

Grundlagen Sucht

Skriptum



**Sucht- und Drogen
Koordination Wien**
Institut für Suchtprävention



Für die
Stadt Wien





Inhalt

1. Suchtmittelkonsum in Österreich – Wissenswertes zum Einstieg	3
2. Was ist eine Abhängigkeitserkrankung?	4
2.1. Diagnosekriterien einer Abhängigkeitserkrankung	5
2.2. Substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung	7
2.3. Substanzungebundene/verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung	7
3. Rechtliche Aspekte	8
3.1. Suchtmittelgesetz (SMG)	8
3.1.1 § 13 Suchtmittelgesetz	9
3.1.2 Prinzip „Therapie statt Strafe“	10
3.2. Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG)	11
4. Konsumformen – Konsummotive – Wirkungsweise von Suchtmitteln	11
4.1. Konsumformen	11
4.2. Konsummotive	12
4.3. Wirkungsweise von Suchtmitteln	13
4.4. Mischkonsum, Mehrfachkonsum oder Polytoxikomanie	14
4.5. Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft	14
5. Ursachen und Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung	15
5.1. Ursachenmodell – Suchtdreieck	15
5.1.1 Abhängigkeit als Prozess	17
5.2. (Neuro-)Biologische Erklärungsansätze	17
5.3. Psychologische Erklärungsansätze	18
5.4. Soziologische Erklärungsansätze	19
5.5. Trauma und Abhängigkeitserkrankung	19
6. Wiener Sucht- und Drogenstrategie – „Der Wiener Weg“	21
7. Literaturverzeichnis	22



1. Suchtmittelkonsum in Österreich – Wissenswertes zum Einstieg

Wussten Sie, dass¹ ...

... das Potenzial eines Suchtmittels zur gesundheitlichen Gefährdung nicht vom rechtlichen Status (legal oder illegal) abhängig ist?

... Suchtmittelkonsum nicht automatisch zu einer Abhängigkeit führt? Das Spektrum reicht von der Abstinenz über den Genuss bis zur Abhängigkeit.

... das legale Suchtmittel Alkohol, gemessen an den Folgen – beispielsweise für die Gesundheit, an einer erhöhten Gewaltbereitschaft, den Unfallgefahren im Straßenverkehr – unverändert das „Suchtmittel Nummer eins“ in unserer Gesellschaft ist. Fast jede Person macht irgendwann einmal Erfahrungen mit Alkohol. Der Alkoholkonsum geht tendenziell zurück (Konsummenge, Problemkonsum, jugendlicher Alkoholkonsum), das Konsumverhalten zwischen den Geschlechtern gleicht sich immer mehr an.

... der tägliche Konsum von mehr als 40 g reinen Alkohols bei Frauen (1 Liter Bier bzw. 0,5 Liter Wein) bzw. mehr als 60 g reinen Alkohols bei Männern (1,5 Liter Bier bzw. 0,75 Liter Wein) laut HEC² als gesundheitsgefährdend gilt? Expertinnen und Experten empfehlen, an mindestens zwei Tagen pro Woche keinen Alkohol zu trinken, um den Körper zu entlasten.

... rund 370.000 Österreicherinnen und Österreicher als alkoholabhängig gelten? 14 Prozent der Bevölkerung trinken in einem problematischen Ausmaß. Den höchsten Anteil an Menschen mit problematischem Alkoholkonsum findet man bei Personen im mittleren Alter (ca. 50 bis 60 Jahre) und nicht – wie in der öffentlichen Berichterstattung manchmal verbreitet wird – bei den Jugendlichen.

... sich ein genereller Rückgang im Rauchverhalten feststellen lässt, jedoch immer noch geschätzte 30 Prozent der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahre aktuell rauchen? Rund 21-24 Prozent rauchen täglich. In Österreich gelten rund 1.200.000 Personen als nikotinabhängig. Das Rauchverhalten von Männern und Frauen hat sich in den letzten

¹ In diesem Kapitel angeführte Informationen entstammen folgenden Quellen: Bachmayer et al. (2018), Kalke & Wurst (2015), Anzenberger et al. (2018), IFES (2015), VIVID-Fachstelle Suchtprävention: www.vivid.at/wissen/was-ist-sucht/zahlen-daten-fakten/, Bundesministerium für Gesundheit (2015), Strizek & Uhl (2016)

² HEC: Health Education Council



Jahrzehnten zusehends angeglichen. Frauen rauchen allerdings etwas seltener als Männer und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer.

... schätzungsweise ein Drittel bis die Hälfte der Erwachsenen in Österreich bereits mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hat, Männer häufiger als Frauen? Der Konsum von Cannabis ist in Österreich unter den illegalen Suchtmitteln am weitesten verbreitet. Aktive Konsumentinnen und Konsumenten sind unter Jugendlichen häufiger anzutreffen als unter Erwachsenen.

... der problematische bzw. risikoreiche Konsum von Opioiden³ in Österreich bei jungen Menschen unter 25 Jahren rückläufig ist? Es gibt weniger Einsteigerinnen und Einsteiger. In Österreich gibt es rund 35.000 bis 38.000 Menschen mit risikoreichem bzw. problematischem Opioidkonsumverhalten.

... in Österreich rund 64.000 Personen ein problematisches Spielverhalten aufweisen und davon rund 37.000 Personen als pathologische Spielerinnen und Spieler gelten?

... jede fünfte Person (rund 22 Prozent) in Österreich schon mindestens einmal im Leben Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumiert hat, Frauen häufiger als Männer? Die Konsumerfahrungen steigen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an.

2. Was ist eine Abhängigkeitserkrankung?

„Sucht“ ist der umgangssprachliche Begriff für eine chronische, wiederkehrende Erkrankung, die viele Ursachen und unterschiedliche Verläufe haben kann.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet diese Erkrankung im medizinischen Terminus als Abhängigkeitssyndrom – umgangssprachlich „Abhängigkeit“. Dieses Abhängigkeitssyndrom wird durch eine Gruppe von körperlichen, verhaltensbezogenen und kognitiven Symptomen charakterisiert, die sich nach wiederholter Einnahme bzw. wiederholtem Konsum von psychotropen⁴ Substanzen (auch Medikamenten), Alkohol oder Nikotin entwickeln.⁵

Die medizinische Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung kann nur von ausgebildeten Fachkräften aus dem medizinischen und psychologischen Bereich gestellt werden, zum

³ Opiode sind halb- oder vollsynthetisch hergestellte Substanzen, die in ihrer Wirkung dem Opium ähnlich sind. Das bekannteste halbsynthetische Opioid ist Heroin, das aus Morphin gewonnen wird.

⁴ Eine psychotrope/psychoaktive Substanz ist ein Wirkstoff, der die Psyche des Menschen beeinflusst.

⁵ Vgl. World Health Organisation (WHO)



Beispiel von Ärztinnen und Ärzten, Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Psychologinnen und Psychologen.

Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht nicht von heute auf morgen, sondern sie entwickelt sich über eine längere Zeit hinweg. Die meisten Menschen, die Suchtmittel konsumieren, entwickeln keine Abhängigkeitserkrankung, sie konsumieren in bestimmten Phasen oder zu bestimmten Zeiten oder hören mit dem Konsum wieder auf.⁶

Eine Abhängigkeitserkrankung ist keine Willensschwäche oder moralische Verfehlung.

Da Sucht keine Willensschwäche ist, ist es meist wenig zielführend, einem suchtkranken Menschen zu sagen, dass es nur „eisernen Willen“ braucht, um abstinent zu werden. Dennoch braucht es – wie bei jeder anderen Krankheit auch – die Motivation, sich behandeln zu lassen beziehungsweise das gesundheitsschädigende Verhalten zu ändern.

2.1. Diagnosekriterien einer Abhängigkeitserkrankung

Im österreichischen Gesundheitssystem wird die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung in der Regel anhand der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10), eines Diagnoseklassifikationssystems der Weltgesundheitsorganisation (WHO), gestellt.

Von einer Abhängigkeitserkrankung wird laut ICD-10⁷ gesprochen, wenn „drei oder mehr der folgenden Kriterien (...) zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d. h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom (...), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.

⁶ Vgl. Degkwitz (2005, S. 63–88), Wiener Zeitschrift für Suchtforschung (2007, Jg. 30, Nr. 1), Klein et al. (2009, S. 3–52)

⁷ Vgl. Dilling et al. (2006, S. 79–80)



4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.
5. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessenbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen (...), deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.“

Neben der ICD-10 gilt das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA) als ein maßgebliches Klassifikationssystem psychischer Störungen.

Unter dem Begriff „Substanzgebrauchsstörung“ wird nicht zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden, sondern zwischen „leicht, mittel und schwer“.

Das DSM-5 kategorisiert die Substanzgebrauchsstörung anhand von elf Kriterien. Sind innerhalb der vergangenen zwölf Monate mindestens zwei Kriterien erfüllt worden, so liegt eine Störung vor. Abhängig von der Anzahl der zutreffenden Kriterien wird auch der Schweregrad der Störung festgestellt.

„Die Kriterien sind:

1. wiederholter Konsum, sodass wichtige Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt werden;
2. wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;
3. wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme;
4. Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung;
5. Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden;
6. längerer Konsum oder in größerer Menge als geplant (Kontrollverlust);
7. anhaltender Kontrollwunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle;
8. hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung des Konsums zu erholen;
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums;



10. fortgesetzter Gebrauch, obwohl körperliche oder psychische Probleme bekannt sind;

11. starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren (Craving)".⁸

Wichtiger Hinweis: Das DSM-5 klassifiziert neben stoffgebundenen Störungen auch eine „Störung durch Glücksspielen“. „Pathologisches Spielen“ wird in der ICD-10 unter Störungen der Impulskontrolle angeführt.

2.2. Substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung

Ist eine Person von einer bestimmten Substanz abhängig, wird dies „substanz- oder stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung“ genannt. Substanzen, die abhängig machen können, sind zum Beispiel:

- Alkohol
- Tabak/Nikotin
- Medikamente
- Cannabis
- Opioide
- Designer- und Partydrogen wie Ecstasy oder Speed
- Kokain
- LSD

2.3. Substanzungebundene/verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung

Eine übermäßige Nutzung von Handy, Computer oder Internet, problematisches Verhalten in Bezug auf Glücksspiele, zwanghaftes Kaufverhalten, ein übersteigertes Verlangen nach sexueller Befriedigung, zwanghafte Haltungen zu Leistung und Arbeit etc. können Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung haben. Diese Formen eines zwanghaften, nicht kontrollierbaren und problematischen Verhaltens werden als substanzungebundene beziehungsweise verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung bezeichnet. Aber derzeit sind diese Verhaltensweisen mit Ausnahme des pathologischen Spielens (ICD-10) sowie einer Störung durch Glücksspielen (DSM-5) nicht in den Klassifikationsschemata erfasst und daher gibt es hierfür keine einheitliche und allgemeingültige Definition. Es gibt aber Menschen, die hierbei ein problematisches Verhalten entwickeln und bei denen auch Merkmale ähnlich einer Abhängigkeitserkrankung auftreten. Betroffene Menschen benötigen auf jeden Fall professionelle Beratung und Begleitung.

⁸ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2016): <http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/substanzgebrauchsstoerung-diagnosekriterien.html>



3. Rechtliche Aspekte

Bestimmte Suchtmittel können in Österreich – unter Berücksichtigung des jeweiligen Landesjugendschutzgesetzes oder Arzneimittelrechts – legal erworben und gebraucht werden. Dazu gehören in erster Linie Alkohol, Tabak und Medikamente.

Substanzen wie Cannabis, Kokain, Heroin, Ecstasy, Speed, LSD gelten in Österreich als illegal; ihr Gebrauch wird im Suchtmittelgesetz geregelt.

Das Potenzial eines Suchtmittels zur gesundheitlichen Gefährdung ist nicht vom rechtlichen Status (legal oder illegal) abhängig.

Nähere Informationen zu den unterschiedlichen Substanzen erhalten Sie zum Beispiel unter www.checkyourdrugs.at.

Nachfolgend wird ein Überblick gegeben, welche Gesetze diesbezüglich in Österreich von Bedeutung sind.

3.1. Suchtmittelgesetz (SMG)

Das „Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe“ (Suchtmittelgesetz – SMG) ist die Hauptrechtsquelle für alle Themen im Zusammenhang mit Suchtmitteln, womit Suchtgifte und psychotrope Substanzen gemeint sind. Zu den Suchtgiften zählen zum Beispiel Cannabis, Heroin, Kokain, Morphin, retardierte Morphine wie Substitol®, Methadon, MDMA = Ecstasy, Methamphetamin („Crystal Meth“), LSD, GHB. Zu den psychotropen Stoffen gehören die meisten bekannten Diazepine – Medikamente mit beruhigenden bzw. schlaffördernden Eigenschaften – wie Flunitrazepam (zum Beispiel Rohypnol®), Oxazepam, Diazepam (zum Beispiel Valium®), Lorazepam, Zolpidem.

Wesentliche Inhalte des Suchtmittelgesetzes sind:

- allgemeine Vorschriften über den Umgang mit Suchtmitteln
- Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch
- Strafbestimmungen bei unrechtmäßigem Umgang
- Strafalternativen/Diversion: Prinzip „Therapie statt Strafe“
- Detailfestlegungen und Liste von Substanzen: Suchtgiftverordnung, Psychotropenverordnung

Im Suchtmittelgesetz ist auch festgeschrieben, dass die Verwendung von Suchtmitteln nur zu bestimmten Zwecken zulässig ist, wie zum Beispiel zu medizinischen Zwecken –



insbesondere für die Schmerz- oder Substitutionsbehandlung – oder zu wissenschaftlichen Zwecken.

Das Gesetz enthält auch diverse Vorkehrungen zur Verhinderung des unerlaubten Gebrauchs von Suchtmitteln (Missbrauch), wie zum Beispiel strenge Mengenkontrollen, Dokumentations- und Meldepflichten.

Jeder unrechtmäßige Umgang mit Suchtmitteln ist verboten und strafbar. Dazu gehören:

- Erwerb
- Besitz
- Weitergabe, Anbieten, Verschaffen
- Ein-/Ausfuhr, Beförderung
- Anbau

Wichtiger Hinweis: Es gibt keine erlaubte „Eigenbedarfsmenge“; der Besitz jeglicher Menge ist verboten. Nicht unrechtmäßig hingegen ist es, wenn eine Patientin oder ein Patient ein vom Gesetz erfasstes Medikament besitzt, das ihr bzw. ihm von ärztlicher Seite verschrieben worden ist.

Wenn die Polizei davon erfährt, dass jemand unerlaubt mit Suchtmitteln zu tun gehabt hat, muss sie eine Anzeige erstatten, das bedeutet es erfolgt die Einleitung eines Strafverfahrens. Andere öffentliche Dienststellen oder Behörden müssen – statt einer Anzeige bei der Polizei – in diesen Fällen eine Meldung an das Gesundheitsamt erstatten.

Eine polizeiliche Anzeige bedeutet aber nicht, dass es zu einer Bestrafung kommen muss. Näheres dazu weiter unten.

3.1.1 § 13 Suchtmittelgesetz

Das Suchtmittelgesetz enthält in § 13 Abs. 1 eine Bestimmung, die sich ausdrücklich auf den Suchtmittelmissbrauch durch Schülerinnen und Schüler bezieht. Hierbei steht „Helfen statt Strafen“ im Vordergrund. Es kommt nicht zu einer Strafanzeige, sondern die Schulleitung leitet Maßnahmen nach dem SMG ein.

Für die Praxis bedeutet dies: Wenn sich in der Schule ein begründeter Verdacht ergibt, dass eine Schülerin oder ein Schüler illegale Suchtmittel konsumiert, wird die Schulleitung verständigt. Die Schulleitung ordnet eine schulärztliche Untersuchung unter Einbeziehung der Schulpsychologie an. Bei Schülerinnen oder Schülern unter 18 Jahren informiert die Schulleitung auch die Erziehungsberechtigten.



Wenn die schulärztliche Untersuchung den Verdacht bestätigt und festgestellt wird, dass gesundheitsbezogene Maßnahmen wie eine Beratung bzw. Behandlung notwendig sind, wird die Schülerin oder der Schüler an eine Beratungsstelle vermittelt und zur Bestätigung der Durchführung der gesundheitsbezogenen Maßnahme eine Ambulanzkarte übergeben. Die Schulleitung darf nur darüber Kenntnis erlangen, ob die gesundheitsbezogenen Maßnahmen durchgeführt worden sind. Die Beratungsstelle unterliegt einer Schweigepflicht und darf keine Details über die gesundheitsbezogenen Maßnahmen, Gespräche oder Termine an die Schulleitung weitergeben.

Nur wenn die gesundheitsbezogenen Maßnahmen oder die schulärztliche Untersuchung verweigert werden, muss die Schulleitung das Gesundheitsamt verständigen.

3.1.2 Prinzip „Therapie statt Strafe“

Für Personen, die illegal Suchtmittel gebrauchen und angezeigt worden sind, gibt es im österreichischen Recht verschiedene Alternativen zur Bestrafung. Das Recht verfolgt bei Suchtkranken den Grundsatz „Therapie statt Strafe“. Das Gesundheitssystem spielt für Konsumentinnen und Konsumenten dabei die Hauptrolle, zu einem Verfahren der Justiz, zum Beispiel einer Gerichtsverhandlung kommt es nur in besonderen Fällen.

- Die Staatsanwaltschaft stellt aufgrund einer Anzeige in Fällen eines „erweiterten“ Eigengebrauchs⁹ das Strafverfahren sofort vorläufig für ein Jahr ein. Es erfolgt eine Meldung ans Gesundheitsamt.
- Es kommt zu einer Begutachtung durch die Gesundheitsbehörde: bei Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten, die in den letzten fünf Jahren nicht schon einmal auffällig waren – zum Beispiel durch eine Anzeige oder sonstige Meldung – erfolgt keine standardmäßige Begutachtung.
- Gegebenenfalls werden aufgrund der Begutachtung „gesundheitsbezogene Maßnahmen“ bei Suchtgiftmissbrauch vorgeschlagen, zum Beispiel Z1 – ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, Z2 – ärztliche Behandlung inkl. Substitutions- oder Entzugsbehandlung, Z3 – klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Z4 – Psychotherapie, Z5 – psychosoziale Beratung und Betreuung.
- Eine Fortsetzung eines Strafverfahrens gibt es nur, wenn das Gesundheitsamt innerhalb des darauffolgenden Jahres meldet, dass die angezeigte Person nicht zur

⁹ Damit sind der Erwerb, der Besitz zum eigenen persönlichen Gebrauch und auch die eventuelle vorteilslose Weitergabe zum persönlichen Gebrauch eines anderen gemeint.



Begutachtung erscheint oder notwendige Maßnahmen nicht nachgewiesen werden; andernfalls wird das Verfahren nach einem Jahr endgültig eingestellt.

Die aktuelle Fassung des österreichischen Suchtmittelgesetzes ist abrufbar unter:
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011040>

3.2. Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG)

Seit 2012 regelt ein eigenes Gesetz neue psychoaktive Substanzen. Es zielt nicht darauf ab, Konsumentinnen und Konsumenten zu bestrafen, sondern sie vor uneinschätzbaren Gesundheitsrisiken zu schützen. Es verbietet den Handel mit neuen psychoaktiven Substanzen¹⁰ und die Herstellung mit Gewinnabsicht. Bei einem Verstoß drohen Freiheitsstrafen von bis zu zwei Jahren und mehr.

Die aktuelle Fassung ist abrufbar unter:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007605>

4. Konsumformen – Konsummotive – Wirkungsweise von Suchtmitteln

4.1. Konsumformen

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein dynamischer Prozess und verläuft nicht linear. Experimentierverhalten oder Konsum führen nicht zwangsläufig in eine Abhängigkeit. Innerhalb des Spektrums von Abstinenz, Genuss und Abhängigkeit gibt es verschiedene Ausprägungen und fließende Übergänge.¹¹

Gängige Begriffe, um die Konsumformen zu beschreiben, sind zum Beispiel:

- **Abstinenz**
- **Probierkonsum:** einmaliges oder sporadisches Probieren
- **Experimentierkonsum:** Neugierde und Sensationslust sind bestimmend; unregelmäßiger Konsum, der zu bestimmten Zeitpunkten, zum Beispiel an Wochenenden, intensiver ist

¹⁰ Zu den neuen psychoaktiven Substanzen zählen vor allem Substanzen bzw. chemische Verbindungen, die unter dem Namen Research Chemicals bekannt sind. Sie werden beispielsweise als Badesalze, Räuchermischungen oder Pflanzendünger vermarktet; die Zusammensetzung bzw. die Wirkstoffe ändern sich dabei ständig.

¹¹ Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013, S. 66)



- **regelmäßiger Konsum:** Gewöhnung ohne zwangsläufige Abhängigkeit
- **Risikokonsum:** Durch die Art des Konsums bestehen erhöhte Risiken für schädliche Konsequenzen, zum Beispiel Unfallgefahr, Probleme in der Schule oder am Arbeitsplatz
- **schädlicher und problematischer Konsum:** ein Konsummuster, das körperliche und/oder psychische Schäden zur Folge hat. Die Betroffenen können den Konsum oder suchtfördernde Verhaltensweisen auch dann nicht einstellen, wenn sie sich der damit verbundenen Gefährdung und Schädigung bewusst sind.
- **Abhängigkeit** (süchtiger Gebrauch)

Der Prozess einer Abhängigkeitserkrankung kann mehrere Jahre dauern und unterschiedliche Phasen durchlaufen. Grundsätzlich besteht in jeder Phase die Möglichkeit, dass ein Fortschreiten in Richtung Abhängigkeit stattfindet. Aber auch eine Umkehr ist möglich. Abhängigkeit ist nur eine mögliche Folge von Konsum.¹²

4.2. Konsummotive

Jeder Mensch hat unterschiedliche Beweggründe, wenn er zu Suchtmitteln greift. Dabei stehen „normale“ menschliche Grundbedürfnisse nach Geborgenheit, Zugehörigkeit, Entspannung, Leistungsfähigkeit etc. im Vordergrund. Zentrale Motive sind:

- **Verbesserungsmotive:** Genuss, Steigerung des Wohlbefindens, Glückssuche, Bewusstseinsveränderung, Wunsch nach Ekstase, Leistungssteigerung, Steigerung der Konzentration, Wunsch nach Geborgenheit, Experimentieren mit Suchtmitteln, Konsum aus Langeweile, Wunsch nach Abwechslung, Austesten von Grenzen/Verboten, Wunsch nach intensiven Gefühlen, Verstärkung der Stimmung/des Erlebens, Zugehörigkeit oder Abgrenzung, Wunsch nach Anerkennung, Erleben von Gruppendynamik, Spaß, Positionierung innerhalb der Gruppe
- **Verringerungs- und Fluchtmotive:** Verringerung von Ängsten und Missempfinden, Flucht aus der Realität, Stressbewältigung, Selbstmedikation¹³, Entspannung, Betäubung, Verdrängen von negativen Gefühlen¹⁴

Problematisch wird es dann, wenn der Konsum als einzige Möglichkeit gesehen wird, um einen bestimmten Zustand zu erreichen – wenn man zum Beispiel, um zu entspannen, Cannabis konsumiert, anstatt Musik zu hören.

¹² Vgl. Degkwitz (2005, S. 63–88)

¹³ Selbstmedikation = Eigenbehandlung ohne ärztliche Rücksprache bzw. Verordnung, um bestimmte Beschwerden zu lindern

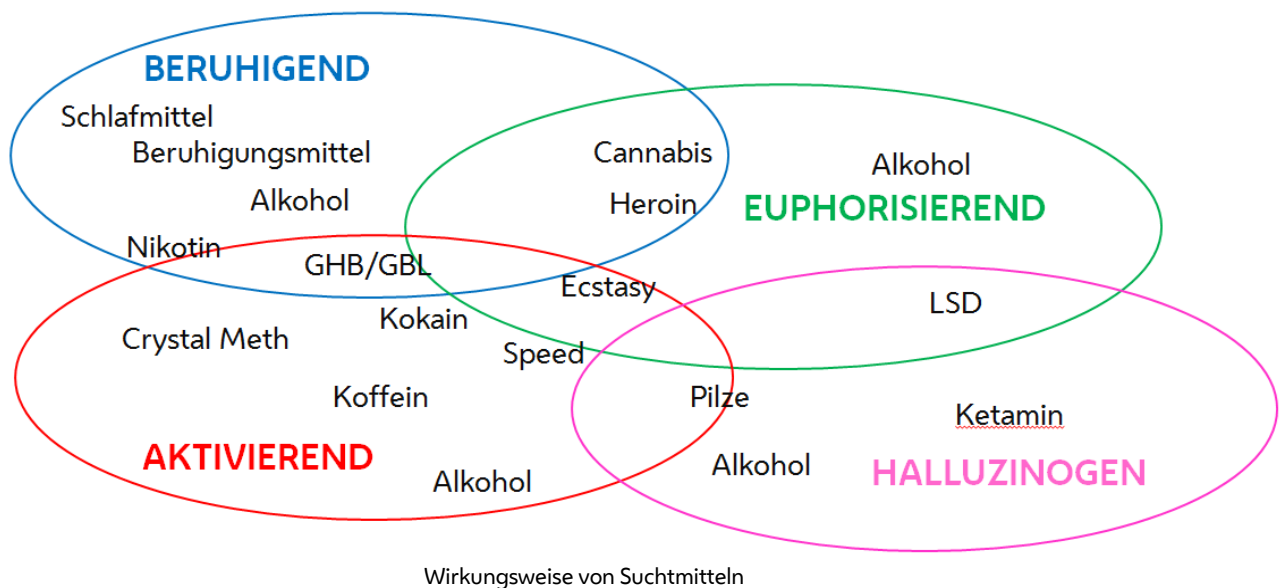
¹⁴ Vgl. Klein (2015)



4.3. Wirkungsweise von Suchtmitteln

Mit dem Konsum von Suchtmitteln werden bestimmte Wirkungsweisen angestrebt und dementsprechend unterschiedliche Substanzen eingesetzt. Substanzen haben sehr oft mehrfache Wirkungsweisen – sie können zum Beispiel beruhigend und/oder aktivierend sein. Die Wirkweisen von Suchtmittel können je nach Person, abhängig von der jeweiligen Situation beziehungsweise auch von der Verabreichungsform und Dosierung, stark variieren. Nachfolgend finden Sie typische Wirkungsweisen, wobei eine Zuordnung bestimmter Substanzen zu bestimmten Wirkungsweisen in der Regel nicht eindeutig möglich ist:

- Beruhigend: zum Beispiel Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Nikotin, Alkohol, Cannabis, Heroin
- Aktivierend: zum Beispiel Nikotin, Alkohol, Speed, Kokain, Crystal Meth
- Euphorisierend¹⁵: zum Beispiel Heroin, Ecstasy, Cannabis, Alkohol
- Halluzinogen¹⁶: zum Beispiel Pilze, Lachgas, Ketamin¹⁷, Cannabis, LSD



Einen guten Überblick über unterschiedliche Substanzen und deren Wirkungsweise erhalten Sie zum Beispiel unter www.checkyourdrugs.at.

¹⁵ Euphorisierend = intensives gutes Gefühl, Hochgefühl, Glücksgefühl auslösend

¹⁶ Halluzinogen = Wahrnehmungen zum Beispiel im Denken, Fühlen, Sehen hervorruhend, die nicht der Realität entsprechen

¹⁷ Ketamin ist ein Arzneistoff, der insbesondere in der Anästhesie und zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt wird.



4.4. Mischkonsum, Mehrfachkonsum oder Polytoxikomanie

Mischkonsum bezeichnet den gleichzeitigen oder zeitnahen Konsum mehrerer Suchtmittel. Damit überlappen sich die einzelnen Wirkungsweisen. Je nach Substanz potenzieren oder verstärken sich die jeweiligen Effekte und werden noch unkalkulierbarer als beim Konsum einer einzigen Substanz. Die gesundheitlichen Risiken erhöhen sich durch Mischkonsum und es kommt zu einer extremen Belastung für den Körper.

4.5. Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft

Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft kann vor allem die Gesundheit des Kindes gefährden. Sowohl illegale als auch legale Suchtmittel können zu Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten, Fehlbildungen an den Organen, motorischen Defiziten, Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen sowie zum Teil irreparablen Folgeschäden für das Kind führen. Am risikoreichsten ist es, wenn mehrere Substanzen gleichzeitig konsumiert werden.

Was den Konsum von Alkohol betrifft, gibt es in der Schwangerschaft keinen Konsum ohne Risiko. Alkohol gelangt durch die Plazenta direkt in den Blutkreislauf des werdenden Kindes. Das ungeborene Kind kann den Alkohol nicht abbauen und bleibt somit länger den schädigenden Wirkungen ausgesetzt. Diese pränatale Alkoholexposition kann die geistige und körperliche Entwicklung des ungeborenen Kindes beeinträchtigen.

Schon geringe Mengen Alkohol können Auswirkungen auf das spätere Leben des Kindes haben. Unter dem Begriff FASD¹⁸ werden Symptome wie beispielsweise geringes Geburtsgewicht, kleiner Kopfumfang und Störungen der Exekutivfunktionen¹⁹ zusammengefasst.

Auch Rauchen und Passivrauchen in der Schwangerschaft sind schädlich. Mit dem Zigarettenrauch wird von der Mutter und auch vom ungeborenen Kind Kohlenmonoxyd aufgenommen. Die Sauerstoffversorgung der Organe des Kindes ist nicht vollständig gewährleistet; die Inhaltsstoffe einer Zigarette haben eine schädigende Wirkung auf das Nervensystem und den Kreislauf des Kindes.

Das Kind kann beispielsweise bei der Geburt ein niedrigeres Geburtsgewicht, eine geringere Größe oder eine Schwächung der Lungenfunktion aufweisen.

¹⁸ FASD = Fetal Alcohol Spectrum Disorder, fetale Alkoholspektrumstörung

¹⁹ Unter Exekutivfunktion versteht man eine Tätigkeit, wofür das Gehirn im Alltag herangezogen wird. Das betrifft zum Beispiel Orientierung, Rechnen, Planen, Impulskontrolle.



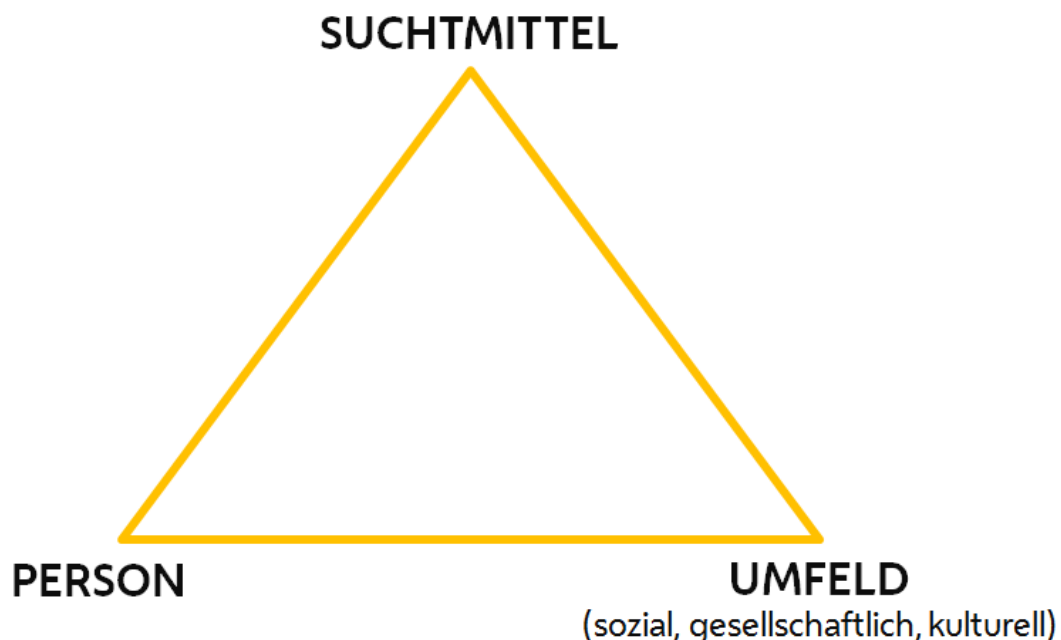
Während einer Schwangerschaft ist es das Beste für die Gesundheit des Kindes und der Mutter, ganz auf den Konsum von Suchtmitteln zu verzichten. Die Partnerin bzw. der Partner ist hierbei im optimalen Fall eine wesentliche Unterstützung.

5. Ursachen und Entstehung einer Abhängigkeits- erkrankung

5.1. Ursachenmodell – Suchtdreieck

Bei Entstehung und Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung wirken viele Einflussfaktoren in unterschiedlicher Stärke und aus verschiedenen Bereichen zusammen. Es handelt sich um einen komplexen, phasenhaft verlaufenden Prozess. Die Dynamik dieses Prozesses wird durch das Verhältnis und die Gewichtung von Belastungs- und Schutzfaktoren bestimmt.

Als zentrale Bereiche, die bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung von Bedeutung sind, spielen die eigene Persönlichkeit, das soziale Umfeld, die gesellschaftlichen bzw. kulturellen Bedingungen und das jeweilige Suchtmittel selbst eine wichtige Rolle.



Ursachenmodell – Suchtdreieck



- **Person:**

Psyche: Die persönliche Lebensgeschichte, die Persönlichkeitsentwicklung und dementsprechend die individuellen Ressourcen für eine Krisenbewältigung und für die Veränderung innerer und äußerer Umstände sowie die gerade aktuell verfügbaren persönlichen Möglichkeiten – etwa begründet im jeweiligen Lebensabschnitt – bilden grundlegende Belastungs- oder Schutzfaktoren.

Körper: Auch wenn Abhängigkeitserkrankungen nicht als vererbbar angesehen werden, weist dennoch einiges auf epigenetische Faktoren hin, die bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung eine Rolle spielen. Neben neurobiologischen Faktoren sind hierbei zum Beispiel auch Toleranzbildung gegenüber Substanzen, Abbaukapazitäten, Geschlecht, Alter und Körpergewicht zu berücksichtigen.

- **Suchtmittel oder Verhaltensweise:**

Unterschiedliche Suchtmittel beziehungsweise abhängigkeitsfördernde Verhaltensweisen haben jeweils unterschiedliche Abhängigkeitspotenziale. Neben der pharmakologischen Wirkung der Suchtmittel spielen hierbei auch die Verfügbarkeit, die Art der Einnahme, die Beschaffenheit der Substanz etc. eine Rolle. Bei abhängigkeitsfördernden Verhaltensweisen hat sich beispielsweise das Spielen an Automaten als problematischer erwiesen als andere Spielformen. Entscheidend sind – ähnlich wie bei legalen oder illegalen Substanzen – auch die Verfügbarkeit der Möglichkeiten abhängigkeitsfördernden Verhaltens, zum Beispiel die Verfügbarkeit von Spielautomaten, sowie die gesellschaftliche Akzeptanz oder Ablehnung eines bestimmten Verhaltens.

- **Umfeld:**

Soziales Umfeld: Das Risiko, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, aber auch die Chancen, eine bestehende Abhängigkeitserkrankung zu überwinden, stehen in engem Zusammenhang mit den sozialen Verhältnissen, in denen jemand lebt. Die familiäre Situation, der Freundeskreis und die beruflichen Möglichkeiten haben beispielsweise eine große Bedeutung.

Gesellschaftliche bzw. kulturelle Bedingungen: An Belastungsfaktoren sind hier soziale Perspektivlosigkeit, Ausgrenzung, Armut sowie insbesondere Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit zu nennen. Soziale Integration, Teilhabe – insbesondere auch an Bildung – und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sind wesentliche Faktoren, die vor der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung schützen können oder dabei hilfreich sein können, eine Abhängigkeitserkrankung zu überwinden.



5.1.1 Abhängigkeit als Prozess

Es gibt viele Formen des Konsums. Peter Degkwitz (2005) schlägt daher zur Beschreibung von Konsumformen bzw. Sucht ein „Korridormodell“ vor. Demnach ist ein Sucht- bzw. ein Konsumprozess wie ein „langer Flur“, der durch verschiedene Türen betreten und verlassen werden kann und bei dem Abhängigkeit nur ein mögliches Ende darstellt.

Wesentlich ist: Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht nicht eindimensional und verläuft auch nicht linear, sondern prozesshaft.

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein komplexer Prozess. Es gibt keinen universell gültigen Ansatz, der diese Erkrankung vollständig erklärt. Deshalb werden die einzelnen Ansätze aus unterschiedlichen fachlichen Richtungen meist verknüpft, mehrere Faktoren in Zusammenhang gestellt und die Dynamik im Zusammenspiel der multifaktoriellen Ursachen zueinander berücksichtigt.

Die verschiedenen Erklärungsansätze, die im Folgenden kurz beschrieben werden, beziehen sich – im Sinne des Suchtdreiecks als Ursachenmodell²⁰ – immer auf Teilaspekte beziehungsweise bestimmte Schwerpunkte einer Abhängigkeitsentwicklung und sollten daher im Zusammenhang mit den unterschiedlichsten Faktoren der Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung gesehen werden.

5.2. (Neuro-)Biologische Erklärungsansätze

Der (neuro-)biologische Theorieansatz führt stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen auf (neuro-)biologische Prozesse und Gesetzmäßigkeiten zurück. Die unterschiedlichen Substanzen greifen in verschiedene Stoffwechselprozesse des Gehirns ein und bewirken dort Veränderungen. Heute wird davon ausgegangen, dass eine psychoaktive Substanz zum Konsum verleiten kann, wenn sie hirneigene Mechanismen aktiviert und ein subjektiv empfundenes Belohnungsgefühl – im Belohnungssystem des Zentralnervensystems – erzeugt.

Das Belohnungszentrum im Gehirn wird üblicherweise durch die Befriedigung von Bedürfnissen und Trieben – durch Essen, Trinken, Arbeiten, Sexualleben – aktiviert. Dabei wird der Botenstoff Dopamin freigesetzt, der dann an den Rezeptoren im Belohnungszentrum andockt und Erregungssignale an andere Gehirnstrukturen aussendet, die dann Zufriedenheit und Freude auslösen.

²⁰ Siehe Seite 15



Die (neuro-)biologischen Theorien führen die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung vor allem auf Stoffwechselforgänge im Gehirn zurück.

Eine Schlüsselrolle bei den neurobiologischen Erklärungsansätzen spielt das Stresshormon Cortisol. Ist ein Mensch intensiven Stressbelastungen ausgesetzt (Trauma oder lang anhaltender Stress), hat dies einen Einfluss auf einen Bereich im Gehirn, in dem die Verarbeitung von Emotionen stattfindet. Die Folge kann sein, dass vermehrt Substanzen konsumiert oder Tätigkeiten ausgeführt werden, um das Belohnungszentrum im Gehirn anzusprechen.

Eine weitere Rolle spielt der Bereich der Epigenetik. Unter Epigenetik versteht man jenen Teil der Genetik, der sich damit befasst, wie Umwelteinflüsse (Stressbelastung, Suchterkrankung etc.) einen Einfluss auf die Gene haben: darauf, welche aktiviert und welche deaktiviert sind. Der entscheidende Unterschied zur Genetik ist, dass Veränderungen, die aufgrund von Umwelteinflüssen geschehen sind, zum Beispiel durch starke positive Erlebnisse oder förderliche Lebensumstände wieder rückgängig gemacht werden können.

5.3. Psychologische Erklärungsansätze

Psychologische Erklärungsansätze suchen die Ursache des Suchtmittelgebrauchs und einer Abhängigkeit beim einzelnen Menschen. Die wichtigsten Ansätze hierzu sind:

- psychoanalytischer Ansatz
- lerntheoretischer Ansatz
- bindungstheoretischer Ansatz
- systemischer Ansatz

Nach dem psychoanalytischen Ansatz wird die Ursache einer Abhängigkeit in einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung gesehen.

Im lerntheoretischen Ansatz wird die Persönlichkeitsentwicklung gleichgesetzt mit den Lernerfahrungen der jeweiligen Person. Eine Abhängigkeit gilt als erlerntes Verhalten.

Im bindungstheoretischen Ansatz wird eine sichere Bindung als Basis aller Schutzfaktoren betrachtet. Sie stellt somit einen wichtigen Schutzfaktor gegen späteren problematischen oder risikoreichen Suchtmittelgebrauch dar, eine unsichere Bindung hingegen einen Belastungsfaktor. Ein Zusammenhang zwischen Bindung und einer Abhängigkeitserkrankung lässt sich besonders dann sehr oft feststellen, wenn die frühen Bindungserfahrungen einer Person von einem Zustand der Entbehrung und des Mangels – zum Beispiel fehlende (elterliche) Zuwendung – und Trauma geprägt waren.



Im systemischen Ansatz stehen die Dynamik und die Beziehung zwischen den Mitgliedern eines Systems, zum Beispiel Familienmitglieder im Mittelpunkt. Es geht weniger um die Entstehungsgeschichte einer Abhängigkeit, sondern um die Frage, welche Mechanismen das abhängige Verhalten zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufrechterhalten bzw. verändern.

5.4. Soziologische Erklärungsansätze

Soziologische Theorien versuchen anhand gesellschaftlicher und lebensweltlicher Einflüsse die Ursachen für ein bestimmtes Konsumverhalten, den Gebrauch von Suchtmitteln und eine Abhängigkeitserkrankung zu erklären.

Aus soziologischer Sicht können beispielhaft folgende Belastungsfaktoren angeführt werden:

- allgemeine Schwierigkeiten des Einzelnen, sich in einer Gesellschaft zurechtzufinden, in der soziale Risiken, wie etwa arbeitslos zu werden, zunehmend individualisiert werden;
- mangelnde Zukunftsperspektiven und Zukunftsängste vor allem im Arbeits- und Ausbildungsbereich;
- massive Verführung zu Suchtmittelkonsum durch entsprechende Leitbilder und Werbung für Suchtmittel oder Schönheitsideale;
- zunehmende Erlebnis- und Konsumorientierung;
- psychosoziale Belastungen in Ausbildung, Arbeit, Freizeit;
- „Peergroup-Effekt“: Der erste Suchtmittelkonsum vollzieht sich in der Regel nicht isoliert, sondern innerhalb einer Gruppe von Gleichaltrigen;
- familiäre Einflüsse: fehlerhafte Erziehungsstile (zum Beispiel zu viele oder zu wenige Grenzen, mangelnde Konsequenz), Vorbildverhalten, Beziehungskrisen.

5.5. Trauma und Abhängigkeitserkrankung

Nach Fischer und Riedesser²¹ ist Trauma ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.

Durch traumatische Erfahrungen kann die gesamte Persönlichkeit erschüttert werden. Wenn die von außen einwirkenden Kräfte so enorm sind, dass die Verarbeitungsmechanismen lahmgelegt werden, dann wird aus einer Stress-Situation eine

²¹ Vgl. Fischer & Riedesser (1998)



traumatische Situation mit dem Erleben von Todesangst. Die wiederum führt zu einer maximalen Erregung des Organismus.

Um eine traumatische Erfahrung zu verarbeiten, reagiert der menschliche Organismus mit:²²

- **Hyperarousal:** einem Zustand gesteigerter geistiger und körperlicher Erregung;
- **Intrusion:** dem Bedürfnis, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen, darüber zu sprechen; dem Phänomen, dass man davon träumt, es immer wieder - unbewusst ausgelöst - erinnert;
- **Konstriktion:** dem Bedürfnis, sich zurückzuziehen und in Ruhe gelassen zu werden.

Gelingt der Prozess einer Traumaverarbeitung aus unterschiedlichen Gründen nicht, kann dies zur Entstehung der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder) führen.

Es besteht ein starker Zusammenhang von PTSD und Suchtmittelkonsum: Der Konsum von Alkohol, Medikamenten und anderen psychoaktiven Substanzen tritt 1,5- bis zweimal häufiger bei Bestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) auf.

Psychoaktive Substanzen werden in diesem Zusammenhang unter anderem konsumiert, da sie schmerzstillend wirken und als Hilfsmittel zur Stress- und Gefühlsregulation dienen. Der Suchtmittelkonsum steht somit hier vor allem in Verbindung mit einer sogenannten **Selbstmedikation**, um die als unerträglich erlebten PTSD-Symptome in den Griff zu bekommen. Der Vorteil besteht meist in einer relativ verlässlichen und raschen Wirkung, wobei als Nachteil die unterschiedlichen Nebenwirkungen bis hin zu einer Suchtentwicklung zu beachten sind.

Darüber hinaus gibt es viele Hinweise darauf, dass der Gebrauch von Suchtmitteln ein Hochrisikoverhalten ist, das die Wahrscheinlichkeit erhöht, traumatisiert zu werden. Und es wird vermutet, dass Konsumentinnen und Konsumenten von Suchtmitteln eine höhere Empfindlichkeit haben und nach traumatischen Erlebnissen mit größerer Wahrscheinlichkeit eine PTSD entwickeln.²³

²² Vgl. van der Kolk et al. (2000)

²³ Vgl. Schwichtenberg (2012)



6. Wiener Sucht- und Drogenstrategie – „Der Wiener Weg“

In der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 ist, orientiert an der Grundsatzerklärung der Weltgesundheitsorganisation, folgendes Gesamtziel formuliert: *Das Ziel ist ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden aller Menschen in Wien.*²⁴

Demzufolge ist der chronischen Erkrankung einer Abhängigkeit mit individuellen Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungszielen, die physische, psychische und soziale Faktoren berücksichtigen, zu begegnen.

Eine ausschließliche Orientierung an Heilung, die meist als Abstinenz verstanden wird, entspricht nicht der Realität von Suchtkranken. Viele Menschen können sich ein Leben ohne den Konsum von Suchtmittel gar nicht vorstellen; für andere ist das Ziel der Abstinenz oft trotz vielfacher Versuche nicht erreichbar.

Die klassische Zielpyramide in der Suchtarbeit beschreibt die Lebensgestaltung und Lebensbewältigung in Zufriedenheit als grundsätzliches Ziel. Die Basis dafür bildet das Überleben. Darauf aufbauend gibt es unterschiedliche Ziele, die sich an den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen der suchtkranken Menschen orientieren.

Zunehmend setzt sich das Verständnis durch, dass Abstinenz oder auch der kontrollierte Konsum, also der Verzicht beziehungsweise die Reduktion, nicht für sich selbst als Ziel stehen können. Es sind Wege, um eine Verbesserung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens bzw. der Lebensqualität und Lebensbewältigung zu erreichen. Abstinenz, kontrollierter Konsum wie auch Substitutionsbehandlung werden dabei als Methoden zur Zielerreichung gesehen.



Zielpyramide in Kombination mit Behandlungsmethoden nach Meili²⁵

²⁴ Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013, S. 78)

²⁵ Vgl. Meili (2004)



7. Literaturverzeichnis

- Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kerschbaum, J., Klein, C., Schmutterer, I., Strizek, J., & Tanios, A. (2018): Epidemiologiebericht Sucht 2018. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Bachmayer, S., Strizek, J. & Uhl, A. (2018): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen, 7. Aufl.; Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation; BMG, Wien
- Degkwitz, P. (2005): „Sucht“ in einer „praxeologischen“ Sicht – Überlegungen zum Potential des soziologischen Ansatzes Bourdieus. In Dollinger, Bernd & Schneider, Wolfgang. Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 63–88
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Substanzgebrauchsstörung: Diagnosekriterien gemäß DSM-V. <http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/substanzgebrauchsstoerung-diagnosekriterien.html>. (Zuletzt zugegriffen am 18.07.2017 um 15:52 Uhr)
- Dilling, H. et al. (Hg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. IDC-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie, München/Basel
- IFES (2015): Suchtmittelmonitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien, Wien
- Kalke, J. & Wurst, M. F. (2015): Glücksspiel und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg
- Klein, M. (2009): Kinder in suchtblasteten Familien. In: Thomasius, R. et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Verlag Schattauer, Stuttgart



Klein, M. (2015): Vom (Irr-)Sinn der Sucht – ein modernes Konzept für ein archaisches Verhalten. Fachtagung (Neue) Süchte – Neue Wege in der Wohnungslosenhilfe?!; 20.04.– 21.04.2015

Meili, D. et al. (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele der Suchttherapie. In: Suchttherapie Ausgabe 1; März 2004; Verlag: Thieme, Stuttgart; S. 2–9

Schwichtenberg, N. (2012): Trauma und Sucht – Zusammenhänge und therapeutische Möglichkeiten. Bachelor-Thesis, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales – Department Soziale Arbeit, Hamburg

Strizek, J. & Uhl, A. (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 1. Forschungsbericht, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013): Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013, Wien

van der Kolk, B., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (Hg.) (2000): Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York – London: Guilford Press

VIVID – Fachstelle Suchtprävention. Zahlen, Daten, Fakten,
<http://www.vivid.at/wissen/was-ist-sucht/zahlen-daten-fakten/> (zuletzt zugegriffen am 20.05.2019 um 11:00 Uhr)

World Health Organisation (WHO): Management of substance abuse.
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ (zuletzt zugegriffen am 23.12.2013 um 13:44 Uhr)



© Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)

Dieses Skriptum ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte bleiben auch bei nur auszugsweiser Verwertung der SDW/dem ISP vorbehalten.

Herausgegeben von:

Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH

Modecenterstraße 14/B/2. OG

1030 Wien

Stand: September 2020