

Kritische Anmerkungen zum Suchtbegriff in der ICD-11

Critical Comments on the Concept of Addiction in the ICD-11

Autor
Jörg Petry

Schlüsselwörter

ICD, Krankheitskonzept, Rauschzustände, Kontrollminderung, Biomedizinisierung

Key words

ICD, disease concept, state of inebriety, impaired control, biomedicalization

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1182-3089>

Suchttherapie 2020; 21: 126–131

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Dipl.-Psych. Jörg Petry

Weststraße 62

33615 Bielefeld

joerg.petry@googlemail.com

ZUSAMMENFASSUNG

Rauschzustände werden auf die pharmakologisch beschriebenen Substanzwirkungen reduziert. Das „Abhängigkeitssyndrom“ definiert Sucht unabhängig vom kulturellen und situativen Kontext. Beim Konzept der „Kontrollminderung“ handelt es sich um eine Metapher: Die hierarchisch strukturierte Fähigkeit der Persönlichkeit zur Kontrolle ihres Suchtverhaltens wird nicht aufgeklärt. Diagnosen basieren auf nur wenigen Kriterien: Es fehlen die Biografie der betroffenen Person, die Schwere der Störung und soziodemografische Merkmale. Die „Glücksspiel-sucht“ und der „pathologische PC/Internetgebrauch“ (Gaming disorder) werden als Süchte klassifiziert, obwohl sie sich typologisch als unterschiedliche Störungen abgrenzen lassen. Sucht

ist primär sozialer Natur: Sie erwächst aus einem anhaltenden Mangel an sozialer Integration und setzt ein breites Angebot suchtspezifischer Anreize voraus. Das Krankheitskonzept hat zu einer biomedizinischen Blase geführt, wodurch psychosoziale Interventionen zurückgedrängt wurden. Alternativ lässt sich süchtiges Verhalten als ein sinnvoller Bewältigungsmechanismus überstarker Belastungen ansehen. Zur Überwindung einer Sucht ist es erforderlich, die Autonomie der leidenden Person zu stärken. Dies erfordert die aufeinander bezogene Kooperation der beteiligten Berufsgruppen.

ABSTRACT

States of inebriety are reduced to the pharmacologically described substance effects. The “dependence syndrome” defines addiction independently of the cultural and situational context. The concept of “impaired control” is a metaphor: The hierarchical structured ability of the personality to control her addictive behavior is not clarified. Diagnoses are based on a few criteria: The biography of the person affected, the severity of the disorder and sociodemographic characteristics are not taken into account. “Addictive gambling” and “pathological PC/Internet use” (Gaming disorder) are classified as addictions, although they can be distinguished typologically as different disorders. Addiction is primarily social: It is rooted in a continuing lack of social integration and requires a wide range of addiction-specific incentives. The disease concept has led to a biomedical bubble, which has pushed back psychosocial interventions. Alternatively, addictive behavior can be seen as a reasonable coping mechanism for excessive burdens. In order to overcome an addiction, the autonomy of the sufferer needs to be strengthened. This requires the interrelated cooperation of the professional groups involved.

Einleitung

Die Revisionen der ICD nach dem Zweiten Weltkrieg waren durch den sich wandelnden Suchtbegriff der WHO bestimmt [1]. Ein Ausgangspunkt war die Definition des Begriffs „Drogensucht“ im Jahr 1950: „*Drug addiction is a state of periodic or chronic intoxication, detrimental to the individual and society, produced by the repeated consumption of a drug. Its characteristics include: (1) an overpowering desire or need (compulsion) to continue taking the drug and to obtain*

it by any means; (2) a tendency to increase the dose; (3) a psychic and sometimes physical dependence on the effects of the drug“ ([2], S. 6). Elvin Morton Jellinek hat das Merkmal „Kontrollverlust“ hinzugefügt und einen unbekanntem organischen Faktor X ([3], S. 84) als Ursache angenommen. Die Fortschreibung erfolgte in Form des „Abhängigkeitssyndroms“ durch Griffith Edwards und Milton Gross. Dabei wurde der Begriff „Kontrollverlust“ eingeschränkt als „Kontrollminderung“: „*It is unclear, however, whether the experience is*

truly one of losing control rather than one of deciding not to exercise control. Control is probably best seen as variably and intermittently impaired rather than lost“ ([4], S. 1060). Den Platz des Faktors X hat inzwischen die neurobiologische Forschung eingenommen.

Entsprechend dieser Entwicklung wurden in der ICD-6 (1948), ICD-7 (1955) und ICD-8 (1965 / dt. 1968) der Alkoholismus (akut und chronisch) sowie die Arzneimittel- und Rauschgiftsucht als eigenständige Kategorien klassifiziert. Ab der ICD-9 (1975 / dt. 1979) gab es die Unterscheidung zwischen Abhängigkeit und Missbrauch. Darüber hinaus wurde die Kategorie „Medikamenten-/Drogenabhängigkeit“ nach Substanzklassen untergliedert (Morphintyp, Barbituratyp usw.). Die ICD-10 (1989 / dt. 1991) führte das „Abhängigkeitssyndrom“ als Grundlage ein. Mit der ICD-11 (2019) wurde dieses Konzept auf die Glücksspielsucht und den pathologischen PC/Internetgebrauch (Gaming disorder) übertragen.

Merke

Der Suchtbegriff im ICD-11 bedient sich der abstrakten Begrifflichkeit des organischen Krankheitskonzeptes.

Dieser Tradition entsprechend wird in der ICD-11 die „Alkoholabhängigkeit“ so beschrieben ([5], Alcohol dependence): *„The characteristic feature is a strong internal drive to use alcohol, which is manifested by impaired ability to control use, increasing priority given to other activities and persistence of use despite harm or negative consequences. These experiences are often accompanied by a subjective sensation of urge or craving to use alcohol“*. Die Kernmerkmale „Kontrollminderung“, „Vorrangigkeit vor anderen Aktivitäten“, „Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen“ und „Verlangen“ erscheinen als selbstverständliche Beschreibungsmerkmale des Alkoholismus und anderer Süchte. Dabei gerät aus dem Blick, dass dahinter noch immer das organopathologische Krankheitskonzept steht.

Der pharmakologische Blickwinkel

Emil Kraepelins Einordnung der Süchte als chronische Vergiftungen wird fortgeführt: Die Auflistung stofflicher Süchte erfolgt hinsichtlich ihrer pharmakologisch beschriebenen Wirkungen. Psychoaktive Substanzen haben jedoch komplexe Wirkweisen: Alkoholische Getränke zeigen einen biphasischen Effekt (anregend / hemmend), Tabakrauchen hat eine paradoxe Wirkung (stimulierend und beruhigend) und der Opioidkonsum wird als angenehm, unangenehm, weder noch oder wechselnd erlebt [6].

Nach Timothy Leary und Norman Zinberg [7, 8] erwächst der Rauschzustand aus der Wechselwirkung des Rauschmittels (drug) mit den Eigenschaften (Veranlagung, Persönlichkeitsmerkmale, Stimmungslage usw.) der Person (set) und dem kulturell-situativen Kontext (setting). Das Rauscherleben beinhaltet einen alternativen Bewusstseinszustand, der sich vom Wachzustand durch einen veränderten Bezug zur Außenrealität unterscheidet [9] und als dissoziationsähnliches Befinden messbar ist [10]. Die Komplexität des Rausches lässt sich nicht auf die Substanzwirkung reduzieren: Der Konsum einer psychoaktiven Substanz löst den Rausch zwar aus, lässt ihn jedoch weitgehend unbestimmt. Rauschbildend ist die dynamische Wechselwirkung zwischen sozialen (alltägliche Lebensführung), psychischen (Wahrnehmung, Gedanken, Gefühle) und

körperlichen (Aktivierungs-Hemmungs-Gleichgewicht) Prozessen. Die resultierende qualitative Bewusstseinsveränderung lässt sich nach Felix Tretter systemisch als „Kipp-Phänomen“ verstehen ([11], S. 145).

Die Abstraktheit der Suchtmerkmale

Das „Abhängigkeitssyndrom“ bildet die abstrakt-theoretische Grundlage der Begrifflichkeit.

Bezogen auf das Merkmal „Verlangen“ (craving) bedeutet dies: Kulturelle Unterschiede (Rauschtrinken in Nordeuropa vs. mäßige Trinkformen in Südeuropa), soziodemografische Besonderheiten (Geschlecht, Alter, soziale Lage usw.) und individuell-situative Bedingungen (Ausgangsstimmung, Erwartungen, soziale Interaktion usw.) bleiben unberücksichtigt. Und natürlich ist die gesellschaftliche Regulierung (legal vs. illegal) für die Ausformung des „Verlangens“ bedeutsam: Verlangen ist nicht gleich Verlangen. Bezüglich des Merkmals „Kontrollminderung“ wird nicht das konkrete Konsumverhalten erfasst, obwohl das Suchtverhalten und dessen Kontrolle in Abhängigkeit vom kulturell-sozialen Kontext variiert [12]. Der Anthropologe David Moore beschreibt den Wechsel zwischen kontrolliertem Rauschmittelgebrauch in Zeiten beruflicher Verantwortung und dem Zulassen unkontrollierten Konsums in Auszeitperioden: *„Thus, to speak of ‚impaired control‘ in this situation is misleading, because he declared the entire period to be one of ‚time out‘ from control“* ([13], S. 473).

Der Begriff Kontrollminderung

Die ICD-11 klassifiziert neben den stofflichen Süchten zwei Störungen – die Glücksspielsucht (Gambling disorder) und eine Untergruppe des pathologischen PC/Internetgebrauchs (Gaming disorder) – als süchtige Verhaltensmuster. Verminderte Kontrolle des Problemverhaltens, Vorrangigkeit dieses Verhaltens exzesses sowie Fortsetzung des Verhaltens trotz negativer Konsequenzen sind die gleichlautenden Merkmale. Der „Kontrollverlust“ bzw. die „Kontrollminderung“ als Kern des Krankheitskonzeptes wird fortgeschrieben. Anscheinend wird vergessen, dass der Begriff „Kontrollverlust“ seinen Ursprung in religiösen Streitschriften des 16. Jahrhunderts hat. Den Verlust der Kontrolle fassten einige Theologen als Strafe Gottes für das sündige Trinken auf [14]. An der Wende des 18. zum 19. Jahrhundert wurde der Begriff von dem Arzt Benjamin Rush in die Medizin eingeführt [15]. Der Autodidakt Jellinek hat dies aufgegriffen und zum Kern seines organopathologischen Krankheitskonzeptes gemacht. Das hat zu einer metaphorischen Überhöhung geführt, die bis heute anhält.

Die neurobiologischen Prozesse der Gewohnheitsbildung, die für die „Kontrollminderung“ verantwortlich gemacht werden, beschreiben lediglich, was körperlich geschieht, wenn Personen ein Rauschmittel dauerhaft konsumieren. Darüber hinaus wird jedoch der Eindruck erweckt, als könne diese Reiz-Reaktions-Kopplung – vermittelt über das subjektive „Verlangen“ – das Suchtverhalten direkt auslösen: *„Dabei wird durch sucht-assoziierte Reize ein motivationaler Zustand als erlernte (konditionierte) Reaktion ausgelöst (...). Dieser motivationale Zustand führt dann zu Suchtverlangen und zu erneutem Suchtverhalten“* ([16], S. 10).

Merke

Die komplex-hierarchischen Regulierungsprozesse des kontextabhängigen Suchtverhaltens werden metaphorisch als „Kontrollminderung“ ausgeblendet.

Es fehlt das handelnde Subjekt, sodass unklar bleibt, welche Steuerungsmechanismen beteiligt sind. In der Persönlichkeitstheorie von Julius Kuhl beziehen sich die angeführten Konditionierungs- und Verstärkungsmechanismen lediglich auf die Ebene kognitiver und motorischer Operationen (Lernen) und die Anreizmotivation. Dem Suchtverhalten und seiner Überwindung liegen darüber hinaus Veränderungen auf den Ebenen der Affekte, des Temperaments, der Basismotive, Kognitionen sowie des Bewusstseins und Willens zugrunde ([17], S. 99ff.). Diese komplexen Vorgänge lassen sich nicht als Minderung oder gar Verlust von Kontrolle auffassen: Das „Verlangen“ aufgrund einer starken Gewohnheitsbildung ist nicht „unwiderstehlich“ – quasi losgelöst von den Steuerungsfähigkeiten der Persönlichkeit –, sondern unterliegt einem komplex-hierarchischen Regulierungsprozess [18]. Süchtige können ihr Suchtverhalten kontextabhängig steuern und dauerhaft einstellen, wenn es seinen Sinn in ihrem Lebensalltag verloren hat [19, 20]. Sie tun dies zudem häufig ohne therapeutische Hilfe [21].

Klinische Diagnostik

Nach Karl Jaspers hat die psychiatrische Phänomenologie *„die Aufgabe, die seelischen Zustände, die die Kranken wirklich erleben, uns anschaulich zu vergegenwärtigen, nach ihren Verwandtschaftsverhältnissen zu betrachten, sie möglichst scharf zu begrenzen, zu unterscheiden und mit festen Termini zu belegen“* ([22], S. 47). Asmus Finzen ([23], S. 88ff.) beschreibt den Prozess der Abstraktion durch die Klassifikationssysteme, der dieser Forderung widerspricht. Aus der Vielzahl möglicher Symptome einer psychischen Störung werden diejenigen ausgeschlossen, die weniger bedeutsam erscheinen. Die meist auf zehn Anzeichen reduzierten Symptome werden als Kriterien festgelegt, und es wird ein Grenzwert definiert, ab dem die Klassifikation erfolgt. Für die ICD-11 liegen bisher lediglich Beschreibungen der Merkmale unterscheidbarer Störungs-Klassen vor. Die Festlegung der Art und Zahl von Kriterien ist noch nicht abgeschlossen.

Dabei ist es üblich geworden, die zugehörigen Klassifikationskriterien als Diagnoseinstrumente zu verwenden. Michael Soyka [24] kritisiert deshalb, dass bei der Klassifikation stofflicher Süchte bekannte prognostische Merkmale wie Konsummenge, Problemdauer, Anzahl der Vorbehandlungen, psychische Komorbidität, inklusive Suizidalität sowie soziale Unterstützung und Arbeitslosigkeit als Kriterien nicht berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass die aus den Klassifikationskriterien abgeleiteten Screening-Instrumente subjektive Einschätzungen der Betroffenen abfragen. Die objektive Erfassung fehlt: So werden die milden, rasch zurückgehenden Beschwerden (rebound) bei Einstellung eines Glücksspielverhaltens [25] als Entzugserscheinungen und damit suchttypisch gewertet. Und zwar, ohne dass die dafür notwendige körperliche Verlaufsuntersuchung (Tachykardie, Hypertonie usw.) erfolgt.

Glücksspielsucht vs. pathologischer PC/Internetgebrauch

Die Glücksspielsucht (Gambling disorder) und eine Untergruppe des pathologischen PC/Internetgebrauchs (Gaming disorder) – zwei völlig unterschiedliche Krankheitsbilder – werden anhand vor drei vage definierten Merkmalen (Kontrollminderung, Vorrangigkeit des Suchtverhaltens, Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen) als zusammengehörend klassifiziert. Nach Jaspers lassen sich psychogene Krankheiten nur typologisch erfassen ([22], S. 511). Die beiden Störungen können in diesem Sinne klinisch als süchtig (Glücksspielsucht) und nicht süchtig (pathologischer PC/Internetgebrauch) typologisiert werden. Schon der erste Eindruck macht gegenteilige Besonderheiten deutlich. Da sind die beweglichen neugierigen, fordernden und meist männlichen Glücksspielsüchtigen – und da sind die verhaltenen, zurückgezogenen, gehemmter und ebenfalls überwiegend männlichen PC/Internetgebraucher.

Der typische Glücksspielsüchtige verbirgt seine Selbstwertprobleme und seine Beziehungsängste hinter einer Fassade der Überlegenheit und distanzierten Unnahbarkeit. Auffälligkeiten der Persönlichkeit äußern sich in sozialer Überheblichkeit oder einem abgrenzenden Rückzug aus der bürgerlichen Welt. Für ihn zählt nur der Rauschzustand, der ihn über das Alltagsleben erhebt. Aufgrund seiner sozialen Anpassungsfähigkeit kann er finanzielle Verluste zunächst ausgleichen oder verbergen. Die herabgesetzte Impulskontrolle und die Aufholjagd nach Verlusten (chasing) münden allerdings in der selbst- und fremdschädigenden Abwärtsspirale aus Lügen, Selbstmordtendenzen und Kriminalität – typische Merkmale einer Suchtkarriere [26].

Der typische pathologische PC/Internetgebraucher (hier Gamer) erlebt keinen dissoziativen Rauschzustand. Trotz des intensiven Eintauchens in die virtuelle Erlebniswelt (Immersion) ist das Spielverhalten bestimmt durch einen wachen, unterbrechbaren Arbeitsmodus. Aufgrund seiner verminderten Fähigkeit, Alltagsprobleme nachhaltig zu bewältigen (verminderte Gewissenhaftigkeit), zieht der Gamer sich in die virtuelle Spielwelt zurück. Nur dort kann er Erfolge in der Gemeinschaft der Mitspieler erleben: ein Rückzug in die Welt kindlicher Allmachtsfantasien. Sein Verhalten ist durch depressive Unsicherheit und Kontaktängste bestimmt. Das exzessive Gamen verstärkt die Partnerlosigkeit und Arbeitslosigkeit. Es zeigt sich das typische Bild einer frühkindlich geprägten Bindungsstörung [27].

In einer vergleichenden Untersuchung ([28], S. 102) konnte diese Typologisierung bestätigt werden: Pathologische PC/Internetgebraucher ließen sich als eigenständige Gruppe abgrenzen von stofflichen (Alkoholabhängige) und nichtstofflichen (Glücksspielsüchtige) Süchten sowie psychosomatisch Erkrankten. Die verminderte Gewissenhaftigkeit war das wichtigste Unterscheidungsmerkmal.

Das Bedingungsgefüge von Sucht

Durch das organische Krankheitskonzept wird das Pferd von hinten aufgezäumt: Die vermeintlich suchtspezifischen Hirnprozesse werden als vorrangige Erklärungskonzepte angeboten und zur Grundlage medikamentöser Behandlungsstrategien gemacht. Die bunten Abbildungen der bildgebenden Verfahren gehören inzwischen

zum Alltagsverständnis von Sucht, obwohl wir nicht wissen, „*ob das, was da in der Tomographie aufleuchtet, das Entscheidende ist. Wir wissen nicht, was in den anderen Arealen stattfindet, die nicht aufleuchten, und wie das miteinander zusammenhängt*“ ([29], S. 83).

Das Soziale steht jedoch immer am Anfang von Suchtentwicklungen. Dazu ein Gedankenexperiment: Robinson Crusoe strandet – wir lassen seine Vorerfahrungen in der zivilisierten Welt unberücksichtigt – auf einer einsamen Insel, auf der er sich zunächst um seine Ernährung kümmern muss. Zum Glück findet er eine reiche Vegetation vor. Da bleibt es nicht aus, dass er eine Pflanze oder Frucht konsumiert, die zu einem ersten Rausch führen. Ihm behagt das sehr, sodass er diese Erfahrung wiederholen möchte. Es entwickelt sich ein Verlangen, das zu regelmäßigem Konsum führt. Sein Körper passt sich an, sodass er eine größere Dosis benötigt, um die gleiche Wirkung zu erzielen. Manchmal ist Robinson so berauscht, dass er gefährliche Situationen nur gerade noch übersteht. Er unterbricht seinen Konsum, kann aber die unangenehmen Körperreaktionen und Gefühle nicht ertragen – und nimmt sein Konsumverhalten wieder auf. Sein Rauschmittelkonsum gerät allmählich außer Kontrolle und die Suche nach psychoaktiven Substanzen bestimmt seinen Tagesablauf. Da er sich nicht ausreichend ernährt, magert er zunehmend ab. Die unterlassene Instandhaltung seiner Hütte liefert ihn dem Klima aus. Zum Glück fährt ein Schiff die Insel an und der mit süchtigen Seeleuten vertraute Schiffsarzt nimmt ihn in Behandlung. Lassen wir es einmal so positiv ausgehen.

Aber – was stimmt an dieser Geschichte nicht? Es ist schwer vorstellbar, dass Robinson in der Lage gewesen sein soll, die psychoaktiven Eigenschaften verschiedener natürlicher Substanzen allein zu „erforschen“. Möglicherweise hätte er durch den Verzehr einer schwer dosierbaren Pflanze (Fliegenpilz, Schwarze Tollkirsche usw.) einen frühen Tod gefunden.

Der Umgang mit Rauschmitteln bedarf einer sozialen Gemeinschaft, die Techniken der Aufbereitung für den verträglichen Konsum entwickelt hat. Der Umgang erfordert zusätzlich gemeinschaftliche Rituale, die den Konsum einschränken: eine Rauschmittelkultur. Es ist auch schwer vorstellbar, dass Robinson als einsamer Trinker oder Kiffer über seine Insel streift. Süchte treten nie nur bei einzelnen Individuen auf. Um die beim Erstkonsum erlebten, oft unangenehmen Nebenwirkungen zu überwinden, werden soziale Bezugspersonen benötigt. Auch für die Wahrnehmung der Rauschwirkung (z. B. High-Sein) ist soziale Anweisung erforderlich. Der einsame Inselbewohner wäre über seine ersten Konsumversuche wahrscheinlich kaum hinausgekommen und hätte sich unproblematischeren Nahrungsmitteln zugewandt.

Was bedeutet dies für das Verständnis einer Suchtentwicklung? Vereinfacht gefasst, dienen der Rauschmittelkonsum bzw. suchtspezifische Aktivitäten dazu, alltägliche Belastungen zu bewältigen. Im Zentrum steht die Veränderung damit verbundener unangenehmer Gefühle. Dies betrifft v. a. Personen, die eingeschränkte persönliche und soziale Ressourcen aufweisen, um alltägliche Belastungen bewältigen zu können.

Nun, es ist ein weiter Weg von einem regelmäßigen Konsum zu einer Sucht. Dazu bedarf es besonderer sozialer Umstände. Zunächst kann eine Suchtentwicklung nur dann entstehen, wenn gesellschaftliche Strukturen bestehen, die mit besonderen Belastungen für Teile der Bevölkerung verbunden sind. Bruce Alexander verweist auf historische Schwankungen und schichtspezifische

Unterschiede, die zur Verbreitung von Süchten in der Gesellschaft führen. Nach seiner Theorie der Entwurzelung (dislocation) entstammen individuelle und kollektive Suchtentwicklungen einer dauerhaft fehlenden sozialen Eingebundenheit [30].

Eine weitere gesellschaftliche Bedingung für Süchte stellt das – mehr oder weniger – vorhandene Angebot dar. Unserem einsamen Inselbewohner war sicher nur ein sporadischer Rauschmittelkonsum möglich. Er lebte in einer natürlichen Lebenswelt und war mit keinem Überangebot suchtspezifischer Anreize (alkoholische Getränke, Glücksspiele, usw.) konfrontiert. Schließlich gab es auch keine sozialen Normen, die den Insulaner zum Suchtmittelkonsum oder zu suchtspezifischen Aktivitäten angeregt hätten, um sein Erwachsenwerden oder seine soziale Zugehörigkeit zu markieren.

Biomedizinisierung als Prozess

Wie ist es möglich, dass sich aus dem eindimensionalen Krankheitskonzept der Sucht ein solcher Mainstream entwickeln konnte? Das soziologische Konzept „Biomedizinisierung“ [31] beschreibt die sozialen, ökonomischen, rechtlichen und politischen Prozesse, die zur Entwicklung einer solchen Strömung führen. Dazu gehört die Verschiebung finanzieller Mittel auf Institutionen, die autoritätsgestützte Wissensbestände im Sinne eines Modells (hier Neurobiologie) hervorbringen. Es werden neue Patientengruppen (man denke an die neuen Süchte!) definiert, für die neuartige Behandlungsformen (medikamentöse Behandlung) angepriesen werden. Innerhalb der Mitglieder eines Forschungsgebietes entsteht ein nahes Einvernehmen (near consensus), das sich in wissenschaftlichen Journalen und Kongressen niederschlägt. Arbeitsgruppen ausgewählter Fachleute, die häufig enge Beziehungen zur Pharmaindustrie haben ([32], S. 121), entwickeln nationale Leitlinien zur Behandlung und bestimmen die Kodifizierung der internationalen Klassifikationssysteme. Die Ergebnisse werden medial verbreitet und von Politikern aufgegriffen. Inzwischen hat sich eine biomedizinische Blase (biomedical bubble) auf der Basis einer stark gewachsenen pharmazeutischen und biotechnologischen Industrie gebildet [33]. Psychosoziale Interventionen, die sich auf die Lebensführung der Einzelnen richten, verlieren zunehmend an Gewicht.

Die sozialwissenschaftliche Sichtweise

Ein alternativer Ansatz sieht süchtige Verhaltensmuster in der Lebensführung handelnder Subjekte begründet [34–36]. Süchtiges Handeln wird als ziel- und sinnorientiert erlebt, das trotz aller Nachteile der Lebensbewältigung dient: „*In dieser Perspektive ist Sucht ein Ausdruck der gewordenen Lebensführung eines Menschen in seinen sozialen Verhältnissen. D. h., dass die Sucht und Verhaltensweisen, die mit ihr assoziiert sind, neben den schädigenden Aspekten immer auch funktional für die betreffenden Menschen und für Menschen in ihrem sozialen Umfeld sind*“ ([37], S. 9). Die gesellschaftlichen Widerstandsverhältnisse und dadurch eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten bedingen einen suchtspezifischen Lebensstil [38, 39]. Die Überwindung einer Suchtproblematik entwickelt sich aus der Konflikthaftigkeit zwischen überstarker Bindung an das Rauscherleben und den damit verbundenen körperlichen (Folgekrankheiten), psychischen (Selbstwertminderung) und äußeren (soziale Sanktionen) Einschränkungen. Dies führt zu einer Neubewertung

im Sinne einer Wertereform [40, 41], wobei der Ausstieg häufig als Selbstheilungsprozess erfolgt [21]. Bei einer fortgeschrittenen Sucht kann eine Behandlung erforderlich sein.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Die Autonomie der Betroffenen ist der Dreh- und Angelpunkt der Suchtbewältigung [42]. Den Süchtigen werden Handlungsmöglichkeiten und Freiräume eröffnet, sodass sie ein „neues“ Leben selbstbestimmt (Empowerment) aufbauen können. Für die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen bedeutet dies: „Das ‚Lebensführungssystem‘ müsste grundsätzlich den geteilten Bezugspunkt aller beteiligter Professionen der Suchthilfe bilden“ ([37], S. 9).

Dies erfordert die aufeinander bezogene Kooperation der beteiligten Professionen mit klarer Arbeitsteilung: Die medizinische Behandlung richtet sich vorwiegend auf die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit (Entzug und Behandlung der Folgeerkrankungen) und ggf. auf die begleitenden psychiatrischen Erkrankungen, einschließlich der Pharmakotherapie. Die Psychotherapie (Entwöhnung) zielt auf die Übernahme der Verantwortung durch den Betroffenen. Ihr Schwerpunkt liegt darauf, individuelle Problemlösekompetenzen zu entwickeln, um getroffene Entscheidungen umsetzen zu können. Die sozialpädagogischen bzw. sozialarbeiterischen Interventionen dienen der Wiederherstellung (recovery) zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Integration. Unter den aktuellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems ist dies ein immer schwieriger werdendes Unterfangen.

Autorinnen/Autoren



Jörg Petry

Dr. phil. ist Diplom-Psychologe und hat an der Universität Heidelberg über Behandlungsmotivation promoviert. Er war von 1975 bis 1992 Klinischer Psychologe in den Psychiatrischen Landeskrankenhäusern Wunstorf bei Hannover und Wiesloch bei Heidelberg, von 1992 bis 2008 Ltd.

Psychologe in der Psychosomatischen Fachklinik Münchwies im Saarland und bis 2016 Projektleiter der Allgemeinen Hospitalgesellschaft für pathologisches Glücksspielen und PC/Internetspielen. Jörg Petry ist Dozent an den Weiterbildungsinstituten für Psychotherapie in Basel, Bern, Zürich und Salzburg.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Taylor S, Berridge V, Mold A. WHO expert committees and key concepts for drugs, alcohol, and tobacco 1949-2013. In: Hellman M, Berridge V et al. eds. Concepts of addictive substances and behaviours across time and place. Oxford (UK): Oxford University Press; 2016: 57–85
- [2] World Health Organization Expert committee on drugs liable to produce addiction. Technical Report Series No. 21. Geneva: Palais des Nations; 1950
- [3] Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Brunswick, N.J.: Hillhouse Press; 1960
- [4] Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal 1976; 1: 1058–1061
- [5] World Health Organization (Homepage) International Classification of Diseases 11th Revision: The global standard for diagnostic health information; 2019
- [6] Angst MS, Laura C et al. Aversive and reinforcing opioid effects: A pharmacogenetic twin study. Anesthesiology 2012; 117: 22–37
- [7] Leary T. The religious experience: Its production and interpretation. Psychedelic Review 1964; 1: 324–346
- [8] Zinberg NE. Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use. New Haven, Conn: Yale University Press; 1984
- [9] Ludwig AM. Altered states of consciousness. Archives of General Psychiatry 1966; 15: 225–234
- [10] Jacobs DF. Evidence for a common dissociative-like reaction among addicts. Journal of Gambling Studies 1988; 4: 27–37
- [11] Tretter F. Ökologie der Sucht: Das Beziehungsgefüge Mensch – Umwelt – Droge. Göttingen: Hogrefe; 1998
- [12] Sudhinaraset M, Wigglesworth C, Takeuchi DT. Social and cultural contexts of alcohol use: Influences in a social-ecological framework. Alcohol. Research 2016; 38: 35–45
- [13] Moore D. Deconstructing „dependence“: An ethnographic critique of an influential concept. Contemporary Drug Problems 1992; 19: 459–490
- [14] Wasserberg K. Die kulturelle Genese der Sucht. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 2001; 24: 5–15
- [15] Levine HG. Die Entdeckung der Sucht – Wandel der Vorstellung über Trunkenheit in Nordamerika. In Völger G, von Welck K, Hrsg. Rausch und Realität. Bd. 1. Reinbek bei Hamburg; Rowohlt; 1982: 212–224 (amerik. Original 1978)
- [16] Thalemann CN. Verhaltenssucht. In Bettyány D, Pritz A, Hrsg. Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte. Wien: Springer; 2009: 1–17
- [17] Kuhl J. Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme. Göttingen: Hogrefe; 2001
- [18] Bętkowska-Korpala B, Olszewska K. Self-regulation in the process of recovery from alcohol addiction according to Julius Kuhl's theory. Archives of Psychiatry and Psychotherapie 2016; 4: 63–74
- [19] Russell C, Davies JB. Empirical, logical and philosophical arguments against cigarette smoking as a pharmacologically compelled act. Current Psychology 2009; 28: 147–1
- [20] Baumeister RF. Addiction, cigarette smoking and voluntary control of action: Do cigarette smokers lose their free will. Addictive Behaviors Reports 2017; 5: 67–84
- [21] Klingemann H. Sucht: Selbstheilung ist möglich. Lengerich: Pabst; 2017
- [22] Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 5. Aufl. Berlin: Springer; 1948
- [23] Finzen A. Normalität: Die ungezähmte Kategorie in Psychiatrie und Gesellschaft. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2018

- [24] Wray I, Dickerson MG. Cessation of high frequency gambling and „withdrawal“ symptoms. *British Journal of Addiction* 1981; 76: 401–404
- [25] Soyka M. Zur Problematik der Schweregradeinteilung für Suchterkrankungen im neuen DSM-5. In: Schmid O, Müller T, Hrsg. *Sucht – Genuss und Therapie*. Lengerich: Pabst; 2015: 109–116
- [26] Petry J. *Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung*. Göttingen: Hogrefe; 2003
- [27] Petry J. *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe; 2010
- [28] Schuhler P, Sobottka B et al. Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation. Lengerich: Pabst; 2013
- [29] Fuchs T. „Das Gehirn denkt nicht“. *Brand Eins* 2009; 11: 80–83
- [30] Alexander BK. *The globalization of addiction: A study in poverty of the spirit*. 2nd ed. Oxford (UK): Oxford University Press; 2011
- [31] Campbell NC. Medicalization and biomedicalization: Does the diseasing of addiction fit the frame? In Netherland J *Critical perspectives on addiction*. Bingley (UK): Emerald; 2012: 3–25
- [32] Frances A. *Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: DuMont; 2013 (amerik. Original 2013)
- [33] Editorial: UK life science research: Time to bust the biomedical bubble *Lancet* 2018; 392: 187
- [34] Dollinger B. Drogenkonsum als sinnhafter Bewältigungsmechanismus: Methodologische Anmerkungen zu einer neuen Forschungsperspektive. In: Dollinger B, Schneider W, Hrsg. *Sucht als Prozess: Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung; 2005: 143–167
- [35] Dregwitz P. Plädoyer für ein psychosoziales Verständnis von Sucht. In Dollinger B, Schmidt-Semisch H. *Sozialwissenschaftliche Suchtforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2007: 59–81
- [36] Schmidt-Semisch H. „Sucht“ als leerer Signifikant: Zur Pathologisierung und Medikalisierung von Alltagsverhalten. In: Anhorn, R, Balzereit, M, Hrsg. *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2016: 837–852
- [37] Sommerfeld P. Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe. *SuchtMagazin* 2019; 45: 4–12
- [38] Berger H. Fixersein als Lebensstil. In Vögler G, Welck K, Hrsg. *Rausch und Realität*, Bd. 3. Reinbek bei Hamburg; Rowohlt; 1982: 1207–1216
- [39] Walters GD. The gambling lifestyle I: Theory. *Journal of Gambling Studies* 1994; 10: 159–182
- [40] Orford J. *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. 2nd ed. Chichester (UK): John Wiley; 2001
- [41] Peele S. *Recover!* Boston. Mass.; Da Capo; 2013
- [42] Herwig-Lempp J. *Von der Sucht zur Selbstbestimmung*. Dortmund: Modernes Lernen; 1994