

Tretter | Pogarell (Hrsg.)

# Suchtmedizin kompakt

Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis

GRIFFBEREIT



 **Schattauer**

**GRIFFBEREIT**

Felix Tretter | Oliver Pogarell (Hrsg.)

# Suchtmedizin kompakt

Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis

**4., aktualisierte und erweiterte Auflage**

Mit Beiträgen von

Max Braun

Oliver Pogarell

Michael Rath

Christoph Schwejda

Felix Tretter

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. rer. pol. Felix Tretter**  
felix.tretter@bas-muenchen.de

**Prof. Dr. med. Oliver Pogarell**  
oliver.pogarell@med.uni-muenchen.de

**Besonderer Hinweis:**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2023 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © adobe stock/Andy Dean

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Marion Drachsel, Berlin

ISBN 978-3-608-40145-5

E-Book ISBN 978-3-608-11962-6

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20582-4

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.

## **Vorwort zur 4. Auflage**

Die vorliegende völlig neu überarbeitete vierte Auflage baut auf dem bewährten Wissensbestand auf und ergänzt ihn um neue Erkenntnisse. Vor allem der neuen gesellschaftlichen Rolle von Cannabis ist mehr Aufmerksamkeit gewidmet worden. Die technischen Hilfsmittel für die Bekämpfung der Tabakabhängigkeit sind ausführlich dargestellt worden, ebenso die neuen medikamentösen und organisatorischen Therapieverfahren bei Opiatabhängigkeit.

Die Herausgeberschaft hat sich erweitert, indem Oliver Pogarell von der psychiatrischen Universitätsklinik München auch die wissenschaftliche Fundierung und die qualifizierte Weiterführung dieses Büchleins gewährleistet.

Wien und München im Sommer 2023

Felix Tretter und Oliver Pogarell

## Vorwort zur 3. Auflage

Eine weitere Auflage zeigt, dass dieses Buch die Bedürfnisse der klinisch Tätigen, die mit Suchtkranken zu tun haben, gut abdeckt.

Was hat sich nun wesentlich Neues in Suchtforschung und -therapie ergeben?

Aktuell hat sich unter den illegalen Drogen ein starker Trend zu Crystal Meth entwickelt, ein Phänomen, das sich nicht nur geografisch von Bayern und den Ostgebieten Deutschlands ausgehend flächendeckend, sondern auch zunehmend über mehrere soziale Schichten ausbreitet. Dennoch handelt es sich – entgegen den sensationalisierenden Medienberichten – derzeit »nur« um einige hunderttausend Konsumenten. Insgesamt sind neue und alte synthetische Drogen wie synthetisches THC (»Spice«) im Vormarsch. Ein neues Phänomen ist die rasante Verbreitung der E-Zigaretten, die eine Ausstiegshilfe sein können, aber auch ein – zumindest symbolisches – Einstiegs Potenzial für Jugendliche aufweisen.

Von besonderer Bedeutung sind computerbezogene Verhaltensexzesse, deren klassifikatorische Einordnung gerade in einer sich entwickelnden Informationsgesellschaft Schwierigkeiten bereitet und nicht zu einer voreiligen Pathologisierung führen darf.

In der *Diagnostik* wurde durch die Veröffentlichung des DSM-5<sup>TM</sup> die kategoriale Differenzierung des Suchtbegriffs durch ein dimensionales Störungsmodell mit unterschiedlichen Ausprägungsgraden abgelöst. Ähnliches ist bei der ICD-11 zu erwarten. Das macht einerseits die Einordnung – v. a. auch im Dialog mit den Patientinnen und Patienten – leichter, aber es bedeutet auch einen Verlust an klarer Sprache, denn man konnte mit dem älteren Klassifizierungssystem den Patientinnen und Patienten den Unterschied zwischen Missbrauch, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit als gestuftes Störungsspektrum einfacher verdeutlichen als dies mit Punktwerten möglich ist.

Im Bereich *Therapie* des Alkoholmissbrauchs steht seit 2013 der Wirkstoff Nalmefen zur Verfügung, der als Opiatantagonist die Belohnungseffekte des Alkoholkonsums dämpft und gemäß Studien nach wenigen Monaten zur Halbierung der Alkoholdosis führen kann. Wie er sich seither in der Praxis bewährt hat, muss aber noch eingehend untersucht werden. Derzeit befindet sich in der Erprobung die tiefe Hirnstimulation bei Alkoholkrankheit, ein Thema, das tief greifender in neurophilosophischer Hinsicht diskutiert werden müsste.

Für die *Prävention* wird verstärkt mit dem Internet gearbeitet, um Jugendliche – z. B. bezüglich Crystal Meth – in ihrem Hauptkommunikationsmedium zu erreichen. Weiterhin ist aber der Alkohol ein besonders belastendes Problem, wenngleich das Binge-Drinking der Jugendlichen keinen Aufwärtstrend zeigt.

In der *Politik* zeichnet sich international ein Trend zur Entdämonisierung des Cannabis-Problems ab, wobei sich neue neurobiologische Schädigungsmuster fanden, aber dennoch das Problem exakter und emotionsärmer diskutiert werden müsste.

Wie man erkennen kann, entwickelt sich das Thema Sucht im Alltag weiterhin sehr dynamisch, es ist theoretisch interessant und in der Praxis herausfordernd. Diese Trends in der Neuauflage praxisnah abzubilden war unser großes Anliegen.

München, im August 2016  
Felix Tretter



## Vorwort zur 1. Auflage

Die Suchtmedizin hat sich seit Ende der 1990er Jahre in Deutschland als Querschnittsfach profiliert. Mehrere Lehrbücher zu diesem Gebiet sind verfasst worden. Im Jahr 2000 wurde auch von mir ein Buch mit dem Titel »Suchtmedizin« im Schattauer Verlag veröffentlicht. Es entstand gleichsam als Protokoll reflektierter klinischer Arbeit unter Einbindung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Laufe einer über 20-jährigen Arbeit mit Suchtkranken. Es sollte auch als Brücke zwischen Forschung und Praxis fungieren. Das nun vorliegende Kompendium ist die komprimierte und aktualisierte Version dieses Buches. Autoren sind überwiegend langjährige Mitarbeiter unserer Suchtabteilung. Sie garantieren die Praxistauglichkeit der hier dargestellten Konzepte: Das aktuelle Werk soll einen realistischen Einblick in die Arbeit mit Suchtkranken ermöglichen und das notwendige praktische Rüstzeug vermitteln. Es stellt die Grundlagen der Sucht, deren Definition, Ursachen und klinische Grundfragen dar. Gemäß dem Konzept, dass Sucht eine erworbene neurochemische Gehirnkrankheit ist, wird dabei die Neurobiologie als das Grundlagenfach, das bereits als Informationsbaustein in die Psychoedukation für Patienten einfließt, detailliert erläutert. In weiteren Abschnitten des Buches werden die wichtigsten legalen und illegalen Substanzen, gegliedert nach Diagnostik und Therapie, behandelt. Im Anhang runden die Kapitel über Notfallmanagement und zu wichtigen Medikamenten, die zur Behandlung verwendet werden, ein Drogenlexikon und die wichtigsten Adressen für Suchtkranke das Kompendium ab.

An dieser Stelle ist aber noch anzumerken, dass die erwähnte Kluft zwischen Forschung und Praxis gemäß dem Trend zur Exzellenz-Forschung noch größer wurde. Die klinische Erfahrung hat deshalb kaum mehr eine Bedeutung bei der Erstellung von Behandlungsleitlinien. Nicht »Transdisziplinarität« im Sinne einer Praxisrelevanz der Forschung, die auch die Praxis konstitutiv einbindet, sondern Elitenbildung ist das Ziel der aktuellen Forschungspolitik. Darüber hinaus ist die Definitionsmacht der Forschung größer geworden, da wegen des Ökonomisierungsdrucks in Kliniken aus dem Bereich der Versorgungskrankenhäuser kaum mehr Forschung betrieben werden kann, die den methodischen Standards »sicheren« Wissens genügen. Würde man allerdings nur Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin gelten lassen, die bei wenigen leicht erkrankten Patienten in randomisierten kontrollierten Studien gewonnen wurden, dann könnten wir Tausende der schwer erkrankten Patienten kaum mehr adäquat behandeln. Einen neuen Weg könnte die molekularbiologisch begründete individualisierte Therapie zeigen, doch steht hier die Forschung erst am Anfang. Bedauerlicherweise ist die institutionelle Förderung der Suchtforschung nach vielversprechenden Impulsen Ende der 1990er Jahre nun wieder in eine Phase der Stagnation gelangt.

So bleibt zu hoffen, dass dieses Buch einen Beitrag leistet, dass die klinische Suchtmedizin wieder den Stellenwert bekommt, der ihr gebührt, denn es zeigt, dass man mit

einer engagierten und professionellen Therapie, wie sie in diesem Buch dargestellt wird, viel erreichen kann.

An dieser Stelle möchte ich mich noch bei allen Autorinnen und Autoren bedanken, die ihr Wissen, ihre Zeit und auch Geduld bis zum Erscheinen des Buches eingebracht haben, für die kooperative und konstruktive Mitarbeit. Den Geschäftsführern des Schattauer Verlags, Herrn Dieter Bergemann und Herrn Dipl.-Psych. Dr. med. Wulf Bertram, danke ich dafür, dass sie dieses Buch in das Verlagsprogramm aufgenommen haben. Ein besonderer Dank gilt den Lektorinnen Frau Marion Lemnitz und Frau Dipl.-Chem. Claudia Ganter vom Schattauer Verlag für die gelungene Bearbeitung der Manuskripte sowie die umsichtige Koordination der verlagstechnischen Gestaltung des Werkes.

Haar, im August 2008

Felix Tretter

## **Anschriften der Autorinnen und Autoren**

**Dr. med. Max Braun, MPH**

Fachklinik Alpenland  
Rosenheimer Straße 61  
83043 Bad Aibling  
max.braun@deutscher-orden.de

**Prof. Dr. med. Oliver Pogarell**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
LMU Klinikum  
Nussbaumstraße 7  
80336 München  
oliver.pogarell@med.uni-muenchen.de

**Dr. med. Michael Rath, MHBA**

Fachbereich Suchtmedizin  
Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg  
Gabersee 7  
83512 Wasserburg/Inn  
michael.rath@kbo.de

**Dr. med. Christoph Schwejda**

Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie  
Mitglied der Swiss Society of Addiction Medicine  
Baslerstrasse 96  
4123 Allschwil  
SCHWEIZ  
ch.schwejda@hin.ch

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. rer. pol. Felix Tretter**

Bayerische Akademie für Suchtfragen  
in Forschung und Praxis BAS e. V.  
Landwehrstraße 60–62  
80336 München  
felix.tretter@bas-muenchen.de

# Inhalt

## TEIL I GRUNDLAGEN

|          |   |    |
|----------|---|----|
| <b>1</b> | <b>Allgemeines</b> .....  | 19 |
|          | FELIX TRETTER   |    |
| 1.1      | Sucht-Definition .....  | 20 |
| 1.2      | Stadien des süchtigen Verhaltens .....  | 20 |
| 1.3      | Sucht bei Tieren .....  | 23 |
| 1.4      | Sucht-Formen .....  | 24 |
| 1.5      | Verbreitung .....   | 28 |
| 1.6      | Therapiekonzepte .....  | 30 |
| 1.7      | Prävention .....  | 30 |
| 1.8      | Perspektiven .....  | 31 |
|          | Literatur .....   | 32 |
| <b>2</b> | <b>Ursachen</b> .....   | 33 |
|          | FELIX TRETTER   |    |
| 2.1      | Suchtdreieck .....  | 33 |
| 2.2      | Drogenwirkungen .....   | 34 |
|          | 2.2.1 Wirkungsspektrum .....  | 34 |
|          | 2.2.2 Suchtpotenzial .....  | 36 |
| 2.3      | Neurobiologie der Sucht .....   | 37 |
|          | 2.3.1 Neurochemie der Synapse .....   | 39 |
|          | 2.3.2 Intrazelluläre molekulare Prozesse bei Drogenkonsum .....                               | 43 |
|          | 2.3.3 Akuteffekte auf die Nervenzelle als Funktionseinheit .....                              | 49 |
|          | 2.3.4 Effekte auf lokale Neuronennetze .....  | 50 |
|          | 2.3.5 Makroanatomie der Sucht .....   | 52 |
|          | 2.3.6 Neurochemisches Mobile .....  | 56 |
| 2.4      | Psychologie .....   | 63 |
|          | 2.4.1 Sucht als gelerntes Verhalten (verhaltenstherapeutische Perspektive) ...                | 63 |
|          | 2.4.2 Kräftespiel der Sucht zwischen Über-Ich und Es<br>(psychoanalytische Perspektive) ..... | 64 |
|          | 2.4.3 Stress-Konzept der Sucht .....  | 66 |
| 2.5      | »Ökologie der süchtigen Person« (systemische Perspektive) .....                               | 68 |
|          | 2.5.1 System Familie .....  | 69 |
|          | 2.5.2 Wohnbereich .....   | 70 |
|          | 2.5.3 Arbeitsbereich .....  | 70 |
|          | 2.5.4 Freizeitbereich .....   | 70 |
|          | 2.5.5 Soziokulturelle Umwelt .....  | 70 |

|       |                                 |    |
|-------|---------------------------------|----|
| 2.6   | Individuelle Problemlagen ..... | 72 |
| 2.6.1 | Jugend und Sucht .....          | 72 |
| 2.6.2 | Alter und Sucht .....           | 72 |
| 2.6.3 | Gender und Sucht .....          | 73 |
| 2.6.4 | Psychische Komorbidität .....   | 73 |
|       | Literatur .....                 | 74 |

## TEIL II KLINIK ALLGEMEIN

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>3</b> | <b>Diagnostik</b> .....                                     | <b>79</b>  |
|          | MICHAEL RATH UND CHRISTOPH SCHWEJDA                         |            |
| 3.1      | Gesprächsführung .....                                      | 80         |
| 3.2      | Anamnese und Exploration .....                              | 82         |
| 3.3      | Symptomprofile der Entzugssyndrome .....                    | 85         |
| 3.4      | Erhebung und Dokumentation des Befundes .....               | 86         |
| 3.5      | Körperliche Untersuchung .....                              | 90         |
| 3.6      | Diagnosekategorien .....                                    | 90         |
| 3.7      | Hinweise auf Komorbiditäten .....                           | 97         |
| 3.8      | Labordiagnostik .....                                       | 97         |
| 3.9      | Einschätzung der Therapiemotivation .....                   | 97         |
| 3.10     | Einschätzung co-abhängigen Verhaltens bei Angehörigen ..... | 98         |
|          | Literatur .....   | 100        |
| <b>4</b> | <b>Therapie</b> .....                                       | <b>101</b> |
|          | MICHAEL RATH UND CHRISTOPH SCHWEJDA                         |            |
| 4.1      | Versorgungssystem .....                                     | 101        |
| 4.2      | Versorgungsepidemiologie .....                              | 103        |
| 4.3      | Entwöhnungstherapie .....                                   | 105        |
| 4.4      | Therapieziele .....   | 109        |
| 4.5      | Symptomatische Medikation .....                             | 111        |
|          | Literatur .....   | 113        |
| <b>5</b> | <b>Sonstige Interventionen</b> .....                        | <b>114</b> |
|          | MICHAEL RATH UND CHRISTOPH SCHWEJDA                         |            |
| 5.1      | Motivationales Interview .....                              | 114        |
| 5.2      | Suchtberatung im Internet .....                             | 115        |
| 5.3      | Angehörigen-Betreuung .....                                 | 116        |
| 5.4      | Selbsthilfe .....   | 117        |
| 5.5      | Nachsorge .....   | 118        |
|          | Literatur .....   | 118        |

## TEIL III KLINIK SPEZIELL

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| <b>6</b> | <b>Legale Drogen</b> .....   | 121 |
|          | MICHAEL RATH, CHRISTOPH SCHWEJDA, FELIX TRETTER<br>UND OLIVER POGARELL |     |
| 6.1      | Nicotin .....  | 121 |
|          | MICHAEL RATH UND OLIVER POGARELL                                       |     |
| 6.1.1    | Diagnostik .....   | 121 |
| 6.1.2    | Therapie .....   | 123 |
| 6.2      | Alkohol .....  | 128 |
|          | MICHAEL RATH, OLIVER POGARELL, CHRISTOPH SCHWEJDA<br>UND FELIX TRETTER |     |
| 6.2.1    | Diagnostik .....   | 128 |
| 6.2.2    | Therapie .....   | 136 |
| 6.2.2    | Folgekrankheiten bei chronischem Konsum .....                          | 146 |
| 6.3      | Medikamente .....  | 175 |
|          | MICHAEL RATH   |     |
| 6.3.1    | Hypnotika und Sedativa .....   | 177 |
| 6.3.2    | Analgetika .....   | 184 |
| 6.3.3    | Stimulanzien .....   | 187 |
| 6.3.4    | Diuretika .....  | 188 |
| 6.3.5    | Laxanzien .....  | 190 |
| 6.3.6    | Entwöhnungstherapie bei Abhängigkeit .....                             | 191 |
|          | Literatur .....  | 192 |
| <b>7</b> | <b>Illegale Drogen</b> .....   | 196 |
|          | MAX BRAUN, CHRISTOPH SCHWEJDA, FELIX TRETTER<br>UND OLIVER POGARELL    |     |
| 7.1      | Opiate und Opioide .....   | 196 |
| 7.1.1    | Akute und chronische Effekte .....                                     | 196 |
| 7.1.2    | Labordiagnostik .....  | 196 |
| 7.1.3    | Syndromale Differenzialdiagnosen .....                                 | 203 |
| 7.1.4    | Komorbidität bei Abhängigkeit .....                                    | 204 |
| 7.1.5    | Substitutionstherapie .....  | 215 |
| 7.1.6    | Entzug .....   | 232 |
| 7.1.5    | Abstinenzsicherung nach Entzug .....                                   | 238 |
| 7.1.6    | Substitution mit Diacetylmorphin (Heroin) .....                        | 238 |
| 7.2      | Ecstasy .....  | 240 |
| 7.3      | Cannabis .....   | 242 |
| 7.4      | Amphetamine .....  | 246 |
| 7.5      | Crystal Meth (Methamphetamin) .....                                    | 246 |
| 7.6      | Cocain .....   | 247 |
| 7.7      | Neue psychoaktive Substanzen .....                                     | 248 |

|       |  |     |
|-------|--|-----|
| 7.7.1 | Synthetische Cannabinoide .....  | 249 |
| 7.7.2 | Synthetische Cathinone und andere Amphetamin-artige Substanzen<br>(sog. Badesalze) ..... | 250 |
| 7.7.3 | Piperazine .....   | 252 |
| 7.7.4 | Tryptamine .....   | 253 |
| 7.7.5 | Synthetische Cocain-Derivate .....   | 254 |
| 7.7.6 | Synthetische Opioide .....   | 254 |
|       | Literatur .....  | 255 |

## TEIL IV ANHANG

|           |  |     |
|-----------|--|-----|
| <b>8</b>  | <b>Drogennotfall</b> .....                         | 261 |
|           | MAX BRAUN UND FELIX TRETTER                        |     |
| 8.1       | Allgemeine Maßnahmen .....                         | 261 |
| 8.1.1     | Ateminsuffizienz .....                             | 263 |
| 8.1.2     | Kardiale Insuffizienz .....                        | 263 |
| 8.1.3     | Detoxifikation (Magenspülung) .....                | 264 |
| 8.2       | Spezielle Intoxikationen .....                     | 264 |
| 8.2.1     | Erregende Substanzen .....                         | 265 |
| 8.2.2     | Sedierende Substanzen .....                        | 268 |
| 8.2.3     | Psychoaktive Substanzen .....                      | 271 |
| 8.2.4     | Weitere psychotrope Substanzen .....               | 272 |
| 8.3       | Spezielle Schwierigkeiten und Komplikationen ..... | 273 |
|           | Literatur .....                                    | 274 |
| <b>9</b>  | <b>Medikamentenliste</b> .....                     | 275 |
|           | MICHAEL RATH                                       |     |
|           | Literatur .....                                    | 314 |
| <b>10</b> | <b>Drogenlexikon</b> .....                         | 318 |
|           | MICHAEL RATH, MAX BRAUN UND FELIX TRETTER          |     |
| 10.1      | Grundaspekte .....                                 | 318 |
| 10.2      | Alphabetische Darstellung .....                    | 318 |
| 10.2.1    | Alkohol .....                                      | 318 |
| 10.2.2    | Amphetamine .....                                  | 320 |
| 10.2.3    | Benzodiazepine .....                               | 321 |
| 10.2.4    | Cannabis .....                                     | 322 |
| 10.2.5    | Cocain .....                                       | 324 |
| 10.2.6    | Coffein .....                                      | 326 |
| 10.2.7    | Crystal Meth .....                                 | 326 |
| 10.2.8    | Desomorphin (»Krokodil«) .....                     | 328 |
| 10.2.9    | Ecstasy .....                                      | 329 |

|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 10.2.10   | GHB/GBL (»Liquid Ecstasy«)                                     | 330        |
| 10.2.11   | Heroin   | 332        |
| 10.2.12   | Krypton  | 334        |
| 10.2.13   | Lysergsäurediethylamid (LSD)                                   | 334        |
| 10.2.14   | Mescaline  | 336        |
| 10.2.15   | Nicotin  | 336        |
| 10.2.16   | Opiate (bzw. Opioide)  | 338        |
| 10.2.17   | Phenylcyclohexylpiperidin                                      | 339        |
| 10.2.18   | Psilocybin   | 340        |
| 10.2.19   | Spice  | 340        |
| 10.3      | Aktuelle synthetische Drogen                                   | 341        |
|           | Literatur  | 344        |
| <b>11</b> | <b>Adressen</b>  | <b>346</b> |
|           | FELIX TRETTER  |            |
| 11.1      | Deutschland  | 346        |
| 11.1.1    | Informationszentralen, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen | 346        |
| 11.1.2    | Fachverbände   | 350        |
| 11.1.3    | Forschungsinstitute  | 352        |
| 11.2      | Österreich   | 353        |
| 11.2.1    | Informationszentralen, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen | 353        |
| 11.2.2    | Fachverbände   | 355        |
| 11.2.3    | Forschungsinstitut   | 355        |
| 11.3      | Schweiz  | 355        |
| 11.3.1    | Informationszentralen, Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen | 355        |
| 11.3.2    | Fachverbände   | 357        |
| 11.3.3    | Forschungsinstitut   | 358        |
|           | <b>Sachverzeichnis</b>   | <b>359</b> |





# Teil I

## Grundlagen



FELIX TRETTER

# 1 Allgemeines

Dieses Kapitel soll den Leser<sup>1</sup> kurz in die Thematik einführen. Es kann aber auch dazu verwendet werden, dem Suchtpatienten im Gespräch ein besseres Grundverständnis über seine Krankheit zu vermitteln. Es sollte grundlegend klargestellt werden, dass süchtiges Verhalten auf einer sehr menschlichen Neigung beruht, etwas Lustvolles und/oder Unlustminderndes besonders gerne zu tun bzw. eine besonders hohe Affinität gegenüber solchen Objekten der Umwelt zu entwickeln. Damit wird also eine *anthropologische Dimension* der Sucht angesprochen, die durch den Bezug zur Phänomenologie des Alltagsverhaltens und den Alltags Süchten als nichts »Wesensfremdes« nachvollziehbarer wird.

Bei klinisch relevanter Sucht ist dies allerdings noch um einiges intensiver und einseitiger, sodass andere grundlegende Lebensbereiche dadurch zerstört werden.

Weiterhin dient dieses Kapitel aber auch Therapeuten, die eigene häufig beobachtbare Abneigung gegenüber den Suchtkranken zu mindern, indem der Mensch, der sich hinter den Symptomen und seinem Verhalten verbirgt, hervorgehoben wird (Zwiebelschalen-Modell).

Grundlegend ist anzumerken, dass die Textgestaltung einfach gehalten ist, um an manchen Stellen auch direkt von der Sucht betroffenen Menschen Orientierungen zu geben. Es wurde aber auch darauf geachtet, zu den aktuellen wissenschaftlichen Hintergründen Bezüge herzustellen. Dazu dient die kapitelweise aufgelistete Literatur. Beispielsweise wird der Einfachheit halber meist der Ausdruck »Sucht« verwendet, obgleich im klinischen Kontext die Sprechweise gemäß den Diagnoseschemata erfolgt. So wird von »substanzbezogenen Störungen« gesprochen und dabei eine Graduierung der Schwere der Störung vorgenommen. Diese Sprachform würde jedoch zu einer meist sehr umständlichen Textgestaltung führen, weshalb hier, zumindest in einführenden Texten, Vereinfachungen vorgenommen wurden.

---

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Begriffen überwiegend die männliche Form verwendet. Entsprechendes gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Dies hat lediglich redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

## 1.1 Sucht-Definition

Süchtiges Verhalten ist ein Extrempol des Verhaltens, da es *nicht mehr kontrolliert* werden kann und *automatisch*, fast reflexhaft abläuft. Der andere Verhaltenspol ist die effektive Abstinenz (→ Abb. 1-1). Es tritt insbesondere im Gebrauch von psychoaktiven Substanzen auf, also bei Stoffen, die psychische Veränderungen erzeugen. Im suchtmmedizinischen Bereich spricht man vereinfachend von »Drogen«, und zwar nicht nur dann, wenn »illegale« Drogen wie Cannabis, Cocain oder Heroin gemeint sind, sondern man ordnet auch »legale« Drogen wie Alkohol, Nicotin und psychoaktive Medikamente, z. B. Amphetamine, dieser Kategorie zu.

Süchtiges Verhalten kann sich auf den Konsum solcher Substanzen, aber auch auf Verhaltensweisen ohne Substanzkonsum beziehen. In diesem Fall spricht man – in Unterscheidung zu den »stoffgebundenen« Süchten – von »stoffungebundenen« Süchten bzw. von Verhaltenssüchten.

### MERKE

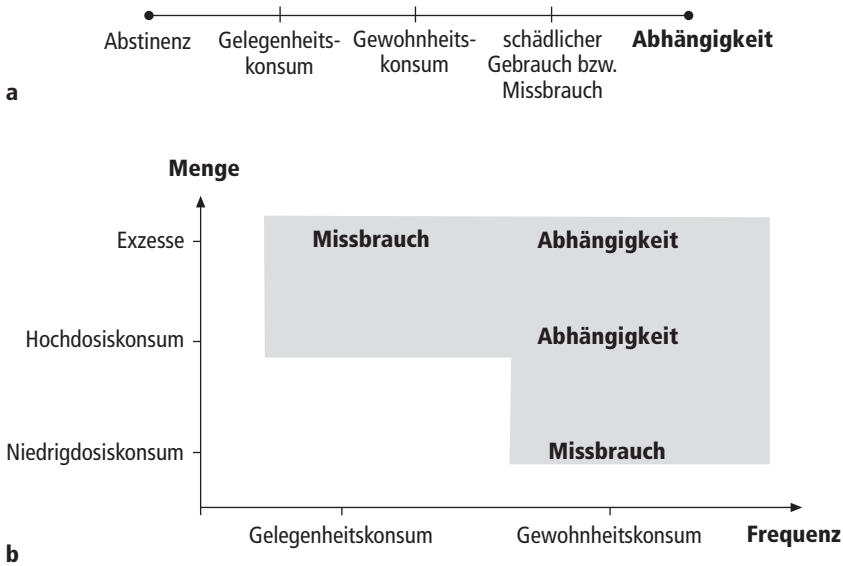
Jedes menschliche Verhalten kann süchtig entgleisen.

## 1.2 Stadien des süchtigen Verhaltens

Schon bei den Alltagssüchten zeigt sich ein fließender Übergang vom *gelegentlichen* über das *gewohnheitsmäßige Verhalten* als Vorstadium zur Sucht über einen, den bestimmungsgemäßen Gebrauch überschreitenden *Missbrauch* (z. B. Verwendung von Schlafmittel als Beruhigungsmittel) bzw. den *schädlichen Gebrauch* (Folgeschäden) bis zur *Abhängigkeit*, bei der man sich nicht mehr anders verhalten kann. Der Ausdruck Sucht umfasst in dieser Hinsicht i. d. R. neben der Abhängigkeit auch den schädlichen Gebrauch. Diese Formen werden auch als pathologisches Verhalten zusammengefasst. Im Kern bedeutet »Sucht« zunächst so viel wie (psychische) »*Abhängigkeit*«, also eine *extrem starke Bindung* an dieses Verhalten (bzw. Objekt des Verhaltens), gegen die der Verstand zunächst machtlos ist, ja sich sogar diesem Verlangen (Craving) unterordnet (Abb. 1-1).

Es lässt sich am Beispiel Alkohol folgende phänomenale Unterscheidung treffen, die sich auch an der bewährten Typologie von Jellinek (1960) anlehnen kann, die zwar offiziell außer Gebrauch, aber praktisch ist und auch in Selbsthilfegruppen noch häufig gebraucht wird (→ Kap. 3, Tab. 3-4):

- **Gelegentlicher Konsum** von Alkohol in niedrigen Dosen – z. B. 1–2 Flaschen Bier ab und zu abends beim Essen bei einem 70 kg schweren Mann (ca. 40 g) – ist nach heutiger Kenntnis risikoarm (täglich: < 24 g!). Für Frauen gilt der halbe Wert als Grenze. Es ist auch vom Beta-Typ nach Jellinek die Rede. Aufgrund der Erkenntnisse, dass Alkoholkonsum karzinogen und z. B. bei Frauen mit einem erhöhten



**Abb. 1-1:** Formen und Stadien des süchtigen Verhaltens. **a** Spektrum von der Abstinenz bis zur Abhängigkeit. **b** Darstellung des Konsumverhaltens nach Menge und Häufigkeit. »Riskanter Konsum« von Alkohol liegt bei etwa 30 g/d vor.

Brustkrebsrisiko verbunden sein kann, lässt sich kein risikofreier Grenzwert festlegen.

- **Gewohnheitskonsum** von Alkohol, auch in niedrigen Dosen, birgt das Problem, dass durch biochemische Anpassungsprozesse eine körperliche Abhängigkeit entstehen kann. Nach Jellinek handelt es sich um den Delta-Typ.
- **Missbrauch** beschreibt einen Alkoholkonsum in hohen Dosen. Bei *konfliktbezogenem Konsum* kann nach Jellinek vom Alpha-Typ gesprochen werden. Seltene *exzessive Trinkepisoden* lassen an den Epsilon-Typ denken. *Anhaltender Missbrauch* führt zu deutlichen Gesundheitsrisiken.
- **Schädlicher Gebrauch** von Alkohol liegt vor, wenn es zu *körperlichen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen* kommt.
- **Abhängigkeit** beschreibt einen Zustand, in dem die betreffende Person dem Impuls, Alkohol zu konsumieren, nicht entgegensteuern kann und nicht (bzw. nicht mehr) in der Lage ist, den Konsum zu kontrollieren oder Abstinenzperioden einzuhalten. Es besteht zumindest eine *psychische Abhängigkeit*. Nach Jellinek handelt es sich um den Gamma-Typ. Das Verhalten hat in diesem Stadium bereits einen krankheitswertigen Charakter bekommen, es zeigt eine *zerstörerische Eigendynamik*.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA 2021) empfiehlt allerdings eine geringere Menge: mindestens zwei alkoholfreie Tage pro Woche, damit es nicht zu einer Gewöhnung kommt. An den übrigen Tagen sollten die Grenzwerte für risikoarmen Alkoholkonsum eingehalten werden. Diese sind für Frauen nicht mehr als ein

kleines Glas Bier (0,3 Liter = 12 g Alkohol) oder Wein (0,125 Liter) pro Tag und für Männer höchstens die doppelte Menge (= 24 g Alkohol).

Das Ausmaß der (gefühlsmäßigen) Bindung der Person an dieses Verhalten wird deutlich, wenn sie an deren Ausübung behindert wird, also *abstinent* sein muss: Die Person wird unruhig, reizbar, aggressiv und verteidigt das Verhalten bei Kritik oder übt es im Verborgenen aus. Es handelt sich um **Entzugssymptome**, die aber je nach Substanz noch wesentlich mehr und dramatischere Symptome umfassen können.

Das Phänomen »Sucht« bzw. Abhängigkeit ist also durch fünf wichtige Merkmale menschlichen Verhaltens kennzeichnet:

1. Es ist mit der *Erzeugung von Lustzuständen* bzw. der *Minderung von Unlustzuständen* verbunden, die weitgehend bewusst erlebt werden.
2. Es handelt sich um ein **übermäßiges Verhalten** im Hinblick auf die *Menge, Dauer* und/oder die *Häufigkeit des Verhaltens*. Die mittelfristige Steigerung der Menge des auftretenden Verhaltens als »Dosissteigerung« geht mit einer »Toleranzsteigerung« einher, weil sich das Gehirn an diese Aktion gewöhnt hat.
3. Charakteristisches Kennzeichen ist die **Unfähigkeit**, sich dem Verhalten gegenüber *distanzieren* bzw. *enthalten* zu können (Minderung der Abstinenzfähigkeit) und/oder das Verhalten jederzeit zu *bremsen* oder zu *stoppen* (Minderung der spezifischen Verhaltenskontrolle). Man spricht vom »**Kontrollverlust**« gegenüber diesem Verhaltensantrieb (Craving).
4. Es treten **Störungen** psychischer, körperlicher und/oder sozialer Funktionen auf – und dennoch wird das Verhalten aufrechterhalten. Somit handelt es sich um ein *krankheitswertiges Geschehen*.
5. Es tritt eine **Eigendynamik** der süchtigen Entwicklung auf, denn das Erkennen dieser negativen Effekte ist für den Betroffenen schwer erträglich, es wird abgewehrt und verursacht bei Konfrontationen damit sogar oft erneuten Suchtmittelkonsum.

#### MERKE

Der Ausdruck »Sucht« kennzeichnet

- eine extrem intensive Bindung einer Person gegenüber einem Objekt oder einem Verhalten,
- wobei bereits dadurch bedingte *Störungen* in anderen Bereichen des Verhaltens bzw. des Lebens der Person vorliegen und
- wobei das betreffende Verhalten trotzdem weiter besteht.

#### DEFINITION

Der Suchtforscher Klaus Wanke formulierte folgende Sucht-Definition (nach Tretter 2000):

Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand, dem die Kräfte des Verstandes untergeordnet werden. Es verhindert die freie Entfaltung der Persönlichkeit und mindert die sozialen Chancen des Individuums.

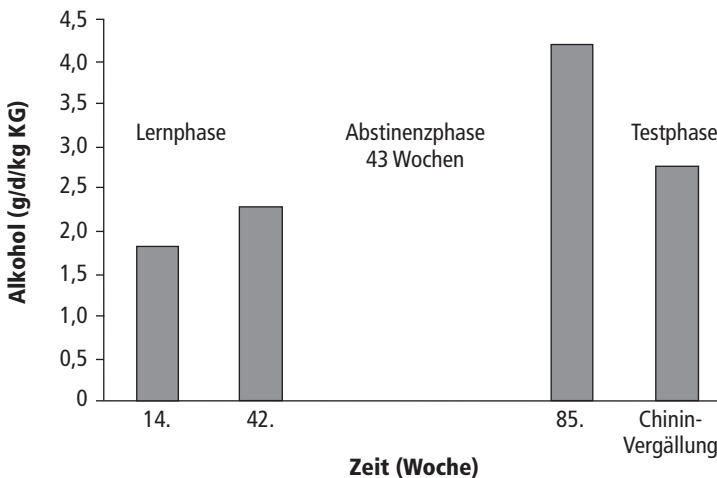
**PRAXISTIPP: Praxistest zur Sucht**

Im Selbsttest kann man versuchen, das betreffende Verhalten für etwa vier oder sechs Wochen abzustellen, und beobachten, wie es einem dabei geht – Unruhe, Ärger, Verlangen nach dem Verhalten usw. sind Zeichen dafür, dass man von diesem Bereich abhängig sein könnte.

## 1.3 Sucht bei Tieren

Bei Tieren – v. a. bei Ratten – kann im Labor auch süchtiges Verhalten aufgebaut werden: Nach mehreren Wochen Gelegenheit, als Alternative zu reinem Wasser alkoholphaltiges Wasser zu trinken, steigert sich die Dosis der eingenommenen Menge. Dann wird eine ebenso lange Abstinenzphase eingelegt, in der die Tiere keinen Alkohol erhalten. Anschließend wird ihnen wieder Alkohol angeboten: Es zeigt sich ein sofortiger Hochdosiskonsum, der sogar weit über dem Konsumniveau vor der Abstinenzphase liegt und durch Vergällung des Alkohols durch Chinin nicht unter das Niveau der erlernten Trinkmenge gedrückt werden kann (Abb.1-2). Diese Experimente zeigen eindeutig, dass das Suchtverhalten erlernt ist und lange persistiert, dass also ein »Suchtgedächtnis« aufgebaut wird, welches das Verhalten dann dominiert.

Durch derartige Tierexperimente können die Gehirnstrukturen, die an der Suchtentwicklung beteiligt sind, ihre neurochemischen Korrelate und auch Medikamente,



**Abb. 1-2:** Suchtentwicklung bei Ratten. Alkoholabhängig gewordene Tiere werden nach einer langen Abstinenzphase bei erneutem Alkoholangebot sofort und mit hohen Dosen Alkohol rückfällig (1 g/kg KG entspricht auf den erwachsenen Menschen umgerechnet etwa 70 g Alkohol, d. h. fast 4 Flaschen Bier/d; 2 g/kg KG Alkohol für die Ratte entsprechen daher etwa 8 Flaschen Bier für Menschen) (nach Wolffgramm 1996).



die die Suchtsymptome dämpfen können, untersucht werden, und zwar auch im Hinblick auf situative (Stress, Gruppenaufzucht) und genetische Risikofaktoren.

### 1.4 Sucht-Formen

Grundlegend können *stoffgebundene* und *stoffungebundene Süchte* unterschieden werden (Tab.1-1). Die Süchte des Alltagsverhaltens sind im Prinzip als Phänomen der geminderten Verhaltenskontrolle gut nachvollziehbar.

Nicht alle Formen süchtigen Verhaltens sind aber, zumindest aus versicherungsrechtlicher Sicht, Krankheiten und daher, was ihre Behandlung betrifft, kassentechnisch finanzierbar. Auch sind die Einordnungen in den Diagnosesystematiken und die psychopathologische Einordnung (z. B. pathologisches Glücksspiel als Impulskontrollstörung) uneinheitlich. Genauere Ausführungen dazu finden sich in den klinischen Kapiteln.

In diesem Buch werden die stoffgebundenen Süchte ausführlich behandelt. Die stoffungebundenen Süchte können im Folgenden nur kurz erwähnt werden (→ auch Batthyány und Pritz 2009; Grüsser und Thalemann 2006). Sie werden hauptsächlich von Suchtambulanzen und niedergelassenen Psychotherapeuten verhaltenstherapeutisch-programmatisch behandelt.

| Sucht-Form                    | Folgeprobleme            | Klinische Bedeutung |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------|
| <b>Stoffgebundene Sucht</b>   |                          |                     |
| Nicotinsucht                  | körperlich               | ja                  |
| Alkoholsucht                  | körperlich und psychisch | ja                  |
| Drogensucht                   | körperlich und psychisch | ja                  |
| Medikamentensucht             | körperlich und psychisch | ja                  |
| <b>Stoffungebundene Sucht</b> |                          |                     |
| Arbeitssucht                  | familiär                 | möglich             |
| Esssucht                      | körperlich               | ja                  |
| Sexsucht                      | familiär                 | möglich             |
| Kaufsucht                     | finanziell               | möglich             |
| Glücksspielsucht              | finanziell               | ja                  |
| Internetsucht                 | familiär, finanziell     | möglich             |

Tab. 1-1: Sucht-Formen und ihre Folgeprobleme (nach Tretter 2000)

## Arbeitssucht

Bei der Arbeitssucht finden sich zahlreiche Merkmale der stoffgebundenen Süchte. Diese Sucht wird in Deutschland noch als randständig eingestuft, während sie in Japan schon stärker in das Bewusstsein gerückt zu sein scheint. Auch bei Klinikärzten, insbesondere im Universitätsbereich, kann dieser Check interessant sein. Die in Tabelle 1-2 angeführten Merkmale ähneln jenen des Alkoholismus; sie fallen aber kaum auf, da Arbeitssucht eine sozial hochgradig akzeptierte und integrierte Verhaltensweise ist. Dennoch kann es erhebliche individuelle Probleme geben, die sich im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich (Familie) manifestieren (Schochow 1999). Eine mögliche Folgestörung des anhaltenden exzessiven Arbeitens ist das Burnout-Syndrom bzw. das arbeitsweltbezogene physische und psychische Ausgebranntsein (**cave**: Differenzialdiagnose depressives Syndrom!).

**Therapie** Neben einer Psychotherapie (z. B. Selbstmanagement) ist die Teilnahme an Selbsthilfegruppen effektiv.

| Merkmale  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auftreten von gelegentlichen Arbeitsexzessen (z. B. zunehmende Überstunden)</li> <li>▪ berufliche Erfolge als Ergebnis intensiven Arbeitens erfreuen nicht</li> <li>▪ Überschreiten des üblichen Rahmens der Arbeitszeit (nachts und am Wochenende)</li> <li>▪ geringe Fähigkeit, bei Aufforderung weitere Arbeit anzunehmen, abzulehnen</li> <li>▪ Arbeit mit nach Hause nehmen oder ständig dabeihaben</li> <li>▪ Minderung von Freizeitinteressen mit Gefühl der Langeweile ohne Arbeit</li> <li>▪ heimliches Arbeiten</li> <li>▪ Konflikte mit der Familie wegen geringer Zeit</li> <li>▪ Unruhe, wenn Arbeitsunterlagen außerhalb von Arbeitszeit und -ort nicht verfügbar sind</li> <li>▪ fehlender finanzieller Ausgleich wird trotz Mehrarbeit in Kauf genommen</li> <li>▪ Arbeiten bis zur Erschöpfung</li> <li>▪ psychische Funktionsminderung durch das Arbeiten</li> <li>▪ exzessives Weiterarbeiten trotz negativer Konsequenzen</li> </ul> |
| Hilfemöglichkeiten*   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ feste Freizeit einplanen</li> <li>▪ arbeitsfreie Zeiten bewusst einplanen</li> <li>▪ dezentrierte statt konzentrierte Arbeit</li> <li>▪ Ziellosigkeit einplanen</li> <li>▪ Dialektik von Anspannung und Entspannung bewusst gestalten</li> <li>▪ Zeiten für Beziehungspflege planen</li> <li>▪ lernen, Aufgaben zu delegieren</li> <li>▪ »Arbeitsangebote« ablehnen lernen</li> <li>▪ Selbsthilfegruppen (z. B. »Anonyme Arbeitssüchtige« [AAS], <a href="http://www.arbeitssucht.de">www.arbeitssucht.de</a>)</li> </ul>  |

\* Abstinenz als Veränderungsziel ist hier schwierig zu definieren.

**Tab. 1-2:** Merkmale und Hilfemöglichkeiten bei Arbeitssucht (→ Schochow 1999; Tretter 2000)

## Esssucht

Ein generelles Problem, v. a. bei Jugendlichen, ist die Übergewichtigkeit, die in vielen (aber nicht allen) Fällen auf einer *Dysbalance* von z. T. *intensivem*, z. T. *anfallsartigem Essen* (*binge eating*) und im Verhältnis dazu zu *geringer Bewegungsaktivität* beruht: Häufigkeit, Menge und Art der Einnahme der (z. T. hochkalorischen) Nahrungsmittel erfolgen, ohne an die Folgen zu denken. Die in den Nahrungsmitteln versteckten Zucker sollen auch süchtiges Essverhalten fördern (»Zuckersucht«). Das Essen ist in vielen Fällen ein lustvoller Akt, er ist bei manchen Menschen aber auch von anschließenden Schuldgefühlen gekennzeichnet, sodass dann versucht wird, zu erbrechen (*Bulimie*). Auch dient das Essen als Gegenregulation unangenehmer Gefühlszustände (Frustessen).

Anzumerken ist hier, dass die Einordnung der *Magersucht* (Anorexia nervosa) als **Essstörung** in der letzten Zeit nicht mehr in den Bereich Sucht erfolgt. Man ordnet sie unter dem Gesichtspunkt der Brechsucht nun eher den **Zwangsstörungen** zu. Die Magersucht hat wenig mit Lust zu tun und ist gewissermaßen ein Verhalten, das ein Nichtverhalten, also eine Art Verweigerung, darstellt – es wird vermieden, zu essen, und nach dem Essen wird erbrochen. Magersucht tritt häufig assoziiert mit Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit auf.

**Therapie** Die vorwiegend psychologisch orientierte Therapie dieser Störung ist sehr langwierig (Gerlinghoff und Backmund 2004).

## Sexsucht

In letzter Zeit ist auch sexuelles Verhalten als Form von Sucht zur Diskussion gestellt worden (»Sexsucht«; Roth 2004). Sie ist jedoch noch keine offizielle Diagnose, die in den klinischen Diagnosesystematiken ausdrücklich Eingang gefunden hat (→ Mäulen und Irons 1998) (Tab. 1-3).

Unter bestimmten Voraussetzungen kann aber auch sexuelles Verhalten süchtig entgleisen. Sexsucht ist dann durch eine zunehmende sexuelle Betätigung gekennzeichnet, bei der jedoch die Befriedigung meist ausbleibt, sodass die Suche nach sexueller Erfüllung beständig fortgeführt wird. Dabei zeigen sich typische Kennzeichen der Sucht, wie *Dosissteigerung* und *Toleranzentwicklung*. Nach und nach wird Sexualität zum alles bestimmenden Lebensbereich. Es treten gravierende Folgen wie familiäre Probleme oder berufliche Schwierigkeiten auf.

**Ursachen** Als spezifische Ursachen werden sowohl genetische Veranlagung als auch Missbraucherlebnisse in der Kindheit diskutiert.

**Therapie** Ziel einer v. a. psychologisch orientierten Therapie ist es, Intimität auch ohne Sexualität wieder erleben zu können und negative Gefühle zuzulassen, ohne diese durch Sex überdecken zu wollen. Aufgrund der starken Auswirkungen, welche die

| Merkmale  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die gedankliche Beschäftigung mit oder die Ausübung von Sexualität nimmt stetig zu («Dosissteigerung»).</li> <li>■ Das sexuelle Verhalten hat schwere negative Folgen gesundheitlicher, finanzieller oder beruflicher Art.</li> <li>■ Der Betroffene zeigt bezüglich des sexuellen Verhaltens einen Kontrollverlust: Im Umgang mit Schwierigkeiten und negativen Gefühlen treten sexuelle Zwangsvorstellungen und Fantasien als primäre Bewältigungsversuche auf; es zeigt sich eine zunehmende emotionale Destabilisierung, bei der im Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten starke Stimmungsschwankungen auftreten.</li> <li>■ Sexualität wird zum alles bestimmenden Lebensbereich: Die Betroffenen brauchen große Teile ihrer Zeit für die Ausübung sexuellen Verhaltens oder die Erholung davon; das Verhalten ist so eingengt auf sexuelle Befriedigung ausgerichtet, dass wichtige soziale oder berufliche Pflichten vernachlässigt werden.</li> </ul> |
| Hilfemöglichkeiten*   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Selbsthilfegruppen (z. B. »Anonyme Sexaholiker«, <a href="http://www.anonyme-sexsuechtige.de">www.anonyme-sexsuechtige.de</a>)</li> <li>■ Psychotherapie</li> </ul>  |

\* Abstinenz als Veränderungsziel ist hier schwierig zu fordern und zu realisieren.

**Tab. 1-3:** Merkmale und Hilfemöglichkeiten bei Sexsucht

Sucht auch auf das Umfeld des Süchtigen hat, nimmt die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung der Sexsucht eine wichtige Rolle ein.

## Kaufsucht

Ein Problem, das im präklinischen Bereich häufig vorkommt, ist das exzessive unkontrollierte Einkaufen (Grüsser und Thalemann 2006). Es zeigt die Merkmale der Mengensteigerung und des Kontrollverlusts trotz negativer Konsequenzen.

**Therapie** Therapeutische Hilfen sind durch Verhaltenstherapie gut möglich.

## Glücksspielsucht

Diese süchtige Verhaltensstörung (genauer: pathologisches Glücksspiel; ICD-10-Diagnose »Pathologisches Spielen«; F63.0) besteht in häufigem und wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Es führt vor allem zu hohen Verschuldungen. Bemerkenswert ist, dass sich auch bei Glücksspielsüchtigen im Experiment bei Darbietung von Objekten der Glücksspielszene über das funktionelle Kernspintomogramm spezifische Gehirnaktivierungen im limbischen System (Gyrus cinguli anterior) nachweisen ließen. Auffällig ist meist eine Impulskontrollstörung.

**Therapie** Die psychologische Therapie erfolgt ambulant oder stationär bei spezialisierten Therapeuten (Petry 2003).

### **Internetsucht (Onlineaholics, online addicts)**

Das Internet ist bereits ein Suchtobjekt geworden (Petry 2010; Young 1999). Die Betroffenen (User) beanspruchen zunehmend mehr außerberufliche Zeit für das Internet (z. B. ca. > 30 h/Wo. außerberufliche/außerschulische Internetnutzung). Es wird auch von Versuchen berichtet, dieser Tendenz entgegenzuwirken, also das Verhalten zu kontrollieren. Längeres Verbleiben im Internet als geplant gilt ebenfalls als wichtiges Merkmal. Auffällig wird das Verhalten für den Betroffenen erst, wenn es mit dem sozialen Umfeld Probleme gibt. Dies wird von den Betroffenen meist heruntergespielt. Besonders problematisch ist die exzessive Internetnutzung, wenn dabei Lustzustände entstehen oder Unlustzustände gemindert werden, wenn also die Internetnutzung zur Befindenssteuerung verwendet wird. Einige User verspüren Unlust, wenn sie länger nicht im Internet waren, bei manchen tritt dieser Zustand bereits am Morgen auf, wo der Drang zur Internetnutzung stärker ist als der zur ersten Zigarette. Die ersten Auffälligkeiten, welche die User an sich merken, sind in diesem Zusammenhang, dass sie kaum mehr schlafen. Einige Betroffene schildern ihre Erfahrungen so, dass sie sich in der Internetkommunikation wichtiger als in der Alltagskommunikation fühlen, dass sie mehr Verständnis vorfinden usw. Andere fühlen sich »hungrig« nach Informationen.

Epidemiologisch schätzt man etwa 5% exzessive User des Internets, andere Autoren vermuten sogar eine Suchtgefährdung bei 10–40%. Dabei sind v. a. die Chatrooms die Bereiche, wo die User hängen bleiben. Besonders attraktiv am »chatten« ist die Möglichkeit zur intensiven, aber zugleich anonymen Kommunikation. Auch exzessives Kaufen und exzessive sexbezogene Aktivitäten im Internet werden beobachtet. Eine besondere psychopathologische Bedeutung, v. a. bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, haben Rollenspiele via Internet (z. B. World of Warcraft).

**Therapie** Über virtuelle Kliniken im Internet (z. B. <https://netaddiction.com/>) soll die Kontrolle durch strikte Regeln hergestellt werden, da eine Abstinenz in der Informationsgesellschaft nicht möglich ist. Spezielle Programme werden in Suchtfachkliniken und -ambulanzen aufgebaut.

## **1.5 Verbreitung**

Die Verbreitung der stoffgebundenen Abhängigkeit in der Bevölkerung ist gesundheitspolitisch von großer Bedeutung, sodass es wichtig ist, Zahlen zu nennen: Mindestens 8% der erwachsenen Bevölkerung – also ca. 6 Mio. Menschen – sind von einem Suchtproblem betroffen (Tab. 1-4). Zählt man die Angehörigen hinzu (z. B. 2 Personen

pro Abhängigen), dann sind etwa 18 Mio. Menschen direkt und indirekt von Abhängigkeit betroffen. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass bei den repräsentativen Umfragen, auf denen diese Schätzungen beruhen, immer weniger Menschen reagieren, weil vermutlich das Interesse am Thema und das Vertrauen in den Datenschutz gesunken sind. Auch sind die Kriterien der Einstufung des Konsums bei der Nutzung der publizierten Zahlen ebenso wie die Art der Stichprobenerhebung zu beachten. Letztlich können nur Schätzzahlen zu Größenordnungen ermittelt werden, da auch Hochrechnungen aus den jeweiligen Stichproben erforderlich sind. Neuere Studien (Atzendorf et al. 2019) gehen von 71% erwachsenen Alkoholkonsumenten aus (ca. 37 Mio.), von 28% Tabakkonsumenten (ca. 14 Mio.), 7% Cannabis-Konsumenten (ca. 4 Mio.) und 1% Amphetamin-Konsumenten (ca. 6 Mio.), wobei eine Abhängigkeitsdiagnose bei mindestens 13%, also bei über sieben Millionen Menschen, gestellt werden kann. Davon sind etwa 4,4 Millionen Menschen tabakabhängig und etwa 1,6 Millionen alkoholabhängig. Schätzungen legen nahe, dass mindestens 1,6 Millionen Menschen von Medikamenten abhängig sind, was in Summe etwa 7,6 Millionen Personen ergibt, wobei die Mehrfachabhängigkeiten diese Zahl wieder reduzieren. Allerdings gibt es höhere Schätzungen für die Medikamentenabhängigkeit, nämlich 2,3 Millionen Personen (Bundesregierung 2022). Was Verhaltenssuchte betrifft, geht die Bundesregierung von 430 000 Menschen mit abhängigem Glücksspielverhalten aus (Bundesregierung 2022). Auch eine exzessive Internetnutzung kann zu abhängigem Verhalten führen; so ist davon auszugehen, dass in Deutschland etwa 560 000 Menschen onlineabhängig sind (Bundesgesundheitsministerium 2022).

All diese Zahlen müssen aber wegen der Dunkelziffer als Unterschätzungen gewertet werden.

| Konsumierende Substanz/<br>Verhaltenssucht | Größenordnung aufgrund verschiedener Studien                |
|--|---|
| Nicotin                                    | 4,4 Mio. Abhängige  |
| Medikamente                                | 1,6–1,9 Mio. Abhängige                                      |
| Alkohol                                    | 1,6 Mio. Abhängige, 1,7 Mio. gesundheitsgefährdender Konsum |
| Cannabis                                   | 4 Mio. Konsumenten<br>300 000 Abhängige?                    |
| Amphetamine                                | 250 000 Konsumenten?<br>100 000 Abhängige?                  |
| Heroin                                     | 150 000 Konsumenten/Abhängige                               |
| Cocain                                     | 150 000 Konsumenten   |
| Abhängiges Glücksspiel                     | 430 000 Personen  |
| Internet-/PC-Abhängigkeit                  | 560 000 Personen  |

Tab. 1-4: Epidemiologie der Sucht (Größenordnungen)