

Karl-Ludwig Täschner, Benedikt Bloching  
Gerhard Bühringer, Gerhard Wiesbeck

# Therapie der Drogen- abhängigkeit

2., vollständig überarbeitete  
und erweiterte Auflage

**Kohlhammer**



Karl-Ludwig Täschner / Benedikt Bloching /  
Gerhard Bühringer / Gerhard Wiesbeck

# **Therapie der Drogenabhängigkeit**

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Unter Mitarbeit von Ludger Nienaber

Verlag W. Kohlhammer

## Wichtiger Hinweis

Pharmakologische Daten verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Gewährleistung können Verlag und Autoren hierfür jedoch nicht übernehmen. Daher ist jeder Benutzer angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht explizit als solche gekennzeichnet sind.

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2010

Alle Rechte vorbehalten

© 1983/2010 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-020860-5

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026593-6

# Inhalt

<b>1 Terminologie</b>	<b>11</b>
1.1 Grundbegriffe	11
1.1.1 Vorbemerkung	11
1.1.2 Sucht	11
1.1.3 Abhängigkeit	13
1.1.4 Schädlicher Gebrauch (F11.1 ICD-10)	15
1.1.5 Substanzmissbrauch	15
1.1.6 Toleranzerwerb	16
1.1.7 Rausch und Intoxikation	17
1.1.8 Depravation	20
1.2 Verläufe und Stadien	21
<b>2 Psychoaktive Substanzen, Wirkung – Störungsbilder</b>	<b>25</b>
2.1 Vorbemerkung	25
2.2 Missbrauchsverhalten (s. Kap. 1.1.5)	25
2.3 Cannabis- und Halluzinogenabhängigkeit	26
2.4 Opioide	27
2.5 Kokain	28
2.6 Amphetamine und Entaktogene	29
<b>3 Folgen chronischen Konsums</b>	<b>30</b>
3.1 Körperliche Auswirkungen und Erkrankungen	30
3.2 Somatische Komplikationen bei einzelnen Drogen	35
3.3 Psychische Auswirkungen und Komorbidität	42
3.4 Soziale Auswirkungen	47
<b>4 Ätiologie</b>	<b>51</b>
4.1 Bedingungsgefüge von Missbrauch und Abhängigkeit	51
4.2 Das bio-psycho-soziale Modell der Suchtentstehung	52
4.2.1 Biologische Bedingungsfaktoren	52
4.2.2 Psychologische Bedingungsfaktoren	53
4.2.3 Soziale Bedingungsfaktoren	58
4.2.4 Neurobiologie	59
<b>5 Epidemiologie</b>	<b>63</b>
5.1 Verfügbarkeit, Preise und Substanzqualität	63
5.2 Konsum illegaler Drogen in der Bevölkerung	64
5.2.1 Überblick	64
5.2.2 Jugendliche	65

5.2.3	Erwachsene.....	66
5.2.4	Europäische Vergleiche.....	70
5.3	Folgen.....	70
5.3.1	Missbrauch und Abhängigkeit.....	70
5.3.2	Morbidität.....	72
5.3.3	Todesfälle und Mortalität.....	72
5.3.4	Psychische Komorbidität.....	74
5.3.5	Soziale und gesellschaftliche Folgen.....	75
5.4	Jährliche Behandlungsfälle.....	75
5.4.1	Primäre Versorgung in Allgemeinkrankenhäusern.....	76
5.4.2	Substitution in ärztlichen Praxen und Substitutionsambulanzen.....	76
5.4.3	Ambulante Spezialeinrichtungen.....	77
5.4.4	Stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation.....	79
<b>6</b>	<b>Aufgaben und Ausstattung von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe.....</b>	<b>81</b>
6.1	Übersicht und Trends.....	81
6.2	Einrichtungen zur Substitution.....	84
6.3	Psychosoziale Beratungsstellen.....	87
6.4	Entzugsstationen.....	92
6.5	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen.....	94
6.6	Nachsorgeeinrichtungen.....	95
6.7	Sonstige Einrichtungen und Angebote.....	96
6.8	Qualitätsmanagement, Leitlinien und Effizienzkontrolle.....	97
6.8.1	Vorbemerkung.....	97
6.8.2	Qualitätsmanagement.....	98
6.8.3	Leitlinien.....	100
6.8.4	Effizienzkontrolle.....	103
6.9	Ergebnisse.....	106
6.9.1	Substitutionseinrichtungen.....	106
6.9.2	Ambulante psychosoziale Einrichtungen.....	109
6.9.3	Stationäre Rehabilitationseinrichtungen.....	110
6.10	Stärken und Schwächen des Behandlungssystems.....	113
<b>7</b>	<b>Professionelle Interventionsverfahren.....</b>	<b>117</b>
7.1	Soziale Interventionen.....	117
7.2	Psychotherapie bei Drogenabhängigen.....	119
7.2.1	Das Therapeuten-Patienten-Verhältnis.....	120
7.2.2	Der „wirkungsvolle“ Therapeut.....	120
7.2.3	Empathie.....	121
7.2.4	Veränderungsphasen.....	121
7.2.5	Psychotherapeutische Verfahren.....	122
7.3	Pharmakotherapie bei Drogenabhängigen.....	125
7.3.1	Drogenentzugsbehandlung.....	125
7.3.2	Substitutionsgestützte Behandlungen.....	142
7.3.3	Medikamente zur substitutionsgestützten Behandlung	
	Opioidabhängiger.....	143
7.3.4	Opioidantagonisten.....	145

7.3.5	Pharmakotherapie bei Kokainabhängigkeit.....	146
7.3.6	Pharmakotherapie bei Cannabisabhängigkeit.....	147
7.3.7	Impfung .....	147
7.4	Stereotaktische Therapie (Psychochirurgie) .....	147
7.5	Therapie in der JVA .....	148
7.5.1	Allgemeines .....	148
7.5.2	Behandlungsangebote .....	149
7.6	Notfallbehandlung .....	150
7.6.1	Örtlichkeit des Noteinsatzes.....	152
7.6.2	Alter und Geschlecht .....	153
7.6.3	Diagnostik bei Notfällen .....	153
7.6.4	Notfälle und Behandlungsprinzipien bei Vergiftungen.....	154
7.6.5	Psychiatrische Notfälle bei Drogenabhängigen .....	169
7.7	Therapie von Begleiterkrankungen .....	171
7.7.1	Lebererkrankungen – Hepatitiden .....	171
7.7.2	HIV .....	176
7.7.3	Sexuell übertragbare Erkrankungen.....	181
7.7.4	Tuberkulose (Tbc) .....	185
7.8	Besondere Problemgruppen .....	186
7.8.1	Schwangere.....	186
7.8.2	Paare.....	204
7.8.3	Migranten/Ausländer .....	205
7.8.4	Ältere Suchtkranke.....	209
7.9	Behandlung von drogeninduzierten Psychosen .....	210
7.9.1	Einteilung der Psychosen nach der psychiatrischen Krankheitslehre... ..	210
7.9.2	Cannabispsychosen .....	212
7.9.3	Psychosen bei LSD-, Meskalin- und Ecstasykonsum.....	215
7.9.4	Kokainpsychosen .....	216
7.9.5	Amphetaminpsychosen.....	216
7.9.6	Psychosen bei Opioidkonsum.....	217
7.9.7	Psychosen bei Polytoxikomanie.....	217
8	<b>Selbst- und Laienhilfe.....</b>	218
8.1	Selbsthilfe.....	218
8.2	Laienhilfe/Ehrenamtliche .....	222
9	<b>Beispiele für Behandlungseinrichtungen .....</b>	223
9.1	Vorbemerkung .....	223
9.2	Suchthilfeverbund Region Stuttgart .....	224
9.3	Entzugsbehandlung: Die Abteilung für Suchtkrankheiten am Zentrum für Seelische Gesundheit des Bürgerhospitals im Klinikum Stuttgart .....	225
9.3.1	Stationäre Drogenentzugsbehandlung; DEMOS .....	226
9.3.2	Teilstationärer Entzug; Tagesklinik TANDEM .....	230
9.3.3	Ambulante Angebote: suchtmedizinisch-psychiatrische Ambulanz (SUMA) mit integrierter Suchtberatungsstelle .....	234
9.4	Drogenentwöhnungseinrichtungen .....	235
9.4.1	Four Steps – Verein für Jugendhilfe .....	235



9.4.2	Tagwerk – Teilstationäre Rehabilitation für Drogenkonsumenten ....	247
9.4.3	Rehaklinik Glöcklehof, Schluchsee.....	252
9.4.4	Fachklinik Hohenrodt, Krs. Biberach/Riss.....	252
9.4.5	Weitere Einrichtungen.....	253
9.5	Maßregelvollzug im Klinikum am Weissenhof in Weinsberg .....	254
<b>10</b>	<b>Spezielle Fragen im Umfeld der Therapie .....</b>	<b>262</b>
10.1	Ausbildungsfragen .....	262
10.1.1	Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagogen.....	262
10.1.2	Mediziner .....	263
10.1.3	Diplom-Psychologen .....	264
10.2	Kosten-Nutzen-Gesichtspunkte .....	264
10.2.1	Kostenschätzungen.....	265
10.2.2	Kosten-Nutzen-Analysen.....	266
10.3	Drogenpolitik .....	267
10.3.1	Strategien des Umgangs mit Drogenabhängigen .....	267
10.3.2	Drogenpolitik im Zeitalter der Globalisierung .....	270
10.3.3	Das Beispiel Cannabis.....	272
	<b>Literatur.....</b>	<b>275</b>
	<b>Internetlinks.....</b>	<b>294</b>

# Vorwort zur zweiten Auflage

Das vorliegende Buch erschien in erster Auflage im Jahre 1983. Es war seit langem vergriffen, und es bestand Bedarf, ein klinisch-praktisches Buch zur Verfügung zu haben, das sich inhaltlich nur auf den Umgang mit der Drogenabhängigkeit bezieht, aber alle denkbaren Facetten des Problems ausführlich behandelt.

Als der jetzige Erstautor seinerzeit als Alleinautor ans Werk ging, konnte er die einzelnen Abschnitte und damit den genannten Gegenstand der Therapie der Drogenabhängigkeit überschauen. Er konnte damals nicht ahnen, welche Komplexität das Thema 25 Jahre später annehmen würde. Bei Beginn der Neubearbeitung wurde ihm indessen nach kurzer Zeit klar, dass er das Thema nicht mehr alleine würde bewältigen können. Die sich ständig wandelnde Vielzahl von Einzelheiten und Entwicklungen auf dem Gebiet der Drogenabhängigkeit lässt Gesamtkompetenz eines Einzelnen auf diesem Gebiet kaum mehr zu. So entschloss sich der Verfasser der ersten Auflage rechtzeitig, drei Experten für die Neubearbeitung des Buches hinzuzugewinnen, einmal, um möglichst hohe Fachkompetenz für das Thema zu versammeln, aber auch, um die Neuauflage in vertretbarer Zeit fertigstellen zu können. Trotzdem hat die Neubearbeitung zwei Jahre gedauert, was zu einem gerüttelt Maß der Komplexität des Themas geschuldet ist, teilweise aber auch der sonstigen beruflichen Belastung der Autoren, von denen drei in der praktisch klinischen Arbeit stehen, ein anderer stark in wissenschaftliche Projekte eingebunden ist, so dass im Ergebnis wenig Zeit für die Er-

stellung eines neuen Textes für jeden der Beteiligten zur Verfügung stand.

Das vorliegende Buch ist gleichwohl vollständig neu geschrieben worden, nur wenige Abschnitte konnten durch eine Überarbeitung erhalten bleiben. Um die Expertise der Autoren mit den jeweiligen Themenbereichen zu verbinden, wurden nur wenige Kapitel von einem Autor in Gänze verfasst; meist finden sich auch Einfügungen anderer Autoren darin. Aus diesem Grund wurde auf die Zuordnung der Autoren zu den einzelnen Textteilen des Buches verzichtet; es ist als Gesamtwerk zu betrachten. Die Autoren haben sich bemüht, ein verständliches, praktisch verwertbares Lehrbuch zu schreiben, in dem sich möglichst viele Antworten auf die Fragen des Alltags der Behandlung Drogenabhängiger wiederfinden. Alle heute möglichen Interventionsverfahren wurden berücksichtigt, und es ist zu hoffen, dass in dem Buch Praxisnähe und wissenschaftliche Darstellung, Einfachheit der Sprache und des Ausdrucks und Exaktheit der Aussagen eine für die Leser vorteilhafte Verbindung eingegangen sind.

Im Vorwort zur ersten Auflage haben wir unserer Hoffnung Ausdruck verliehen, das Buch möge einen Beitrag dazu leisten, gängige Missverständnisse und Vorurteile über das Drogenproblem und die Behandlungsmöglichkeiten Drogenabhängiger zu korrigieren. Dies ist nach wie vor eine Intension der Autoren, die sich fernerhin bemüht haben, Standards auf dem angesprochenen Gebiet zu benennen und Wege aufzuzeigen, wie einer nach wie vor schlecht

*Vorwort zur zweiten Auflage*

versorgten Gruppe Kranker effizienter zu helfen und wie das bestehende Hilfesystem weiter zu entwickeln ist.

Stuttgart, November 2009 K.-L. Täschner

# 1 Terminologie

## 1.1 Grundbegriffe

### 1.1.1 Vorbemerkung

Im 1. Kapitel dieses Buches werden die notwendigen Definitionen der grundlegenden Begriffe aufgeführt, von denen im Folgenden die Rede sein wird. Gerade auf dem Gebiet von Sucht und Abhängigkeit werden von Ort zu Ort und von Therapeut zu Therapeut teilweise inhaltlich unterschiedliche Begrifflichkeiten benutzt, die dann unter Umständen eine Verständigung untereinander erschweren können.

Zu diesen Begriffen gehört der der Abhängigkeit, gehören aber auch solche wie Sucht, Toleranz, Gewöhnung und sogar Rausch und Intoxikation. Auch die Begriffe Missbrauch und Depravation als eine suchttypische Folgewirkung bedürfen der Erläuterung.

Aus Gründen der Einheitlichkeit wird dabei weitgehend den Definitionen der Weltgesundheitsorganisation, wie sie in ICD-10 festgelegt sind, gefolgt. Daneben soll aber auch der Sprachgebrauch, wie er sich in der Psychiatrie und auch in der Suchtkrankenhilfe eingebürgert hat, nicht vollkommen außer Acht gelassen werden. Mit ICD-10 hat die Weltgesundheitsorganisation einen bedeutsamen Einschnitt in die definitorischen Gepflogenheiten vorgenommen, vor allem die Abkehr von nosologischen Gesichtspunkten der Krankheitsklassifizierung und die fast ausschließliche Hinwendung zu syndromatischen Beschreibungen sind auch heute noch gewöhnungsbedürftig und ent-

sprechen teilweise nicht dem psychiatrischen Alltagssprachgebrauch. Daher wird im nachstehenden Teil dieses Kapitels auf alle diese Begriffe eingegangen.

### 1.1.2 Sucht

Sucht liegt dann vor, wenn auf dem Hintergrund eines Substanzkonsums eine prozesshafte Abfolge in sich gebundener Handlungen kritisch geprüfte, sorgfältig und folgerichtig gesteuerte Handlungsabläufe ersetzt.

Der Begriff der Sucht spielt im klinischen Gebrauch eine wichtige Rolle (Kemper 2008). Sucht und Drogenabhängigkeit werden mittlerweile synonym verwendet. Jedoch ist der Begriff der Abhängigkeit in der wissenschaftlichen Bedeutung gewachsen, während der Begriff der Sucht stärker in den Hintergrund des mehr umgangssprachlichen Gebrauchs getreten ist. Da der Begriff der Sucht einer weitgehend operationalisierten Diagnostik nicht Stand hält, wie sie in ICD-10 gefordert wird, weil er Verlaufsgesichtspunkte und pathogenetische Erklärungsmuster mit einschließt, konnte er sich in der psychiatrischen Diagnostik nicht mehr behaupten.

Sucht stellt sich dar aus individueller Persönlichkeit und ihrer besonderen lebensgeschichtlichen sozialen Situation vor dem Hintergrund der soziokulturellen Konflikte unserer Zeit. Teilaspekte der Sucht sind also soziale Faktoren, aber auch genetische, biochemische oder psychiatrisch-psychologische Kriterien. Bei unseren Betrachtungen

## 1 Terminologie

werden immer nur Teilaspekte einer Sucht berücksichtigt. Insbesondere der soziologische Ansatz ist nur einer von vielen, die im multifaktoriellen Modell Hinweise auf die Entstehungsmechanismen einer Sucht liefern können. Man hat zeitweise von der Sucht auch den Begriff der Süchtigkeit abgegrenzt. Damit war ein „starkes, hemmungsarmes Verlangen nach bestimmten Werten und Scheinwerten, welches aus der Persönlichkeit heraus im Wesentlichen entsprechend dieser Persönlichkeit auch aktiv geformt ist, das gewöhnliche Maß überschreitet und daher zerstörerisch wie selbstzerstörerisch wirkt“ gemeint (Laubenthal 1964). Dadurch wurde Sucht zu einer Störung erklärt, die auf einer psychischen Bereitschaft beruht, die der eine Mensch gewissermaßen mitbringt, über die der andere aber nicht verfügt. Dies könnte das verschiedenartige Auftreten von Sucht unter unterschiedlichen Umständen erklären.

Das Bundessozialgericht hat 1968 durch zwei Urteile und seitdem in ständiger Rechtsprechung bezüglich der Alkoholsucht festgestellt, dass diese stets Krankheit darstellt. Dabei spielen der Verlust der Selbstkontrolle und das Nicht-mehr-aufhören-können eine dominierende Rolle. Seither sind die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland verpflichtet, die Kosten für die Behandlung von Süchtigen zu übernehmen, während die privaten Krankenversicherungen nach wie vor in vielen Fällen Suchterkrankungen von ihrer Leistungspflicht ausnehmen.

Sucht engt die Freiheitsgrade des betroffenen Menschen entscheidend und fortschreitend ein. Sie ist die Ursache einer Fülle körperlicher, geistiger und sozialer Schäden des Betroffenen. Sie bedarf der qualifizierten Behandlung. Sucht kann zur Invalidität führen und die Lebenserwartung des Erkrankten verkürzen. Sucht schleift wesentliche charakterlich-individuelle Akzente der Persönlichkeit zunehmend ab,

führt zur Depravation und ähnelt darin psychischen Krankheiten, die zur Ausbildung von Residualzuständen tendieren. Dabei kommt der „Entwicklung zur Unfreiheit durch Umbau und Gewichtsverschiebung der inneren Rangordnung menschlicher Bedürfnisse“ (Bochnik 1963) Bedeutung zu. Bei dieser Entwicklung sind psychische und soziale Ursachenkonstellationen zu registrieren, die schließlich dazu führen, dass Süchtige in einer „immer währenden Wiederholung des Gleichen“ verharren, statt sich selbst durch „Fortschreiten und Aufsteigen zu immer neuen Stufen der individuellen Geschichte“ zu verwirklichen. Es kommt zum Verfall der historischen Persönlichkeitsgestalt (Zutt 1958). Freiheitsverzicht und Freiheitsverlust sind deshalb zwei entscheidende Elemente, die jede Sucht begleiten und charakterisieren.

Das Entstehen von Sucht wurde immer als multifaktorieller Vorgang aufgefasst. Folgende Faktoren werden in diesem Zusammenhang als wesentlich genannt:

- Die Persönlichkeitsstruktur des Konsumenten, in der vor allem ängstliche, verschlossene, sensitive, leicht verletzbare Züge dominieren. Mangelnde Frustrationstoleranz rundet das Bild ab.
- Die Eigenwirkung der Substanzen, die den Konsumenten oft wenig Spielraum für Entscheidungen lässt, wenn der Konsum ein gewisses Ausmaß erreicht hat. Hier ist insbesondere an Heroin zu denken.
- Soziale Faktoren, etwa spezielle Familienkonstellationen oder auch Brüche persönlicher oder beruflicher Art,
- historisch-kulturelle Faktoren wie die Verankerung von Drogen im soziokulturellen Umfeld, traditionell verankerte Konsumgewohnheiten und Ähnliches,
- soziokulturelle Umwälzungen wie Technisierung, Stressbelastung, Leistungsdruck,
- schließlich erbliche Faktoren im Sinne dispositioneller Vorgaben, etwa die ge-

**Tab. 1.1:** Aufbau von ICD-10, Bsp. F 1, Cannabisinduzierte Psychose

ICD-10				
F	1	2	5	0
Psychiatrie	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Cannabis	Psychotische Störung	schizophreniform

netische Verankerung der ADH-Aktivität bei Alkoholkranken. Hier ist auf das Ergebnis von Zwillingsuntersuchungen zu verweisen.

Insgesamt sind bei dem Versuch der Erklärung des Zustandekommens von Suchtentwicklungen Ursachen, Wirkungen und Begleiterscheinungen möglichst strikt zu unterscheiden, wiewohl dies nicht immer leicht fällt.

Zusammenfassend besteht offensichtlich eine enge Verflechtung zwischen psychologischen, familiensoziologischen und gesellschaftlich-strukturellen Gegebenheiten, die eine wissenschaftliche Bearbeitung von Suchtproblemen erschwert (von Ferber 1968).

### 1.1.3 Abhängigkeit

Abhängigkeit ist übermächtiger Drang zum wiederholten Substanzkonsum und stark vorrangiges Verhalten.

Die 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, ICD-10, sieht im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen eine Einteilung vor, die sich grundlegend von derjenigen in ICD-9 unterscheidet.

Die Krankheiten im Zusammenhang mit Substanzkonsum werden unter der Rubrik F1, „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ abgehandelt. Tabelle 1.1 zeigt den Aufbau von ICD-10 im Bereich der F-Kategorien, die die Psychiatrie betreffen.

Die erste Stelle hinter dem F bezeichnet also die große Krankheitsgruppe, der die Krankheit zuzuordnen ist.

Geht man nun in den Bereich F1, so findet man an der 2. Stelle hinter dem F eine weitere Zahl von 0 bis 9, die die jeweilige Substanz bezeichnet, die für die Störung verantwortlich ist. (Tab. 1.2). Hier fällt auf, dass gegenüber ICD-9 das Koffein, der Tabak und flüchtige Lösungsmittel neu in die Gruppe derjenigen Stoffe aufgenommen worden sind, die zu psychischen und Verhaltensstörungen führen können.

**Tab. 1.2:** Stoffe, die für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen verantwortlich sind

Störungen durch ...
F 10 Alkohol
F 11 Opioide
F 12 Cannabinoide
F 13 Sedativa oder Hypnotika
F 14 Kokain
F 15 andere Stimulantien, einschl. Koffein
F 16 Halluzinogene
F 17 Tabak
F 18 flüchtige Lösungsmittel
F 19 multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Für jede der von F10 bis F19 aufgeführten Substanzen werden nun psychische und Verhaltensstörungen an der 3. Stelle hinter

## 1 Terminologie

dem F aufgeführt. Sie sind folgendermaßen gegliedert und für alle Substanzen gleich benannt (Tab. 1.3). Diese einzelnen Zustandsbilder sind dann mit der 5. Stelle der Nummerierung nochmals aufgegliedert, worauf wir aber im Einzelnen nicht eingehen wollen. Einschränkend ist anzumerken, dass nicht alle der an der 4. Stelle angeführten Störungen bei jeder der vorgegebenen einzelnen Substanzen auftreten. Bei Mehrfachkonsum soll die wichtigste Stoffgruppe genannt werden, die die gegenwärtige Störung hervorruft.

**Tab. 1.3:** ICD-10: Art der Störung durch eine psychotrope Substanz

F 1x.	0	akute Intoxikation
F	1	schädlicher Gebrauch
F	2	Abhängigkeit
F	3	Entzugssyndrom
F	4	Entzugssyndrom mit Delir
F	5	psychotische Störung
F	6	amnestisches Syndrom
F	7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F	8	andere psychische oder Verhaltensstörung
F	9	nicht näher bezeichnete psychische oder Verhaltensstörung

Wenden wir uns nun dem Abhängigkeitssyndrom zu, so ergibt sich in ICD-10 das in Tabelle 1.4 abgebildete diagnostische Schema. Die Diagnose sollte nur dann gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres 3 oder mehr der aufgeführten 6 Kriterien gleichzeitig vorhanden waren.

Das Abhängigkeitssyndrom kann noch in Untergruppen aufgeteilt werden (Tab. 1.5). Von einem Abhängigkeitssyndrom wird in ICD-10 dann gesprochen, wenn der „Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person

Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden“. Hier zeigt sich der Versuch, die Abhängigkeit in operationalisierter Weise abzubilden. Weiter wird von einem „oft starken, gelegentlich übermächtigen Wunsch, Substanzen oder Medikamente ... zu konsumieren“ gesprochen, ferner von Kategorien wie Kontrollfähigkeit und fortgeführter Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

**Tab. 1.4:** Diagnostisches Schema bei Abhängigkeit (ICD 10)

1	starker Wunsch oder Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren
2	verminderte Kontrollfähigkeit
3	Konsum mit dem Ziel, Entzugsserscheinungen zu mildern
4	körperliches Entzugssyndrom
5	Nachweis von Toleranz
6	eingesengtes Verhaltensmuster im Umgang mit den Substanzen bzw. Alkohol
7	fortschreitende Vernachlässigung alternativer Aktivitäten
8	anhaltender Konsum trotz Nachweis schädlicher Folgen

**Tab 1.5:** Abhängigkeitssyndrom, Untergruppen (ICD 10)

F 1 x. 2	0	gegenwärtig abstinent
F	1	gegenwärtig abstinent, aber in einer Institution befindlich
F	2	gegenwärtig Teilnahme an einem Substitutionsprogramm
F	3	gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten
F	4	gegenwärtiger Substanzgebrauch
F	5	ständiger Substanzgebrauch
F	6	episodischer Substanzgebrauch

Die Diagnose von Abhängigkeit kann auf alle Substanzen, die ICD-10 nennt, angewandt werden. Die Symptome der Abhängigkeit sind über die verschiedenen Substanzklassen hinweg vergleichbar, sodass sich auf diese Weise ein einheitliches diagnostisches Schema ergibt.

Besondere Bedeutung kommt sicherlich der Kategorie F19 ICD-10 zu. Hier werden psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen definiert. Gemeint ist die Polytoxikomanie, die in der Praxis gegenüber reinen Abhängigkeitsformen eine vorrangige Rolle spielt. Der wahllose Gebrauch verschiedener Substanzen ist eines der Hauptkonsummuster auf der heutigen Drogenszene.

Polytoxikomanie wird als Mehrfachabhängigkeit verstanden: Alle nur denkbaren psychotrop wirkenden Stoffe werden wahllos und gleichzeitig eingenommen. Bei diesem Abhängigkeitsmuster geht die Wirkungsspezifität der einzelnen Stoffe verloren. An ihre Stelle tritt eine weitgehende mittelunabhängige übergeordnete psychische Wirkung, die sich gewissermaßen verselbstständigt. Alternierende mehrfache Abhängigkeit tritt meist zwangsläufig auf bei Beschaffungsschwierigkeiten der missbrauchten Substanzen, etwa beim Austausch von Opioiden mit Benzodiazepinen, Kokain oder Amphetaminen, oder als Alkoholismus bei Einschränkung der Verfügbarkeit von Opioiden.

### 1.1.4 Schädlicher Gebrauch (F11.1 ICD-10)

Unter schädlichem Gebrauch versteht ICD-10 ein Konsummuster von psychotropen Substanzen, das zu einer körperlich-psychischen Gesundheitsschädigung führt. Hierbei ist an eine Hepatitis durch Injektion unreinen Materials oder mit unreinen Hilfsmitteln genauso zu denken, wie etwa an

eine psychische Störung, zu der insbesondere Depressionen, aber auch schizophreiforme Psychosen, etwa nach Cannabiskonsum, zu rechnen sind. Schädlicher Gebrauch liegt auch dann vor, wenn der Konsum der Droge zu einer Abhängigkeit führt, denn auch diese ist als eine Gesundheitsschädigung anzusehen. Nicht nur körperliche und psychische Störungsbilder, sondern auch das psychosoziale Störungsbild der Drogenabhängigkeit ist hier zu berücksichtigen. Allerdings darf man nicht eindeutige, ausschließlich soziale Folgen des Substanzkonsums als schädlichen Gebrauch bezeichnen. So ist etwa die negative soziale Folge des Führerscheinentzugs, der Inhaftierung oder der Partnerkonflikte nicht als Indiz für schädlichen Gebrauch einer Droge anzusehen. Auch die ablehnende Haltung der Umgebung gegenüber dem Konsumverhalten eines Menschen ist keine Negativfolge im Sinne von ICD-10 und rechtfertigt nicht die Annahme eines schädlichen Gebrauchs. Dies leuchtet schon deswegen ein, weil eine Gesundheitsschädigung dadurch nicht hervorgerufen wird. Es liegt stark im Interpretationsspielraum, den jeder Untersucher selbstverständlich hat, ob er eine bestimmte Auswirkung des Drogenkonsums dem schädlichen Gebrauch zuordnet.

### 1.1.5 Substanzmissbrauch

Substanzmissbrauch bedeutet Konsum trotz bekannter schädlicher Folgen, vor allem im sozialen Bereich.

Neben der Klassifikation ICD-10 werden auch die im Verzeichnis DSM-IV-TR enthaltenen Kriterien verwendet. Hier werden vor allem neben dem Substanzmissbrauch selbst die sozialen Folgen unangepassten Verhaltens in die Diagnosedefinition einbezogen (Tab. 1.6).

Hierbei spielen Versagenszustände am Arbeitsplatz, in der Ausbildung oder auch



in der Familie eine wesentliche Rolle, daneben aber auch Situationen körperlicher Gefährdung (Straßenverkehr, Arbeitsplatz). Gesetzesverstöße werden gleichfalls als wichtiges Kriterium für das Vorliegen von Substanzmissbrauch gewertet, hier ist vor allem an Verkehrsdelinquenz zu denken, aber auch Fälle von Widerstand, Beleidigung oder Körperverletzung, wie sie häufig zu begutachten sind. Schließlich wird als wesentlicher Definitionspunkt die Fortsetzung des Substanzgebrauchs genannt, die trotz wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme zu beobachten ist.

Von den genannten Kriterien muss wenigstens eines vorliegen. Die Kriterien für Substanzabhängigkeit dürfen zugleich nicht erfüllt sein.

Wesentlich für die vorstehende Definition von Substanzmissbrauch ist der Umstand, dass trotz evidenter sozialer Konsequenzen immer wieder neue Probleme im Sinne der Definition auftauchen, weil das Suchtmittel gleichwohl immer wieder konsumiert wird.

**Tab. 1.6:** Substanzabhängigkeit, Definition nach DSM-IV-TR (in Anlehnung an ICD 10)

---

Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen während der letzten 12 Monate vorgelegen haben:

- 1 Toleranzentwicklung
  - 2 Entzugssymptom
  - 3 Konsum größerer Mengen der Substanz
  - 4 erfolglose Versuche der Konsumreduzierung oder -kontrolle
  - 5 hoher Zeitaufwand zur Stoffbeschaffung
  - 6 Vernachlässigung von sozialen, beruflichen oder Freizeitinteressen
  - 7 Konsum trotz nachteiliger körperlicher oder psychischer Wirkungen
- 

### 1.1.6 Toleranzerwerb

Toleranzerwerb ermöglicht eine kontinuierliche Dosissteigerung und damit eine süchtige Entwicklung. Die organischen Folgen von Abhängigkeit werden am Toleranzerwerb besonders deutlich. Der Organismus gewinnt durch die kontinuierliche Zufuhr von Fremdsubstanzen allmählich die Fähigkeit, an sich giftige und in manchen Fällen tödliche Substanzmengen zu tolerieren. Der zugrundeliegende organische Umstrukturierungsprozess wird als Toleranzerwerb bezeichnet. Sowohl das Absinken der Empfindlichkeit der zellulären Rezeptoren an den Wirkorten als auch die Beschleunigung des Fremdstoffabbaus im Organismus führt zum Toleranzerwerb. Das Ergebnis dieser Veränderung besteht letztlich in dem Zwang zur Steigerung der Ursprungsdosis, damit überhaupt noch eine spürbare Wirkung einsetzt. Die spätere Wirkung gleicht dabei nicht immer derjenigen, die normalerweise oder am Anfang des Konsums eingetreten war. Betroffen ist auch nicht nur die Einzeldosis, die ein Konsument zu sich nimmt, sondern zugleich auch die Einnahmefrequenz. Im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung kommt es zu einer erheblichen Steigerung der Gesamt- wie auch der Einzeldosis, dabei kann leicht die tödliche Schwelle überschritten werden, was nur aufgrund des ausgeprägten Toleranzerwerbs denkbar ist. Dabei kann es im Verlauf eines Toleranzerwerbs auch zu paradoxen Wirkungen kommen, etwa dann, wenn Schlafmittel nicht mehr schlafanstoßend oder sedierend wirken, sondern z. B. euphorisierend. Die bei Heroinsüchtigen vielfach konsumierte Einzeldosis von 300–500 mg Heroin bzw. die Tagesdosis von 1–2 g Heroin liegt so weit über der ursprünglichen Dosis, dass sie beim Ungewohnten tödlich wirken müsste. Eine Vielzahl von Todesfällen bei Heroinkonsumenten ist auf den Umstand zurückzuführen, dass sie nach einer gewis-

**Tab 1.7:** Psychopathologische Erscheinungen bei Drogenkonsumenten

<b>Räusche</b>	<b>Intoxikationen</b>	<b>Psychosen</b>
<i>Verlauf:</i> akut protrahiert	<i>Verlauf:</i> akut chronisch	<i>Verlauf:</i> akut subakut phasisch/intermittierend chronisch
<i>Inhalt:</i> typisch atypisch		<i>Inhalt:</i> paranoid depressiv/affektiv wahnhaft schizophreniform maniform Sonderform: mikrohalluzinatorisch

sen Pause der Einnahme die früher gewohnte Dosis wieder konsumieren, dabei aber nicht bedenken, dass keine Toleranz mehr vorhanden ist, sodass die konsumierte Dosis toxisch wirken kann.

Toleranzphänomene sind sowohl beim Kokain nachgewiesen, etwa in Hinblick auf die Stimulation der Herz- und Atemfrequenz, wie auch beim Haschisch bezüglich seines Hauptinhaltsstoffes THC. Gegen diese Substanz tritt nach kurzer Zeit Toleranz in Hinblick auf die sedierende, gegen den Schwindel gerichtete und gegen die den Augeninnendruck erniedrigende Wirkung ein. Auch die analgetische und sedierende Wirkung des Morphins lässt im Verlauf nach. Häufig nimmt die Toleranz gegen Substanzwirkungen so lange zu, bis die Leberzellen durch die Fremdstoffe bzw. ihre Beimengungen so nachhaltig geschädigt sind, dass sie die gesteigerten Stoffwechselvorgänge nicht mehr bewältigen können. Dann nimmt die Toleranz der Betroffenen allmählich wieder ab.

### 1.1.7 Rausch und Intoxikation

Rausch ist eine dosisabhängige euphorische, teilweise ekstatische Substanzwirkung, Intoxikation eher eine dumpfe Form der Bewusstseinsstörung bis hin zum

Koma. Die psychopathologischen Erscheinungen bei Drogenkonsumenten lassen sich im Wesentlichen in 3 Gruppen einteilen: in Rausche, die wiederum akut oder protrahiert verlaufen können und vom Inhalt her typisch oder atypisch gestaltet sein können, in Intoxikationen, die ebenfalls schnell abklingen oder im Einzelfall auch einen chronischen Verlauf nehmen können, und schließlich in Psychosen, die sich gleichfalls in verschiedene Untergruppen einteilen lassen (Tab. 1.7).

Alle psychiatrischen bzw. psychologischen Erwägungen, insbesondere therapeutischer Natur bei Drogenkonsumenten, setzen eine exakte Kenntnis dieser Erscheinungen voraus, deshalb soll im Folgenden darauf eingegangen werden.

Rausch und Intoxikation sind an eine unmittelbare Drogenwirkung gebunden. Ohne das Vorliegen und die Wirkung einer psychotropen Substanz im Organismus gibt es weder einen Rausch noch eine Intoxikation.

Charakteristisch sowohl für den Rausch als auch für die Intoxikation ist der Umstand, dass beide im Anschluss an den Drogenkonsum auftreten, in ihrer Ausprägung offenbar von der zugeführten Dosis des Rauschmittels abhängen und dass sie abklingen, sobald die Fremdstoffe aus dem Organismus ausgeschieden ist. Ein Rausch

kann auch protrahiert verlaufen, das heißt länger anhalten als gewöhnlich, eine Intoxikation kann chronisch werden, wenn die zugrundeliegende psychotrope Substanz immer wieder konsumiert wird.

Jeder gesunde Mensch ist trotz individueller Abstufungen grundsätzlich berauschtbar. Der Rausch gehört zur menschlichen Existenz wie Freude und Glück, Trauer und Angst. Die Kenntnis von Rauschzuständen lässt sich deshalb auch bis in frühe historische Zeiten zurückverfolgen. Was den Rausch seit Menschengedenken so attraktiv macht, aber auch so geheimnisvoll, was ihn in die Nähe des Übersinnlichen oder gar Göttlichen gerückt hat, ist die Euphorie, die zum typischen Rauschverlauf gehört. Berauschte sind über die Maßen glücklich, fröhlich, freundlich, sorgenfrei, sie sind kontaktfähig und kontaktfreudig, sie sind eins mit der Welt. Sie kennen weder Konflikte noch Probleme, das Unwiederbringliche der dahinströmenden Zeit, das zeitlich Begrenzte ihrer Existenz ist wie weggewischt, bedeutungslos, ohne jede Relevanz für den Augenblick. Berauschte sagen „zum Augenblicke ... verweile doch, du bist so schön“ (Goethe, Faust). Sie können sich ihrem Rauschzustand ganz hingeben, sie verschmelzen mit der Umgebung, nichts ficht sie an, die Last der Welt streifen sie ab, das Alltägliche werfen sie in ihrer Banalität weit fort. Euphorie und Ekstase sind wesentliche Inhalte des typischen Rausches. Taumel und überirdische Beglückung, Abrücken von der täglichen Mühsal, Glück und Erfüllung machen den Rausch zu einem Zustand, der es lohnenswert erscheinen lässt, dass man ihn immer wieder herbeiführt.

Es leuchtet ein, dass sich aus euphorischen Erlebnissen, wenn sie wiederholt vom Individuum durchlebt werden, leicht eigengesetzliche Entwicklungen ergeben können. Zutt (1975) hat aus anthropologischer Sicht ausgeführt, der Rausch locke und verführe den Berauschten „zum

Schwelgen im weiten Jenseits der Grenzen, innerhalb derer der Weg seines individuell geordneten Lebens verläuft. In dieser Weite schwelgen, das ist das Wesen des Rausches. ... der Gegensatz des Rausches ist die Angst.“ Hier wird das Außer-sich-Sein als wesentlicher Rauschinhalt und als dessen entscheidendes Merkmal angesehen. Die rauschhafte Ekstase führt „zu einem traumähnlichen Außer-sich-Sein, zu einem Offenfür- und Fasziniert-Sein für Töne und Musik, Farben mit Bildern. Die Probleme der alltäglichen Wirklichkeit treten zurück.“ Charakteristisch ist die Fülle von Einfällen und Empfindungen, typisch aber auch die Abkehr vom Alltag, die Entrückung während des Rausches.

Kryspin-Exner (1971) grenzt zwei Phasen des Verlaufs eines typischen Rausches ab: Zunächst stehen die heitere Verstimmung, Enthemmung und Antriebssteigerung sowie ein beschleunigter Gedankenablauf im Vordergrund. In der zweiten Rauschphase hingegen kommt es zu allgemeiner Verlangsamung aller psychischen Abläufe und zur depressiven Verstimmung, Ermüdung und Erschöpfung. Während des Rausches sei in der Regel eine Fülle objektifizierbarer psychischer Leistungseinbußen festzustellen.

Weitere Eigenschaften des Rausches bestehen in seiner kurzen Dauer und dem Erlebnisreichtum, der zu anders nicht erfahrbaren Eindrücken von seltener Dichte führen kann, zur Ekstase und zur Einführung in Fremdartiges, zur Beglückung, schließlich auch zur Hingabe und inneren Kraftentwicklung, die sonst dem Individuum womöglich verborgen blieben.

Zum Rausch gehört neben Euphorie und Ekstase die Bewusstseinsstörung. In der Mehrzahl der Rauschzustände kommt es zu *Bewusstseinsstörungen*. Bei einzelnen Rauschen kann aber auch eine erhöhte *Bewusstseinshelligkeit* eintreten, etwa nach dem Konsum von Aufputzmitteln oder Kokain. Die Bewusstseinsstörung steht

aber nicht im Mittelpunkt des Rausch Inhaltes, sondern sie begleitet ihn, vielfach für Außenstehende und den Berauschten unmerkbar.

Tritt der Teilaspekt der Bewusstseinsstörung in den Vordergrund der Symptomatik, so wird in aller Regel nicht von einem Rausch, sondern vielmehr von einer *akuten Intoxikation* gesprochen, deren äußeres Bild wiederum von kaum merkbarer Benommenheit bis hin zu schwerer Bewusstlosigkeit reichen kann.

Der Rausch ist durch mehr oder weniger stark ausgeprägte Veränderungen der Bewusstseinstätigkeit gekennzeichnet, die von wechselnden, meist euphorischen und Stimmungsschwankungen überlagert sind. Die einströmenden Sinneseindrücke und Wahrnehmungen werden nur noch teilweise kritisch gesichtet und geordnet, infolgedessen auch nur noch teilweise nach ihrem Bedeutungsgehalt gewertet. Vielmehr haften Berauschte oft am irrelevanten Detail, dem sie erhöhte Aufmerksamkeit widmen.

Rausch und Intoxikation sind zwei Aspekte des gleichen Vorgangs, wobei die Unterscheidung zwischen beiden doch erhalten bleiben sollte. Rausch und Intoxikation einfach synonym zu verwenden (Schmidt et al. 1999) ist nicht sinnvoll, weil damit die reich gestalteten Inhalte mancher Rausche und die vielfach inhaltsleeren Intoxikationen auf die gleiche Stufe gestellt werden. Zwar sind beide ohne die Wirkung einer psychotropen Substanz nicht denkbar, aber die Ausgestaltung ist doch so verschieden, dass aus psychopathologischer Sicht eine Gleichstellung nicht zu rechtfertigen ist. Es wäre eine Verarmung, wenn wir in Zukunft nur noch von Intoxikationen sprächen und den Rausch mehr oder weniger außer Acht ließen.

Dabei besteht der Rausch aus euphorischen, lustbetonten, ekstatischen, zudem vielfach anregenden und erregenden Elementen, die von einer mehr oder weniger starken Bewusstseinsstörung begleitet sind.

Je nach Gewicht dieser Bewusstseinsstörung wird von Rausch oder Intoxikation gesprochen. Der Rausch jedenfalls ist für die Menschen vor allem deshalb attraktiv, weil er sie bei typischem Verlauf neue Welten des Fühlens, Erlebens und Wahrnehmens kennen lernen lassen kann.

Allerdings verlaufen nicht alle Rausche typisch. Im *atypischen Rauschverlauf* stehen Angst und Unlust, Panik und Horror-gefühle, motorische Erregung und das Gefühl des Ausgeliefertseins im Vordergrund. Die Befindlichkeit schlägt um ins Depressive. Dysphorie (Verstimmung) und quälende Erlebnisstörungen beherrschen das Bild. Paranoide Wahrnehmungen und Halluzinationen können es komplettieren, nicht selten kommt es zu einer akuten Selbstmordgefährdung, gelegentlich zur Fremdaggressivität bis hin zur Gewaltdelinquenz, und es ist oft nicht leicht, ein derartiges Bild auch klinisch zu beherrschen.

Bleiben solche Erlebnisstörungen bestehen, nachdem die Drogenwirkung abgeklungen ist, wird dies als eine drogeninduzierte Psychose, die je nach Dauer einer der bekannten Untergruppen zuzuordnen ist, bezeichnet.

Die Grenzen zwischen Rausch und Intoxikation sind schwer zu bestimmen. Der Rausch beruht zwar auf einer Intoxikation, aber nicht jede Intoxikation führt zum Rausch. Rauscherlebnisse fassen wir als etwas Produktives auf, das eine immer noch weitgehend intakte Funktion des Zentralnervensystems voraussetzt. Eine solche ist bei der Intoxikation allerdings nur noch teilweise anzunehmen.

Besonders massive Intoxikationen überspringen in ihrem Verlauf das Rauschstadium und führen schnell zum vorherrschenden Bild der Bewusstseinstrübung, sodass es zur Ausbildung rauschhafter Erlebnisveränderungen gar nicht kommen kann.

Als Beispiel sei hier das Trinken einer großen Menge hochprozentigen Alkohols innerhalb weniger Minuten genannt, wo-

durch es nicht zu einem Alkoholrausch in typischer oder atypischer Ausprägung kommt, sondern praktisch in kurzer Zeit zum Vorherrschen der Bewusstseinsstörung, sodass hier von einer Intoxikation durch Alkohol gesprochen werden muss.

Allerdings sind die Übergänge zwischen beiden Phänomenen fließend. Am korrektesten wäre es, wenn man bei jeder Wirkung eines Rauschmittels zunächst von einer Intoxikation spräche und nur dort auch zusätzlich von einem Rausch, wo entsprechende Erlebnisse und Wahrnehmungsveränderungen bei den Intoxikierten vorliegen und nicht die Bewusstseinsstörung als vorherrschendes Element das Bild bestimmt. Für Rauscherlebnisse muss immer noch Raum bleiben können, und dieser Raum schwindet mit dem Vorrücken der Bewusstseinsstörung. Auch für die Intoxikation gilt, dass sie an das Vorliegen einer Fremdstanz im Organismus gebunden ist und dass ihre Ausprägung dosisabhängig ist. Sie klingt ab, wenn die Substanz aus dem Organismus ausgeschieden wird.

Während also der Rausch etwas „Produktives“ und von Erlebnisinhalten gekennzeichnet ist, stellt die Intoxikation einen mehr oder wenigen stumpfen Zustand dar, dessen Ausprägung wir – bildhaft gesprochen – am Vorrücken des Zeigers auf der Skala der Bewusstseinsstörungen in Richtung der Bewusstlosigkeit erkennen können.

Im Verlauf einer Abhängigkeit nimmt die Zahl der Rauschzustände bei den einzelnen Stoffzufuhren ab und die Häufigkeit der Intoxikationen zu. Mit anderen Worten: Im Verlauf der Abhängigkeit nimmt die Fähigkeit zum Rauscherleben allmählich ab. Sie führt so über den Weg der häufigen und schließlich dauernden Intoxikation zur Erlebnisverarmung. Bei einem fortgeschritten Abhängigen geht es praktisch zuletzt nur noch darum, den Zustand der chronischen Intoxikation aufrechtzuerhalten, weil sonst Entzugserscheinungen ein-

setzen. Abhängigkeit ist gekennzeichnet durch dauernden Freiheitsverlust und gipfelt schließlich in körperlichem und psychischem Zerfall.

Intoxikationen können akut verlaufen, wenn es sich um die einmalige Zufuhr einer zentral wirksamen Substanz handelt. Es kann dann davon ausgegangen werden, dass der Organismus die Substanz vollständig eliminiert und die Intoxikation restlos abklingt.

Bei Gewohnheitskonsum, gewohnheitsmäßigem Missbrauch oder Abhängigkeit von einer zentral wirksamen Substanz wird der Stoff häufiger zugeführt, zumindest täglich oder sogar mehrmals täglich, sodass ein entsprechender Wirkstoffspiegel ständig im Organismus besteht. Dies bedeutet wiederum, dass die einmal zugeführte Menge nicht vollständig aus dem Organismus ausgeschieden wird, bevor die nächste Einzeldosis zugeführt wird. Stattdessen liegt die rauscherzeugende Substanz ständig im Organismus vor, unter Umständen kommt es sogar zur Kumulation, und dies bedeutet chronische Intoxikation.

Körperliche Abhängigkeit hat stets eine chronische Intoxikation zur Grundlage. Ohne ständiges Vorliegen der Fremdstanz im Organismus ist keine körperliche Abhängigkeit denkbar. Damit ist deren Behandlung zumindest im Anfangsstadium immer auch Intoxikationsbehandlung. Wir sollten nicht aus dem Auge verlieren, dass wir bei einem Abhängigen zugleich auch einen Intoxikierten vor uns haben. Dieser Umstand wird bei der Behandlung der Drogenabhängigkeit vielfach übersehen.

### 1.1.8 Depravation

Bei schweren Abhängigkeitsentwicklungen ist eine typische Persönlichkeitsdeformierung zu beobachten, deren Grundlage möglicherweise organische, vor allem hirnorganische Veränderungen sein dürften. Die

Giftwirkung der chronisch zugeführten Substanz setzt vor allem am zentralen Nervensystem an und führt hier zu teils reversiblen, teils aber auch bleibenden Schäden, die sich zunächst als diskrete psychische Veränderungen zeigen. Im Verlauf tritt eine fortschreitende Beeinträchtigung zentraler kognitiver Fähigkeiten hinzu, die sich mithilfe etwa von Intelligenztests registrieren lassen. Es kommt zunehmend zu einem Verfall individueller Akzentuierungen zugunsten einer stetigen Uniformierung und Monotonisierung des Persönlichkeitsbildes. Dies ist das zentrale Element der Depravation: Ursprünglich differenzierte Persönlichkeitsmerkmale werden mehr und mehr eingegeben. Das Ergebnis ist Verknappung und Verkargung der gesamten Persönlichkeit.

Bürger-Prinz (1950) sprach von einer Entdifferenzierung des Persönlichkeitsgesamts, Zutt (1958) beschrieb die Depravation als „Destruktion der persönlichen inneren Haltung“, Staehelin (1960) nannte die Depravation eine „Entkernung der Persönlichkeit“. Schrappe (1963) schließlich sprach bei Depravierten von einem „Endzustand, der bar aller ursprünglichen Potenzen vegetiert, vergleichbar einem im Wasser treibenden, steuerlosen Wrack“.

Die Depravation wird mit Schrappe auch heute noch als Folge eines Abbau- bzw. Nivellierungsprozesses aufgefasst. Am Schweregrad einer Depravation zeigt sich die Malignität eines Abhängigkeitsverlaufs. Unter den zahlreichen psychischen Veränderungen bei Abhängigen stellt die Depravation einen Endpunkt dar bzw. eine Endstrecke, wenn man berücksichtigt, dass auch Depravation ihren eigenen Verlauf nimmt.

## 1.2 Verläufe und Stadien

Bei Drogenabhängigen lassen sich typische Verlaufsformen der Abhängigkeitsentwick-

lung erkennen. Untersuchungen haben die immer wieder beobachtete Reihenfolge Haschisch – Halluzinogene – Aufputschmittel – Opioide mit einem nicht seltenen Übergang zum „harten“ Gebrauchsmuster des intravenösen Injizierens im Bereich der Aufputschmittel und der Opioide als die am häufigsten vorkommende Rauschmittelkarriere bestätigt. Auf den Konsum von Haschisch muss aber nicht zwangsläufig der Konsum stärker wirkender Mittel folgen. Dies ist auch nie von den Kritikern des Haschischkonsums ernsthaft behauptet worden. Gleichwohl ist aber der mögliche Umsteigeeffekt von Haschisch auf andere Drogen nicht zu bagatellisieren; dies gilt sicher nicht nur für Haschisch, sondern auch für eine Anzahl weiterer zentral wirksamer Substanzen. Ihr länger andauernder Konsum wirkt gewohnheitsbildend und kann Missbrauchverhalten, schädlichen Gebrauch und abhängige Verhaltensweisen verfestigen. Ausdrücklich soll an dieser Stelle die Droge Alkohol nicht ausgenommen werden.

Cannabiskonsum verstärkt ein auf Manipulation der eigenen Befindlichkeit und auf Ausweichen vor den Belastungen des Alltags gerichtetes Verhalten. Besonders bei jüngeren, noch unzureichend psychisch stabilisierten Menschen ist dies in besonderem Maße zu beobachten. Der Wunsch nach Wirkungsverstärkung und die im Verlauf als nachlassend empfundene Wirkung dieser Substanz können die Konsumenten auf die Suche nach stärker wirkenden Substanzen führen. Als solche erweisen sich zunächst Halluzinogene, später Aufputschmittel, schließlich auch Opioide. Die Dosissteigerung allein reicht beim Haschisch nur kurze Zeit aus, um die Wirkung weiter zu steigern. Drogenkonsum tendiert aber stets zur Wiederholung und zur Verstärkung der Wirkungen. Ist dies durch Dosissteigerung nicht möglich, müssen neue Substanzen mit stärkeren substanzeigenen Wirkungsprofilen konsumiert werden. Durch den Dauer-



konsum von Haschisch wird eine Bereitschaft geschaffen, in eine spätere Opioidabhängigkeit hineinzugleiten. Er kann den Weg zum Heroin ebnen und wahrscheinlich käme in vielen Fällen ohne Cannabiskonsum auch keine Heroinabhängigkeit zustande. Die Erfahrung der täglichen klinischen Praxis zeigt, dass zwischen dem Haschischkonsum und einer späteren Opioidabhängigkeit ein Zusammenhang bestehen kann. Haschisch muss deshalb mit anderen Einstiegsdrogen in eine Reihe – wenn auch aus vielen Gründen an ihren Anfang – gestellt werden.

Wenn über Verläufe und Stadien der Drogenabhängigkeit gesprochen wird, so ist zu bedenken, dass die Drogenszene einem dauernden Wandel unterworfen ist. Unterschiedliche Einflüsse führen leicht zu Verschiebungen im Verhalten der Drogenabhängigen, so sind die einzelnen Verläufe und Stadien unter anderem auch vom aktuellen Angebot in der Drogenszene abhängig.

### Stadieneinteilungen

Verschiedene Autoren haben Vorschläge unterbreitet, wie der Verlauf der Drogenabhängigkeit in einzelne Stadien untergliedert werden kann, die mehr oder weniger geeignet sind, die Erscheinungen der fortschreitenden Abhängigkeit vom Probieren über den gelegentlichen Konsum bis hin zur Abhängigkeit im Rahmen etwa einer Heroinsucht mit allen körperlichen und sozialen Begleiterscheinungen zu beschreiben. Hier muss auch das Sozialverhalten einbezogen werden, das sich im Laufe einer Abhängigkeitsentwicklung deutlich verändert.

In einer 1. Phase steht die Orientierung zur Gruppe hin im Vordergrund. Die meist jugendlichen Konsumenten benutzen in der Regel Haschisch und tun dies oft unter rituell-zeremoniellen Begleithandlungen. Der Konsum von LSD ist mittlerweile vollständig aus der Mode gekommen. Stattdessen

gibt es auf der Drogenszene gehäuft das Halluzinogen Ecstasy. Beim Konsum dieser Substanz kommt es ebenfalls häufig zu charakteristischen schwärmerisch-überhöhten Bewertungen des Gruppenerlebnisses. Gerade unsichere, labile und konfliktbeschwerte Jugendliche können hier das Erlebnis des Geborgenseins und Mitgetragenwerdens durch die Gruppe vermittelt bekommen. Diese Phase wird vielfach als *Integrationsstadium* bezeichnet. Dabei muss festgestellt werden, dass die Hinwendung zur Gruppe noch nicht notwendig einen Gegensatz zum bzw. eine Abwendung vom Elternhaus beinhalten muss. Wer sich einer Gruppe anschließt, schert noch lange nicht aus. Stattdessen handelt es sich um ein übliches Durchgangsstadium in der postpubertären Entwicklung Jugendlicher. Ablösungsverhalten vom Elternhaus stellt im Übrigen keinen pathologischen Vorgang dar. Stattdessen ist es wichtig, dass Jugendliche sich Gruppen anschließen und dort unter Gleichaltrigen und Gleichgesinnten Erfahrungen sammeln können.

Mit der Zunahme des Gebrauchs und dem Übergang auf stärker wirkende Substanzen tritt nun allerdings ein 2. Stadium ein, das durch sich auflockernde Gruppenbeziehungen und loseren Kontakt der Gruppenmitglieder bei zunehmender Dominanz des Rauschmittelkonsums gekennzeichnet ist. Es wird als *Stadium des Kohäsionsverlusts* bezeichnet. Zugleich werden die Spannungen unter den Mitgliedern der Gruppe und die Auseinandersetzungen mit der Öffentlichkeit stärker und gewinnen an Gewicht. Sie sind nicht mehr nur Vehikel einer spezifischen Erlebnisweise und dienen nicht mehr dem Gruppenzusammenhalt. Drogenkonsum wird mehr und mehr alleiniger Inhalt, die Droge nimmt subjektiv an Wert zu, und es stellen sich allmählich egoistische, auf eigenen Besitz und Vorratshaltung bedachte Motivationen ein. Die integrierende Kraft der Gruppe lässt nach. Sie weicht der desinte-

grierenden Kraft abhängig machender Drogen.

In einem 3. und letzten Stadium kommt es schließlich zur *Desintegration*. Das Gruppenprofil geht verloren. Die Gruppe beginnt sich aufzulösen. Die typische Vereinzelung und Isolation fortgeschritten Abhängiger folgt dem Übergang auf harte Drogen, meist Heroin oder andere Opioide, im Einzelfall auch Kokain. Einen Schlusspunkt sehen wir in letzter Zeit auch bei Methadon und anderen Ersatzstoffen (Subutex, Diamorphin). Die Beschaffung von Drogen auch auf kriminellem Wege wird zunehmend zum alleinigen Lebensinhalt. Zugleich sind die Abhängigen kaum mehr imstande, Vorratswirtschaft zu betreiben. Daran sind die wachsende abhängige Entgleisung mit Kontrollverlust und der zugleich rapide fortschreitende soziale Abstieg schuld. Ein augenblicksverhaftetes Verhalten setzt ein, das keinerlei Planung mehr erkennen lässt und ganz auf die eigene Person ausgerichtet ist. Partnerschaftliche Beziehungen, Bindungen und Interessen bzw. Ziele treten in den Hintergrund. Beschaffung und Konsum von Drogen treten dominierend in den Vordergrund, sie werden bald alleiniger Lebensinhalt. Kriminelle Verwicklung und weiterer sozialer Abstieg, verbunden mit körperlichem und oft auch seelischem Verfall lassen nicht lange auf sich warten. Deprivation und Verwahrlosung bis hin zu massiver Verelendung bezeichnen das Endstadium derartiger abhängiger Entwicklungen.

Eine andere Stadieneinteilung, die sich von der oben dargestellten nur unwesentlich unterscheidet, spricht von einem ersten *Stadium des Suchens*. Potentielle Drogenkonsumenten suchen Entlastung von Problemsituationen, Rollenkonflikten und Stress. Eine zweite Gruppe umfasst noch integrierte und in Gruppen angepasst lebende Drogenkonsumenten, die Drogen *gewohnheitsmäßig* nehmen, ohne abhängig zu sein. Hier ist möglicherweise an Gruppen Ha-

schisch konsumierender Jugendlicher und junger Erwachsener zu denken, die sich über Jahre hinweg in einem Stadium des schädlichen Gebrauchs befinden, ohne dass es zur Ausbildung einer Abhängigkeit käme. Gerade beim Haschisch scheint es derartige protrahierte Konsumstadien zu geben, die etwa mit den langdauernden Stadien schädlichen Konsums von Alkohol bei Erwachsenen vergleichbar sind.

In der 3. Gruppe finden sich *entsozialisierte* Drogenkonsumenten, die keine Kontrolle mehr über ihren eigenen Konsum haben. Man sollte hier bereits von Drogenabhängigen sprechen, auch wenn es sich um ein Anfangsstadium handeln dürfte.

In der 4. Gruppe schließlich befinden sich *Drogenabhängige*, die unfähig zu jeder Form der Sozialisation und der Integration sind und deren Konsum nur noch der Vermeidung des Entzugssyndroms dient. Es handelt sich hierbei um ein Endstadium. Diese Gruppe ist in der Regel unfähig, überhaupt noch einen Rausch zu erleben, weil aufgrund der Gewöhnung an die Drogen die Rauschschwelle trotz steigender Dosis nicht mehr zu erreichen ist.

Der Übergang vom oralen zum intravenösen Gebrauch von Drogen liegt häufig zwischen dem 2. und 3. Stadium. Hier verläuft häufig auch die Trennlinie zwischen psychischer Abhängigkeit einerseits und psychischer und körperlicher Abhängigkeit andererseits mit den entsprechenden therapeutischen Konsequenzen.

Auf die Gruppeneinteilung bei Drogenabhängigen wurde deshalb so breit eingegangen, weil versucht werden soll, den statisch erscheinenden Begriff der Drogenabhängigkeit durch einen mehr dynamischen zu ersetzen, der die Suchtentwicklung als Ablauf in der Zeit beschreibt. Dieser Prozess schließt eine Abfolge verschiedener Zustandsbilder ein. Es handelt sich um einen Vorgang, der vom gelegentlichen genießenden Gebrauch von Haschisch bzw. Halluzinogenen bis hin zu schwerer Polytoxi-



## 1 Terminologie

komanie mit vollständiger Genussunfähigkeit reicht.

Nach aller Erfahrung ist keine scharfe Abgrenzung der einzelnen Stadien möglich. Dabei bleibt es zweitrangig, welcher Einteilung man folgt. Überhaupt sollten derartige Einteilungen nur als eine Art gedanklichen Ordnungsversuchs verstanden werden. Einteilungen können die Orientierung erleichtern, auf fließende Übergänge zwischen ein-

zelnen Stadien ist zu achten. Drogenabhängigkeit stellt sich insgesamt als ein Prozess mit stark individuellen und sozialen Färbungen dar, wobei die körperlichen Veränderungen meist am ehesten therapeutisch anzugreifen sind. Hingegen sind die sozialen Veränderungen am rigidesten und gegenüber therapeutischen Einflussnahmen ausgesprochen resistent.

## 2 Psychoaktive Substanzen, Wirkung – Störungsbilder

### 2.1 Vorbemerkung

Beim Konsum beobachten wir je nach Substanzgruppe recht unterschiedliche Verhaltensmuster, die von einem gelegentlichen Missbrauchsverhalten, z. B. der vereinzelt Einnahme eines Tranquilizers ohne strenge Indikation oder dem Gelegenheitskonsum von Cannabis, bis zu einer schweren Suchterkrankung reichen können, die sich etwa als Mehrfachabhängigkeit von Heroin und anderen psychotropen Substanzen zeigen kann.

Während der Adoleszenz gibt es eine nicht unerhebliche Anzahl an Probierern. Das sind Jugendliche und junge Erwachsene, die in dieser Lebensphase des Übergangs, des Eingewöhnens in das Erwachsenenalter und des Ausprobierens neuer Verhaltensmuster gezielt eigene Erfahrungen mit Drogen sammeln wollen. Der größte Teil dieser Probierer wird nicht zu Dauerkonsumenten, es bleibt beim einmaligen oder seltenen Konsum.

Je nach Persönlichkeit, Umfeld und Art der Droge erfolgt bei einigen der Übergang vom moderaten Gebrauch zum sog. „weichen“ Konsum. Dieses Gebrauchsmuster ist dadurch charakterisiert, dass der Genuss, das hedonistische Motiv also, eine zentrale Stellung einnimmt. Die Konsumenten „genießen“ ihren Rausch, sie konsumieren nur in der Freizeit oder zu besonderen Anlässen. In der Regel begnügen sie sich dabei mit nur einer Substanz und konsumieren diese in einer geringen Dosis. Die Kontrolle über die Menge und den Zeitpunkt des Konsums

ist in diesem Stadium also noch nicht verloren gegangen, und die Droge nimmt im Leben des Betroffenen noch keine zentrale Stellung ein. Der Konsument richtet seinen Alltag nicht nach ihr aus.

Das ändert sich beim Übergang zum sog. „harten“ Konsum. Hier geht es kaum mehr um Genuss, sondern um das Vermeiden von Angst- und Spannungszuständen, von dysphorischen bis depressiven Befindlichkeitszuständen, von Unlust und Gereiztheit bzw. von körperlichen Entzugserscheinungen. Der Betroffene konsumiert häufig, regelmäßig und in hoher Dosis. Die Einnahme von Drogen ist zum festen Bestandteil seines Tagesablaufs geworden, und entsprechend richtet er seinen Alltag danach aus. Die Kontrolle über Menge und Zeitpunkt des Konsums ist verloren gegangen. Es wird in beliebigen, unpassenden, ja mitunter gefährlichen Situationen konsumiert. Typischerweise kommt es zum Mehrfachkonsum, d. h. verschiedene Drogen werden entweder gleichzeitig konsumiert, um so ihre Wirkung zu potenzieren (z. B. Kokain und Heroin i.v. als sog. „speed ball“), oder nacheinander, um negative Folgen abzuschwächen (z. B. Alkohol gegen die Schlaflosigkeit nach Kokainkonsum).

### 2.2 Missbrauchsverhalten (s. Kap. 1.1.5)

Unter Missbrauch (lat. *abusus*) wird umgangssprachlich ein Konsummuster ver-

standen, das über den bloßen „Gebrauch“ bzw. Gelegenheitskonsum in schädlicher Weise hinaus geht, das aber das Stadium der Abhängigkeit (noch) nicht erreicht hat. Eine diagnostischen Gütekriterien standhaltende, operationalisierte Definition findet man im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV. Dort wird Missbrauch beschrieben als ein „unangepasstes Muster von Substanzgebrauch“, das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt. Wesensmerkmal sind die nachteiligen Konsequenzen infolge Drogenkonsums. Typisch ist das wiederholte Versagen bei wichtigen Verpflichtungen, wie beispielsweise in der Schule (z. B. schlechte Noten wegen Konzentrationsstörungen nach Drogenkonsum), am Arbeitsplatz (z. B. schlechte Leistungen, Fehlzeiten) oder in der Familie (z. B. Vernachlässigung der Kinder). Die Betroffenen stehen unter Drogeneinfluss in Situationen, die gefährlich werden könnten (z. B. im Straßenverkehr oder bei der Bedienung von Maschinen), und sie sind wegen ihres Drogenkonsums wiederholt mit dem Gesetz in Konflikt geraten. Schließlich kommt es wiederholt zu sozialen oder zwischenmenschlichen Problemen, ohne dass die Betroffenen die Konsequenzen daraus ziehen und ihren Drogenkonsum deswegen aufgeben würden.

In der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD) wurde der Begriff Missbrauch durch den schädlichen Gebrauch ersetzt. Darunter versteht man ein Konsummuster, das zu einer körperlichen Störung (z. B. Herzrhythmusstörung durch Kokainkonsum) oder einer psychischen Störung (z. B. Psychose durch Amphetamine) führt. Soziale Konsequenzen zählen nach ICD-10 nicht zu den Kriterien des schädlichen Gebrauchs. Ebenso wenig spielt dabei die gesellschaftliche Akzeptanz des Konsumverhaltens eine Rolle. Die Tatsache, dass eine Gesellschaft mehrheitlich den Konsum von beispielsweise Cannabis ablehnt, konstitu-

iert demnach noch kein Missbrauchsverhalten bei denjenigen, die dennoch Cannabis konsumieren. Erst die negativen Konsequenzen, die sich daraus ergeben, charakterisieren den Missbrauch.

Nach dem Verständnis sowohl der amerikanischen als auch der internationalen Diagnosekriterien endet das Missbrauchsverhalten (bzw. der schädliche Gebrauch) dort, wo die Abhängigkeit beginnt. Es kann demnach nur das eine oder das andere vorliegen. Da die unterschiedlichen Verhaltensstile der Konsumenten auch unterschiedliche therapeutische Konsequenzen nach sich ziehen, wird im Folgenden darauf eingegangen.

### 2.3 Cannabis- und Halluzinogenabhängigkeit

Im Gebrauchs- und Missbrauchsstadium werden Cannabis und Halluzinogene meist in der Gruppe konsumiert. Das gemeinsame Erleben steht im Vordergrund. Meist handelt es sich um Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren, selten sind die Konsumenten älter. Häufig handelt es sich um Schüler, Lehrlinge, also um in Ausbildung befindliche Jugendliche. Der Konsum von Cannabis bzw. Halluzinogenen hat zunächst meist keine unmittelbare Auswirkung auf die sozialen Bezüge. Die Eltern merken oft nichts, die Leistungsfähigkeit in geistiger und körperlicher Hinsicht wird erst verhältnismäßig spät eingeschränkt, wenn überhaupt. Die auftretenden leichten Verhaltensstörungen werden als pubertär und entwicklungsbedingt eingestuft. Schwere Folgeerscheinungen sind in diesem Stadium eher selten, es sei denn, es kommt zu atypischen Rauschverläufen („Horror-Trips“), Komplikationen oder kriminellen Verwicklungen bei der Beschaffung.

Obwohl verboten, ist Cannabis in den meisten europäischen Ländern nahezu frei verfügbar. Es ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge, und die Hauptkonsumenten sind Jugendliche und junge Erwachsene. So nimmt in Deutschland der Cannabiskonsum bei den Jugendlichen ab dem 15. Lebensjahr deutlich zu und ab dem 23. Lebensjahr kontinuierlich wieder ab. Etwa ein Viertel der Bevölkerung hatte mindestens einmal im Leben Erfahrung mit Cannabis gemacht.

Cannabisprodukte stehen dem Konsumenten als Haschisch (getrocknetes und gepresstes Harz der weiblichen Blütenstände), als Marihuana (zerkleinerte, fermentierte Stängel-, Spitzen-, Blätter- und Blütenanteile der Cannabispflanze) und als Haschischöl (aus der Pflanze mittels Lösungsmitteln extrahiert) zur Verfügung. Die häufigste Konsumform ist das Rauchen von sog. „Joints“ (Tüten, Sticks), d. h. selbst gedrehten Zigaretten, bei denen der Tabak mit Marihuana oder zerbröseltem Haschisch vermischt wird. Cannabisprodukte können aber auch pur in der Wasserpfeife geraucht, mit Tee oder Kakao vermischt oder in gebackener Form als Kuchen und Kekse („hash brownie“, „space cookies“) konsumiert werden.

Wie bei anderen Drogen auch, ist beim Cannabis ein „weiches“ von einem eher „harten“ Konsummuster zu unterscheiden. Der Gelegenheitskonsument, der hin und wieder einen Joint raucht und auf den Gebrauch anderer illegaler Drogen verzichtet, steht dem Gewohnheitskonsumenten gegenüber, der häufig, hoch dosiert und nicht selten in Kombination mit anderen Drogen konsumiert und bei dem der Cannabiskonsum zum wichtigen Bestandteil seines Alltags geworden ist.

Nur selten wird es zur Ausbildung einer Abhängigkeit von Cannabis oder Halluzinogenen bei Jugendlichen kommen. Die Erfahrung zeigt, dass es entweder bei einem sporadischen Gebrauch bleibt, oder es

kommt zu einer länger dauernden Phase des Gelegenheitskonsums. Wo dennoch die Grenze zur Abhängigkeit überschritten wird, äußert sich dies häufig in Form eines zwanghaften Konsums. Abhängige konsumieren Cannabis dann häufig den ganzen Tag und über Monate und Jahre hinweg trotz bereits eingetretener körperlicher, psychischer oder sozialer Störungen. Bei den Halluzinogenen bleibt der Konsum trotz Abhängigkeit häufig auf wenige Male pro Woche beschränkt, unter anderem, um einer Toleranzentwicklung gegenüber den euphorischen und psychedelischen Effekten entgegenzuwirken.

## 2.4 Opiode

Unter dem Oberbegriff Opiode werden die synthetischen und die natürlich vorkommenden Alkaloide mit morphinartiger Wirkung zusammengefasst. Sie alle haben ein hohes Abhängigkeitspotential und werden je nach Verfügbarkeit konsumiert. Es ist jedoch das Diacetylmorphin, das Heroin, das von der Mehrheit der Opiatabhängigen bevorzugt wird, und das den überwiegenden Teil der illegal konsumierten Opiode ausmacht. Als „Straßen“- oder „Gassenheroin“ wird es in Pulverform als kleine Päckchen angeboten. Es kann geschnupft, geraucht oder gespritzt werden.

Beim Schnupfen („sniefen“) wird das Heroin zu feinem Pulver zerrieben und mit einem Röhrchen (z. B. Strohhalm) oder einem zusammengerollten Geldschein durch die Nase eingesaugt. Die Resorption erfolgt über die Nasenschleimhaut.

Für das Rauchen wird in der Regel eine hitzebeständige Folie (z. B. Aluminiumfolie) verwendet, weshalb vom sog. „Folienrauchen“ gesprochen wird. Durch Erhitzen mit dem Feuerzeug wird das Heroin flüssig, der aufsteigende Dampf wird mit einem

Röhrchen quasi „gejagt“ (daher „chasing the dragon“) und dann inhaliert. Die Beliebtheit des Folienrauchens unterliegt, wie andere Konsumformen auch, regionalen Unterschieden. So ist es beispielsweise in Großbritannien und in den Niederlanden weiter verbreitet als in Deutschland. Eine Untersuchung in der Schweiz hat ergeben, dass dort etwa ein Fünftel der Heroinabhängigen die Substanz auf diesem Wege inhaliert. Im Gegensatz zur Injektion besteht beim Folienrauchen kein Infektionsrisiko. Deshalb hat seine Beliebtheit in den letzten Jahren zugenommen. (Dennoch ist auch diese Konsumform nicht ohne gesundheitliche Risiken! So wurde in den Niederlanden wiederholt über irreversible, teilweise zum Tode führende Gehirnschäden bei Folienrauchen berichtet. Unklar blieb dabei, ob es sich um die Folge von Verunreinigungen oder um Bestandteile der Folie handelte, die beim Konsum inhaliert wurden.) Da über die Hälfte des Heroins beim Inhalieren nicht mit dem Röhrchen „eingefangen“ werden kann, also verloren geht, handelt es sich hier um eine recht verschwenderische Form des Konsums. Die Gefahr ist daher groß, dass in Zeiten des Geld- oder Heroinmangels zu der effektiveren Konsumform, dem Spritzen gewechselt wird. Obwohl eine Untersuchung in Großbritannien ergeben hat, dass ein Teil der Abhängigen mitunter jahrelang ausschließlich raucht, ist die Gefahr des Umsteigens auf die „Nadel“ stets vorhanden.

Die Injektion von Heroin kann subkutan, intramuskulär oder intravenös erfolgen. Solange der Blutgefäßstatus es zulässt, bevorzugen die meisten Abhängigen den „Schuss“ in die Vene („drücken“, „fixen“). Dazu wird das Heroin mit Wasser vermischt, mit Zitronensäure oder Vitamin C versehen, um seine Wasserlöslichkeit zu erhöhen, und in einem Löffel vorsichtig erhitzt. Die braune Lösung wird dann mit einer Spritze aufgezogen. Häufig geschieht dies über Watte oder einen Zigarettenfilter,

um ungelöste Bestandteile und Verunreinigungen aus der Injektionslösung zu filtern. Die suchttypischen Konsumutensilien eines Heroinabhängigen bestehen daher aus einem Löffel, Feuerzeug, Filter und Spritze („Fixerbesteck“). Aus Sicht des Heroinabhängigen besteht der Vorteil der Injektion gegenüber dem Folienrauchen nicht nur in der effektiveren Ausnutzung der vorhandenen Menge, sondern auch im sog. „Flash“, dem sofort spürbaren, überwältigenden Hochgefühl („total body orgasm“). Daher ist die intravenöse Injektion von Heroin die häufigste, allerdings auch die risikoreichste Konsumform unter Opiatabhängigen.

## 2.5 Kokain

Im suchtmmedizinischen Alltag lassen sich zwei Typen von Kokainkonsumenten unterscheiden. Zum einen der nach außen hin unauffällige „Party-Konsument“, der sich selbst als nicht süchtig betrachtet. In der Regel ist dieser Konsumententyp berufstätig, gut verdienend und sozial integriert. Den Vergleich mit Drogenabhängigen weist er weit von sich, ebenso den intravenösen Konsum. Er „snieft“ gelegentlich, an Wochenenden und meistens in Gesellschaft im Sinne eines sog. „recreational use“. Ins Suchthilfesystem gelangt er erst, wenn er die Kontrolle über seinen Kokainkonsum verliert oder über die Notfallambulanz bei medizinischen Zwischenfällen (typisch: unklarer Thoraxschmerz am Wochenende; aber auch Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, apoplektischer Insult, epileptischer Krampfanfall, paranoide Psychose usw.).

Dem gegenüber steht der Drogenabhängige mit einem polytoxikomanen Konsummuster, der Kokain als eine Substanz unter mehreren nimmt. Üblicherweise ist dieser Konsumententyp äußerlich auffällig, arbeitslos und sozial schlecht integriert. Sein