

GRUNDLAGENTEXT

Sucht und Suchterkrankungen

Von Reiner Zitzmann

Lerneinheit: Sucht und Suchterkrankungen

1. Lernziele

Lernziele

Nach dieser Lerneinheit

- können Sie missbräuchlichen und abhängigen Gebrauch von Suchtmitteln anhand von fachlichen Beurteilungskriterien erkennen und die hauptsächlichen Wirkrichtungen und Schädigungen unterschiedlicher Substanzen einschätzen.
- begreifen Sie Sucht/Abhängigkeit in ihrer Verursachung als multifaktorielles Geschehen und folgern daraus, dass Suchtkrankendarbeit als interdisziplinäres Arbeitsfeld aufgefasst werden muss.
- verstehen und begründen Sie unterschiedliche Zielrichtungen in den Hilfen, kennen die Hauptakteure des Versorgungssystems und die Behandlungsformen.

2. Einführung und historische Entwicklung

Suchtmittelkonsum als dem Menschen eigenen Verhalten kam schon in der Steinzeit vor und ist seit frühesten Quellen belegt. Er fand häufig im rituellen, religiösen oder spirituellen Kontext statt, in späteren Zeiten auch im medizinischen. Scherer und Vogt (1989) unterscheiden einen „alltagstranszendierenden Gebrauch“ (Drogenkonsum, um sich vom Alltag abzugrenzen, auch eine Form der Bewusstseinsänderung zu erreichen, vergleichbar z.B. der Meditation) und einen, heute eher die Regel darstellenden, „alltagsakzessorischen Gebrauch“ (Drogenkonsum zur „besseren Bewältigung der Anforderungen des Alltagslebens“). Alkoholkonsum war aber auch schon in früheren Zeiten reichlich und weit verbreitet. Die alten Griechen hatten mit Dionysos einen Gott des Weines und des Rausches, aber auch Erziehung zur Mäßigung war schon Thema bis hin zu Abstinenzgeboten (Scherer und Vogt 1989).

In den europäischen Ländern führte die Industrialisierung im 18./19. Jahrhundert erstmalig zur Erzielung von Getreideüberschüssen in der Landwirtschaft. Die Lösung der Absatzkrise wurde durch Schnapsproduktion gelöst und gleichzeitig ein neuer Markt etabliert. Die Verelendung der Arbeiter führte zu einem breiten Anstieg des Alkoholismus in der Bevölkerung. Die SPD und die freien Gewerkschaften warnten 1911 in einem Plakat: „Arbeiter, meidet den Schnaps!“ Es entwickelten sich Antialkoholorganisationen. In den USA wurde die Prohibition eingeführt. Die Alkoholproduktion wurde ein zunehmend relevanter Wirtschaftsfaktor (siehe auch heute die Lobby-Macht der Alkoholindustrie), später auch die illegale Drogenproduktion (z.B. machte die kolumbianische Drogenmafia in den 60er Jahren das Angebot, im Gegenzug zu einer Amnestie die kolumbianischen Staatsschulden zu übernehmen).

Die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen erfolgten auf dem Hintergrund moralischer Bewertungen. Übermäßiger Suchtmittelkonsum, insbesondere von Alkohol, wurde als Laster, Willensschwäche, moralisches Versagen, illegaler Drogenkonsum als kriminelle Handlung gesehen. Jedoch sind gesellschaftliche Bewertungen ständig im Wandel, auch die Konsumierenden wenden sich im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen unterschiedlichen Substanzen zu. So ist das früher favorisierte Heroin heute die Droge der ‚loser‘. Kokain hingegen, bereits in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts der ‚hit‘, erlebte in den 60er Jahren eine Renaissance. Und auch Nikotinkonsum erfährt aktuell eine gesellschaftlich starke Ächtung durch verhältnispräventive Maßnahmen wie z.B. Rauch- oder Tabakwerbeverbote u.ä. (DHS 2013d, S.57).

Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit wurde 1968 durch ein Bundesgerichtshof (BGH)-Urteil als Krankheit anerkannt. Dies implizierte jetzt (zumindest formal) eine Entmoralisierung, Enttabuisierung, den professionellen Umgang mit den Betroffenen, aber v.a. einen Anspruch auf Finanzierung von medizinischen, therapeutischen und somit rehabilitativen Maßnahmen. Vorher bestanden Hilfestellungen bei Suchterkrankungen (mit Ausnahme medizinischer Notfallbehandlungen und Behandlung von Begleit- oder Folgeerkrankungen) in eher karitativen Hilfen (z.B. oftmals von der Kirche finanzierte oder betriebene

sog.,Trinkerheilstätten') oder Selbsthilfe(organisationen). Häufig war auch ein eher kontrollierender Umgang bis hin zur Entmündigung (Soyka und Küfner 2008, S.507). Das BGH-Urteil führte auch zu einer stärkeren Medizinalisierung in der Suchtarbeit. Trotzdem ist die Berufsgruppe der Sozialarbeitenden nach wie vor die dominierende, v.a. auch, weil niederschwellige, akzeptierende Hilfen in der Drogenarbeit klassische Sozialarbeit benötigen (siehe Kapitel 7.2.).

Die Begrifflichkeit Sucht ist kein eindeutiger und klarer Begriff. Er geht etymologisch auf das alte deutsche Wort ‚siech‘ (krank) zurück. 1964 wurde er von der WHO durch ‚Drogenabhängigkeit‘ ersetzt. Erst in jüngerer Zeit wird wieder vermehrt auf ihn zurückgegriffen, insbesondere, da nicht stoffgebundene Suchtformen vermehrt Aufmerksamkeit erfahren.

Heutzutage erfolgt die Orientierung eher deskriptiv an den Kriterien der ICD-10 (die zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit unterscheidet) oder der DSM-5 (die moderate und schwere ‚Substanz-Gebrauchsstörungen‘ differenziert) (Rumpf und Kiefer 2011).

3. Epidemiologie

Das Hauptproblemfeld in Deutschland hinsichtlich der Häufigkeit und negativer Auswirkungen von Suchtmittelkonsum besteht nach wie vor in den legal erhältlichen Substanzen Alkohol, Nikotinprodukten und abhängig machender Medikamente weit vor Konsum und Problematik illegaler Drogen.

3.1 Alkohol

	Gesamt %	Männer %	Frauen %	Gesamt N	Gesamt N (95%-KI)
Missbrauch	3,1	4,7	1,5	1.610.000	(1.390.000-1.870.000)
Abhängigkeit	3,4	4,8	2,0	1.770.000	(1.540.000-2.040.000)

*Hochrechnung der Anzahl an Personen mit substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, basierend auf 51.743.922 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag: 31.12.2011, Statistisches Bundesamt)
KI = Konfidenzintervall

Abb.1: Prävalenz alkoholbezogener Störungen nach DSM-IV bei Erwachsenen von 18 – 64 Jahren* (DHS 2014, S.14).

Die auf Alkoholkonsum oder den kombinierten Konsum mit Tabak bezogenen Todesfälle summieren sich auf ca. 74000/Jahr. Die im Jahr 2013 registrierte (immer noch erschreckend hohe) Zahl an Drogentoten betrug hingegen 1002 (DHS 2014).

3.2 Tabak

Die Zahl der Rauchenden geht seit Jahren kontinuierlich zurück, insbesondere in den jüngeren Jahrgängen findet sich auch ein deutlicher Rückgang der Neueinsteigenden.

Gesamt %	Männer %	Frauen %	Gesamt N	Gesamt N (95%-KI)	
Abhängigkeit	10,8	12,5	9,0	5.580.000	(5.100.000-6.110.000)

* Hochrechnung der Anzahl an Personen mit substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung, basierend auf 51.743.922 Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren (Stichtag: 31.12.2011, Statistisches Bundesamt)
KI = Konfidenzintervall

Abb.2: Prävalenz der Tabakabhängigkeit nach DSM-IV bei Erwachsenen von 18 – 64 Jahren* (DHS 2014, S.23).

3.3 Medikamente

Verordnete Medikamente weisen zu 4 – 5 % ein eigenes Suchtpotential auf. Zu den diesbezüglichen Problemsubstanzen gehören insbesondere Benzodiazepine und Codein-haltige Medikamente. Schätzungen zur Häufigkeit des Medikamentenmissbrauchs und der

-abhängigkeit („der heimlichen Sucht“) gehen von 1,4 – 1,9 Millionen (davon ca. 1,1 – 1,2 Millionen von Benzodiazepinpräparaten) Menschen in Deutschland aus (DHS 2014).

3.4 Illegale Drogen

Vorherrschende Substanz bei Konsum und Abhängigkeit ist Cannabis. Studien bzgl. der Häufigkeit von Drogenkonsum (BZgA 2011) zeigen, dass ca. 4,9 % aller 12 – 64 Jährigen mindestens 1x/Jahr eine illegale Droge konsumieren. 4,6 % konsumieren mindestens 1x/Jahr ein Cannabisprodukt. In den jüngeren Jahrgängen kommt natürlich Cannabiskonsum häufiger vor. Hier beträgt z.B. die Lebenszeitprävalenz für 18 – 25 Jährige 35 %.

	Gesamt %	Männer %	Frauen %
Missbrauch	0,5	0,8	0,2
Abhängigkeit	0,5	0,8	0,2

* ungewichtete Anzahl der Fälle mit validen Angaben auf mindestens einer Diagnose, 12-Monats-Prävalenz bezogen auf die Gesamtstichprobe

Abb.3: 12-Monats-Prävalenz von Cannabismissbrauch und -abhängigkeit nach DSM-IV bei Erwachsenen von 18 – 64 Jahren* (DHS 2014, S.30).

3.5 Pathologisches Glücksspiel

Das Pathologische Glücksspiel („Spielsucht“) ist die häufigste und zudem seit 2001 einzige als Krankheit anerkannte nicht stoffgebundene Suchtform.

	Bühringer et al. (2007)	Buth & Stöver (2008)	BzgA (2010)	Sassen et al. (2011)	Meyer et al. (2011)	TNS EMNID (2011)	BZgA (2012)
Probl. Spiel- verhalten	0,29% (149.000)	0,64% (340.000)	0,64% (347.000)	0,24% (133.000)	0,31% (172.000)	0,21% (n.v.)	0,51% (275.000)
Patholog. Spiel- verhalten	0,20% (103.000)	0,56% (290.000)	0,45% (242.000)	0,31% (172.000)	0,35% (193.000)	0,23% (n.v.)	0,49% (264.000)

* Ergebnisse aktueller Repräsentativbefragungen (12-Monats-Prävalenz)

Abb.4: Anzahl problematischer und pathologischer Glücksspieler* (in Anlehnung an DHS 2014, S.34).

3.6 Neue Medien

Zunehmend Aufmerksamkeit erfährt die problematische und abhängige Nutzung neuer Medien. Eine Untersuchung zur Internetsucht (Wölfling 2013) zeigt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Prävalenz von über 10 %. 1 % der 14 – 64 Jährigen ist abhängig, bei 4,6 % findet sich eine problematische Nutzung. Männer sind häufiger betroffen als Frauen. Bei den 14 – 24 Jährigen gelten 2,4 % als abhängig, 13,6 % als problematische Konsumierende.

4. Ätiologie

Es gibt eine Fülle von z.T. sehr unterschiedlichen Suchttheorien (biologische, psychologische, sozialpsychologische, soziologische, politisch-ökonomische). Allen gemeinsam ist, dass sie die Sucht jeweils unter einem bestimmten Blickwinkel betrachten, beschreiben und erklären. Sucht ist jedoch recht komplex und muss in ihrer Entstehung bei jedem Betroffenen individuell herausgearbeitet werden. Oft ist es notwendig, die verschiedenen Theorien wie Folien übereinander zu legen, um ein dreidimensionales Bild zu erhalten.

Sucht ist ein multifaktorielles Geschehen. Vereinfacht kann man sie als notwendiges Wechselspiel von Individuum, sozialem Umfeld und der Droge sehen.

1. Individuum

- Genetische und konstitutionelle Faktoren (Stoffwechsel, Physiologie)
- Persönlichkeitsstruktur: „Ich-Schwäche“, „Frühe Störungen“
- Erlernen Mechanismen zur Angst- und Spannungsreduktion, „Selbst-Betäubung“ als Lebensstrategie, Traumaerfahrungen
- Alter und Beruf: kritische Lebenssituationen, Phasenübergänge

2. Soziales Umfeld

- Bedingungen der Primärsozialisation: (hoch-)unsicheres Bindungsmuster, unberechenbare Erziehung, starke Verwöhnung seitens der Mutter, abhängig-schwacher oder abwesender Vater
- Modellwirkung suchtkranker Eltern: Umgang mit Nähe und Distanz, Kontrolle und Autonomie, Harmonie und Konflikten
- Familiäres Klima, Gewalt, sexueller Missbrauch, „broken home“
- Vorbilder der jeweiligen Subkultur: Bauarbeiter, leitende Angestellte, Gastwirte, Seeleute, ...
- Gesellschaftliche Haltungen zum Drogenkonsum: „Gut-Drauf-Sein“ durch Konsum legaler Drogen, Verteufelung illegaler Drogen, Marginalisierung ihrer Konsumenten
- Verfügbarkeit der Drogen
- Haltung der Massenmedien

3. Droge

- Chemische Struktur und Abbaupfade
- Physiologische und therapeutische Wirkung
- Abhängigkeitspotential
- Toleranzphänomene
- Art der Einverleibung, Dosierung
- Psychotoxizität
- Zusammenwirken mit anderen Drogen

Faktoren, die eine Abhängigkeitsentwicklung fördern (Trost und Schwarzer 2013, S.273).

Darüber hinaus ist eine hohe psychische/psychiatrische Komorbidität auffällig, d.h. das Vorliegen einer sog. Doppeldiagnose (Psychische Erkrankung und Suchterkrankung). Diese findet sich bei Alkoholabhängigen bei bis zu 50 %, bei Drogenabhängigen bei bis zu 70 % der Fälle. Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung weist z.B. zu 78 % eine lebenszeitbezogene komorbide Abhängigkeitserkrankung auf (Kienast et al. 2014). Auch Psychotraumata spielen in der Entstehung eine gewichtige Rolle, bei Drogenabhängigen mehr als bei Alkoholabhängigen (Voigt 2012).

5. Psycho- und Physiopathologie

Die Wirkungen von Drogen sind nur z.T. durch deren pharmakologische Eigenschaften bestimmt. Wesentlich sind v.a. auch die Wirkungserwartung und das Umfeld (setting) des Konsums. Die Drogenwirkung wird quasi ein Stück weit erlernt. Das diesbzgl. Ausmaß ist jedoch von Substanz zu Substanz sehr unterschiedlich, bei Cannabis z.B. besonders ausgeprägt.

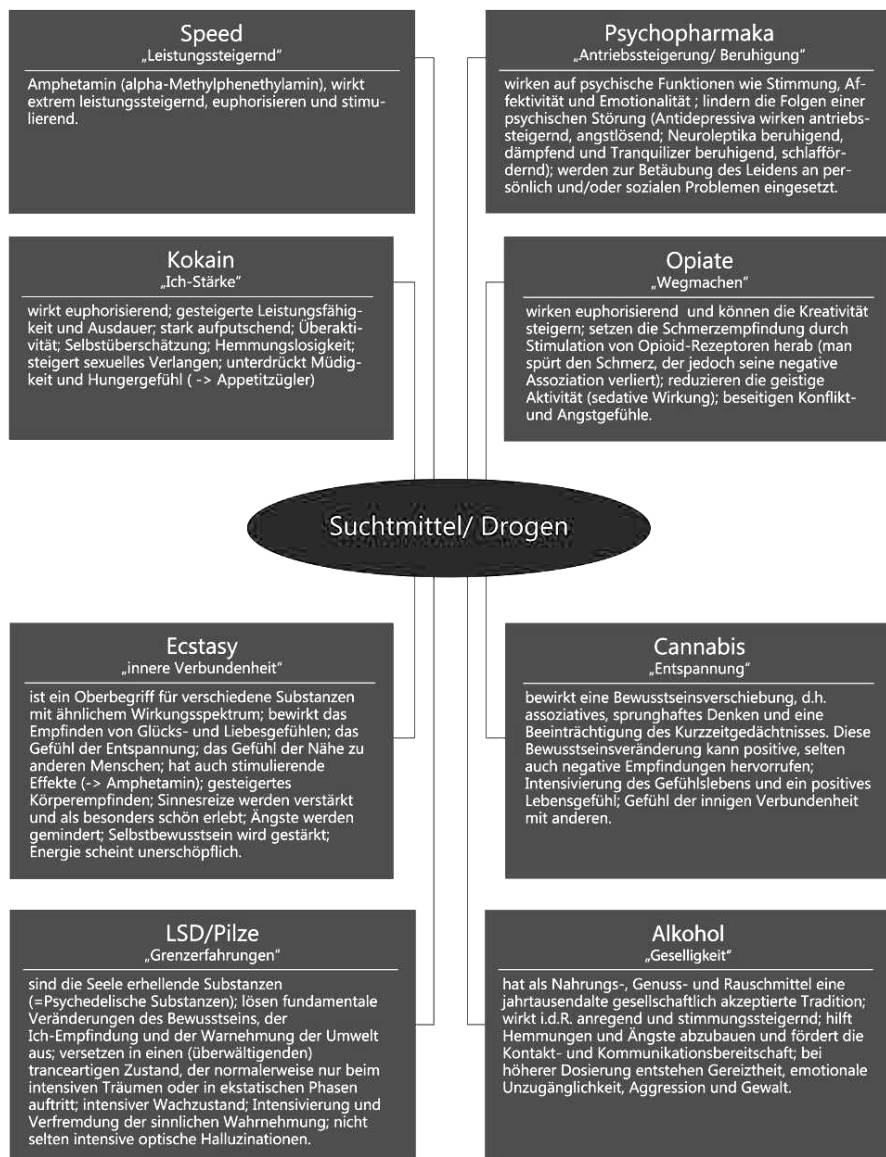


Abb.6: Wirkungserwartungen von Jugendlichen und Wirkungen von Suchtmitteln/Drogen (Schay et al. 2013, S.37).

Im Weiteren erfolgt eine sehr verkürzte Darstellung der einzelnen Substanzgruppen. Da die Alkoholproblematik bei uns den größten Anteil aufweist, wird diese etwas ausführlicher dargestellt.

5.1 Alkohol

Es gibt inzwischen sehr viele Typologien der Alkoholabhängigkeit. Die älteste vom ungarischen Psychiater Jellinek (1960) erscheint immer noch die praktikabelste und Betroffene finden sich in ihr oft wieder.

Alphatrinker: Problem- und Erleichterungstrinker. Ihm vermittelt der Alkohol Sicherheit und Entspannung. Er trinkt vorwiegend aus psychologischen Gründen wie Frustration, Stress, Verlusterleben. Kein Kontrollverlust, keine eindeutige oder fortschreitende Abhängigkeit. (ca. 5% der Trinker)

Betrinker: Anpassungs- und Gelegenheitstrinker, will mithalten mit anderen. Keine auffallende Erleichterung, keine seelische Abhängigkeit, aber häufig bereits körperliche Schäden, evtl. später körperliche Abhängigkeit (ca. 5%).

Gammatrinker: Süchtiger Trinker mit Kontrollverlust und „Filmrissen“, seelisch-körperlicher Abhängigkeit, Toleranzsteigerung, Abstinenzsymptomen, auch wenn kurze Abstinenzzeiten noch möglich sind. Die kleinste Alkoholmenge (Cognacbohne, Biersuppe) kann sofort unstillbares Verlangen auslösen (ca. 65%).

Deltatrinker: Auch Spiegeltrinker oder Gewohnheitstrinker genannt. Unfähigkeit zur Abstinenz, rauscharmer, kontinuierlicher Alkoholkonsum, physische Abhängigkeit (ca. 20%).

Epsilontrinker: „Quartalssäufer“, episodischer Trinker, mehrtägige Exzesse mit Kontrollverlust (ca. 5%).

Abb.7: Typologie der Alkoholkrankheit nach Jellinek (Trost und Schwarzer 2013, S.246).

Jellinek (1960) hat auch eine Phaseneinteilung vorgenommen. Die im Anhang aufgeführten Phasen stellen keinen Automatismus dar, können zu jedem Zeitpunkt unterbrochen werden (z.B. durch Motivationsänderung, Einsicht, Druck ...) und bilden Zeiträume zwischen wenigen Monaten und zwei bis drei Jahrzehnten ab. Nicht selten enden sie auch mit dem Tod.

So, wie die Entwicklung in die Sucht ihre Zeit braucht, ist auch die Aufgabe des Suchtverhaltens ein längerer zeitlicher Prozess. Rückfälle sind dabei häufiger (z.T. auch notwendiger) Bestandteil des Entwicklungsprozesses.

Auswirkungen und Schädigungen werden in diesen Phasen aufgeführt. Alkohol als Zellgift schädigt den gesamten Organismus. Es kommt zu einer Fülle an

Organschäden einschließlich des Gehirns mit z.T. auch massiven Wesensänderungen (bis hin zu erhöhter Suizidalität).

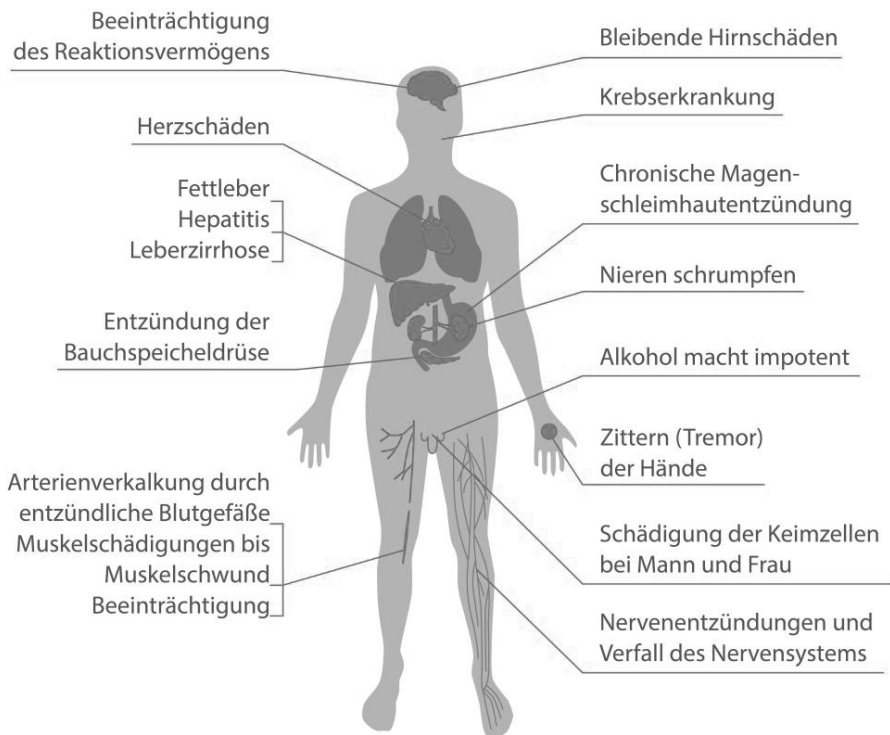


Abb.8: Schädigungen durch Alkoholmissbrauch (Trost und Schwarzer 2013, S.250).

Hoch problematisch sind auch die Schäden beim ungeborenen Kind, wenn die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol missbraucht. 2200 Neugeborene in Deutschland pro Jahr weisen ein Fetales Alkohol-Syndrom (FAS = Vollbild mit Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems) auf (DHS 2010).

Die sozialen Auswirkungen sind in ihrem Umfang gar nicht groß genug einzuschätzen. Sie reichen von familiären und Beziehungsproblemen über Arbeitslosigkeit, Unfälle, Verarmung bis hin zur Delinquenz.

5.2 Opiate

Opiate sind eine Sammelbezeichnung für Opium, Morphinum, Heroin, Codein, Schmerzmittel (wie Valoron®, Dolantin® u.ä.) und Substitutionsmittel (s.u.) wie Methadon®, Polamidon®, Subutex®. Sie wirken v.a. an Rezeptoren im Gehirn, an denen auch körpereigene Morphine (sog. Endorphine = endogene Opiate) andocken. Diese sind einerseits eine Art Notfallsystem (z.B. bei starkem Schmerz), vorwiegend aber generell für die positive Gefühlsmodulation zuständig.

Opiate haben ein hohes Suchtpotential. Es entwickelt sich in der Regel schnell eine starke körperliche und seelische Abhängigkeit. Die Dosis steigert sich meist rasch (Toleranz). Körperliche Schäden entstehen nicht durch die Substanz, sondern durch die Form des Konsums (unsaubere Spritzen, gestreckter Stoff, Übertragung von Infektionen durch Spritzentausch). Durch Toleranzminderung (z.B. Inhaftierung, Drogenentzug) steigt die Gefahr einer (tödlichen) Überdosierung bei erneutem Konsum der alten hohen Dosis.

Die soziale Verelendung ist oftmals Ausdruck von Illegalität und Repression. Hilfeansätze zur harm reduction, niederschwellige akzeptierende Hilfen und die Substitutionsbehandlung haben hier eine deutliche Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen geschaffen (siehe Kapitel 7).

5.3 Cannabis

Der Hauptwirkstoff der Hanfpflanze ist das Tetrahydrocannabinol (THC). Haschisch ist das Harz der weiblichen Hanfblüte, Marihuana besteht aus den getrockneten Blättern der männlichen Pflanze. THC kann auch chemisch synthetisiert werden und ist als Dronabinol als Rezeptur in Deutschland verfügbar (als Antiemetikum, gegen Auszehrung bei AIDS, zur Behandlung eines erhöhten Augeninnendruckes; weitere Indikationen werden geprüft). Es gibt auch körpereigene sog. Endocannabinoide, die auf CB₁- und CB₂-Rezeptoren wirken.

Die Wirkung ist abhängig von der Grundstimmung (euphorisch, depressiv). Es kommt zur Veränderung von Denkprozessen und Wahrnehmungsverarbeitung, Entspannung, auch Ruhelosigkeit bis Reizbarkeit (Trost und Schwarzer 2013).

Es kann sich eine psychische Abhängigkeit entwickeln, das Risiko ist allerdings geringer als bei Alkohol und Nikotin. 10% aller regelmäßigen Cannabiskonsumenten weisen eine Abhängigkeit auf. Bei Langzeitkonsum kommt es nicht selten zur Antriebsminderung und (wahrscheinlich reversiblen) kognitiven Einbußen. Körperliche Schäden entwickeln sich eher aus dem Kontext des Rauchens (insbesondere bösartiger Formen des Lungenkrebses durch tiefere Inhalation).

Eine besondere Problematik ist die deutlich erhöhte Psychosegefahr durch Cannabiskonsum. Je früher dieser beginnt, je psychisch belasteter die Personen sind, desto größer die Gefährdung (Sucht Schweiz 2014).

Cannabis wird häufig als Einstiegsdroge bezeichnet. Die eigentlichen Einstiegsdrogen sind Alkohol und Nikotin. 5% der Cannabiskonsumierenden steigen auf Heroin um (Troost und Schwarzer 2013).

Eine Entkriminalisierung des Eigenbesitzes zum Konsum (- es gibt unterschiedlich gehandhabte Freigrenzen in den verschiedenen Bundesländern -), auch eine Legalisierung des Handels würde m.E. die gesellschaftliche Problematik entschärfen, den Reiz zum Konsum mindern, präventive Aspekte in den Vordergrund stellen, zumal nahezu 50% der jungen Erwachsenen Cannabis bereits konsumiert hat (Troost und Schwarzer 2013).

5.4 Sedativa und Hypnotika

Bis in die 60er Jahre des letzten Jahrhunderts standen hier die Barbiturate, starke Schlaf- und Beruhigungsmittel (wirksam auch gegen Krampfanfälle und als Narkosemittel) mit einem hohen körperlichen und seelischen Abhängigkeitspotential im Vordergrund. Sie wurden abgelöst durch die anfangs scheinbar unproblematischen Benzodiazepine (Substanzen wie Diazepam®, Lexotanil®, Tavor®, Flunitrazepam®), die angstlösend, beruhigend, muskelentspannend und krampflösend wirken. Diese wurden und werden z.T. bis heute von Ärztinnen und Ärzten relativ großzügig verordnet. Sie zeigen eine Hochdosis- und weitaus häufiger eine sog. Niedrigdosisabhängigkeit, d.h. ein bis drei Tabletten pro Tag können zu einer Abhängigkeit führen. Die Entzugsbeschwerden beim Weglassen der Substanzen sind dann sehr ähnlich der ursprünglich zur Medikation führenden Ausgangsbeschwerden und werden seitens der Abhängigen dahingehend gedeutet, dass sie ja weiterhin die Medikation benötigen.

Neben der Abhängigkeitsproblematik weisen Benzodiazepine manchmal auch paradoxe Reaktionen auf. Insbesondere bei älteren Personen kommt es dann zur Erregung. Die Sturzgefahr (v.a. in der Nacht) ist erhöht. Es kann zu Erinnerungslücken kommen. Drogenabhängige holen sich durch begleitenden Benzodiazepinkonsum Rauschzustände.

Zu Alkohol besteht eine Kreuztoleranz, d.h. Alkohol- und Benzodiazepinabhängige können ihre Substanzen sowohl hinsichtlich der Wirkung als auch zur Vermeidung von Entzugssymptomen ein Stück weit austauschen.

Benzodiazepine dürfen nicht abrupt, sondern nur schrittweise entzogen werden, um insbesondere keine Krampfanfälle hervorzurufen.

Seit einiger Zeit hat die pharmazeutische Industrie die sog. Z-Drugs auf den Markt gebracht, so benannt nach den jeweiligen Anfangsbuchstaben (z.B. Zopiclon®, Zolpidem®). Diese sollen analog den Benzodiazepinen wirken und nicht abhängig machen. Inzwischen zeigt sich, dass auch diese Substanzen ein Abhängigkeitspotential aufweisen (DHS 2013c).

5.5 Kokain (DHS 2013b; Trost und Schwarzer 2013)

Kokain wird aus dem in Südamerika (Andenländer) beheimateten Kokastrauch gewonnen. Es wurde dort rituell, aber v.a. auch zur Leistungssteigerung (hohe Meereshöhe) und zur Minderung des Hungers verwendet, von den spanischen Eroberern auch großzügig zur Ausbeutung der Indios (im Bergbau) eingesetzt.

Kokain kann geschnupft, geraucht oder gespritzt werden. Es wirkt sehr schnell, euphorisiert, vermindert Hemmungen, steigert sexuelles Verlangen und ruft Halluzinationen hervor. Die Wirkung lässt dann abrupt nach und führt zu einem massiven depressiven Empfinden, das einen erneuten sofortigen Konsum begünstigt.

Kokain weist ein extrem hohes psychisches Abhängigkeitspotential auf. Die Gefahren bestehen darüber hinaus in einer starken Herz-Kreislauf-Aktivierung bis hin zu Atemlähmung und Herzversagen, Krampfanfällen und der Auslösung von Psychosen.

Crack ist mit Backpulver aufbereitetes Kokain, das in kleinen Klümpchen geraucht wird, und durch die schnelle Aufnahme in die Blutbahn über die Bronchien innerhalb einer halben Minute das Gehirn erreicht. Die Wirkung lässt aber dann sehr schnell wieder nach. Crack wurde ursprünglich als „billige“ Droge in amerikanischen Großstadtlums vor allem von Schwarzen konsumiert. In Deutschland findet sich nur in wenigen Großstädten (Hamburg, Berlin, Frankfurt) eine Crack-Szene, nach Aussagen von dort eingesetzten Sozialarbeitenden eine äußerst brutale, rücksichtslose Drogenwelt. Kokain vermindert mehr als andere Drogen jegliche persönliche Skrupel.

Kokain war in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts „in“ und erlebt seit den 90ern eine Renaissance, durchaus auch in bürgerlichen Kreisen.

5.6 Amphetamine (DHS 2013b; Trost und Schwarzer 2013)

Amphetamine sind synthetisch hergestellte Aufputschmittel, die Euphorie, Energie und Selbstbewusstsein vermitteln. Die Wirkung ist nicht unähnlich der von Kokain, auch die der Auswirkungen und Risiken. Amphetamine können in unterschiedlicher Form konsumiert werden und zu massiver psychischer Abhängigkeit führen.

Metamphetamin („Crystal Meth“) hat einen höheren Wirkungsgrad, macht extrem schnell süchtig, wirkt toxisch auf Nervenzellen und führt zu Herzrhythmusstörungen, Blutdruckkrisen und Psychosen. Insbesondere in den östlichen Bundesländern ist die Zahl der Konsumierenden seit 2010 stark gestiegen.

Ecstasy (MDMA und verwandte Substanzen) ist chemisch ein Amphetamin, hat aber auch halluzinogene Wirkkomponenten. Die Substanz zählt zu den sog. Entaktogenen, Substanzen, die einen engeren Bezug zu seinem Selbst ermöglichen sollen. Sie erhöhen die Kontaktbereitschaft und weisen ansonsten die bereits beschriebenen Wirkaspekte der Amphetamine auf. In der Literatur werden neurokognitive Defizite als Folge eines Dauerkonsums beschrieben. Ansonsten sind Auswirkungen auf das

Herz-Kreislauf-System, Krampfanfälle und die Gefahr der Auslösung von Psychosen bekannt. Die Abhängigkeitsgefahr wird unterschiedlich eingeschätzt, dürfte aber auf dem Hintergrund des relativ weit verbreiteten Konsums (- 10% der 25jährigen haben Erfahrung damit -) nicht allzu hoch liegen.

Amphetamine werden auch in der Medizin eingesetzt, früher v.a. als Appetitzügler, heute hauptsächlich in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS. Hier wirken die Amphetamine ein Stück weit paradox, in dem sie Aufmerksamkeit und die Konzentrationsfähigkeit stärken. Bei richtiger Indikationsstellung haben die behandelten Kinder und Jugendlichen später kein erhöhtes Abhängigkeitsrisiko.

5.7 Halluzinogene (DHS 2013b; Trost und Schwarzer 2013)

Halluzinogene sind entweder pflanzlicher Herkunft (z.B. Psilocybin – Pilz, Muscarin – Fliegenpilz, Mescaline – Peyote-Kaktus) oder synthetisch (LSD). Die Wirkungen sind vielfältig und unterschiedlich. Es kommt zu Veränderungen des Bewusstseins, des Zeiterlebens, der Stimmung, der Wahrnehmung. Sinneseindrücke verändern sich, können sich vermischen (sog. Synästhesien). Illusionen und Halluzinationen können auftreten. Beim „horrortrip“ haben wir häufig eine Kombination von Angst- und Verfolgungsgefühlen. Psychosen können ausgelöst werden. Das Abhängigkeitspotential ist wegen der oftmals unangenehmen Empfindungen nicht so hoch. Flashbacks (- das Gefühl, wieder auf einem „trip“ zu sein, obwohl nichts konsumiert wurde -) finden sich relativ häufig.

5.8 Tabak (DHS 2013d; Trost und Schwarzer 2013)

Tabak ist neben Alkohol die weitverbreitetste legale Droge. Das enthaltene Nikotin ist die hauptsächlich für das hohe körperliche und seelische Abhängigkeitspotential relevante Substanz. Die Verbrennungsprodukte (z.B. Kohlenmonoxid, Benzpyrene) sind vorwiegend für die Schädigungen im Organismus (Krebs, Lungen- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) verantwortlich. Man schätzt, dass bis zu 45% aller Krebserkrankungen dem Rauchen zuzuordnen sind. Die Kombination von Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum erhöht massiv das Sterberisiko. Kinder von in der Schwangerschaft rauchenden Müttern zeigen durchschnittlich bis zum 7. Lebensjahr nachweisbare Entwicklungsverzögerungen.

Rauchen hat je nach Ausgangsstimmung eine entspannende oder anregende Wirkung. Auf diesem Hintergrund ist auch verständlich, dass die Raucherquote bei psychisch Kranken (- Rauchen als eine Form der Selbstbehandlung-) sehr hoch ist.

Der Anteil der Rauchenden ist in der Gesamtbevölkerung rückläufig (siehe Kapitel 3.2.). In den unteren Sozialschichten findet sich aber ein deutlich überproportionaler

Anteil. Die Tabakprävention und Tabakkontrollpolitik hat in den letzten Jahren deutliche Fortschritte erzielt, hinkt aber anderen EU-Ländern hinterher. Die Einnahmen aus der Tabaksteuer von 14,1 Milliarden Euro (2013) erklären dies vielleicht ein wenig (DHS 2014).

5.9 Flüchtige Lösungsmittel (Trost und Schwarzer 2013)

Diese als Schnüffelfstoffe bezeichneten Substanzen finden sich in Klebstoffen, Verdünnern, Benzin, Reinigungsmitteln u.ä.. Sie werden „geschnüffelt“, um sich einen Rausch bis hin zur Erinnerungslosigkeit zu verschaffen und sich so eine Zeitlang aus der Welt auszuklinken. Dies ist ein großes Problem insbesondere bei Kindern und Jugendlichen in Großstadtlums in Afrika, Südamerika, Japan. Es findet sich auch in Deutschland, allerdings in geringerem Ausmaß. Die Folgen sind z.T. dramatisch und reichen von psychischer Abhängigkeit, Bewusstlosigkeit, Ersticken bis zu massiven Leber- und Hirnschäden bei Langzeitkonsum.

5.10 Pathologisches Glücksspiel

Fallkasuistik

Der 29-jährige Herr L. kommt auf Druck seiner Freundin, mit der er seit vier Jahren zusammenlebt, zu einem Abklärungsgespräch in die Suchtberatungsstelle. Er bezeichnet sich gleich als spielsüchtig. Er sei als Groß- und Einzelhandelskaufmann im Außendienst tätig, verdiene ca. 2000.- Euro im Monat. 870.- Euro würden automatisch für die Tilgung des Wohnungskredits vom Konto abgebucht. Den Rest verspiele er an Geldspielautomaten. Das sonstige Leben finanziere seine Freundin.

Seit 7-8 Jahren spiele er regelmäßig mehrfach die Woche an Geldspielautomaten. Anfangs habe er öfters größere Gewinne erzielt. Seit zwei Jahren spiele er täglich und mit zunehmenden Verlusten. Die aktuelle Verschuldung betrug 3000.- Euro.

Er beantragt eine stationäre Entwöhnungstherapie. Während des Antragsverfahrens fallen Unregelmäßigkeiten in seiner Firma auf. Herr L. hatte heimlich Vorführgeräte privat verkauft; ihm wurde daraufhin gekündigt.

Vorgeschichte: Beide Elternteile sind alkoholabhängig. Als Herr L. sieben Jahre alt war, ließen sich die Eltern scheiden. Er hat viele ihn traumatisierende Erfahrungen (körperliche Gewalt, Sorgerechtsauseinandersetzungen der Eltern) erlebt, wächst beim überstrengen, ihn häufig körperlich züchtigenden Vater auf. Der Kontakt zur Mutter wird von diesem über fünf Jahre verhindert. Zudem erlebt Herr L. körperliche und seelische Misshandlungen seitens des vier Jahre älteren Bruders. Nach schlechter werdenden schulischen Leistungen wechselt er von der Realschule in die Hauptschule zurück. Nach Beendigung der Schulzeit macht er eine Ausbildung zum Schreiner. Mit 18 Jahren zieht er von zuhause aus.

Seit dem 12. Lebensjahr fuhr Herr L. begeistert BMX-Fahrradrennen. Er war im Bundesleistungskader und bei mehreren Jugendweltmeisterschaften dabei. Mit 21 Jahren wird Herr L. wegen einer Unterarmfehlstellung operiert mit der Konsequenz, keinen Leistungssport mehr betreiben zu können. Bereits in der Anschlussrehabilitation macht er dann erste positive Erfahrungen an Geldspielautomaten. Auch seinen Beruf kann er nun nicht mehr ausüben und schult zum Kaufmann um.

Weitere Informationen zu Herrn L.: Als Kind stotterte er sehr früh, beschreibt große innere Nervosität, Einschlafstörungen, war in der Schule der Klassenkaspar. Es wurde ein ADHS-Syndrom diagnostiziert

und auch mit Medikamenten behandelt. Seit dem 12. Lebensjahr trinkt er täglich Alkohol. Er habe deswegen auch schon seinen Führerschein verloren. Aktuell trinke er drei Flaschen Bier am Tag, am Wochenende können es auch sechs bis sieben Flaschen werden. Besondere Interessen oder Hobbys habe er keine.

Funktion des Spielens: Beim Spielen könne er entspannen, er werde ruhiger, könne sich aus der Welt „beamen“, tauche in eine ganz andere eigene Welt ein.

Metaebene: Herr L. wirkt im Gespräch äußerlich ruhig, angepasst, höflich, leicht depressiv. Er ist sehr gut gekleidet.

Während der Antragstellung kam es durch den bereit erwähnten Arbeitsplatzverlust zu einer krisenhaften Zuspitzung. Herr L. befürchtete strafrechtliche Konsequenzen, wurde zusehends suizidaler. Es kam zur Einweisung in die Psychiatrie. Von dort aus konnte Herr L. direkt eine 16-wöchige stationäre Therapie in einer Fachklinik für Spielsüchtige antreten. Während des Aufenthaltes trennte sich seine Partnerin von ihm.

Nach seiner Entlassung führte Herr L. eine ambulante Nachsorgebehandlung in der Suchtberatungsstelle durch. Er engagierte sich anfangs stark in einer Selbsthilfegruppe für Spielsüchtige, nahm sich eine Mietwohnung und bemühte sich um eine neue Arbeitsstelle. Gelegentlich trank er Alkohol (unklar blieb, wieviel). Er ging sehr schnell immer wieder kurze Beziehungen zu Frauen ein, zog schließlich nach zweiwöchigem Bekanntsein zu einer psychisch kranken Frau mit Kind in eine entfernte Stadt. Über eine Selbsthilfegruppe und einen Anruf der neuen Partnerin erfuhr der Berater ein Jahr später, dass Herr L. nun alkoholabhängig sei und eine diesbezgl. Therapie beantragt habe.

Dieses Fallbeispiel wurde ausgewählt, weil es viele charakteristische Aspekte des pathologischen Glücksspiels aufweist.

Es handelt sich mehrheitlich um junge Männer zwischen 18 und 35 Jahren. Sie sind eher still, selbstunsicher und gehemmt. Am Anfang steht häufig ein großer Spielgewinn, der ein magisches Denken befördert. Den zwangsläufig auftretenden Verlusten wird hinterhergejagt, um diese wieder wettzumachen (Chasing) (Meyer und Bachmann 2011). Oft wird weitergespielt, bis kein Geld mehr da ist. Es kommt zu Beeinträchtigungen und Vernachlässigung von Beruf, Partnerschaft und Familie und es zeigen sich oft suchttypische Begleiterscheinungen wie Lügen, Tricksen, Betrügereien, Delinquenz und Verschuldung.

Die Spielenden gehen eine richtige Beziehung zum Gerät ein (- vielleicht alternativ zu einer nicht so einfachen personengebundenen). Sie sind während des Spielens angespannt, konzentriert, ‚high‘, abgelenkt vom sonstigen Leben, euphorisch. Nach den Verlusten entstehen Angst, Depression, Schuld- und Schamgefühle und suizidale Gedanken. Die Suizidalität ist erhöht (Meyer und Bachmann 2011).

Milosevic und Ledgerwood (2010) unterscheiden

1. Spieler mit hohen Depressions- und/oder Angstwerten, die die Teilnahme am Glücksspiel als Fluchtverhalten nutzen.
2. Spieler mit hohen Impulsivitätswerten, die das Glücksspiel zur Stimulation und Reduzierung von Langeweile wählen.
3. Spieler, die keine Anzeichen präorbider Psychopathologie oder Persönlichkeitsmerkmale erkennen lassen und im Wesentlichen aufgrund sozialer Faktoren (z.B. sozialer Druck durch die Peergroup) und/oder Verhaltenskonditionierung am Glücksspiel teilnehmen.
(in Meyer und Bachmann 2011, S.61)