Starker Konsum oder Substanzstörung? Überlegungen zum Suchtkonzept

Autor(en): **Kraus, Ludwig**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **39 (2013)**

Heft 6

PDF erstellt am: **03.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800070

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Starker Konsum oder Substanzstörung? Überlegungen zum Suchtkonzept

Substanzkonsum versursacht akute und chronische gesundheitliche Schäden sowie soziale Probleme und ist Auslöser für substanzbezogene Störungen. Zur Bestimmung problematischen Konsumverhaltens werden der Risikoansatz von Konsum und dessen Folgen (Dosis-Wirkungsverhältnis) der Diagnostik substanzbezogener Störungen gegenübergestellt. Dargelegt wird, warum das Konzept «starker Konsum» ohne das Konstrukt «Sucht» oder «Abhängigkeit» auskommt, sowie Stigmatisierung verhindern und die Erreichbarkeit Gefährdeter und Behandlungsbedürftiger erhöhen könnte.

Ludwig Kraus
Prof. Dr. phil., wissenschaftlicher Leiter des IFT Institut für Therapieforschung, Parzivalstr. 25, D-80804 München, Gastprofessor am Center for Social Research on Alcohol and Drugs, SORAD, Stockholm Universität, Schweden,
Tel. +89 (0)36 08 04 30, kraus@ift.de, www.ift.de

Schlagwörter: Suchtkonzept | Diagnostik | Konsumverhalten | Substanzstörung |

Konsum und Folgen

Substanzkonsum kann akute und chronische gesundheitliche Schäden hervorrufen sowie Auslöser sein für eine psychische Erkrankung im Sinne einer substanzbezogenen Störung. Für die Beurteilung, welches Konsumverhalten zu welchen negativen Konsequenzen führt, bedarf es einer eingehenden Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Konsum und Folgen. Auswirkungen des Substanzkonsums sind jedoch nicht nur bei den Konsumierenden selbst (z.B. Abhängigkeit, Krankheit, Tod) zu beobachten, sondern betreffen Dritte (z.B. Passivkonsum, Verletzung wegen des Substanzkonsums anderer) ebenso wie die Gesellschaft (z.B. Kosten, die nicht von den KonsumentInnen getragen werden). Zudem sind die Folgen des Substanzkonsums nicht nur gesundheitlicher, sondern auch sozialer Natur (z.B. familiäre Probleme oder Probleme am Arbeitsplatz).[1]

Studien zum Zusammenhang zwischen Konsum und Folgen untersuchen den Dosis-Wirkungszusammenhang, d.h. sie bestimmen das Risiko, mit dem eine bestimmte Konsummenge mit welcher Folge im Zusammenhang steht.[2] Die aus diesen Studien abgeleiteten Risikokurven wurden für die Bestimmung von Schwellenwerten und Konsumempfehlungen herangezogen.[3] Der epidemiologische Risikoansatz zur Bestimmung von Schwellenwerten wie z.B. «riskanter» oder «schädlicher» Konsum bezieht sich unmittelbar auf die Konsummenge und das Konsumverhalten. Die Diagnostik substanzbezogener Störungen verfolgt dagegen einen symptomorientierten Ansatz. Die Diagnose «substanzbezogene Störung» wird gestellt, wenn bereits körperliche und seelische Schädigungen und soziale Folgen im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen vorliegen.[4] Die Diagnose der Störung wird unmittelbar aus dem Vorliegen der Symptome abgeleitet, Konsum und Konsummenge selbst sind implizit als Ursache der Störung mit der Symptomatik verknüpft.

Aus pragmatischen Gründen werden im Folgenden die Darstellung des Zusammenhangs von Substanzkonsum und Folgen sowie die Diskussion der Diagnostik substanzbezogener psychischer Störungen vorwiegend am Beispiel Alkohol vorgenommen.

Konsummenge und Konsummuster

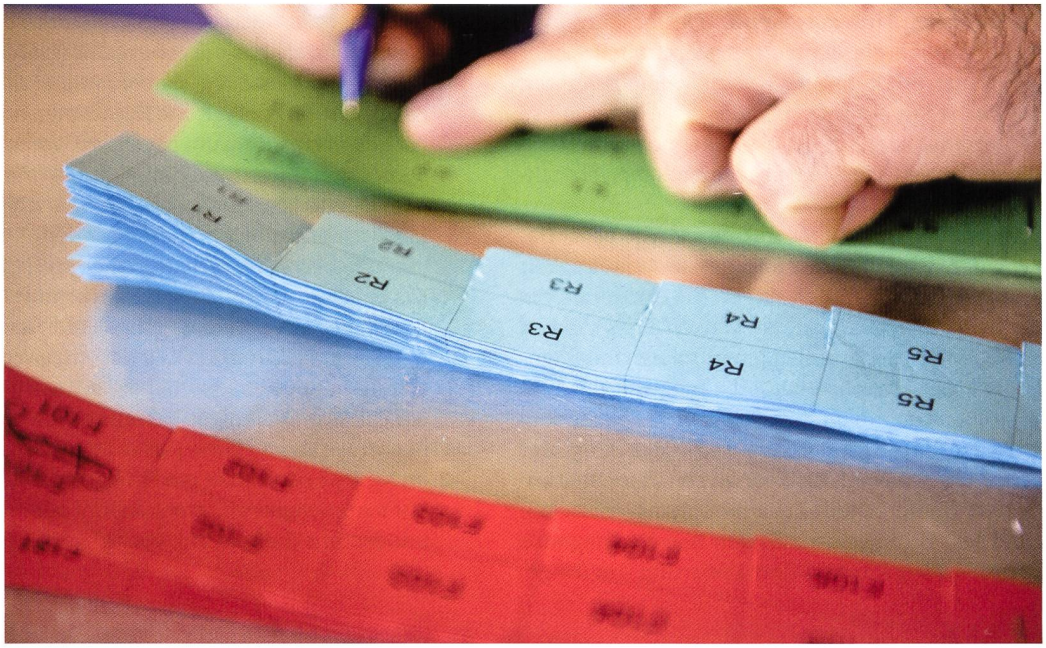
Bezüglich des Alkoholkonsums wird in der Regel unterschieden zwischen dem Durchschnittskonsum, d.h. der durchschnittlich pro Tag konsumierten Menge, und den Konsummustern, d.h. der Regelmässigkeit des Konsums, sowie dem Konsumkontext, d.h. den sozialen Umständen, in denen Konsum stattfindet. Gemeint ist damit die simple und intuitiv einleuchtende Beobachtung, dass es im Hinblick auf die Folgen einen Unterschied macht, ob die gleiche durchschnittliche Konsummenge von einem Glas Wein pro Tag (bezogen auf eine Woche) aus täglich einem Glas Wein besteht oder ob die Gesamtmenge von sieben Gläsern am Samstagabend mit FreundInnen konsumiert wird.

Entscheidend beigetragen zur Differenzierung des Zusammenhangs zwischen Alkoholkonsum und den Folgen haben eine Reihe von Publikationen, die überschrieben werden können mit dem Titel «Paradigmenwechsel in der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Trinkverhalten und seinen sozialen und gesundheitlichen Folgen».[5] Der Verdienst dieses Paradigmenwechsels bestand in der Erweiterung der Betrachtung des Zusammenhangs von Trinkmenge und Folgen hin zu einer differenzierten Untersuchung von Trinkmustern und den akuten sowie sozialen Folgen, die insbesondere auf Intoxikation und episodischen starken Konsum zurückzuführen sind.[6]

Welche Folgen für wen?

Chronische, akute und soziale Folgen

Während chronische Folgen wie Abhängigkeit und somatische Erkrankungen einen deutlichen Zusammenhang mit regelmässigem Konsum hoher Mengen aufweisen, sind für eine Reihe von akuten sowie sozialen Folgen Intoxikation und exzessiver starker


R5
R4
R3
R2
R1

Konsum verantwortlich. Zu nennen sind hier Suizid, ungewollte Verletzungen, gewaltsame Körperverletzungen, sexuelle Belästigungen, familiäre Konflikte, Arbeitsprobleme oder Verkehrsunfälle. In einer Vielzahl von Studien hat sich der Risikobeitrag episodischen starken Konsums als unabhängig und additiv zum Durchschnittskonsum erwiesen.[7]

Der Trinker, die anderen und die Gesellschaft

Im Zuge der Debatte um den NichtraucherInnenschutz, die den Fokus von den RaucherInnen auf unbeteiligte Dritte und deren unmittelbare Schädigung durch Passivkonsum verschob, hat sich auch im Alkoholbereich eine neue Sichtweise etabliert. Mit der Betrachtung der Folgen aus der Sicht «Dritter» fand und findet ein Wechsel in der Diskussion der Folgeschäden von den Konsumierenden hin zu anderen Betroffenen, seien es KonsumentInnen oder NichtkonsumentInnen, statt.[8]

Individuelle vs. Public-Health-Perspektive

Hinzu kommt, dass epidemiologische Daten in der Regel auf einen linearen Zusammenhang zwischen Konsummenge oder der Häufigkeit episodischen starken Konsums und chronischen sowie akuten Folgen hinweisen. Aufgrund der unterschiedlichen Grösse der Gruppen mit einem mittleren und einem hohen Risiko (die Mehrheit der Personen liegt im mittleren Bereich) ergibt sich rein rechnerisch, dass die Mehrheit der Probleme von der Gruppe von Personen verursacht wird, die moderat trinkt. Dieses Phänomen ist als «Präventionsparadoxon» in die Literatur eingegangen und trug wesentlich zur Diskussion der Frage bei, an wen sich präventive Massnahmen wenden sollen: an die Hochrisikogruppe oder die gesamte Bevölkerung.[9]

Zusammenfassend lässt sich als Resultat der Forschung zum Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und seinen negativen Folgen festhalten, dass Alkohol in einem kausalen Zusammenhang steht mit einer Vielzahl von chronischen Krankheiten sowie akuten und sozialen Folgen.[10] Dieser Zusammenhang wird durch die Menge und die Konsummuster vermittelt, insbesondere über das gelegentliche Trinken grosser Mengen. Alkohol leistet damit einen erheblichen Beitrag an die gesamte Krankheitsbelastung in der Gesellschaft.

Diagnostik psychischer Störungen

Wie oben bereits erwähnt, besteht die Schwierigkeit der symptomatischen Betrachtung alkoholbezogener Störungen im lediglich impliziten Bezug auf Trinkmengen oder Konsummuster, z.B. «Konsum häufiger oder über eine längere Zeitspanne als beabsichtigt». Weiterhin wird mit der Symptombetrachtung eine Gruppe beschrieben, welche die definierten Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptome erfüllen. Alle Personen mit riskanten Konsummustern, die keine Symptome aufweisen oder diese Symptomatik nur unterhalb der Schwelle der Diagnose von Missbrauch oder Abhängigkeit erfüllen, werden weitgehend vernachlässigt.

Dies gerät unmittelbar in Konflikt mit den zuvor beschriebenen Risiken für chronische und akute Folgen in Abhängigkeit von Trinkmenge und Trinkmuster, den Folgen für Dritte und die Gesellschaft. Oder anders ausgedrückt, die Risiken eines starken Trinkers für alkoholbedingte negative Folgen existieren unabhängig von der Diagnose «Missbrauch» oder «Abhängigkeit».

Als weiteres Problem des diagnosebasierten Krankheitsbegriffs ist die dichotome Natur einer Diagnose («liegt oder liegt nicht vor») zu nennen, wiewohl Risikoanalysen übereinstimmend auf einen kontinuierlichen Zusammenhang zwischen Konsummenge und Risiko hinweisen. Zudem hat die Diagnose «substanzbezogene Störung» eine Stigmatisierung zur Folge, die eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen darstellt, eine frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfen erschwert und die Korrektur des Trinkverhaltens durch Verheimlichung verhindert. Hinzu kommt, dass identifizierte Alkoholkranke massiv abgelehnt, abgewertet und diskriminiert werden.[11]

Schliesslich zeigt ein Blick auf die Revisionen der diagnostischen Kriterien, dass das Konzept süchtigen Verhaltens in den letzten Jahrzehnten enormen Veränderungen und Wandlungen unterworfen war. Dem Alkohol- und Tabakkonsum wurden noch in der siebten Ausgabe der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD) ein geringes Abhängigkeitspotential zugeschrieben, und während illegale Drogen einer nationalen und internationalen Kontrolle unterzogen werden sollten, wurden für Alkohol und Tabak Warnhinweise und nationale Kontrollmassnahmen als ausreichend angesehen.[12] Entsprechende Warnhinweise bezüglich der Gewöhnung sollten jedoch das Stigma von «Sucht» vermeiden. Demgegenüber wird in der vierten Fassung des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) unter Substanzabhängigkeit eine physiologische, kognitive und Verhaltensstörung verstanden, die zu einem Verlust der Kontrolle über den Substanzgebrauch führt.

Das Konzept «Starker Konsum»

Im Zuge der Revision des DSM-IV wurde nicht nur eine «schleichende Abschaffung des Normalen» und die «Pathologisierung normaler Lebenskrisen» kritisiert.[13] Vor dem Hintergrund der oben genannten epidemiologischen Literatur zu Konsum und den negativen Folgen wurde auch das Konzept der Diagnostik substanzbezogener Störungen in Frage gestellt. Die Frage der Autoren, ob wir mehr als starken Konsum für die Definition substanzbezogener Störungen brauchen, wird in fünf Thesen beantwortet.[14] Diese Thesen werden im Folgenden kurz dargestellt.

1. *Starker Konsum psychoaktiver Substanzen ist verantwortlich für psychische Änderungen im Gehirn.* Psychoaktive Substanzen haben lang- und kurzzeitige Effekte auf das Gehirn. Kurzzeitige Effekte betreffen akute Intoxikationen, die unter Umständen zum Tod durch Überdosierung führen. Langzeiteffekte führen zu Veränderungen, wie sie derzeit mit den Konzepten «Sucht», «Abhängigkeit», oder «substanzbezogene Störungen» beschrieben werden. Es ist davon auszugehen, dass die Effekte langzeitlichen starken Konsums mit den als «Sucht» beschriebenen Symptomen weitgehend überlappen, wenn nicht damit identisch sind.
2. *Starker Konsum ist verantwortlich für Intoxikation und die Symptome «Entzug» und «Toleranzentwicklung», die als zentrale Kriterien von Sucht und Abhängigkeit gelten.* «Toleranzentwicklung» und «Entzug» sind natürliche physiologische Reaktionen auf langzeitlichen, hochdosierten Konsum psychoaktiver Substanzen. Diese Symptome treten unabhängig davon auf, ob z.B. Alkohol oder Opiate konsumiert oder vom Arzt verschriebene Medikamente eingenommen werden.
3. *Starker Konsum ist verantwortlich für negative soziale Folgen.* Eine australische Studie kommt in einer Befragung zu den negativen Auswirkungen auf Familienmitglieder und Freunde durch den Alkoholkonsum anderer auf einen Anteil von 28,5%, bei denen dies im letzten Jahr der Fall war. Diejenigen Personen, von denen die meisten negativen Folgen berichtet wurden, konsumierten im Mittel 13 Getränke pro Trinkgelegenheit mit hohen Konsummengen und tranken fünf oder mehr Getränke mindestens dreimal pro Woche[8].

4. *Langzeitlicher starker Konsum ist verantwortlich für die Mehrheit substanz-attribuierbarer Krankheiten und Mortalität.* Schätzungen für die Länder der Europäischen Union ergaben, dass mehr als 77% der bereinigten Mortalitätsbelastung (abzüglich der positiven Effekte) durch Alkohol auf starken Konsum zurückzuführen ist und 71% der bereinigten alkohol-attribuierbaren Mortalität durch Alkoholabhängigkeit verursacht wird.[15] Der Pfad, über den Alkoholabhängigkeit vermittelt wird, weist deutlich auf starken Konsum hin.
5. *Das Konzept «starker Konsum» stimmt besser mit den empirischen Daten überein und es reduziert Stigmatisierung.* Am Tabakkonsum lässt sich beispielhaft demonstrieren, dass das Label «Tabakabhängigkeit» keinen Informationsgewinn zusätzlich zur Tatsache hat, ob jemand mehr als 20 Zigaretten am Tag raucht. Die Prävalenz der DSM-IV-Tabakabhängigkeit ist in Surveys in der Regel identisch mit der Prävalenz starken Rauchens, die Korrelation zwischen Abhängigkeit und starkem Rauchen ist jedoch gering; z.B. waren im Epidemiologischen Suchtsurvey in Deutschland 51% von denen, die 20 oder mehr Zigaretten pro Tag rauchten, nicht abhängig.[16] Personen mit starkem Konsum ohne eine Diagnose haben aber kein geringeres Risiko für gesundheitliche Einschränkungen oder Lungenkrebs als starke KonsumentInnen mit einer Diagnose.

Die Definition «starker Konsum» könnte zudem helfen, Stigmatisierung zu vermeiden. Personen mit einem starken Konsum befinden sich am oberen Ende des Kontinuums, auf dem sich alle KonsumentInnen von gering bis stark skalieren lassen. Dies könnte zu einer Wahrnehmung substanzbezogener Probleme führen, vergleichbar etwa mit Bluthochdruck oder Diabetes, d.h. als Zeichen, den Lebensstil zu ändern, oder für die Notwendigkeit einer Medikation.[17]

Schlussfolgerungen

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass es verschiedene Anstrengungen gibt, Substanzkonsum in das Konzept substanzbezogene Störungen zu integrieren. Zu nennen sind der Fagerström-Test oder der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), die sowohl Konsum- als auch Symptomitems enthalten. Zudem stellt sich bei der Verteilung der Konsummenge auf einer kontinuierlichen Skala die Frage nach Schwellenwerten. Ab welcher Konsummenge ist jemand ein starker Konsument? Auch wenn hierzu noch weitere Forschung benötigt wird, geht es im Gegensatz zum Diagnosekonzept bei Schwellenwerten starken Konsums nicht um die Definition von Störung, sondern um die Frage, welche Personen eine Intervention oder eine Therapie erhalten sollen. Bspw. sind Empfehlungen für untere (Frühintervention) und obere Schwellenwerte (Therapie) denkbar.

Festzuhalten bleibt, dass die Betrachtung der Konsummengen als Kontinuum mit den Ausprägungen «gering» bis «stark» und der Abschätzung der Risiken für unterschiedliche Folgen für das Individuum (die anderen und die Gesellschaft) ohne das Konstrukt «Sucht», «Missbrauch» oder «Abhängigkeit» auskommt.[18] An der gegenwärtigen Praxis der Tabakentwöhnung wird deutlich, dass ein gesundheitsrelevantes «abhängiges» Verhalten auch ohne das Label «substanzbezogene Störung» geändert werden kann. Mit dem Konzept «starker Konsum» kann auch auf die Beurteilung des Konsumverhaltens selbst als «krankhaft» oder «nicht krankhaft» verzichtet werden. Durch die Vermeidung des Labels «substanzbezogene Störung» wird eine Reduktion der Stigmatisierung des Betroffenen erwartet. Mit Hilfe von Frühinterven-tionen besteht die Möglichkeit, Lebensstile noch in jungen Jahren zu ändern. Weiterhin könnte ein erweitertes Behandlungsangebot inklusive von Programmen zur Konsumreduktion die Erreichbarkeit starker KonsumentInnen deutlich erhöhen.●

Literatur

American Psychiatric Association (1994): DSM-IV diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Babor, T.F./Caetano, R./Casswell, S./Edwards, G./Giesbrecht, N./Graham, K. et al. (2003): Alcohol: No ordinary commodity. Oxford: Oxford University Press.

Bondy, S.J. (1996): Overview of studies on drinking patterns and consequences. Drinking patterns and their consequences: report from an international meeting. Addiction 91(11): 1663-1674.

Bühringer, G./Augustin, R./Bergmann, E./Bloomfield, K./Funk, W./Junge, B. et al. (2002): Alcohol consumption and alcohol-related problems in Germany. Göttingen: Hogrefe & Huber.

Frances, A. (2013): Normal: gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: Dumont.

Gmel, G./Kuntsche,E./Rehm, J. (2010): Risky single-occasion drinking: bingeing is not bingeing. Addiction 106(6): 1037-1045.

Kraus, L./Baumeister, S.E./Pabst, A./Orth, B. (2009): Association of average daily alcohol consumption, binge drinking and alcohol-related social problems: Results from the German Epidemiological Surveys of Substance Abuse. Alcohol and Alcoholism 44(3): 314-320.

Kraus L./Pabst A. (2010): Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Sucht 56:315-26.

Laslett, A.-M./Room, R./Ferris, J./Wilkinson, C./Livingston, M. /Mugavin, J. (2011): Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. Addiction 106(9): 1603-1611.

Rehm, J./Ashley, M.J./Room, R./Single, E./Bondy, S./Ferrence, R./Giesbrecht, N. (1996): On the emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences. Addiction 91(11): 1615-1621.

Rehm, J./Baliunas, D./Borges, G.L./Graham, K./Irving, H./Kehoe, T. et al. (2010): The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview. Addiction 105(5): 817-843.

Rehm, J./Marmet, S./Anderson, P./Gual, A./Kraus, L./Nutt, D. J. et al. (2013a): Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use? Alcohol and Alcoholism 48(6): 633-640.

Rehm, J./Shield, K.D./Rehm, M.X./Gmel, G./Frick, U. (2013b): Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. European Neuropsychopharmacology 23: 89-97.

Schomerus, G./Holzinger, A./Matschinger, H./Lucht, M./Angermeyer, M.C. (2010): Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken. Psychiatrische Praxis 37(3): 111-118.

World Health Organization (1957): WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs, Seventh Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Endnoten

1 Vgl. Bondy 1996.
2 Vgl. Rehm et al. 2010.
3 Vgl. Bühringer et al. 2002.
4 Vgl. American Psychiatric Association 1994.
5 Vgl. Bondy 1996; Rehm et al. 1996.
6 Vgl. Bondy 1996; Kraus et al. 2009.
7 Vgl. Rehm et al. 2010; Kraus et al. 2009; Gmel et al. 2011.
8 Vgl. Laslett et al. 2010.
9 Vgl. Babor et al. 2003.
10 Vgl. Rehm et al. 2010.
11 Vgl. Schomerus et al. 2010.
12 Vgl. World Health Organization 1957.
13 Vgl. Frances 2013.
14 Vgl. Rehm et al. 2013a.
15 Vgl. Rehm et al. 2013b.
16 Vgl. Kraus/Pabst 2010.
17 Vgl. Rehm et al. 2013b.
18 Vgl. Rehm et al. 2013a.