

Drogen und Drogenmissbrauch



Univ. Prof. Dr. Alfred Springer

Lehrerinformation zur Gesundheitsförderung
2. aktualisierte und ergänzte Auflage

bm:bwk

Schulische Erziehung im Rahmen der Drogenprävention ist eine heikle und schwierige, aber auch eine ungemein wichtige und dankbare, zukunftsorientierte pädagogische Aufgabe. Gilt es doch Suchtprävention zu betreiben, die jungen Menschen vor einer Gefahr zu schützen, deren Dimensionen ihnen völlig fremd und deren Konsequenzen ihnen weitgehend unklar sind.

Univ. Prof. Dr. Alfred Springer
ist Leiter des Ludwig Boltzmann-Instituts für Suchtforschung in Wien

Drogen und Drogenmissbrauch

Univ. Prof. Dr. Alfred Springer

Lehrerinformation zur Gesundheitsförderung
2. aktualisierte und ergänzte Auflage

Wien, 2000

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Impressum

Herausgeber und Medieninhaber:

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Abteilung Allgemeine pädagogische Angelegenheiten V/3

1014 Wien, Freyung 1

Für den Inhalt verantwortlich: Mag. Frank J. Chisté, Dr. Beatrix Haller

Grafische Gestaltung: Toledo i Dertschei

online-Version erstellt im Juli 2001

Wien, Dezember 2000

Inhalt

Seite

7 Vorwort

9 Einleitung :-)

14 Terminologie ;-)

16 Arten der Drogenabhängigkeit

22 Auswirkungen der Abhängigkeit

23 Die Kriminalität der Drogenabhängigen

25 Das Suchtmittelgesetz

31 Liberalisierung?

33 Drogen *.-(-

34 Lösungsmittel

35 Schlafmittel

37 Benzodiazepine und Tranquilizer

38 Alkohol

45 Nikotin

51 Cannabis

54 Halluzinogene

58 Opiate

61 Kokain

63 Weckmittel und Appetitzügler

65 Party-Drogen

71 Mehrfachabhängigkeit

73 Beobachtungen und Theorien :-/

- 74 Die Diskussion um die Einstiegsdroge
- 74 Ursachen des Drogengebrauches und der Drogenabhängigkeit
- 80 Theorien über die Ursachen stoffgebundener Abhängigkeit
- 82 Pharmakologische Theorien
- 88 Psychologische Theorien
- 101 Soziologische und soziokulturelle Theorien
- 109 Sucht als determinierendes Geschehen: Die aktuelle Arbeitshypothese

110 Behandlung :-o

- 113 Die Behandlung des Alkoholkranken
- 114 Abstinenzorientierte Behandlung Drogenabhängiger
- 115 Arzneimittelgestützte Behandlung der Abhängigkeitssyndrome
- 116 Schadesbegrenzende Behandlung Drogenabhängiger
- 119 Selbstheilung

121 Schüler ohne Drogen :-D

- 122 Helfen statt strafen, §13 SMG

126 Literaturhinweise



Suchtprävention ist eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsförderung in den Schulen. Unsere Schulen haben sich in den letzten Jahren ganz bewusst dieser Herausforderung gestellt. Eine aktuelle Studie zur Beurteilung schulischer Suchtprävention zeigt, dass die Zufriedenheit der Eltern mit der Arbeit der Lehrerinnen und Lehrer in dieser Frage sehr groß ist. 45% der Eltern von Schulkindern beurteilen die schulische Aufklärung über Suchtmittel und Drogen mit den Noten 1 bis 2. Dieses Ergebnis bestätigt, dass die Lehrerinnen und Lehrer an Österreichs Schulen wesentliche positive, die Persönlichkeit der Schülerinnen und Schüler stärkende Arbeit leisten.

Die vorliegende Broschüre „Drogen und Drogenmissbrauch“ bietet Informationen über den gegenwärtigen Stand des Wissens zum Themenkreis Drogen, Drogensucht und deren Behandlung. Sie enthält auch eine Anleitung zur Vorgangsweise nach dem neuen Suchtmittelgesetz in der Schulpraxis.

Suchtprävention ist keine Aufgabe, die irgendwann „erledigt“ ist. Es ist wichtig, dass die uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen in der Schule gesundheitsfördernde Erfahrungen machen und erkennen, dass es keiner Suchtmittel bedarf, um sich wohl zu fühlen. Ich danke allen engagierten Lehrerinnen und Lehrern für ihre wertvolle Arbeit im Sinne der Suchtprävention und Univ. Prof. Dr. Alfred Springer für die Erstellung dieser Broschüre. Sie ist ein wertvoller Beitrag zum Schutz der Kinder vor Drogen.

Elisabeth Gehrler

Bundesministerin für Bildung, Wissenschaft und Kultur

Einleitung : -)

Der Grammatik und der Verständlichkeit der Sprache wegen sind alle personalen Begriffe geschlechtsneutral, also weiblich und männlich zu lesen.

Schulische Erziehung im Rahmen der Drogenprävention ist eine heikle und schwierige, aber auch eine ungemein wichtige und dankbare, zukunftsorientierte pädagogische Aufgabe. Gilt es doch Suchtprävention zu betreiben, die jungen Menschen vor einer Gefahr zu schützen, deren Dimensionen ihnen völlig fremd und deren Konsequenzen ihnen weitgehend unklar sind.

Das Problem der Drogenerziehung Wie auch im Fall anderer Verhaltensweisen, die nur zum geringeren Teil von der Vernunft gesteuert sind, ist es auch in der Drogenerziehung schwer, durch Information die Beeinflussung des Verhaltens in die von uns gewünschte Richtung – zum verantwortungsbewussten Umgang mit psychoaktiven Substanzen welcher Art auch immer – zu erzielen. Wissensvermittlung auf kognitivem (erkennendem) Weg reicht hier mit Sicherheit nicht aus, sie muss auch die affektiv-emotive (gefühlsmäßig-bewertende) Funktion des Bewusstseins umfassen. Diese Forderung gilt für Gesundheitserziehung ganz allgemein; Drogenprävention verkörpert ja auch ein ganz wesentliches Element der Erziehung zu einem optimalen Gesundheitsverhalten, worunter wir einen verantwortungsbewussten Umgang mit dem eigenen Körper und dem eigenen Geist verstehen.

Was will diese Broschüre? Wir waren bemüht, die Informationen, die unsere Materialien liefern, nach dem gerade aktuellen Wissensstand auszurichten. Die Definitionen, die wir anbieten, sind den Standardwerken der Weltgesundheitsbehörde entnommen. Außerdem wollen wir möglichst objektiv verschiedene Standpunkte vermitteln. Es ist ganz wichtig, dass den Pädagogen Argumente und Begründungen aus verschiedenen Lagern geläufig sind, um entsprechend auf Standpunkte, die von Schülern und Eltern vertreten werden, eingehen zu können.

Allerdings können die in diesem Lehrbehelf gelieferten Informationen nicht mehr sein als Hilfestellungen für eine Botschaft, deren Wirksamkeit letztlich von der Art der Vermittlung und vom Sender, dem Pädagogen und seiner „Kunst“ also, abhängt. Darüber hinaus wissen wir auch aus internationalen Studien wie wichtig die strukturellen schulischen Rahmenbedingungen und das psychosoziale „Schulklima“ dafür sind, dass diese pädagogische „Kunst“ möglichst wirkungsvoll zur Geltung kommt.

Der Umfang des Stoffes, der hier bearbeitet wird, machte es notwendig, die Informationen in abgemildert lexikalischer Form aufzubereiten. Jede andere stilistische Vorgangsweise hätte das Maß eines knappen und überschaubaren Lehrbegriffs gesprengt. Dadurch wurde es aber notwendig, viele Inhalte in äußerst komprimierter und hoch abstrakter Form darzustellen. Dies wieder führt dazu, dass der Text nicht in dem Sinne lesbar ist, wie eine fortlaufende Geschichte. Mancher Leser würde sich vielleicht eine weniger spröde Art der Darstellung wünschen. Man möge jedoch bedenken, dass die von uns gewählte Form einen Informationsgewinn und einen Gewinn an Übersichtlichkeit bedeutet. Der Lehrbegriff kann dadurch wie ein Nachschlagewerk benutzt werden.

Andererseits gewinnt dadurch aber der Umgang mit der nüchternen Information und die Art und Weise, in der die angebotenen faktischen Inhalte für den Unterricht aufbereitet und lebendig gemacht werden, zentrale Bedeutung.

Die Grundsätze eines Drogenerziehungsprogrammes

Fachleute, die sich mit der Prävention im Drogenbereich auseinander setzen, meinen, dass ein Drogenerziehungsprogramm folgenden Grundsätzen folgen sollte, wenn es erfolgreich sein will (UNESCO, 1973 und 1974; Müller, 1977, 1980, 1982; Gutzwiller; Wydler und Stähli, 2000):

Die Kenntnis der grundsätzlichen psycho-sozio-physischen Zusammenhänge muss gegeben sein.

Es muss die Einsicht bestehen und weitergegeben werden, dass persönliche Probleme, Konflikte und Spannungen und schon gar nicht zwischenmenschliche und andere soziale Probleme durch den Gebrauch von Mitteln, die das seelische Befinden und die Bewusstseinsprozesse beeinflussen (psychoaktive Stoffe) gelöst oder auch nur eingeschränkt werden können. Es muss das Bewusstsein vermittelt werden, dass es sich dabei um Scheinlösungen und/oder Fehlanpassungen handelt, die geeignet sind, das ursprüngliche Problem oder den grundsätzlichen Konflikt noch zu verstärken. In diesem Kontext kann die Erziehung nicht bei der Information über diese Zusammenhänge stehen bleiben. Sie muss in der Lage sein, alternative Lösungsstrategien anzubieten und einzuüben. Diese wieder glie-

dern sich in einen drogenspezifischen und einen allgemeinen Zielbereich. Es geht dabei um den Aufbau von Kompetenzen, die sowohl – drogenspezifisch – den kritischen Umgang mit psychoaktiven Stoffen umfassen, als auch – hinsichtlich der allgemeinen Lebenskompetenz – in der Fähigkeit bestehen, Belastungen zu erkennen und zu verarbeiten und außerdem Selbstvertrauen, Selbstsicherheit und gute Kommunikationsfähigkeit zu entwickeln (Bühringer, 1992).

■ Die Information muss nüchtern und faktisch erfolgen. Sowohl Furcht erregende, abschreckende, als auch moralisierende, tendenziell bestrafende oder sensationalisierende Darstellungen sollten vermieden werden. Man darf nicht vergessen, dass Jugendliche nach bestimmten Mustern reagieren. Die sensationelle Darstellung kann rebellische Motive verstärken und Sensationsbedürfnisse anregen, die bekanntermaßen besonders häufig als motivierender Hintergrund von Drogenexperimenten zu finden sind. Die Moralisierung regt zum Widerspruch an, die Abschreckung kann die Neugierde und die Abenteuerlust beflügeln.

■ Die faktischen Informationen sollten einen anhaltenden Diskurs zwischen Schülern und Lehrer eröffnen. Innerhalb dieser Diskussionen sollten die Informationen von den Schülern selbst interpretiert werden können, da – in Entsprechung zu den Prinzipien der Sozialpsychologie – nur dadurch eine vertiefte Erfahrung möglich wird, die überzeugungsbildend wirksam werden kann.

■ Den Jugendlichen muss die Einsicht vermittelt werden, dass Drogengebrauch nur eine symbolische und nicht eine tatsächliche Teilnahme am Leben der Erwachsenen bedeutet. Dementsprechend kann sich Drogenziehung nicht auf die „illegalen Drogen“ beschränken. Sie muss, ganz im Gegenteil, gezielt am Abbau von Wertvorstellungen und Vorurteilen arbeiten, die an den Gebrauch von Alkohol und Nikotin oder andere nicht unter besondere Kontrollbedingungen gebrachte psychoaktive Stoffe gebunden sind.

■ Schließlich sollten mit den Jugendlichen Strategien entwickelt und diskutiert werden, wie sie dem sozialen Druck in Richtung Drogengebrauch, dem sie von allen Seiten ausgesetzt sind, wirksam begegnen können. In diesem Zusammenhang ist darauf zu achten, dass diese Strategien auch für solche Jugendliche annehmbar sind, die sozial und persönlichkeits-

nüchtern und faktisch erfolgen :-)

mäßig schwach sind, zur Resignation und zu Fluchtreaktionen neigen und nur über wenig persönliche Fähigkeiten verfügen, für sich selbst zu sorgen und Bestätigung zu erleben. Diese Jugendlichen unterliegen dem größten Risiko, das Drogenangebot wahrzunehmen. Ihnen muss daher ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden und sie dürfen auf keinen Fall im Kontext der Drogenerziehung das Gefühl entwickeln, dass ihnen keine Hilfe geboten werden kann und sie in sich selbst keine Widerstandskräfte mobilisieren können.

■ Die Information sollte Aufklärung über die Mechanismen illegaler Märkte und deren Auswirkungen enthalten.

■ Weiters muss die Drogenerziehung den regionalen Verhältnissen angepasst werden.

Ter

minnologie; -)

Die heute gebräuchliche Terminologie in der Beschreibung der Drogenabhängigkeit geht auf Begriffsbestimmungen zurück, die bereits in den 70er Jahren von Experten der Weltgesundheitsbehörde geschaffen wurden.

Droge Jede Substanz, die, wird sie in einen lebenden Organismus eingebracht, eine oder mehrere Funktionen dieses Organismus verändern kann.

Drogenabhängigkeit Ein seelischer und unter Umständen auch körperlicher Zustand, der aus der Wechselwirkung eines lebenden Organismus mit einer Droge entsteht und gekennzeichnet ist durch verhaltensmäßige und andere Reaktionen, die regelmäßig den zwanghaften Drang einschließen, die Droge regelmäßig oder periodisch einzunehmen, um die psychischen Effekte zu erleben und unter Umständen auch, um die Unannehmlichkeiten, die die Abwesenheit des Drogeneffekts bewirkt, zu bekämpfen. Toleranz (siehe unten) dem Drogeneffekt gegenüber kann gegeben sein, ist aber nicht zwangsläufig an die Abhängigkeit gebunden. Ein und dieselbe Person kann auch von mehr als einer Droge abhängig sein.

Abhängigkeit erzeugende Droge Eine Substanz, die die Fähigkeit aufweist, mit einem lebenden Organismus in Wechselwirkung zu treten und einen Zustand von seelischer oder körperlicher Abhängigkeit, beziehungsweise sowohl seelischer als auch körperlicher Abhängigkeit zu bewirken. (Eine derartige Droge kann prinzipiell auch medizinisch und außermedizinisch gebraucht werden, ohne notwendigerweise Abhängigkeit herzustellen.)

Arten der Drogenabhängigkeit Die Merkmale der Drogenabhängigkeit variieren entsprechend den Effekten der gebrauchten Substanzen. Von der Weltgesundheitsbehörde wurde folgende Typologie entworfen:

- Alkohol-Typ ➤ ■■■ Alkohol-Typ: Als Droge gelten alle Arten alkoholischer Getränke.
- Barbiturat-Typ ➤ ■■■ Barbiturat-Typ: Unter diesem Typus werden Schlaf- und Beruhigungsmittel erfasst. Neben den tatsächlichen altbekannten Barbitursäurepräparaten auch neuere Stoffgruppen wie etwa Methaqualon, Meprobumat und Benzodiazepine.

■ Amphetamin-Typ: Dieser umfasst alle bekannten Arten synthetisch her- ❖ Amphetamin-Typ
gestellter zentraler Stimulantien (Weckmittel) und auch die meisten Appe-
titzügler (Amphetamin, Metamphetamin, Phenmetrazin, etc.). Diese Arz-
neimittel sind im Allgemeinen heute nicht mehr erhältlich. Bekannte
Firmennamen waren Pervitin, Preludin, Captagon, Antapentan. Im Sze-
nenjargon und auch in der Sprache der Jugendlichen sind die Substanzen
als „Speed“, „Ice“ (rauchbare Form) bekannt.

■ Kokain-Typ: Als Droge werden sowohl die Blätter des Kokastrauches, ❖ Kokain-Typ
als auch das Alkaloid Kokain in kristalliner Form, wie auch rauchbare Zu-
bereitungen (Koka-Paste, Crack) gebraucht.

■ Cannabis-Typ: Unter diesem Begriff wird der abhängige Gebrauch aller ❖ Cannabis-Typ
Zubereitungen der Hanfdroge erfasst: Haschisch, Marihuana, Ganja, etc.

■ Halluzinogen-Typ: Dieser Typus umfasst natürliche, halb- und ganz-syn- ❖ Halluzinogen-Typ
thetische Stoffe mit halluzinogener Wirksamkeit: LSD, Mescaline, Peyote
(Kakteengift), Psilocybin (Pilzgift), Ololiuqui (Windensamengift), DMT (syn-
thetisch; Dimethyltryptamin), Harmin (Yage; Lianenarten) und viele andere
pflanzliche Stoffe.

■ Opiat-Typ: Mohnstroh (Kapseln!), Opium, Morphin und alle von Morphin ❖ Opiat-Typ
abgeleiteten Narkotika (Kodein, Heroin, Fentanyl, etc.), sowie synthetische
Drogen mit morphinartiger Wirkung (*Agonisten*), wie Methadon, Pethidin
(Dolantin), Pentazocin (Fortral), etc.

■ Inhalantien-Typ: Mit diesem Typus wird der Gebrauch von verschiede- ❖ Inhalantien-Typ
nen Substanzen erfasst, die zwecks Rauscherzeugung „geschnüffelt“, in-
haliert werden: Lösungsmittel, Benzol, Benzin, Tetrachlorkohlenstoff, Aze-
ton, Toluol, Klebstoffe und narkotisch wirksame Dämpfe wie Äther,
Chloroform, Lachgas.

■ Khat-Typ: mit diesem Typus wird der Gebrauch der Khat-Pflanze erfass- ❖ Khat-Typ
t. Dieser Abhängigkeitstyp hat für uns keine Bedeutung.

Umso größere Bedeutung kommt dem Umstand zu, dass wir heute als Fol-
ge der wachsenden Erkenntnisse über die schweren gesundheitlichen
Auswirkungen des Tabakrauchens auch die Nikotinabhängigkeit als wei-
teren Typus erfassen.

■ Nikotin-Typ: Der Gebrauch aller Arten von Tabakzubereitungen. ❖ Nikotin-Typ

Diese verschiedenen, von den gebrauchten Substanzen abgeleiteten Ab-
hängigkeitstypen bewirken verschiedene Ausprägungen der Abhängigkeit.

Prinzipiell unterscheiden wir drei verschiedene

Prinzipiell unterscheiden wir drei verschiedene Dimensionen oder Ebenen der Abhängigkeit:

- psychische (seelische) Abhängigkeit
- physische (körperliche) Abhängigkeit
- soziale Abhängigkeit

Psychische Abhängigkeit Dieser Begriff bezeichnet eine Situation, die davon gekennzeichnet ist, dass das heftige Verlangen besteht, sich zeitweilig oder regelmäßig eine Droge zuzuführen, um sich ein Lustgefühl zu bereiten, oder um Unlustgefühle auszuschalten. Dieses Verlangen ist dabei so stark, dass es die gegebenen sozialen Regeln durchbricht. Der Abhängige ist dadurch bereit, auch illegale Mittel einzusetzen, um zu seiner Droge zu gelangen und er schreckt auch nicht vor Handlungen zurück, die ihn selbst und/oder andere schädigen.

⚠️ Dieser seelische Zustand ist der bedeutendste Faktor, der innerhalb der chronischen Vergiftung durch eine psychoaktive Substanz zur Wirkung gelangt. Beim Gebrauch bestimmter Drogen entwickelt sich nur die psychische Abhängigkeit; Bei jenen Substanzen, die eine körperliche Abhängigkeit bewirken, ist gleichzeitig auch eine seelische Abhängigkeit gegeben.

Physische Abhängigkeit Darunter verstehen wir einen Anpassungsvorgang des Organismus, der dadurch erkennbar wird, dass intensive körperliche Beschwerden auftreten, wenn eine bestimmte Droge nach gewohnheitsmäßiger Einnahme nicht verabreicht wird, bzw. wenn ihre Wirkung durch einen spezifisch wirksamen Antagonisten aufgehoben

akutes Entzugssyndrom ⚠️ wird. Diese Beschwerden werden *akutes Entzugssyndrom* genannt. Das klinische Erscheinungsbild dieses Syndroms hängt davon ab, welche Substanz in abhängiger Weise gebraucht wurde. Vereinfachend kann man sagen, dass das Entzugssyndrom aus dem Negativ der Substanzwirkung und einem unspezifischen Erregungszustand des vegetativen Nervensystems besteht. Der Entzug kann jederzeit dadurch beendet werden, dass man die Droge, von der Abhängigkeit besteht, wieder verabreicht oder dass man eine andere Substanz mit vergleichbarer pharmakologischer Wirkung (einen *Agonisten*) gibt. Bei chronisch gleich bleibender und ausreichender Dosierung der Droge tritt kein Entzugssyndrom auf.

Die physische Abhängigkeit verstärkt das Ausmaß der psychischen Abhängigkeit und fördert das Bedürfnis zu kontinuierlicher Drogeneinnahme und zu Rückfällen nach Entwöhnungsversuchen. Im Rahmen des Zustands der psychischen Abhängigkeit ist oftmals auch das Phänomen der *pharmakologischen Toleranz* (siehe nachfolgende Definition) zu beobachten, ohne dass jedoch zwischen den beiden Phänomenen ein zwangsläufiger Zusammenhang besteht.

Soziale Abhängigkeit Drogengebrauch spielt sich im sozialen Raum ab und gewinnt für den einzelnen Konsumenten und die Gruppe, in der er sich befindet, eine Fülle von symbolischen und kommunikativen Bedeutungen. Diese Bedeutungen wieder bedingen für viele Konsumenten starke Anreize, den Drogengebrauch fortzusetzen. Soziale und psychische Abhängigkeit treten miteinander in Verschränkung.

Zu solchen sozialen Bedeutungen zählen Gebrauchsrituale, die Beziehungen, die rund um Drogengebrauch entwickelt werden, der Status, den man in der Drogenszene gewinnen kann, wenn man gute Verbindungen zu Händlern hat, „guten Stoff“ billig erhält, über Drogen Bescheid weiß, sowie eine gewisse Geborgenheit in einer subkulturell organisierten gesellschaftlichen Struktur. Diese soziale Bindung ergibt sich jedoch nicht nur rund um den Gebrauch verbotener Drogen, sondern steuert auch ganz gewaltig den Umgang mit der legalen Droge Alkohol. Auch hier spielen das Gasthaus oder die Schnapsbude als Begegnungsort und gewohnte Stätte der Geborgenheit eine große Rolle, wird dem Gebrauch bestimmter Getränkearten ein gewisser sozialer Status zugeordnet. Es macht nun einmal einen Unterschied aus, ob Bier, Korn oder Champagner und teuerster Rotwein angeboten und getrunken werden. Schließlich besteht auch noch der so genannte „Trinkzwang“, der Alkoholkonsum als Ritual innerhalb der sozialen Verhaltensmuster vorschreibt. Auch Erwartungen hinsichtlich der Drogeneffekte auf bestimmte Elemente des Sozialverhaltens stellen Anreize zum Drogengebrauch dar. Man denke nur an die populären Meinungen über die erotisierende und aggressionserleichternde Wirkung der Rauschdrogen. Diese Erwartungen können so stark und so wirksam sein, dass die erwarteten Effekte spürbar werden, auch wenn sie eigentlich in pharmakologischer Hinsicht mit dem Wirkungsspektrum einer bestimmten Droge nicht in Einklang zu bringen sind.

Drogenmissbrauch Anhaltender oder sporadischer exzessiver Gebrauch einer Droge, der sich außerhalb der gebräuchlichen und akzeptierten medizinischen Praxis abwickelt. „Drogenmissbrauch“ ist schlecht definiert, das Phänomen selbst schwer fassbar. Es ist de facto nicht möglich, eine Definition des Drogenmissbrauchs zu finden, die von der Mehrheit der Personen akzeptiert wird, die sich mit den Problemfeldern des Gebrauchs psychoaktiver Stoffe befassen. Dies gilt auch für die oben wiedergegebene Definition, die von der Weltgesundheitsbehörde gegeben wurde. Mit dem Begriff „Drogenmissbrauch“ soll der Eindruck vermittelt werden, dass irgendeine Droge in irgendeiner Weise und Dosierung von einer Person (oder von mehreren Personen) gebraucht wird und dass dieser Gebrauch von irgendwelchen andern Personen oder Gruppen als schlecht (illegal oder unmoralisch) und/oder gefährlich für den/die Benutzer selbst und/oder die Gesellschaft bewertet wird. Bezüglich dieser Bewertung besteht jedoch keine Übereinstimmung. Was der Eine für Missbrauch hält, erscheint dem Andern als Gebrauch. Drogengebraucher selbst akzeptieren den Terminus selbstverständlich nicht. In Diskussionen führt die Verwendung des Begriffs dementsprechend gerne zu einer heftigen Emotionalisierung der Auseinandersetzung. Man sollte auf ihn, wann immer möglich, besser verzichten.

Pharmakologische Toleranz Darunter verstehen wir das Phänomen, dass sich der Organismus an die Wirkung einer Substanz, bzw. gewisse Teileffekte, gewöhnt und dass in der Folge größere Mengen der Substanz benötigt werden, um den bereits bekannten Effekt zu bewirken. Dieser Prozess tritt nicht nur bei Suchtgiften ein, sondern ist eine ganz allgemeine Folge der Wechselwirkung zwischen Arzneimittel und Organismus. Toleranzentwicklung ist daher nicht gleichbedeutend mit Abhängigkeit. Der Grad ihrer Ausprägung ist auch von subjektiven Eigenschaften des Organismus abhängig. Nicht jede Person entwickelt das gleiche Ausmaß von „pharmakologischer Toleranz“ jeder Droge gegenüber. Besonders genetische Einflüsse spielen in diesem Zusammenhang eine große Rolle. Bekannt ist zum Beispiel, dass ein hoher Prozentsatz der japanischen Bevölkerung Schwierigkeiten mit dem Alkoholabbau hat und daher alkoholintolerant ist. Wir kennen auch das Phänomen der „genetischen Toleranz“, die auch „initiale Sensibilität“ genannt wird.

Weiters unterscheiden wir zwischen „akuter“ und „chronischer Toleranz“.

■ Die „akute Toleranz“ tritt bereits beim ersten Kontakt mit der Substanz ein. ❖ „akute Toleranz“
Beim ersten Alkoholkonsum sind Symptome, wie lallende Sprache und *Doppelsehen*, die während des Anflutens der Wirkung bei einer bestimmten Alkoholkonzentration im Blut auftreten, in der Phase der abklingenden Wirkung bei gleicher Blutalkohol-Konzentration nicht mehr zu beobachten.

■ Die „chronische Toleranz“ entwickelt sich als Resultat der längerfristigen regelmäßigen Einnahme einer Droge. Sie entwickelt sich je nach gebrauchter Substanz verschieden rasch und verschieden stark. ❖ „chronische Toleranz“

■ „Kreuztoleranz“ schließlich besteht darin, dass der Organismus nicht nur gegenüber den Wirkungen jener Substanz Toleranz entwickelt, die er eingenommen hat, sondern auch gegen die Wirkungen von Substanzen, die zur gleichen oder einer ähnlichen Stoffgruppe wie diese gehören. ❖ „Kreuztoleranz“

Zu den pharmakologischen Grundbegriffen, die für das Verständnis der Drogenabhängigkeit unerlässlich sind, gehören neben *Toleranz* auch noch *Kumulation*, *Addition* und *Potenzierung*.

Kumulation Eine von außen zugeführte Substanz häuft sich immer dann im Organismus an, wenn von ihr mehr zugeführt als ausgeschieden wird. Prinzipiell kann dementsprechend jede Substanz kumulieren, wenn sie in genügend kurzen Abständen eingenommen wird. Aus pharmakologischer Sicht spricht man aber in der Regel nur dann von „Kumulation“, wenn ein Stoff nicht innerhalb von 24 Stunden nach Verabreichung einer therapeutischen Gabe ausgeschieden wird.

Addition Treffen zwei verschiedene Stoffe im Organismus aufeinander, dann können sich ihre jeweiligen Effekte gegenseitig abschwächen, sie können einander unberührt lassen, und sie können einander verstärken. Von einer Verstärkung im Sinne einer „Addition“ spricht man dann, wenn die gemeinsame Wirkung der beiden Substanzen die Wirkung der einzelnen Stoffe in doppelter Dosis erreicht.

Potenzierung Von einer Wirkungsverstärkung im Sinne einer „Potenzierung“ spricht man dann, wenn die gemeinsame Wirkung zweier Substanzen stärker ausfällt als die Addition der Einzeleffekte.

☛ „Addition“ und „Potenzierung“ haben große Bedeutung in Fragen der Verkehrssicherheit. Viele der gebräuchlichen Beruhigungsmittel treten mit Alkohol in verstärkende Wechselwirkung.

Auswirkungen der Abhängigkeit

Menschen, die in eine stoffgebundene Abhängigkeit geraten, sind dazu verurteilt, ein in mancher Hinsicht beeinträchtigtes Leben zu führen. Der fortgesetzte abhängige Gebrauch psychoaktiver Stoffe bleibt nicht ohne Auswirkungen auf den körperlichen, seelischen und geistigen Zustand des Individuums und verändert auch dessen gesellschaftliche Beziehungen. Obwohl die verschiedenen Stoffe, die in abhängiger Weise eingenommen werden können, recht verschiedene Auswirkungen auf diese Lebensbereiche haben, wie anhand der Information über die einzelnen Drogen noch genau ausgeführt wird, besteht dennoch bei hochgradiger Abhängigkeit ein recht gut abgrenzbares Zustandsbild, das den verschiedenen Abhängigkeitstypen gemeinsam ist; eine Art „gemeinsame Endstrecke“. Schwer Abhängige werden in ihren Interessen und Aktivitäten auf den Drogengebrauch und die Beschaffung der Droge eingeengt, sie unterliegen einer Verflachung und Vergröberung der Persönlichkeit, vernachlässigen ihr Äußeres und ihre ohnehin durch den Drogengebrauch beeinträchtigte Gesundheit, kümmern sich nicht mehr um ihren Beruf, werden anfällig für Unfälle in Beruf und Verkehr, verlieren das Streben nach allgemeiner sozialer Akzeptanz und allmählich die Beziehungen zu Personen, die ihre Drogenkonsumgewohnheiten nicht teilen. Schließlich reduzieren sie ihre sozialen Kontakte auf mit Drogengebrauch verbundene Situationen, Orte und Personen. Viele Abhängige geraten innerhalb ihres sozialen Abstiegs in ausweglose Situationen: sie verlieren ihre Partner, den Kontakt zu ihrer Familie, ihren Arbeitsplatz, ihre Wohnstätte, den Führerschein, verschulden sich, werden kriminell.

☛ Von dieser Entwicklung werden die Angehörigen der Suchtkranken mitbetroffen. Auch ihnen erwächst regelmäßig aus der prekären Lage ihres abhängigen Verwandten großes soziales, ökonomisches und seelisches Leid.

Die Kriminalität der Drogenabhängigen

Hinsichtlich der Delinquenzbelastung der Drogenabhängigen muss man zwischen den Konsumenten legaler und illegaler Drogen unterscheiden.

☞ Konsumenten illegaler Drogen geraten ja bereits damit in die Delinquenz, dass sie sich ihre Substanzen verschaffen und damit gegen das Suchtmittelgesetz verstoßen. Die weiteren typischen delinquenten Verhaltensmuster, die sie während ihres Lebens als Süchtige entwickeln, bezeichnen wir als „Begleitkriminalität“. Sie sind eine Folge des Lebens in der Illegalität und der Gesetze des Drogenschwarzmarktes. Der hohe Preis der verbotenen Drogen zwingt die Abhängigen dazu, selbst in den Kleinhandel mit den Substanzen einzusteigen und als Verteiler zu fungieren oder eventuell auch größere Handelstransaktionen durchzuführen, Eigentumsdelikte zu setzen und der Geheimplönderei nachzugehen. In geringem Ausmaß begehen die Abhängigen auch Rezeptfälschungen und Einbrüche in Apotheken oder Arztpraxen. Gewalttätigkeit ist nicht typisch für diese Begleitkriminalität. Dennoch geht es in der Drogenszene recht hart und brutal zu. In dieser Hinsicht muss man auch berücksichtigen, dass ein relativ hoher Prozentsatz der illegal Drogenabhängigen erfahrungsgemäß bereits vor dem Eintritt der Abhängigkeit delinquenzbelastet ist und dass innerhalb dieser Vorbelastung Gewaltdelikte recht verbreitet sind. Insgesamt spielt in Österreich die Begleitkriminalität bislang keine vergleichbar große Rolle wie in vielen anderen Ländern. Vor allem ist Wien in dieser Hinsicht anderen Großstädten gegenüber begünstigt.

☞ Wegen Überschreitung des Suchtmittelgesetzes werden in Österreich jährlich mehrere Tausend Personen zur Anzeige gebracht. Am häufigsten geschieht diese Anzeige wegen Cannabisbesitzes oder -handels, in einem Drittel der Fälle wird Heroinbesitz bzw. -handel angezeigt. Das Jugendalter ist von dieser Delinquenz nur geringgradig betroffen: über die Jahre hinweg gehört immer nur ein kleiner Prozentsatz aller nach dem Suchtmittelgesetz Angezeigten dem Alterssegment der 14–18-jährigen an. Verurteilt wurde in den letzten Jahren nur etwa ein Viertel der zur Anzeige gebrachten Personen. Jugendliche wurden in diesem Zeitraum nie zu unbedingten Strafen verurteilt.

☞ Oftmals sind die Händler, die illegale Drogen auf den Markt bringen,

selbst abhängig oder zumindest starke Konsumenten. In den letzten Jahren ergab sich allerdings eine Veränderung der illegalen Handelsstruktur, die wohl zum Teil auch damit zusammenhängt, dass mehr und mehr Opiatabhängige von Substitutionsprogrammen erfasst werden und daher nicht mehr darauf angewiesen sind, die Möglichkeiten des Schwarzmarktes zu nutzen. Auch in der nunmehr etwas veränderten Situation werden allerdings auch weiterhin wirklich bedeutende Drogenhändler nur selten gefasst.

Kriminalität des Alkoholikers ➤ Anders gestaltet sich die *Kriminalität des Alkoholikers*. In den Lebensläufen dieser Klientel finden sich neben Eigentumsdelikten gehäuft Gewaltdelikte und Verstöße gegen die Verkehrsgesetzgebung. Selbst unter alkoholkranken Männern, die sich im Genesungsheim Kalksburg in Wien stationär behandeln lassen, die krankheitseinsichtig sind und in relativ stabilen sozialen Verhältnissen leben, befindet sich ein relativ hoher Prozentsatz von Personen, die mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sind: rund ein Drittel dieser Patienten ist vorbestraft, davon wieder war mehr als die Hälfte zu unbedingten Haftstrafen verurteilt worden. Fast die Hälfte aller Vorbestraften war wegen eines Eigentumsdeliktes verurteilt worden, immerhin aber auch mehr als 40% wegen Gewalttätigkeit und 27% wegen Verkehrsdelinquenz. Der Alkoholgebrauch war in hohem Ausmaß an den Delikten beteiligt: Zwei Drittel der vorbestraften Patienten meinten, dass die Berausung das delinquente Verhalten bewirkt habe, 22% gaben an, dass sie sich „Mut angetrunken“ hätten. Bekannt ist auch die Beteiligung der alkoholischen Berausung am kriminellen Verhalten Jugendlicher. Deren Bereitschaft zu gewalttätigen Handlungen kommt ganz besonders an Wochenenden und unter Alkoholeinfluss zum Vorschein.

Ein besonderes Problem stellt der Alkoholgebrauch innerhalb der Verkehrsdelinquenz dar. Als Faustregel kann gelten, dass etwa 7–10% aller Verkehrsunfälle mit Personenschaden durch alkoholisierte Lenker verursacht werden. Dabei ist hervorzuheben, dass im allgemeinen Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss schwerer sind und häufiger zu Invalidisierung oder Tod führen. Dieses Problem der Verkehrssicherheit resultiert allerdings nicht aus der Alkoholabhängigkeit, sondern ist ein viel allgemeineres Problem der öffentlichen Berausung und der auch beim „normalen Geselligkeitsrinker“ üblichen alkoholbedingten Einschränkung der Kritikfähig-

keit, der Reaktionsfähigkeit und der motorischen Leistung. Der Gesetzgeber hat diesem Umstand damit Rechnung getragen, dass er die Toleranzgrenze für Fahren im alkoholisierten Zustand von 0,8 Promill Blutalkohol auf 0,5 Promill reduzierte.

Suchtmittelgesetz (SMG) Wie gestaltet sich der gesetzliche Raum, in dem sich die Abhängigkeitsproblematik entwickelt?

Das SMG in seiner heute gültigen Form trat am 1.1.1998 in Kraft. Entstanden ist es aus einer Erweiterung des früher gültigen Suchtgiftgesetzes (SGG), das wieder eine Erweiterung des ursprünglichen Giftgesetzes darstellte. Es entspricht einer großen Umgestaltung der früheren Rechtssituation, da es eine vollständig neue Situation regeln muss. Bis zu seinem Eintritt in die Europäische Union hatte Österreich von den internationalen Vertragswerken, die den Umgang mit Drogen regeln, lediglich die *Einzigste Suchtgiftkonvention* aus 1961 unterzeichnet und ratifiziert. Aus dem Beitritt zur Union ergab sich die Verpflichtung auch die später in Kraft gesetzten *internationalen Vereinbarungen* zu ratifizieren. Es handelt sich dabei um internationale Vereinbarungen das „Übereinkommen über psychotrope Stoffe“ (Psychotropen-Vereinbarung) aus 1971 und das *Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtgiften und psychotropen Stoffen* aus 1988. Ebenso war das Übereinkommen über Geldwäsche sowie Ermittlung, Beschlagnahme und Einziehung von Erträgen aus Straftaten zu berücksichtigen. Bei der Neufassung des Gesetzes war also die Aufgabe zu bewältigen, all die Verpflichtungen, die daraus resultieren, dass nunmehr alle gültigen internationalen Vertragswerke unterzeichnet wurden, in einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen zu bringen.

Das österreichische Suchtmittelgesetz ist daher ein *Kontrollgesetz*, das auch die Fragen der medizinischen Versorgung auf gesetzgeberischem Weg unter dem Strafrecht regelt und nicht ein Gesetzeswerk, das primär die gesundheitspolitische Fragestellung berücksichtigt. Es ist in diesem Sinne kein *Therapiegesetz*. Andererseits bringt in ihm der Gesetzgeber deutlich zum Ausdruck, dass er im Falle des Suchtgiftkonsums und der Suchtkrankheit dem *Prinzip Behandlung* vor dem *Prinzip Strafe* den Vorzug einräumt. Diese prinzipielle Ausrichtung geht aus Statements aus dem

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hervor, das überwiegend mit der Vollziehung des Gesetzes betraut ist; – allein oder in Zusammenarbeit mit anderen Ministerien. Nach dieser Positionierung gilt „Vorbeugen ist besser als Heilen und Heilen besser als Strafen“.

☞ Nur wenige Paragraphen allerdings, die die Aufgabe des Gesundheitsressorts definieren, sind auf Beratung, Betreuung oder Behandlung individueller Drogengebraucher ausgerichtet. Zum größeren Teil sind die Aufgaben dieses Ressorts administrativer Art und umfassen die Kontrolle der Herstellung, Verteilung und Anwendung der im Gesetz als Suchtmittel definierten Substanzen, sowie die Kontrolle des Handels mit diesen Stoffen. Als ausdrückliche Zielvorstellung gilt die weitestgehende Einschränkung des Gebrauches auch hinsichtlich der medizinischen Anwendung. Um dieser Zielvorstellung möglichst zu entsprechen enthält das Gesetz auch die Vorschrift an die Adresse der Gesundheitsverwaltung, dass dafür zu sorgen ist, dass die Abstinenz von Suchtgiften als gesellschaftlich definiertes und vorgegebenes Ziel angenommen und bekräftigt wird. Zu diesem Zweck muss ein Gesundheitserziehungsprogramm entwickelt werden, das über die Gefahren des Suchtmittelgebrauches aufklärt, die Selbstkontrolle der Bürger anregt und individuelle Gebrauchsnormen im Sinne des Gesetzes ausrichtet. Jede Art von individuell entwickelten Gebrauchsnormen, die von der staatlich vorgegebenen Zielvorstellung abweicht, ist unter Strafantrohung untersagt.

Suchtgifte ☞ ☞ Als *Suchtgifte* definiert sind alle Zubereitungsformen der Hanfdrogen (Cannabis, Cannabisharz/Haschisch, Marihuana, Ganja, etc.), Mohnstroh (z.B. Kapseln des Schlafmohns), Opium, Morphinum und alle halb- oder ganz synthetischen Abkömmlinge und „Agonisten“ des Morphins (z.B.: Heroin, Fentanyl, Methadon, Dolantin, etc.), Kokablätter und Kokain, Amphetamin und seine Derivate, Phenzyklidin (Angel Dust), Halluzinogene wie Mescaline, Psilocybin, DMT, DET, DMHP, LSD, DOM, THC. Diese Stoffe werden in der so genannten Suchtgiftliste geführt, die den Anhängen zur Suchtgiftverordnung zu entnehmen ist. Österreich hat sich außerdem der internationalen Suchtgiftkontrolle angeschlossen und hat die *Einzige Suchtgiftkonvention* unterzeichnet. Die Substanzen, die von dieser Konvention erfasst werden, entsprechen jenen, die auch auf der österreichischen Liste geführt werden.

als Heilen und Heilen besser als Strafen. ; -)

☞ Als *psychotrope Stoffe* definiert sind jene Stoffe, die ohne Suchtgifte im ☞ psychotrope Stoffe Sinne der *Einzigsten Suchtgiftkonvention* 1961 zu sein, die Fähigkeit besitzen, einen Zustand der Abhängigkeit und eine Anregung oder Dämpfung des Zentralnervensystems, die zu Halluzinationen oder Störungen der motorischen Funktionen, des Denkens, des Verhaltens, der Wahrnehmung oder der Stimmung führt, hervorzurufen und die auf Grund dieser Wirkungen missbräuchlich verwendet werden. Die Substanzen, die dieser Definition entsprechend den Kontrollbestimmungen der *Psychotropen-Übereinkunft* aus dem Jahr 1971 unterworfen sind, werden in den Anhängen I–IV dieser Konvention aufgelistet. Auch sie werden in Österreich auf der speziellen Liste geführt. Im Wesentlichen handelt es sich um die Stoffgruppen der Halluzinogene, der zentralen Stimulantien vom Amphetamintyp, sowie um Tranquilizer (insbesondere Benzodiazepine), Sedativa und Hypnotika.

☞ *Vorläuferstoffe* sind Substanzen, die Schlüsselfunktionen in der uner- ☞ Vorläuferstoffelaubten Herstellung und damit auch für das Inverkehrbringen von Suchtgiften oder psychotropen Stoffen haben. Als Beispiele können der Essigsäureanhydrid für die Herstellung des Heroin aus Morphin, oder Ephedrin als Basissubstanz für die Herstellung von Amphetaminen gelten. Als Vorläuferstoffe gelten auch Zubereitungen dieser Stoffe, außer wenn sie in Form von Arzneimitteln oder in einer Zubereitung auf den Markt gebracht werden, aus der sie nur schwer zu lösen sind. Auch die Vorläuferstoffe werden auf einer Liste erfasst, die jeweils aktualisiert wird. Derzeit sind folgende Substanzen aufgeführt: Ephedrin, Ergometrin, Ergotamin, Lysergsäure, 1-phenyl-2-propanon, Pseudoephedrin, N-acetylanthranilsäure, 3,4-methyldioxyphenylpropan-2-on, Isosafrol (cis und trans), Piperonal, Safrol, Essigsäureanhydrid, Anthranilsäure, Phenyllessigsäure, Piperidin, Aceton, Äthyläther, Methyläthylketon, Toluol, Kaliumpermanganat, Schwefelsäure und Salzsäure sowie – ausgenommen die Salze der Schwefel- und der Salzsäure – die Salze dieser Stoffe, soweit ihr Bestehen möglich ist.

☞ Jeder, der eine der auf diesen Listen geführten Drogen – seien es nun die traditionellen *Suchtgifte*, *psychotrope Stoffe* oder *Vorläuferstoffe* – auf verbotene Weise herstellt, erwirbt, besitzt, sie einführt, verteilt, weitergibt oder mit ihnen gewerbsmäßigen Handel betreibt, begeht prinzipiell eine Straftat. Im neuen Suchtmittelgesetz wird allerdings zwischen den ver-

schiedenen Drogenkategorien ein differenzierender Standpunkt bezogen. Einerseits wird festgestellt, dass jeder der gegen die bestehenden Vorschriften psychotrope Stoffe erwirbt, besitzt, erzeugt, einführt, ausführt oder einem andern überlässt oder verschafft, bzw. Vorläufersubstanzen in großer Menge erwirbt, besitzt oder in Verkehr bringt, analog zu Tätern im Feld der Suchtmittel strafbar ist. Andererseits werden aber auch Einschränkungen in der Kriminalisierung hinsichtlich der psychotropen Stoffe formuliert: Straffrei bleibt, wer Arzneimittel, die einen psychotropen Stoff enthalten, für den eigenen Gebrauch oder für den Bedarf eines Tieres erwirbt, besitzt, einführt oder ausführt oder einem andern überlässt und daraus keinen Vorteil zieht, wenn es sich dabei um keine große Menge handelt. Prinzipiell soll die medizinische Verwendung der psychotropen Stoffe keine Beschränkung erfahren, es soll jedoch dem Missbrauch und dem außermedizinischen Gebrauch entgegengetreten werden.

Der entsprechende strafrechtliche Rahmen wird in den §§ 27–32 des Suchtmittelgesetzes festgestellt, in dem auch das Ausmaß der Strafdrohung definiert wird.

Im §27 wird festgestellt, dass jeder, der den bestehenden Vorschriften zuwider ein Suchtgift erwirbt, besitzt, erzeugt, einführt oder einem anderen überlässt oder verschafft, mit Freiheitsstrafe bis zu 6 Monaten oder einer Geldstrafe von bis zu 360 Tagsätzen zu bestrafen ist. Als erschwerend gilt, wenn das Suchtgift einem Minderjährigen weitergegeben wird und der Täter mehr als zwei Jahre älter ist als der Minderjährige bzw. wenn die Tat als Bandendelikt gelten kann. Dann erhöht sich der Strafumfang auf bis zu drei Jahre.

Jene Fälle, in denen große Mengen von Suchtgift im Spiel sind, fallen einer Verurteilung nach §28 SMG anheim. Sie können mit einer Freiheitsstrafe von 1–5 Jahren, bei erschwerenden Umständen bis zu fünfzehn Jahren, bestraft werden. Täter, die im illegalen Drogenhandel führende Funktion innehaben, müssen mit einem Freiheitsentzug von 10–20 Jahren rechnen.

Der Gebrauch (Konsum) von Drogen ist nicht explizit mit Strafe bedroht. Jedoch gilt, dass niemand eine Droge gebrauchen kann, die er nicht zuvor in Besitz genommen hat. Dadurch ist indirekt auch der Konsum kriminalisiert. Und es muss betont werden: der Konsum jeder illegalen Droge und

13 (1) des neuen Suchtmittelgesetzes. ;-)

in jeder noch so kleinen Dosierung. Nach der internationalen Regelung, die der *Einzigsten Suchtgiftkonvention* folgt, und die auch für Österreich gilt, ist dementsprechend der Konsum einer Haschischzigarette nicht anders zu bewerten als der Gebrauch von Heroin oder Kokain.

Da der Gesetzgeber jedoch im Falle des Konsums das Prinzip *Behandlung vor Strafe* vertritt, sind im SMG verschiedene Maßnahmen enthalten, die einen differenzierten Umgang mit jener Klientel ermöglichen, die gegen dieses Gesetz verstoßen hat. Für die Schule wichtig ist der Paragraph 13 (1) des neuen Suchtmittelgesetzes, der im Wesentlichen dem früheren §10 des SGG entspricht. Er schreibt die Schritte vor, die einzuleiten sind, wenn bei Minderjährigen und bei Schülern der Verdacht besteht, dass Suchtgift gebraucht wird. Der Leiter der Schule muss zunächst eine schulärztliche Untersuchung veranlassen. Erforderlichenfalls ist auch der schulpyschologische Dienst heranzuziehen. Im Falle eines diagnostizierten Suchtgiftgebrauchs muss die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt und ihre Durchführung sichergestellt werden. Nur wenn dies nicht geschieht oder wenn der Schüler oder sein Erziehungsberechtigter die Untersuchung durch den Schularzt oder die Konsultierung des schulpyschologischen Dienstes verweigern, muss der Leiter der Schule die Bezirksverwaltungsbehörde über den Fall informieren.

Abgesehen von diesen besonderen Maßnahmen, die dem Schutz junger Menschen vor übersteuerten Rechtsfolgen dienen sollen, richtet sich die Strafsanktion nach der Menge des Suchtgiftes, das besessen oder in Umlauf gebracht wird. §35 regelt die Vorgangsweise in jenen Fällen, in denen eine Person ausschließlich deshalb angezeigt wird, weil sie „unberechtigt ein Suchtgift erworben oder besessen hat“, d.h. letztlich den Fall des Konsums. Der Staatsanwalt muss die Anzeige für eine Probezeit von zwei Jahren vorläufig zurücklegen, wenn der Angezeigte bloß eine geringe Menge zum eigenen Gebrauch erworben oder besessen hat und wenn sowohl eine Auskunft des Gesundheitsressorts im Sinne des §25 eingeholt wurde als auch von der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde festgestellt wurde, ob der Angezeigte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf und diese, wenn notwendig, sichergestellt ist und der Angezeigte sich mit der ihm auferlegten Behandlung einverstanden er-

klärt. Fallen in die Probezeit weitere Verstöße gegen das SMG oder entzieht sich der Angezeigte „beharrlich der angeordneten gesundheitsbezogenen Maßnahme“ ist das Strafverfahren einzuleiten oder fortzusetzen, wie in §38 geregelt wird. Das *Ausmaß der geringen Menge*, die eine Anzeigenzurücklegung gerade noch zulässt, wurde durch einen Spruch des Obersten Gerichtshofes definiert. Wichtig ist, dass diese zulässige Menge auch vom Zustand des Angezeigten mitbestimmt wird. Im Falle einer klar feststellbaren Heroinsucht etwa wird sie größer sein dürfen, als bei einer Person, die ganz offenkundig das Suchtgift nur besitzt, um es in den Handel zu bringen, ohne selbst abhängig zu sein.

Ausmaß der geringen Menge ❖

•••• Eine Sonderregelung wurde für jene Fälle geschaffen, in denen eine Person mit einer kleinen Menge Cannabis zum ausschließlichen *Eigenbedarf* betroffen wird. Es kann dann die Staatsanwaltschaft von der Einholung einer Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde absehen, wenn die Person außerdem nicht innerhalb der letzten 5 Jahre wegen des gleichen Deliktes angezeigt wurde.

Eigenbedarf ❖

•••• Seit einer Novellierung des Suchtgiftgesetzes im Jahre 1985 besteht außerdem eine weitere Möglichkeit das Prinzip *Therapie statt Strafe* zu verwirklichen. Ursprünglich musste nach dieser Novelle eine bereits verhängte Freiheitsstrafe, falls sie das Ausmaß von zwei Jahren nicht überschritt, zunächst nicht vollzogen werden. Ein Aufschub von ebenfalls höchstens zwei Jahren musste gewährt werden, wenn dies erforderlich war, um dem Verurteilten eine notwendige ärztliche Behandlung zu ermöglichen. Bei erfolgreich absolvierter Behandlung bestand dann die Möglichkeit, dass auf dem Weg einer nachträglichen Milderung die unbedingte Freiheitsstrafe in eine bedingte umgewandelt wurde. Diese Vorgangsweise regelte der §23a des früheren Suchtgiftgesetzes.

gesundheitsbezogene
Maßnahme ❖

•••• Im neuen Suchtmittelgesetz wurde diese Möglichkeit weiter ausgebaut. Für nach §27 SMG verurteilte selbst abhängige Straftäter besteht die Möglichkeit des Aufschubes des Strafvollzuges für die Dauer von höchstens zwei Jahren, wenn sie sich bereit erklären, sich einer notwendigen *gesundheitsbezogenen Maßnahme* zu unterziehen. Nach Maßgabe des Gerichtes können selbst nach §28 verurteilte Straftäter, auf die die Regelung nach der geringen Menge nicht mehr angewendet werden kann, in den Genuss der Regelung des Aufschubes der Strafhaft bei Akzeptanz einer

gesundheitsbezogenen Maßnahme kommen. Sie müssen allerdings selbst drogenabhängig sein und die über sie verhängte Freiheitsstrafe darf das Ausmaß von 5 Jahren nicht überschreiten.

☛ Die nach den §§ 27 und 28 SMG Verurteilten können, wenn sie selbst drogenabhängig sind, auch einer vorbeugenden Maßnahme unterworfen werden. Zu diesem Zweck können sie nach §22 StGB in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher eingewiesen werden. Bei Rückfallstätern erfolgt diese Einweisung nach §23 StGB.

Liberalisierung? Der öffentliche Diskurs über das Drogenproblem wird von zwei extremen Standpunkten überschattet. Von der einen Extremposition wird die Forderung erhoben, die Repression (den Druck in Richtung Konsumverbot) zu verstärken und die im Suchtmittelgesetz enthaltenen Strafandrohungen zu verschärfen und explizit auf den Konsum auszuweiten. Alternativ dazu wird gefordert, zu liberalisieren, den Gebrauch „weicher Drogen“ und den Kleinhandel mit diesen Stoffen nicht mehr strafrechtlich zu ahnden, sondern allenfalls auf dem Verwaltungsweg zu bestrafen, Konsum und Kleinhandel mit psychoaktiven Stoffen allgemein zu entkriminalisieren, eventuell sogar den Gebrauch aller Drogen zu legalisieren und lediglich unter die in der freien Marktordnung üblichen Kontrollen zu stellen. Derartige Forderungen beziehen sich zumeist auf eine weit gehende Liberalisierung des Cannabisgebrauches. Gerne werden in diesem Zusammenhang die in den Niederlanden geltenden Regeln als Modell bezeichnet. Dabei wird oftmals von falschen Voraussetzungen ausgegangen. In den Niederlanden wurde der Cannabisgebrauch nicht legalisiert. Die allgemeine holländische Drogenpolitik basiert jedoch auf dem Prinzip, dass Drogengebrauch und Drogenkonsumenten durch Maßnahmen der Strafverfolgung nicht sinnvoll kontrolliert werden können. Die Nachfrageseite der Drogenproblematik wird als Gesundheitsproblem und als Problem der sozialen Wohlfahrt gesehen. Nur die (oberen) Ebenen des Rauschgifthandels gelten als vorrangige Angelegenheit des Strafrechtssystems.

☛ Wie Österreich gehören jedoch auch die Niederlande zu den Vertragspartnern der *Einzigsten Suchtgiftkonvention* und haben sich damit ideell der

Cannabisprohibition (der internationalen Regel der Unterdrückung des Gebrauchs) verpflichtet. Dieses internationale Vertragswerk gesteht jedoch den Signaturpartnern das Recht zu, der nationalen Situation angepasste Regeln zu entwickeln. Aus verschiedenen rechtsphilosophischen und gesundheits- und sozialpolitischen Überlegungen heraus kamen die Verantwortlichen in den Niederlanden zu dem Schluss, dass es vernünftiger sei, in der Frage des Cannabisgebrauchs die Linie der absoluten Prohibition zu verlassen und den privaten Erwerb zum Eigengebrauch und den Konsum in einer definierten Öffentlichkeit zu tolerieren und zu entkriminalisieren. Da in den Niederlanden das „Opportunitätsprinzip“ als theoretische Basis der Rechtspraxis besteht, im Gegensatz zu Österreich, wo ein strenges „Legalitätsprinzip“ vorherrscht, war es dort nicht schwer, diese Gedanken zu realisieren und den Handel mit kleinen Mengen der Hanfdrogen und deren Gebrauch, solange er sich in den definierten Freiräumen abspielt, zu entkriminalisieren. Dies ist jedoch keine Legalisierung und eröffnet auch nicht den Rechtsanspruch auf Cannabiskonsum. Die Erzeugung, der Import, der Export, die Verteilung von Cannabis und der Handel mit dieser Droge in größerem Stil werden in den Niederlanden nicht anders verfolgt als hier zu Lande.

Drogen * (

Gerade in den Diskussionen um die Kontrolle der Suchtgifte wird immer harte und weiche Drogen wieder von *harten* und *weichen Drogen* geredet und wird danach verlangt, dass der Gesetzgeber diese Klassifizierung zur Grundlage einer differenzierten Gesetzeslage machen solle. Unter harten Drogen versteht man dabei solche, die körperlich abhängig machen, bevorzugt Heroin, als idealtypische weiche Droge gilt das Cannabis. Diese Auffassung ist nicht unproblematisch. Es ist nicht sinnvoll, sehr verschiedene Arten der Gefährlichkeit gegeneinander zu halten. Jeder Drogengebrauch bedeutet, wenn er unkontrolliert stattfindet, ein gewisses Risiko. Man kann harte Drogen „weich gebrauchen“ und weiche Drogen „hart“.

Welche Drogen werden nun heute in abhängiger Weise gebraucht? Wie sind sie beschaffen und wie gefährlich sind sie? Der folgende Abschnitt soll Information zu diesen Fragestellungen liefern.

Lösungsmittel (Schnüffelsucht) Gebraucht werden alle erdenklichen aromatischen Substanzen: Tetrachlorkohlenstoff, Benzin, Benzol, Toluol, Klebstoffe, andere Lösungsmittel, etc.

Akute Wirkung Rauschzustand. Zuerst tritt Atemnot, dann Erregung, dann ein als wohl tuend empfundener Entspannungszustand ein. Der Zustand entspricht einer Kurznarkose.

Toleranz und Abhängigkeit Toleranz wird beobachtet. Geübte Schnüffler verbrauchen bis zu einem Liter eines Lösungsmittels pro Tag. Ein Abstinenzsyndrom ist bisher nicht beschrieben. Die psychische Abhängigkeit kann jedoch sehr heftig ausgeprägt sein.

Auswirkungen

psychische Auswirkungen: Unruhe, Derealisierung (Beeinträchtigung des Wirklichkeitssinnes und der Realitätsanpassung), bei langanhaltendem Missbrauch eventuell hirnorganische Störungen.

körperliche Auswirkungen: Koordinationsschwierigkeiten, verschwommene Sprache, Allergien (Hautausschläge), neurotoxische Erscheinungen (Schäden am Sehnerv, Lähmungen, Gehirnschäden), Nierenschäden. Als

schwerste Komplikation kann ein tödlicher akuter Herzstillstand eintreten. Andere tödliche Zwischenfälle sind durch die Art der Einnahme bedingt. Etwa ein Erstickungstod, der dadurch zu Stande kommt, dass ein Plastiksack über den Kopf und das Gesicht gezogen wird, um die Wirkung der inhalierten Dämpfe zu verstärken.

Schlafmittel (Hypnotika) Bis vor nicht allzu langer Zeit verstand man unter Schlafmittel- oder Hypnotikaabhängigkeit nahezu ausschließlich den missbräuchlichen und/oder abhängigen Gebrauch von Barbituraten. Heute hat diese Stoffgruppe an Bedeutung eingebüßt, da sie unter strenge Kontrolle gestellt wurde. Dafür werden andere Substanzen eingenommen: Methaqualone, und vor allem Abkömmlinge der Benzodiazepine. Die letztgenannten Substanzen finden zwar überwiegend als Beruhigungsmittel und als angstlösende Arzneimittel (Tranquilizer) Verwendung, einige sehr verbreitete Spezialitäten sind jedoch als Schlafmittel im Handel (Nitrazepam, Flunitrazepam).

Barbiturate

Akute Wirkung Die Substanzen üben eine leicht anregende Wirkung aus, die jedoch von dämpfenden Eigenschaften überschattet wird. Abgesehen von der Schlaf anstoßenden und Krampf hemmenden Wirkung derentwegen diese Stoffe ärztlicherseits verschrieben werden, führen sie vor allem zu einer Beeinträchtigung verschiedener Hirnleistungen: Enthemmung tritt ein, die Sprache wird lallend, der Gang schwankend, die Bewegungen werden unkoordiniert. Bei zunehmender Wirkung tritt eine Einschränkung des Bewusstseins ein.

Toleranz und Abhängigkeit Pharmakologische Gewöhnung und Dosissteigerung treten relativ rasch (nach einigen Tagen regelmäßiger Einnahme) und auch bei verhältnismäßig niedrigen Dosierungen ein. Anders als im Fall der Opiate gibt es eine obere Grenze der Toleranz und damit der Dosis, die vom Gewöhnten ohne Vergiftungserscheinungen vertragen wird. Nach einer Entwöhnung ist eventuell die Empfindlichkeit für die Substanz gesteigert, da die früher aufgebaute Toleranz rasch schwindet. Ein weite-

res Merkmal der Gewöhnung an diese Substanzen ist der Umstand, dass die Toleranz nicht in gleichem Ausmaß gegenüber allen Wirkungen zur Ausprägung kommt. Im Allgemeinen besteht höhere Toleranz gegenüber dem beruhigenden als gegenüber dem erregenden Effekt. Personen, die die Substanzen über längere Zeit einnehmen, erleben aus diesem Grund eine Art *Wirkungsumkehr*. Die früher beruhigende, dämpfende Substanz wirkt nunmehr erregend, euphorisierend. Diese Wirkungsumkehr gehört zu den stärksten Motiven der Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln.

••• Neben der Toleranz kommt es bei der regelmäßigen Einnahme von höheren als therapeutischen Dosen zur körperlichen und seelischen Abhängigkeit. Dass körperliche Abhängigkeit vorliegt erkennt man am Auftreten von Entzugserscheinungen.

Entzugserscheinungen Im Fall der Barbituratabhängigkeit verlaufen die Entzugserscheinungen sehr schwer. Es kommt zu Angstzuständen, zu unwillkürlichem Muskelzittern, zum Tremor (spezielle Form des Zitterns) der Hand und der Finger, zu Schwäche, Müdigkeit, Übelkeit, Brechreiz, Sehstörungen, Schlaflosigkeit, Gewichtsverlust, Kollapsneigung und recht häufig zu epileptischen Anfällen und/oder zu psychotischen Zustandsbildern, die meistens ähnlich dem Delirium Tremens des Alkoholikers verlaufen. Die Barbiturat-Entzüge sind lebensbedrohende Zustände, die ärztlicher Behandlung bedürfen.

Andere Auswirkungen Barbiturate sind äußerst giftig für verschiedene Organsysteme: Leber, Gehirn/Nervensystem. Die Beeinträchtigung der Hirnleistung führt zu einer hochgradigen Wesensänderung, zu Verwirrheitszuständen, Verlust der Kontrolle über die Emotionen, zu Umständlichkeit, Verlangsamung, Kritiklosigkeit und eventuell zu organisch bedingten Psychosen. Bei der Einnahme hoher Dosen ist es auch beim Gewohnten möglich, dass es zur Überdosis, Vergiftung, die sich als Zustand tiefer Bewusstlosigkeit äußert, und schließlich zum Tod kommt.

Benzodiazepine und Tranquilizer

Die Barbituratabhängigkeit ist ein gut bekanntes Problem, das heute ziemlich eingegrenzt ist, da die meisten Präparate dieser Stoffgruppe entweder beschränkt erhältlich oder aus dem Handel gezogen sind. Dafür ist uns heute aus der gewaltigen Verbreitung der ärztlichen Verordnung und der Einnahme von Arzneimitteln vom Benzodiazepintyp ein neues Problem erwachsen, dessen wahrer Umfang noch gar nicht voll erfasst werden kann, auf jeden Fall aber gerne in seiner Bedeutung heruntergespielt wird.

Die Arzneimittel aus dieser Gruppe werden gegen Angstzustände, Panikreaktionen, leichte depressive Verstimmungen, vegetative Beschwerden, als Entzugssubstanz bei Alkoholismus und gegen Schlafstörungen verordnet. Sie werden aber auch gerne als „Beruhigungsmittel“ im Sinne „chemischer Konfliktlöser“ eingesetzt, gelten als Glückspillen, als „Mother’s Little Helpers“.

Akute Wirkung Angstlösung, Entspannung der Muskulatur, Schlafanstoß, Erhöhung der Krampfschwelle (anti-epileptische Wirkung). Bei höherer Dosis ähnelt die Wirkung derer der Barbiturate.

Toleranz und Abhängigkeit Meist schon innerhalb der ersten 14 Tage der Einnahme. Bei längerfristigerem Gebrauch kommt es regelmäßig zur Toleranzentwicklung und zur psychischen und physischen Abhängigkeit.

Entzugserscheinungen Das Abstinenzsyndrom im Benzodiazepinentzug verläuft im Allgemeinen nicht so dramatisch wie im Barbituratentzug. Meist kommt es zu ängstlich-depressiver Verstimmung, die von einer Erregung des vegetativen Nervensystems (Schwitzen, Zittern, Unruhe, Gesichtsröte, Fieber, etc.) begleitet ist. In schweren Fällen wurden aber auch epileptische Anfälle und delirante Zustandsbilder als Ausdruck körperlicher Entzugserscheinungen beobachtet.

Auswirkungen chronischen Gebrauches Über die Auswirkungen langfristigen Gebrauches dieser Stoffe ist noch wenig bekannt. Manche Ärzte glauben jedoch an entsprechenden Patienten nach langjährigem Benzo-

diazepingebrauch eine Wesensänderung wahrnehmen zu können, die als eine Art *amotivationales Syndrom* (siehe: Folgen des Cannabis-Gebrauches) imponiert.

Während früher die Benzodiazepine recht unkritisch verschrieben wurden und vor allem Frauen und Jugendliche von *verordneter Abhängigkeit* bedroht waren, gelten seit einigen Jahren strengere Richtlinien für die ärztliche Verschreibung dieser Substanzen. Sie sollten demnach nur für kurze Zeit verordnet werden, etwa in akuten Krisen oder in Panikzuständen. Niemals sollten sie verschrieben werden, wenn nicht vorher ein ausführliches ärztliches Gespräch geführt wurde und sie sollten auch nicht als „magische Mittel“ zur Beeinflussung schwerer sozialer Konflikte, Partnerschaftskrisen oder von Lernstörungen angewendet werden. Die Möglichkeit der Benzodiazepin-Abhängigkeit wird heute als ganz gravierendes gesundheitspolitisches Problem erkannt.

Alkohol Alkoholische Getränke sind in unserem Land die überwiegend konsumierten Rausch- und Suchtgifte. Die Alkoholabhängigkeit mit ihren körperlichen, seelischen und sozialen Folgeerscheinungen verkörpert ein ungemein schwerwiegendes gesundheits- und sozialpolitisches Problem.

Akute Wirkung: Alkoholkonsum führt zu einem in seiner Intensität dosisabhängigen Rauschzustand. Man kann drei Stadien unterscheiden:

Blutspiegel von 0,5–1,2 Promille Alkohol ➤ Bei einem *Blutspiegel von 0,5 bis 1,2 Promille Alkohol* kommt es zur Beeinträchtigung von höheren und komplizierten Hirnfunktionen: Enthemmung, vermindertes Verantwortungsgefühl, oberflächlicher und verlangsamter Gedankenablauf, Unterschätzung von Gefahren, Überschätzung der eigenen Fähigkeiten, etc. Die psychomotorischen Fähigkeiten sind leicht beeinträchtigt. Äußere Zeichen einer Berausung fehlen weitgehend.

Blutspiegel von 1,3 bis 3 Promille Alkohol ➤ Bei einem *Blutspiegel von 1,3 bis 3 Promille Alkohol* wird die Berausung auch äußerlich deutlich sichtbar. Die Bewegungen werden unpräzise und unkoordiniert, die Reaktionsfähigkeit wird herabgesetzt, die Aufmerksamkeit sinkt ab, das Tiefensehen und die Weite des Gesichtsfeldes werden eingeschränkt, Doppelsehen tritt auf, triebhaft gesteuertes Verhalten tritt in den Vordergrund.

■ Steigt der *Blutspiegel* auf *über 3 Promille Alkohol* an kommt es allmählich zur Lähmung des Nervensystems. Die geistigen Fähigkeiten erlöschen und es tritt schwerer, tiefer Schlaf ein. Ein Anstieg des Blutalkoholgehalts auf über 4 Promille kann den Tod zur Folge haben. Allerdings sind tödlich verlaufende Vergiftungen recht selten. Es muss dann schon viele Stunden hindurch Bewusstlosigkeit bestanden haben und es müssen auch Verletzungen und Infektionen das Zustandsbild erschweren.

◀ Blutspiegel über 3 Promille Alkohol

Akute Alkoholvergiftung Die akute Alkoholvergiftung führt zu tiefer Bewusstlosigkeit. Der Vergiftete ist weder ansprechbar noch erweckbar. Seine Haut fühlt sich kalt und feucht an, die Körpertemperatur sinkt ab, die Atmung wird langsam und geräuschvoll, der Pulsschlag ist beschleunigt, die Pupillen können erweitert sein.

Toleranz und Abhängigkeit Gegenüber Alkohol besteht eine initiale Sensibilität (*genetische Toleranz*), die eine große Reaktionsvielfalt zwischen Individuen und zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen aufweist. Sie ist dafür verantwortlich, ob und wie die Substanz vom Organismus vertragen wird.

⚡ Bereits beim ersten Trinken kommt es zur *akuten Toleranz*, bei fortgesetztem Konsum tritt *chronische Toleranz*, ein. Diese beiden pharmakodynamischen Phänomene wurden bereits in der Einleitung definiert.

⚡ *Psychische und körperliche Abhängigkeit* entstehen in einem langwierigen, Jahre in Anspruch nehmenden Prozess. Die körperliche Abhängigkeit manifestiert sich in *Entzugserscheinungen*, die zu Tage treten, wenn der abhängig Gewordene aus welchen Gründen auch immer keinen Alkohol trinkt.

Entzugserscheinungen Diese verlaufen bei hochgradiger Abhängigkeit sehr schwer. Sie können ernsthafte Komplikationen mit sich bringen, unter Umständen auch zum Tod führen. Sie bestehen aus einem vegetativen Erregungszustand und Symptomen von Seiten des Gehirns. Diese wieder umfassen epileptische Anfälle und das Delirium tremens, das weiter unten genauer beschrieben wird.

Auswirkungen chronischen Alkoholkonsums Bei einem über einen langen Zeitraum und in regelmäßiger Weise durchgeführten Alkoholkonsum von mehr als 60 Gramm reinen Alkohols pro Tag ist damit zu rechnen, dass es zu einer alkoholbedingten Schädigung des Organismus kommt, auch wenn kein Alkoholismus im beschriebenen Sinn vorliegt. Diese Menge Alkohol ist in etwa 3 Flaschen Bier, drei Viertel Wein oder 3 großen Schnäpsen enthalten.

Alkoholismus Zugleich mit der körperlichen Abhängigkeit entsteht das Bild des chronischen Alkoholismus. Auch dieser entwickelt sich langsam über gewisse Vorstadien: ein *Prodromalstadium* und eine *kritische Periode*. Innerhalb des Alkoholismus selbst kann man wieder verschiedene Verlaufstypen abgrenzen:

- Spiegeltrinker ✨ den *Spiegeltrinker*, der sich des Alkoholkonsums nicht enthalten kann, da er sonst unter Entzugserscheinungen zu leiden hätte. Die Vertreter dieses Typus müssen täglich und regelmäßig trinken. Sie zeigen keine Rauschsymptome.
- Rauschtrinker ✨ den *Rauschtrinker*, der im Verlauf eines Trinkaktes nicht mehr aufhören kann zu trinken, obwohl er selbst das Gefühl hat, bereits genug zu haben (Kontrollverlust). Die Vertreter dieses Trinktyps müssen nicht regelmäßig und täglich trinken, es gibt bei ihnen unterschiedlich lange Trinkpausen.
- Quartaltrinker ✨ den *Quartaltrinker*, der in unregelmäßigen Abständen durchbruchsartig kurze Phasen exzessiven Alkoholkonsums erlebt.

Psychiatrische Folgeerkrankungen Psychiatrische Begleit- und Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus sind:

- Delirium tremens ✨ den *Alkoholdelir, Delirium tremens*: Dieses Zustandsbild kann bei langdauerndem chronischem Alkoholismus reaktiv bei jeder Veränderung des Trinkstils eintreten. Allerdings werden nur etwa 15% der Alkoholiker von ihm befallen. Meist ist es Teil eines Entzugssyndroms. Es kündigt sich durch ein *Prädelir* an. Dieses Zustandsbild ist gekennzeichnet durch unruhige Träume und Schlafstörungen, vegetative Erscheinungen vor allem im Sinne von Schwitzen und Zittern. Das *Prädelir* geht, wenn es nicht behandelt wird, in das *Delir* über. Dieses wieder umfasst Symptome von Seiten aller Anteile des Nervensystems. Das Bewusstsein ist gestört, es besteht

Desorientiertheit hinsichtlich der Zeit des Raumes und der Situation, nicht aber hinsichtlich der Person. Die Patienten sind unruhig, stets beschäftigt. Wahrnehmungsstörungen äußern sich vor allem in optischen Halluzinationen. Es werden kleine bewegte Objekte halluziniert („weiße-Mäuse-sehen“). Die Stimmung ist oft angehoben, häufig aber auch ängstlich getönt. Es besteht ein grobschlägiges Zittern (Tremor, daher *Delirium tremens*). Die vegetative Erregung kann beträchtliche Ausmaße annehmen, es besteht Schwitzen, Herzjagen, Fieber. Ein unbehandeltes Delirium dauert 4 bis 10 Tage. Unbehandelte Delirien können in 15 bis 30% zum Tode führen, wobei ältere Personen und Patienten, die unter wiederholten deliranten Zustandsbildern leiden, eine ungünstigere Prognose haben. Heute ist das *Delir* unter Einsatz der modernen medizinischen Mittel recht gut beherrschbar.

■ **Alkoholhalluzinose:** Diese tritt ebenfalls bei chronischem Alkoholismus, jedoch relativ selten auf. Bei dieser Erkrankung überwiegen die Wahrnehmungsstörungen. Diese sind meistens akustischer („Stimmen Hören“), bisweilen aber auch optischer Natur. Das Bewusstsein bleibt klar. Die Stimmungslage ist sehr ängstlich und gespannt. Die Trugwahrnehmungen werden meistens als beschimpfend und bedrohlich erlebt, sie lösen Verfolgungsideen aus. Die Patienten sind daher sehr unruhig, zeigen Flucht-tendenzen und lassen eine Neigung zu gewalttätigen Durchbrüchen erkennen. Es besteht kein Tremor. Vegetative Erscheinungen sind wesentlich schwächer ausgeprägt als im Falle des *Delirium tremens*. Die Halluzinose verläuft akut, dauert aber Wochen bis Monate an. Wenn sie länger als ein halbes Jahr anhält, spricht man von einer chronischen Halluzinose. Überwiegen im Rahmen des halluzinatorischen Zustandsbildes die Verfolgungsideen kann man auch von einer *Alkoholparanoia* sprechen.

■ **Eifersuchtswahn:** Chronische Alkoholiker reagieren häufig mit massiver Eifersucht, die sich bis zur wahnhaften Ausprägung steigern kann. Eifersuchtsideen können auch innerhalb eines *Delirium Tremens* auftreten. Oft besteht jedoch der Eifersuchtswahn unabhängig von einer Grundpsychose und bleibt auch in abstinenten Phasen erhalten.

■ **Alkoholische Wesensänderung, psychoorganisches Syndrom:** An Wesens- und Leistungsveränderungen bei chronischen Alkoholikern werden beschrieben: Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, Her-

absetzung der Aufmerksamkeit, gesteigerte Ermüdbarkeit, Abnahme der Urteils- und Kritikfähigkeit, gesenkte Konzentrationsleistung, gesteigerte Beeinflussbarkeit, Verlust von Interessen, Unzuverlässigkeit, Affektlabilität, Klebrigkeit, Stimmungsschwankungen. Viele, wenn nicht die meisten, dieser Symptome sind reversibel. Sie verschwinden, wenn der Alkoholgebrauch beendet wird.

☞ Andererseits entstehen diese Defizite oftmals auf der Grundlage einer zunehmenden alkoholbedingten organischen Schädigung des Gehirns. In diesen Fällen zeigt die Wesens- und Leistungsänderung einen *progredienten* (fortschreitenden) Verlauf und endet in einer *alkoholischen Demenz*, die dann auch unter Abstinenzbedingungen nur mehr bedingt rückbildungsfähig ist.

Neurologische Folgeerkrankungen

Neurologische Begleit- und Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus sind:

Hirnatrophie ☞ ☒ *Hirnatrophie*: Erweiterung der Hirnräume und Verlust an Nervenzellstrukturen.

Wernicke-Korsakoff-Syndrom ☞ ☒ *Wernicke-Korsakoff-Syndrom*: Diese Erkrankung setzt sich zusammen aus Störungen von Seiten des peripheren Nervensystems im Sinne einer *Polyneuritis* der Beine (Schmerzen, Gefühllosigkeit, schlaffe Lähmung) und der *Korsakoffschen Psychose*, die aus einem Verlust des Altgedächtnisses bei gleichzeitiger Unfähigkeit sich neue Inhalte zu merken, *Konfabulationsneigungen*, einer Verschlechterung des Auffassungsvermögens und einer Verminderung der Initiative und Spontanität besteht. Die Psychose ist Ausdruck der *somatischen Störung* des Gehirns.

Alkoholische Kleinhirnatrophie ☞ ☒ *Alkoholische Kleinhirnatrophie*: Schrumpfung, Verlust an Zellsubstanz.

Alkoholische Polyneuropathie ☞ ☒ *Alkoholische Polyneuropathie*: Die häufigste neurologische Folgeerkrankung des chronischen Alkoholismus. Sie erfasst etwa 20% der Alkoholkranken. Es kommt dabei zu schmerzhaften Lähmungen der Beine.

Alkoholepilepsie ☞ ☒ *Alkoholepilepsie*: In unterschiedlicher Häufigkeit leiden Alkoholiker unter epileptischen Anfällen, die zumeist als große Anfälle (Bewusstlosigkeit, zu Boden stürzen, Zungenbiss, Harnabgang) verlaufen. Von einer *echten Alkoholepilepsie* sollte man nur dann sprechen, wenn die Anfälle eindeutig als Abstinenzerscheinungen auftreten oder wenn sie im Rahmen eines langjährigen chronischen Alkoholismus bei solchen Personen in Erschei-

mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Zirrhose. *.-()

nung treten, die vorher keine Anfallsbereitschaft zeigten und bei denen auch keine anderen Hirnschädigungen bestehen. Diese Gruppe macht ungefähr ein Viertel all jener Alkoholiker aus, die irgendwann einmal unter Anfällen zu leiden haben.

Internistische Folgeerkrankungen Alkohol führt zu einer Vielzahl von körperlichen Schädigungen. Er ist sicherlich neben dem Nikotin das bedeutendste gesundheitspolitische Problem. Die Lebenserwartung des Alkoholikers ist um durchschnittlich 10–15 Jahre verkürzt, seine Neigung zum Selbstmord ist 12 mal so hoch wie die der Normalbevölkerung.

Internistische Begleit- und Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus sind:

Lebererkrankungen: Der Alkohol übt eine direkte Giftwirkung auf die Leber aus. Die Schäden, die entstehen können, manifestieren sich zuerst als *Fettleber* und als *Alkoholhepatitis*. Bei fortgesetztem Konsum kommt es zur *Leberzirrhose* (Leberschrumpfung). Man nimmt an, dass chronischer Konsum von mehr als 160 Gramm Alkohol pro Tag mit hoher Wahrscheinlichkeit zur *Zirrhose* führt. Dementsprechend ist diese schwerste Lebererkrankung unter Alkoholikern auch recht häufig. 10 bis 20% aller Alkoholkranken sind von ihr betroffen. 30 bis 50% aller zirrhotischen Erkrankungen sind auf Alkoholismus zurückzuführen. Man kann sogar die Häufigkeit des Alkoholismus in einer Gesellschaft aus der Sterblichkeitsrate der Leberzirrhose errechnen.

Neben der Leber werden auch andere *Organe des Bauch- und Verdauungstraktes* beeinträchtigt: Die Bauchspeicheldrüse, die Mundhöhle, die Schleimhaut der Speiseröhre, der Magen und der Dünndarm.

Das *Herz* kann im Sinne einer *Herzmuskelerkrankung* beeinträchtigt werden, die auf eine direkte Giftwirkung des Alkohols zurückzuführen ist. Es kommt zu einer Herzmuskelerweiterung, verbunden mit Herzschwäche. An Beschwerden bestehen dann Müdigkeit, Atemnot bei Belastung, Herzschmerzen, Herzrhythmusstörungen.

Alkohol und Sexualität

Obwohl die Meinung verbreitet ist, dass Alkohol eine Droge ist, die „aphrodisiakisch“ wirkt, ist genau das Gegenteil der Fall. Eine gewisse Erleichterung der Kontaktaufnahme zwischen den Geschlechtern ist auf die enthemmende und kontrollreduzierende Wirkung des Alkohols, noch mehr aber vielleicht auf Erwartungshaltungen der Konsumenten zurückzuführen. Die Sexualfunktion hingegen wird auf jeden Fall ab einem gewissen Blutalkoholspiegel beeinträchtigt. Beim Mann kann die Erektion abgeschwächt und die Ejakulation verzögert werden. Bei chronischem Alkoholismus wird zwar das sexuelle Verlangen nicht herabgesetzt wohl aber die Sexualfunktion schwer beeinträchtigt, wobei dazu auch alkoholbedingte Störungen des Haushalts der Geschlechtshormone beitragen. Auch der Geschlechtszyklus alkoholkranker Frauen wird schwer gestört, die hormonelle Kybernetik bricht zusammen. Der Eisprung bleibt aus, Unregelmäßigkeiten der Menstruation bis hin zum Ausbleiben der Regel sind die Folge.

Alkohol in der Schwangerschaft und Auswirkungen auf den Foetus

Früher glaubte man, dass alkoholranke Väter einen kranken Nachwuchs produzieren. Allerdings konnte man lange Zeit in vielen Untersuchungen keinen *teratogenen* (Missbildungen erzeugend) oder *mutagenen Einfluss* (in das Erbgut eingreifend) des Alkohol feststellen.

☛ Es wurde aber in vielen Untersuchungen festgestellt, dass Alkohol die Plazentarschranke überwinden kann und dass die Kinder alkoholkranker Mütter, die während der Schwangerschaft trinken, in einem gewissen Prozentsatz (25–45%) ein Zustandsbild erkennen lassen, das als *Alkoholembryopathie* bezeichnet wird. Dieses besteht aus Defekten/Missbildungen im Schädel- und Gesichtsbereich, im Herz – Kreislaufsystem und an den Gliedmaßen, verbunden mit vorgeburtlich einsetzenden Wachstumsstörungen und Entwicklungsverzögerungen.

☛ Die *Alkoholembryopathie* gilt als die dritthäufigste angeborene Entwicklungsstörung. Über 40% der alkoholabhängigen Frauen sind auch während einer Schwangerschaft nicht fähig sein, das Trinken aufzugeben. Ein Drittel dieser Frauen hatte überdies schon Früh-, Tot- oder Fehlgeburten aufzuweisen, bevor sie noch ein geschädigtes Kind zur Welt brachten.

Alkoholismus und Familie

In der Familie übernehmen Alkoholkranken in zunehmendem Ausmaß keine verantwortlichen Funktionen mehr. Sie werden als Partner oder in ihrer Elternfunktion nicht mehr akzeptiert. In vielen Fällen kommt es zu einer *Rollenumkehr*. Die Frau des Alkoholikers wird zum „Herrn im Haus“, ein minderjähriges Kind muss die Familie versorgen, etc. Die Familienmitglieder sind gezwungen, sich an die Krisen, die das Zusammenleben mit einem alkoholkranken Angehörigen bewirkt, anzupassen. Dabei entwickeln sie verschiedene Strategien, die von der Verleugnung des Problems und dem *CO-Alkoholismus* (unterschwelligem Gewähren und Fördern des krankhaften Trinkverhaltens), über Beeinflussungsversuche bis zum Ausschluss des kranken Angehörigen reichen.

❖ Rollenumkehr

❖ CO-Alkoholismus

Nikotin

Nikotin ist der wirksame Bestandteil in den Tabakzubereitungen. Des Weiteren ist es in einer Konzentration von 1% und mehr in einer Reihe von Insektiziden enthalten.

Toleranz und physische Abhängigkeit

Toleranz entwickelt sich beim gewohnheitsmäßigen Raucher gegenüber einigen, aber nicht gegen alle Effekte des Nikotins. Die vorliegenden Beobachtungen hinsichtlich der körperlichen Abhängigkeit und damit verbundener Entzugserscheinungen sind kontroversiell. Einerseits geben starke und chronische Raucher oftmals an, dass sie kaum Auswirkungen verspüren, wenn sie einmal nichts zu rauchen haben, andererseits beklagen wieder andere unter einem *Entzugssyndrom* zu leiden, das aus Reizbarkeit, depressiver Verstimmung und Konzentrationsstörungen besteht und einige Tage anhalten kann. Neurophysiologische Untersuchungen haben ergeben, dass diese Erscheinungen von Veränderungen im EEG (Hirnstrombild) und in den vegetativen Funktionen begleitet sind. Die meisten dieser Symptome können als Rebound-Effekt der Nikotinwirkung verstanden werden.

Tabakabhängigkeit

Auf Grund der kontroversiellen Angaben über Entzugserscheinungen ist der Begriff der Tabakabhängigkeit nicht ausreichend präzise definiert. Bei der Entwicklung des abhängigen Tabakgebrauches

spielen physische, psychische und auch vielleicht in besonders hohem Maß soziale Einflussfaktoren eine bestimmte Rolle. Als *Kriterien der Tabakabhängigkeit* gelten heute:

- die Unfähigkeit des Rauchers zur dauerhaften Abstinenz
- körperliche und oder psychische Entzugssymptome
- anhaltender aber nicht verwirklichter Wunsch nach Abstinenz
- ein oder mehrere erfolglose Versuche, den Tabakgebrauch einzuschränken oder unter Kontrolle zu bringen
- das anhaltende Bedürfnis, Tabak zu konsumieren, verbunden mit verminderter Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns und der Beendigung des Tabakkonsums und mit entsprechender Dauer dieses Gebrauches.

Im *diagnostischen Klassifikationsschema DSM-III* wurden schon in den 80er Jahren folgende Voraussetzungen (A) und Kriterien (B) für Tabakabhängigkeit und Tabakentzug festgeschrieben:

Tabakabhängigkeit

- A. Der anhaltende Gebrauch von Tabak über mindestens einen Monat.
- B. Mindestens eines der folgenden Kriterien wird erfüllt: 1. Ernsthaftes Versuche, das Tabakrauchen signifikant einzuschränken oder zu beenden waren erfolglos. 2. Der Versuch mit dem Rauchen aufzuhören führte zu Entzugssymptomen. 3. Das Individuum raucht weiter, obwohl sich bereits schwere körperliche Schäden eingestellt haben, von denen es weiß, dass sie durch das Rauchen ausgelöst wurden.

Tabakentzug

- A. Der Tabakgebrauch hält mindestens einige Wochen lang an und das Individuum gebraucht mehr als 10 Zigaretten pro Tag, wobei jede Zigarette mindestens 0,6 mg Nikotin enthält.
- B. Der abrupte Stop oder eine deutliche Reduktion des Tabakgebrauches führen innerhalb 24 Stunden zu wenigstens vier der folgenden Erscheinungen:
 - Gier nach Tabak
 - Reizbarkeit
 - Angst

- Konzentrationsstörungen
- Unruhe
- Kopfschmerzen
- Schläfrigkeit
- Verdauungsstörungen

Akute Wirkung Auch hinsichtlich der Wirkungsqualitäten des Tabaks ist es notwendig zwischen messbaren physiologischen Effekten und solchen Wirkungen, die der Erwartungshaltung und populären Zuschreibungen entsprechen, zu unterscheiden.

Die pharmakologische Wirkung des Nikotins und anderer im Tabakrauch enthaltener Stoffe entspricht einer Stimulation verschiedener vegetativer Funktionen. Raucher hingegen suchen und erleben eine Art positiv bewertete psychoaktive Wirkung. Für sie wirkt der Tabakkonsum entspannend, stimmungsaufhellend, stresslösend. Besonders Frauen geben recht häufig die appetitreduzierende Wirkung des Nikotin als Motiv für ihr Rauchverhalten an. Tatsächlich hemmt Nikotin das Verlangen nach Süßigkeiten und erhöht den Sättigungswert der Nahrung, indem es die Magenentleerung verzögert. Damit hängt es zusammen, dass nach einem Entzug die Vorliebe für süße Nahrungsmittel steigt. Dies und eine allgemeine Umstellung des Stoffwechsels sind der Grund dafür, dass nach einer Tabakentwöhnung oftmals Gewichtszunahme eintritt. Diese Erfahrung wieder erhöht in manchen Fällen die psychische und soziale Bindung an das Rauchen.

Obwohl die tatsächliche psychoaktive Effizienz des Tabakrauchens noch immer nicht ausreichend erforscht ist, scheint doch immerhin berücksichtigungswürdig, dass bereits in den 80er Jahren *Doppelblindversuche* durchgeführt wurden, in denen Versuchspersonen, denen eine Reihe ihnen unbekannter Stoffe angeboten wurde, Nikotin bisweilen als Opiat und bisweilen als amphetaminartiges Stimulans identifizierten. Die Beforschung der Tabakabhängigkeit schreibt den psychoaktiven Effekt nicht ausschließlich dem Nikotin zu sondern auch der Art der Tabakzubereitung und der Tabakeinnahme. Zigarettenrauchen unterscheidet sich in dieser Hinsicht von anderen Gebrauchsmustern dadurch, dass der Tabak für die Verarbeitung in Zigaretten heiß behandelt wird und der Zigarettenrauch

sauer ist. Diese Bedingung führt dazu, dass das im Rauch enthaltene Nikotin nicht bereits zum Teil in der Mundhöhle resorbiert wird. Der Raucher inhaliert deshalb den Tabakrauch, wodurch es dann bei jedem Zug zu raschem hohen Anfluten des Nikotins im Gehirn führt.

☞ Des Weiteren wird angenommen, dass die Tabakabhängigkeit auch durch das im Tabakrauch enthaltene Kohlenoxid gefördert wird, das selbst auch psychoaktive Wirkung entfaltet.

Toxizität Die tödliche Dosis von Nikotin ist etwa 40 bis 60 mg. Diese Menge kann bereits in zwei Gramm Tabak – dementsprechend in etwa 2 Zigaretten – enthalten sein. Auf Grund der großen Variabilität des Nikotingehalts im industriell gefertigten Zigaretten tabak sind nur sehr schwer reliable Angaben zu machen. Eine Zigarre kann zwischen 15 und mehr als 40 mg. Nikotin enthalten.

☞ Tabak ist aber andererseits wesentlich weniger giftig als man auf Grund seines Nikotingehaltes annehmen würde. Das liegt daran, dass der größte Teil des Nikotins verbrennt, wenn der Tabak geraucht wird und dass das Nikotin nur zu geringem Teil aus dem Tabak absorbiert wird, wenn dieser z.B. gekaut wird.

Akute Vergiftung Die Leitsymptome einer Nikotinvergiftung bestehen in einer Anregung der Atmung und einer Hyperaktivität des Magen – Darm-

übermäßiger Konsum ☞ traktes. Bei *übermäßigem Konsum*, der aber lediglich zu einer geringen Überschreitung einer noch verträglichen Dosis führt, treten folgende Vergiftungserscheinungen auf: Atmungsanregung, Brechreiz und Erbrechen, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Durchfall, Tachykardie (Beschleunigter Herzschlag), Blutdruckanstieg, Schwitzen, Speichelfluss. Dieser Zustand führt zu genereller Schwäche. Er hellt sich aber relativ rasch auf. Werden hohe Dosen Nikotin eingenommen – meist als Folge der irrtümlichen oder

Einnahme von Insektiziden ☞ selbstmörderischen *Einnahme von Insektiziden* – kommt es zunächst zu brennenden Sensationen im Mund, dem Rachen, der Speiseröhre und dem Magen. Dann treten die oben bereits beschriebenen Symptome auf. Diese gehen allerdings rasch in einen gefährlichen Zustand über, der Schwäche, Krämpfe, Atmungsverlangsamung, Herzrhythmusstörungen einschließt und unbehandelt in einen komatösen Zustand mündet. Der Tod kann in ei-

nem Zeitraum von 5 Minuten bis zu 4 Stunden eintreten. Die Todesursache ist dann Atmungsversagen auf Grund einer Lähmung der Atemmuskulatur.

Chronische Toxizität Die *chronische Toxizität* des Tabakkonsums ergibt sich nicht ausschließlich aus der *chronischen Toxizität* des Nikotin selbst, sondern auch aus der Sitte, die Tabakprodukte zu rauchen. Chronisches Tabakrauchen führt zu Schädigungen an verschiedenen Organsystemen und erhöht das Risiko zu erkranken. Krankheiten, die bei Rauchern wesentlich häufiger auftreten als bei Nichtrauchern nennt man „Tabak-assoziierte Krankheiten.“

Tabak-assoziierte Krankheiten

Tabakrauchen und das Atmungssystem Bei chronischen Rauchern lässt sich oft ein *Atmungssyndrom* beobachten, das *Dyspnoe* (Atemstörungen), keuchende, pfeifende Atmungsgeräusche, Luftröhrenverengung, Schmerzen in der Brustregion und häufige Infektionen der oberen Luftwege umfasst. Dieses Syndrom wird oftmals als Asthma missdeutet. Deutlich erkennbar wird es dadurch, dass es verschwindet, wenn die Person, die unter ihm leidet, aufhört zu rauchen.

Des Weiteren kann Rauchen zu einer *chronischen Bronchitis*, zum *Lungenemphysem* und zu *chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen* führen. Diese treten bei Rauchern häufiger auf als bei Nichtrauchern. Sowohl subjektive wie auch objektive Anzeichen einer Beeinträchtigung der Lungenfunktion können schon nach 1 bis 5 Jahren Tabakrauchens zur Beobachtung kommen.

Tabakrauchen und Krebs Besondere Bedeutung hat die Beziehung zwischen Tabakrauchen und der Verbreitung des *Lungen (Bronchial)-Karzinoms*. Es gilt die Regel, dass Raucher diesem Leiden etwa 11 mal häufiger zum Opfer fallen als Nichtraucher.

Dem Tabakrauchen wird allerdings nicht nur eine hochgradige ursächliche Bedeutung hinsichtlich des *Lungenkarzinoms* zugeordnet. Es gilt als wesentlicher teilverursachender Faktor auch für Krebserkrankungen der Mundhöhle, der Luftröhre und der Speiseröhre, sowie auch der Harnbla-

se, da die Karzinogene, die im Tabakrauch enthalten sind, im Urin ausgeschieden werden.

Tabakrauchen und das Herz-Kreislaufsystem Exzessiver Gebrauch von Tabak führt zu verschiedenen Störungen des Herzrhythmus im Sinne von *Extrasystolen* (unregelmäßiger Herzschlag) und von anfallsartig auftretenden *Tachykardien* (beschleunigter Herzschlag).

Tabakrauchen erhöht das Risiko an *Arteriosklerose* zu erkranken. Als Folge davon treten Durchblutungsstörungen in den Herzkranzgefäßen, den Hirngefäßen und den peripheren Gefäßen auf. Zigarettenraucher sterben häufiger als Nichtraucher an Erkrankungen der Herzkranzgefäße und es scheint ein ähnlicher Zusammenhang zwischen Zigarettenrauchen und Erkrankungen der Hirngefäße zu bestehen. Des Weiteren führt Tabakrauchen zur Verengung peripherer Gefäße; vor allem jener Blutgefäße, die die Haut versorgen.

Bekannt ist auch, dass unter Rauchern die Prävalenz von thrombotischen Erscheinungen erhöht ist. Eine besondere Risikogruppe stellen in dieser Hinsicht Frauen dar, die gleichzeitig rauchen und hormonelle Kontrazeption (die „Pille“) betreiben.

Tabakrauchen und der Magen-Darmtrakt Klinische Erfahrung spricht dafür, dass Tabakrauchen auch das Risiko erhöht, an einem Magengeschwür zu erkranken. Der pathophysiologische Mechanismus, der dazu beiträgt ist aber noch kaum erforscht.

Tabak-bezogene Krankheiten des weiblichen Geschlecht Außer dem Umstand, dass Frauen, die hormonelle Kontrazeption betreiben und dazu rauchen einem höheren Thromboserisiko unterliegen, scheinen auch die reproduktiven Funktionen des weiblichen Geschlechts durch Tabakrauchen beeinträchtigt zu werden. Raucherinnen werden seltener schwanger, neigen mehr zu Fehlgeburten und zur Präeklampsie als Nichtraucherinnen. Es wurde auch beschrieben, dass die Sterblichkeit der Neugeborenen von rauchenden Müttern höher ist und dass das Geburtsgewicht von Kindern von Müttern, die während der Schwangerschaft rauchten, deutlich reduziert ist.

Tabakrauchen und das Sehvermögen Eine seltene Komplikation des Tabakrauchens ist die Tabak-Amblyopie (Schwachsichtigkeit). Dabei kommt es zu einem zumeist langsam verlaufenden, manchmal aber auch rasch eintretenden Verlust der Sehschärfe, wobei zumeist das zentrale Sehen und das Farbsehen betroffen sind. Wird dieser Zustand nicht behandelt und weiter geraucht, kann der Sehnerv und damit das Sehvermögen bleibend geschädigt werden.

Cannabis (Haschisch, Marihuana) Die Cannabis-Alkaloide sind in allen Bestandteilen verschiedener Sorten der weiblichen Hanfpflanze enthalten. Das psychoaktiv wirksamste Alkaloid ist dabei das delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Es gibt eine ganze Reihe von wirksamen Zubereitungen, die – je nach Region – unter verschiedenen Namen in den Handel kommen: Marihuana/Sinsemilla (mexikanisch-amerikanische Bezeichnungen für Zubereitungen aus den getrockneten Blättern und Blütenständen, ev. unter Einschluss der Samen und deren Qualität), Kif (marokkanische Bezeichnung für Blattzubereitungen), Ganja (jamaikanischer Begriff für Blattzubereitungen), Haschisch (Harzzubereitung). Daneben gibt es auch „Szenenamen“: Stoff, Gras, Pot, Tee, Shit, etc.

Die Hanfdrogen stellen sicherlich die neben Alkohol meistkonsumierten psychoaktiven Stoffe dar.

Akute Wirkung

psychisch: Rauschzustand mit besonderem Akzent auf eine Veränderung der Wahrnehmung und der Stimmung. Starke Beeinträchtigung der Zeiterfahrung und der räumlichen Wahrnehmung. Häufig gehobene Stimmung (Euphorie). Oftmals bei Wirkungseintritt unbeherrschbarer, eventuell situativ unangepasster Lachreiz. Bewusstseinsbeschränkung. Beeinflussung des Gedächtnisses und des Gedankenganges. Dauer dieses Zustandes: 4–5 Stunden.

körperlich: Beschleunigung der Herztätigkeit, leichte Blutdruckerhöhung. Niedere Dosen vertiefen die Atmung, hohe verflachen sie. Rötung der Bindehaut als Folge einer gefäßerweiternden Wirkung. Appetitsteigerung.

Komplikationen des akuten Gebrauches Die Cannabiswirkung ist abhängig von „set und setting“, das heißt vom Drogeneffekt selbst, von der individuellen (psychischen) Situation des Konsumenten und von Umwelteinflüssen. Aus diesem Grund ist die Qualität der Wirkung nur schwer vorhersehbar. In bestimmten Fällen treten *averse Reaktionen*, so genannte „Horrortrips“ auf. Dabei handelt es sich um zumeist kurzfristige akute psychotische Episoden, die von Angst und Verfolgungsideen bestimmt sind. Unter Umständen kann auch die Wahrnehmung der cannabisbedingten vegetativen Veränderungen (z.B. Herzklopfen) im Rauschzustand zu ängstlichen Reaktionen in der Art von Panikattacken führen. Derartige Zustandsbilder werden in jüngster Zeit nach der Einnahme von Cannabisprodukten mit hohem THC-Gehalt (zum Beispiel den in den Niederlanden produzierten „Nedergrass“-Sorten) häufiger beobachtet.

Toleranz und Abhängigkeit Cannabisraucher benötigen keine Steigerung der Dosis um vertraute und gewünschte Wirkungen zu erzielen. Da die Substanz langsam abgebaut (hohe Halbwertszeit) und das THC im Fettgewebe gespeichert und langsam freigesetzt wird, kommt es zu *kumulativen Wirkungen* und damit zum Phänomen der *inversen* oder *paradoxen Toleranz*: Es wird mit geringeren Dosen das Auslangen gefunden. Das Thema ist jedoch weiterhin kontroversiell. Immer wieder wird in der Übertragung von im Tierexperiment gefundenen Ergebnissen auf den Menschen behauptet, dass Hanfdrogen *echte Toleranz* und auch physische Abhängigkeit bewirken können. Psychische Abhängigkeit ist in entsprechend gelagerten Fällen zu beobachten. Im Zusammenhang mit der hohen Halbwertszeit und der Speicherung im Fettgewebe ist zu beachten, dass im Harn durchgeführte Testungen auf Cannabisgebrauch noch recht lange nach dem letzten Konsum positiv ausfallen können. Derartige Harnuntersuchungen können noch zwei Monate nach dem aktuellen Konsum positive Resultate erbringen.

Auswirkungen chronischen Gebrauches

■ *psychisch*: Bei längerfristigem und hochdosiertem Gebrauch kann ein Zustand eintreten, der von manchen Autoren als *amotivationales Syndrom* bezeichnet wird. Diese Autoren verstehen darunter ein Zustandsbild, das

charakterisiert ist durch allgemeine *Apathie*, einen Verlust des Antriebs sich in der Arbeitswelt ein- und durchzusetzen, Verlust des sexuellen Interesses und durch sozialen Rückzug. Der Gebrauch von Cannabis soll in diesem Zustand unter Umständen zwanghafte Züge annehmen. Es erfolgt dann eine Einengung des Interesses auf den Gebrauch der Droge. An sich ist dieses Zustandsbild immer noch Objekt wissenschaftlicher Auseinandersetzungen. Sein Vorkommen gilt als nicht eindeutig bewiesen, wenn auch die einzelnen Symptome, die in ihm vereint sind, durchaus im Einzelfall zu beobachten sind. Auf jeden Fall ist es in seinem gesamten Umfang nur selten zu beobachten. Es dürfte weiters nicht nur von der Substanzwirkung und der Art und Dosierung der Einnahme, sondern auch von soziokulturellen und individuellen (psychischen) Einflüssen, insbesondere der Erwartungshaltung, abhängig sein.

☛ In der psychiatrischen Forschung besteht Einhelligkeit darüber, dass Cannabis nicht direkt Psychosen verursacht, dass aber eventuell der Gebrauch der Droge eine bestehende psychische oder konstitutionelle Bereitschaft (Prädisposition) zu psychotischen Reaktionen verstärken kann und dass auch durch den Hanfrausch psychotische Zustandsbilder ausgeklüftet werden können.

☛ Des Weiteren kann es in zeitlicher Distanz zum akuten Cannabisgebrauch zu *Nachhall-* oder *Echo-Phänomenen (Flash-Back-Erfahrungen)* ☛ Flash-Back-Erfahrungen kommen. Es handelt sich dabei um die subjektive Empfindung unter Substanz Einfluss zu stehen und die Effekte der Droge zu erleben, ohne dass aktueller Konsum besteht. Die Ursache dieses Phänomens ist noch nicht geklärt.

☛ *körperlich*: Körperlich merkbare und überdauernde Beeinträchtigungen treten ebenfalls nur bei hochdosiertem und regelmäßigem Gebrauch der Substanz in Erscheinung. Im Allgemeinen sind sie reversibel, das heißt, sie verschwinden bald wieder, wenn kein Cannabis mehr gebraucht wird. Gesichert ist eine Schädigung des *Lungenepithels* und der *Bronchialschleimhaut* bei chronischen Cannabisrauchern. Diese Schädigung ist vergleichbar jener, die auch bei Tabakrauchern auftritt. Es ist jedoch zu bedenken, dass rauchbare Cannabiszubereitungen bis zu 10 mal mehr Teerstoffe enthalten können als der Rauchtobak. Chronisch und hochdosiert rauchende Cannabiskonsumenten leiden außerdem oftmals unter Reizungen und Entzündungen der oberen Luftwege (Rachen-, Luftröhrenkatarrh).

Der chronische Gebrauch des Stoffes beeinträchtigt außerdem die Synthese der *Geschlechtshormone*. Bei Männern kann eine Reduktion der Spermienanzahl eintreten, auch können die Samenzellen dann krankhafte Veränderungen aufweisen. Bei Frauen können *Zyklusunregelmäßigkeiten* auftreten; es wird die *Lutealphase* verkürzt, wodurch der menstruelle Zyklus als Ganzes verkürzt abläuft. Obwohl die antiandrogene (gegen die Wirkung des männlichen Geschlechtshormons gerichtete) Wirksamkeit der Hanfdrogen als abgesichert gelten kann, liegen bislang keine schlüssigen Hinweise darauf vor, dass diese pharmakologische Wirkung auch klinische Auswirkungen nach sich zieht. Es konnten weder *Libidoverlust* (Verlust des sexuellen Verlangens) noch eingeschränkte Fruchtbarkeit als eindeutige Folge chronischen Cannabisgebrauches mit auch nur annähernder Sicherheit erfasst werden.

Eine ähnliche Situation besteht hinsichtlich der Beeinträchtigung der Funktion des *Immunsystems* bei chronischem hochdosiertem Gebrauch. Im Tierversuch wurde eindeutig eine immunsuppressive Eigenschaft (Beeinträchtigung der Immunreaktion) der Hanfdrogen fassbar. Beim Menschen hingegen scheint dieser Effekt nur schwach ausgeprägt zu sein und führt auf jeden Fall – nach dem bisherigen Stand der Forschung – nicht dazu, dass sonst gesunde Menschen einem verstärkten Infektionsrisiko unterliegen, weil sie längerfristig Cannabis konsumieren.

Als direkter Verursacher von Herz-Kreislauf-Erkrankungen scheint Cannabis nicht in Frage zu kommen. Der chronische Gebrauch der Droge kann jedoch bereits bestehende Erkrankungen dieses Systems akzentuieren und auch die Bereitschaft zu Herzrhythmusstörungen fördern.

Halluzinogene Unter Halluzinogenen verstehen wir Stoffe, die hauptsächlich eine Veränderung/Beeinträchtigung der *Wahrnehmungsprozesse* bewirken. Viele dieser Stoffe sind als natürlich vorkommende Alkaloide in bestimmten Pflanzen (Kakteen, Pilzen, Beeren und Gräsern) enthalten, andere werden synthetisch hergestellt.

Die bekanntesten pflanzlichen Halluzinogene sind:

Mescaline bzw. *Peyote*; enthalten im Kaktus *Lophophora Williamsi* oder *Anhalonium Lewini*.

gen der Halluzinogene gehört es, dass sie *synästhetische Empfindungen* vermitteln können. Das heißt, dass bei Personen, die unter dem Einfluss dieser Drogen stehen, ein Sinnesreiz einer bestimmten Qualität eine Wahrnehmung auf einem andern Sinnesbereich auskoppeln kann. Farben werden gehört, Klänge in Farben und Formen umgesetzt.

Personen, die eine derartige Droge eingenommen haben, wissen, dass sie unter ihrem Einfluss stehen. Das Bewusstsein ist dementsprechend nicht voll ausgelöscht. Phasenhaft kommt es jedoch während des Rauschzustands zum Gefühl des Ich-Verlustes und damit einer weit gehenden Einschränkung des Bewusstseins.

Die Berauschten sind äußerst leicht beeinflussbar. Dementsprechend können ihnen auch bestimmte Erlebnisse, Erfahrungen und Stimmungen suggeriert werden. Bekannt wurde, dass auf diese Weise religiöse, mystische Erfahrungen vermittelt werden konnten. Kritiker dieser Methode sprachen von „instant mystic“, analog zu „instant coffee“, Befürworter priesen die Halluzinogene als „Pforten der Erkenntnis“ (Aldous Huxley) und bezeichneten den durch Halluzinogene vermittelten Zustand als *Bewusstseins-erweiterung*. Die meisten klinischen Psychiater wiederum interpretierten

Bewusstseins-erweiterung ☞ diesen Zustand als *Modellpsychose* und als *Bewusstseins-einschränkung*.

Die Halluzinogene beeinflussen auch die Stimmungslage. Auch dabei spielen allerdings äußere Einflüsse eine bedeutende suggestive Rolle. Ebenso bedeutend sind aber auch die Erwartungen, die der Gebraucher der Droge entgegenbringt, die Stimmung, die die Drogeneinnahme begleitete, der psychische Erfahrungshintergrund und das psychische Reaktionsmuster des Konsumenten. Der Halluzinogeneffekt ist in dieser Hinsicht besonders stark von „set und setting“ geprägt.

Des Weiteren beeinflussen Halluzinogene auch das vegetative Nervensystem und die motorische Leistung.

Dauer des Rauschzustands: LSD etwa 8 Stunden, Mescaline 4 bis 6 Stunden.

Dosierung: LSD ist äußerst stark wirksam. Die durchschnittliche Wirkungsdosis beträgt 25 bis 100 Mikrogramm. Für einen Mescalinrausch werden hingegen Grammdosen benötigt.

Akute Wirkung der Nachtschattendroge Sie verläuft als Atropinvergiftung. Dabei liegt ein delirantes Zustandsbild mit hohem Fieber und Trockenheit der Schleimhäute vor. Das Delir setzt sich zusammen aus vor allem optischen Halluzinationen und einer massiven Beeinträchtigung des Bewusstseins. Relativ häufig glauben die Deliranten, dass sich ihr Körper vom Boden ablöst und dass sie fliegen können (Levitationserlebnisse). Diese Trugwahrnehmungen begründen die Verwendung der Nachtschattengewächse in Hexenkulten und im Schamanismus.

Toleranz und Abhängigkeit Die Entstehung von pharmakologischer Toleranz wurde beobachtet. Psychische Abhängigkeit kann auftreten, physische Abhängigkeit entsteht nicht. Eine soziale Bindung an den Gebrauch von Halluzinogenen in kleinen religiös oder künstlerisch ausgerichteten Gruppen lässt sich immer wieder finden. Der Gebrauch der Substanzen hielt sich nach dem Gipfel im Kontext des *Psychedelismus* der 60er und frühen 70er Jahre zunächst auf sehr niedrigem Niveau. Seit den späten 80er Jahren ist allerdings ein gewisses „psychedelisches Revival“ zu beobachten. Auf Grund von Persönlichkeitsfaktoren und/oder situativen Einflüssen kann ein Zustand eintreten, den wir klinisch als *averse Reaktion*, populär als *Horror-Trip* bezeichnen. Dabei handelt es sich um eine akut verlaufende psychotische Reaktion von zumeist ängstlich-paranoidem Charakter. Die Betroffenen fühlen sich verfolgt, empfinden quälende innere Leere (Ich-Verlust), den Stillstand der Zeit und meinen, dass der Einfluss der Droge niemals ein Ende finden wird. Zumeist klingen diese Zustandsbilder jedoch mit dem Abfluten der Drogenwirkung wieder ab.

☞ Länger dauernde *averse Reaktionen* können jedoch auch Wochen und Monate anhalten und verlaufen dann wie jede andere Erkrankung vom Typus der durch äußere Einflüsse ausgelösten Psychose (*exogener Reaktionstyp*).

☞ Liegt eine schwere latente Grundstörung der Persönlichkeit vor, kann diese durch den Halluzinogeneffekt aktualisiert und auf Krankheitsniveau gehoben werden. Man spricht dann davon, dass eine Psychose „ausgeklinkt“ wurde. Dieses Zustandsbild ist dann aber nicht auf die Drogenwirkung direkt zurückzuführen; es ist keine LSD (Mescaline, Psilocybin, etc.)-Psychose.

Chronischer Gebrauch und seine Auswirkungen Auf Grund der sehr eingreifend erlebten Wirkungen der Halluzinogene kommt ein regelmäßiger Gebrauch dieser Stoffe, der längere Zeit hindurch betrieben würde, nur sehr selten vor. Daher ist auch nichts über bleibende Schäden bekannt, die ein intensiverer Gebrauch hinterlässt. In den 70er Jahren wurde verbreitet, dass LSD genetische Schäden bewirken könne. Diese Behauptungen konnten aber nicht bestätigt werden.

Flashbacks ➤ Als überdauernde Auswirkung von Halluzinogenerfahrungen können jedoch die *Flashbacks* oder *Echo-(Nachhall)-Psychosen* gelten. Dabei handelt es sich um Zustandsbilder, die auch längere Zeit nach einer Halluzinogeneinnahme und unabhängig von einem akuten Gebrauch eintreten. Die Betroffenen fühlen sich unter dem Einfluss der Droge stehend und erleben im nüchternen Zustand die selben Veränderungen der Wahrnehmung, der Stimmung und des Empfindens, die sonst nur unter aktuellem Drogeneinfluss spürbar werden.

Als Ersatzstoffe für die echten Halluzinogene werden viele Arzneimittel, die verschiedenen Stoffgruppen zugehören, missbraucht:

- Antihistaminika und Reisemittel wegen ihrer Atropinwirkung;
- Hustenmittel, die zum Teil Opiumderivate sind (Dextrometorphan).
- Narkosemittel: *Phencyclidin* (Szene-Name: „Angel Dust“), *Ketamin*.

Opiate Unter diesem Begriff erfassen wir sowohl die natürlichen Abkömmlinge des aus dem Schlafmohn gewonnenen Opiums wie auch halb- und ganzsynthetische Stoffe (z.B. *Methadon* oder *Dolantin*).

Akute Wirkung

■ *körperlich*: *Analgesie* (Schmerzbetäubung), Dämpfung des Hustenreizes, Dämpfung der Darmmotilität (stopfende Wirkung). Brechreiz, Pupillenverengung. Nach anfänglicher Erregung allgemeine Dämpfung des vegetativen Nervensystems.

■ *seelisch*: *Dysphorie* (Verstimmung) oder *Euphorie* (gehobene Stimmung), Müdigkeit, Schweregefühl, Bewusstseinstrübung.

Akute Vergiftung Als Hauptsymptome bestehen Koma, Verengung der Pupillen auf den Umfang von Stecknadelköpfen und Beeinträchtigung der Atmungsfunktion.

Toleranz und Abhängigkeit *Pharmakologische Toleranz* gegenüber den verschiedenen Wirkungen der Substanz tritt rasch ein und kann ein hohes Ausmaß erreichen (eventuell bis zum Hundertfachen der medizinisch gebräuchlichen Einzeldosis). Körperliche und psychische Abhängigkeit treten bei starker individueller Schwankungsbreite bei fortgesetztem und regelmäßigem Gebrauch rasch ein. Bemerkenswert ist allerdings, dass medizinisch gut eingestellte Patienten, die Opiate zur Bekämpfung intensiver Schmerzzustände verordnet erhalten, keineswegs regelmäßig klinisch relevante Zeichen der Abhängigkeit entwickeln. Dass körperliche Abhängigkeit eingetreten ist, lässt sich am Auftreten von Abstinenzerscheinungen bzw. eines akuten *Entzugssyndroms* erkennen.

Entzugssyndrom Allgemeine vegetative Übererregtheit und Durchfall. Es bestehen subjektiv äußerst qualvoll erlebte Schmerzsensationen. Die Stimmungslage ist verändert im Sinne einer *Dysphorie* (Verstimmung) oder Depression, ev. auch einer aggressiv-gereizten Verstimmung.

Auswirkungen chronisch abhängigen Gebrauches

Die Auswirkungen auf seelische Prozesse und auf das Sozialverhalten sind sehr unterschiedlich und von der seelischen Struktur des Abhängigen und dem sozialen Umfeld mitbedingt. Der sozialen Kontrolle und Etikettierungsprozessen kommt große Bedeutung zu. Das in den Medien gängige Bild des sozial abgesackten Opiatabhängigen gibt nur eine mögliche Entwicklung wieder, die allerdings in unserer Gesellschaft und bei den aktuell gegebenen Einstellungsmustern und Kontrollmaßnahmen sehr häufig eintritt. Auf die körperliche Befindlichkeit nimmt der chronische Opiatgebrauch erstaunlich wenig Einfluss: Es können allergische Reaktionen auftreten. Weiters kommt eine störende Auswirkung auf das Geschlechtsleben darin zum Ausdruck, dass als Folge des Einflusses, den Morphin auf die Hormonkybernetik ausübt, opiatabhängige Frauen oftmals unter Zyklusunregelmäßigkeiten leiden oder amenorrhöisch (die Regelblutungen bleiben aus)

werden. Andere Beeinträchtigungen des körperlichen Zustands sind indirekte Folgen des pharmakologischen Wirkungsspektrums der Opiate. So führt z.B. die analgetische (schmerzbetäubende) Wirkung dazu, dass Zahnschäden erst spät wahrgenommen werden und dass auch andere mit Schmerzen verbundene Erkrankungen verschleiert werden. Im Allgemeinen sind aber die negativen körperlichen Konsequenzen, die dem chronischen Opiatgebrauch zugeschrieben werden, überwiegend Folgeerscheinungen der Art der Substanzzufuhr und nicht des Gebrauches selbst. Besonders gefährlich ist in dieser Hinsicht die intravenöse bzw. allgemein injizierende Zufuhr. Dadurch, dass oftmals unsteriles Injektionsbesteck verwendet wird oder dass mehrere Personen eine Nadel verwenden, besteht

hohe Infektionsgefahr ➤ *hohe Infektionsgefahr*. Derartige Infektionen treten dann sowohl am Ort der Injektion selbst in Gestalt von Abszessen, Hautveränderungen und Gewebszerstörungen zu Tage als auch an den inneren Organsystemen. Besonders häufig werden injizierende Drogengebraucher von Hepatitis (Leberentzündung) befallen. Weiters können bei diesen Abhängigen Infektionskrankheiten auftreten, die sonst als absolut rar angesehen werden, wie etwa Pilzinfektionen an den Herzklappen und der Auskleidung der Herzkammern. Erkrankungen des lymphatischen Systems als Folge injizierenden Gebrauchs können zu Lymphstauungen und Ödemen führen, die eventuell die Amputation einzelner Gliedmaßen erforderlich machen.

AIDS ➤ Weiters verkörpern injizierende Drogenabhängige eine besondere Risikogruppe für das Syndrom der Erworbenen Immunschwäche (*AIDS*). Bei starken regionalen Schwankungen waren, als AIDS bekannt wurde, im Mittel etwa 30 bis 40% dieser Gruppe HIV-positiv, wobei Männer und Frauen betroffen sind. Als Infektionswege kommen sowohl die gemeinsame Verwendung unsterilen Injektionsbestecks als auch ungeschützter Geschlechtsverkehr, vor allem im Kontext von *Beschaffungsprostitution*, in Frage.

☞ Direkte Auswirkungen des chronischen Opiatgebrauches betreffen bestimmte Aspekte des sozialen Lebens. Obwohl es sehr schwer fällt, diese Auswirkungen auf das Sozialverhalten von jenen Einflüssen abzugrenzen, die sich von der Kriminalisierung der Opiatabhängigen ableiten lassen, spricht doch manches dafür, dass der dämpfende Effekt der Opiate einen gewissen Rückzug aus der Geselligkeit fördert, passive Tendenzen zu Tage bringt und die sexuelle Begierde und sexuelle Funktionsfähigkeit einschränkt.

Opiate in der Schwangerschaft und die Sucht der Neugeborenen

Opiate gelangen aus dem mütterlichen Kreislauf in den fetalen Kreislauf indem sie die *Plazentarschranke* passieren. Dementsprechend entwickelt der Fötus eine körperliche Abhängigkeit, von der er gleich nach der Geburt entzogen werden muss. Es wird empfohlen, dass die neugeborenen Kinder opiatabhängiger Mütter sofort in Intensivpflege genommen und auf den Eintritt von Entzugerscheinungen hin beobachtet werden sollen. Als häufigste Komplikation der intrauterin erworbenen Opiatabhängigkeit besteht ein niedriges Geburtsgewicht. Andere recht häufig beobachtbare Symptome bestehen in grobschlägigem Tremor, Reizbarkeit, Muskelstarre und beschleunigter Atmung.

❗ Es liegen keine gesicherten Befunde darüber vor, dass Opiate beim Menschen fetale Missbildungen verursachen. Weiters ist es interessant, dass keineswegs alle Kinder opiatabhängiger Mütter nach ihrer Geburt ein Entzugssyndrom entwickeln.

Kokain Kokain ist ein Alkaloid, das aus den Blättern des in Süd- und Mittelamerika heimischen *Kokastrauches* gewonnen wird. Seit es Ende des vorigen Jahrhunderts auch in den USA und in Europa Eingang in den Arzneimittelschatz fand, kam es immer wieder zu epidemieartig auftretenden Wellen von massivem außermedizinischem Kokainmissbrauch. Die letzte derartige Welle charakterisiert das Drogenproblem der 80er und frühen 90er Jahre unseres Jahrhunderts. Kokain kommt in verschiedenen Reinheitsgraden und Zubereitungsformen auf den illegalen Drogenmarkt. Eine Form, die seit den 80er Jahren in den USA viel gebraucht wird und zu schwer wiegenden gesundheitlichen und sozialen Problemen führt, ist das *Crack*. Dabei handelt es sich um einen billigen Verschnitt von Kokain bzw. alkaloidhaltigen Restmaterialien, die bei der Herstellung von Kokain anfallen, mit Backpulver. Diese Zubereitung ist rauchbar. Kokain selbst wird geschnupft, injiziert oder inhaliert.

Akute Wirkung Erregung der zentralnervösen Zentren (Gehirnwirkung), Euphorie, subjektiv erlebte Steigerung der motorischen Leistungsfähigkeit und des Gedankenablaufes. Appetitreduktion. Starke lokalanästhetische Wirkung. Die Wirkungsdauer der Substanz ist sehr kurz.

Toleranz und Abhängigkeit Kokaingebrauch führt weder zu klassischer Toleranz noch zu physischer Abhängigkeit. Es kommt jedoch zu einer Sensibilisierung des Zentralnervensystems für den Kokaineffekt (*Kindling-Effekt*) nach häufiger Einnahme und damit zu *paradoxe Toleranz*. Psychische Abhängigkeit tritt sehr rasch ein. Diese wird vor allem dadurch bewirkt, dass beim Abklingen der zentralen Stimulation eine Depression eintritt, die subjektiv spürbar wird und das Verlangen nach einer weiteren Einnahme der Substanz bewirkt.

Akute Toxizität Dosierung und Vergiftung: Die *initiale Toleranz* gegenüber Kokain ist subjektiv äußerst unterschiedlich. Als tödliche Dosis werden 1,2 Gramm des reinen Alkaloids angegeben. Es wurden jedoch auch bereits bei der Einnahme von so niedrigen Dosen wie 20 mg schwere Vergiftungserscheinungen beobachtet. Weiters gibt es auch eine *konstitutionelle Unverträglichkeit* im Sinne einer *anaphylaktischen Reaktion** auf den ersten Konsum, die völlig dosisunabhängig den Tod zur Folge haben kann. Im Falle einer Überdosierung tritt der Tod durch Atemlähmung ein.

*akut allergische Reaktion ❖

Komplikationen und Auswirkungen chronischen Gebrauches

■ *psychiatrisch/neurologisch*: Der fortgesetzte Gebrauch hoher Dosen führt zu einem paranoid-halluzinatorischen Zustandsbild, das von heftigen Ängsten charakterisiert ist (*Kokainpsychose*).

❖ Beim Entzug der Droge treten depressive Verstimmungen auf.

Bisweilen können – möglicherweise als Folge der Sensibilisierung des Gehirns – *epileptische Anfälle* auftreten.

❖ Auf Grund der gefäßverengenden Wirkung der Substanz kann es zu *Durchblutungsstörungen* des Gehirns und zu *Schlaganfällen* kommen.

❖ Auch ohne dass es direkt zum Auftreten von Psychosen kommt, können Veränderungen der Persönlichkeit deutlich werden: erhöhte Reizbarkeit, Sprunghaftigkeit, Aggressivität, Depression, Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen.

■ *internistisch*: Beschleunigung der *Herzaktivität*, *Herzrhythmusstörungen*, *Herzinfarkt*. Mangelernährung auf Grund des appetitreduzierenden Effekts der Droge.


■ *Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen*: Da Kokain häufig geschnupft wird,

wird der Nasentrakt besonders in Mitleidenschaft gezogen. Die gefäßverengende Wirkung führt zu Schnupfen, Nebenhöhlenentzündungen, Nasenbluten, Geschwüren der Nasenschleimhaut und in seltenen Fällen auch zur Zerstörung der Nasenscheidewand.

Kokain in der Schwangerschaft und Auswirkungen auf den Foetus

Die Substanz reduziert die Blutzufuhr zur Plazenta und kann in den fetalen Kreislauf übertreten. Als Auswirkung davon wurden sowohl eine höhere Rate von *Spontanabortus* und vorzeitiger Ablösung der Plazenta, als auch der Neugeborenen eine höhere Rate von Missbildungen und von Sterblichkeit zur Zeit des Geburtstermins beschrieben.

Weckmittel und Appetitzügler (Amphetamine)

Auf Grund internationaler Kontrollen sind diese Substanzen nahezu zur Gänze aus dem Arzneimittelschatz verschwunden. Bestimmte Amphetaminderivate finden allerdings immer noch in der Kinderheilkunde und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Verwendung. Sie werden zur Behandlung hyperaktiver Kinder eingesetzt. Auf dem illegalen Drogenmarkt spielen sie jedoch eine konstant bleibende Rolle. Ähnlich wie im Fall des Kokain kam es auch bei diesen an- und erregenden Substanzen zu epidemieartig auftretenden Missbrauchswellen. Besonders betroffen von massivem und weite Bevölkerungskreise erfassendem Amphetaminmissbrauch waren Japan in den späten 40er und frühen 50er Jahren und Schweden in den 50er Jahren. Die Amphetamine spielten aber auch in der Jugend- und Pop-Kultur der 60er Jahre international eine große Rolle. Dies obwohl sie gerade innerhalb dieser Szenen einen üblen Ruf genossen: *speed kills* war ein geläufiger Slogan – und „Speed“ ist im Drogenjargon eine Bezeichnung für diese Substanzen. In den 90er Jahren kam es wieder zu einer merklichen Zunahme des Amphetamingebrauches in bestimmten Teilkulturen Jugendlicher und junger Erwachsener („Raver“ und ähnliche Gruppierungen). Das ist einerseits eine Folge davon, dass auf dem Schwarzmarkt traditionelle ausschließlich stimulierende Amphetaminderivate fälschlich als Substanzen vom *Ecstasy-Typ* (siehe unten) angeboten werden, andererseits hat sich aber auch eine neue Konsumentengruppe etabliert, die bewusst Amphetamingebrauch betreibt.  speed kills

☒ Gebraucht werden sowohl Amphetamin wie auch das Metamphetamin und andere Amphetaminderivate. Dem Metamphetamin wird die höchste Gefährlichkeit zugeschrieben.

☒ Die Stoffe sind in den verschiedensten Zubereitungen wirksam und werden daher in verschiedener Weise konsumiert: sie werden in Tablettenform geschluckt, in eine rauchbare Form gebracht, als Spray inhaliert oder in Lösung gebracht und injiziert.

☒ Die Stimulantien regen in ganz besonderer Weise die Entwicklung eines bestimmten Szenejargons an. So hieß etwa eine besondere Art von Amphetamin-Tabletten in der Szene „Purple Hearts“, eine populäre Bezeichnung für Metamphetamin war und ist „Kristall“ beziehungsweise „Crystal“, die rauchbare bzw. inhalierbare Form von Metamphetamin wird „Ice“ oder auch „Shabu“ genannt. Diese Begriffsbildungen werden dann oftmals über populäre Pop-Songs an das jugendliche Publikum herangebracht.

Akute Wirkung Zentrale Stimulation (Weckwirkung), Stimmungsaufhellung und eventuell Euphorie. Beschleunigung des Gedankenablaufes, Erleichterung psychomotorischer Handlungen, Appetitdämpfung, ev. sexuelle Erregung.

Toleranz und Abhängigkeit Vor allem hinsichtlich des appetithemmenden Effekts tritt rasch Toleranz ein. Aber auch die Dosis, die zur Aufhellung der Stimmung benötigt wird, muss oft rasch gesteigert werden. Da nach dem Absetzen der Substanz ein mehrere Tage anhaltendes *Entzugssyndrom* auftritt, das sich in verlängertem Schlaf, Müdigkeit und gesteigerter Esslust äußert, kann angenommen werden, dass das Amphetamin körperliche Abhängigkeit bewirkt. Die psychische Abhängigkeit ist oftmals extrem stark ausgeprägt. Auch das Ausmaß der *pharmakologischen Toleranz* kann extreme Ausmaße erreichen.

Auswirkungen chronischen Gebrauches

☒ *psychisch*: Übererregtheit, Schlafstörungen, Essstörungen, paranoide Psychose, die akut oder chronifiziert verlaufen kann, Angstreaktionen, „Entzugsdepression“, aggressives Verhalten, ev. Abgleiten in Kriminalität.

☒ *körperlich*: Nach dem Gebrauch bestimmter Weckamine wurden krank-

hafte Veränderungen im *Herz-Kreislauf-System* beobachtet. Möglicherweise können diese Substanzen zu Gefäßverengung, Einflusstauung und Vergrößerung der rechten Herzhälfte und zu Schlaganfällen führen.

☞ Oftmals kommt es im Verlauf einer Weckaminabhängigkeit zur Entwicklung eines „up and down cycle“. Die Gebraucher können die Übererregtheit, in die die Stoffe sie versetzen, nicht mehr ertragen und dämpfen sich mit Schlafmitteln. Nachdem sie Ruhe gefunden haben, greifen sie erneut zu den Stimulantien. ☞ up and down cycle

Party-Drogen: Designer-Drogen und „synthetische Drogen“

Der Begriff „Designer-Jeans“ leitet sich davon ab, dass bestimmte Modeschöpfer die alte Gestalt der amerikanischen Cowboyhosen geringgradig verändern – meist ohnehin nur durch ein Firmenetikett – und diese Kleidungsstücke dann als eigene Kreation entsprechend teuer vermarkten. Ähnlich können geschickte Chemiker mit chemischen Formeln und Strukturen umgehen. Wenn man etwa am Amphetamin- oder am Morphin-Molekül eine Seitenkette verändert oder eine neue Substitution in die Amphetaminstruktur einführt, entstehen dann neue Substanzen mit ähnlicher Wirkung wie die Ausgangssubstanz, bisweilen aber mit intensivierter oder qualitativ veränderter Wirkung. Es sind eine Unzahl derartiger Stoffe denkbar. Alexander Shulgin, der als Pharmakologe in diesem Feld tätig war, beschreibt in seinem Buch *Pihkal* etwa 300 Substanzen. Die neu geschaffenen Stoffe werden dann auf den Schwarzmarkt gebracht und finden dort ihre Abnehmer. Für die „Designer“ der neuen Drogen ergibt sich aus dieser Handlungsweise der Vorteil, dass sie nicht nach dem Suchtgiftgesetz belangt werden können, da die von ihnen kreierten Stoffe (noch) nicht in der Liste der Suchtgifte bzw. der verbotenen Substanzen aufscheinen. Ein weiterer Aspekt des „Designs“ besteht darin, dass die Stoffe unter fantastischen Namen (z.B.: Mitsubishi), mit verschiedenen Logos (z.B.: Smiley) und in vielen unüblichen Gestalten angeboten werden.

☞ Prinzipiell stellen die *Designer-Drogen* für ihre Gebraucher ein erhebliches Risiko dar. Auf das Problem, das die unterschiedliche Kinetik der Stoffe mit sich bringt, wurde bereits weiter oben hingewiesen. Die Substanzen

sind unbekannt, es bestehen keine Gebrauchsregeln, keine geprüften Dosierungsvorschläge; sie sind nicht notwendigerweise zuerst im Tierversuch und dann in der klinischen Prüfung am Menschen auf Wirksamkeit und Verträglichkeit geprüft. Die Bestrebungen, diese Entwicklung auf internationalem Niveau unter Kontrolle zu bringen, hat zur Etablierung eines „Frühwarnsystems“ geführt. Das funktioniert auf folgende Weise: An die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, bzw. englisch EMCDDA) in Lissabon werden Meldungen über das Auftauchen neuer Substanzen gerichtet. Von dieser Stelle wird dann ein Bewertungs- und Begutachtungsverfahren hinsichtlich des Risikos, das mit diesen Substanzen verbunden ist, eingeleitet. Diese Bewertung soll rasch erfolgen, um die entsprechenden Kontrollmaßnahmen rasch etablieren zu können.

☞ Hat das Bewertungsverfahren dazu geführt, dass die Substanz identifiziert ist und in die Liste der kontrollierten Stoffe aufgenommen wird, verliert diese dann ihren „Designer-Drogen-Status“. Da es sich bei diesen Stoffen regelmäßig um solche handelt, die in Labors hergestellt (synthetisiert) werden, hat es sich eingebürgert von „Synthetischen Drogen“ zu sprechen. Da die Substanzen im allgemeinen in der Freizeit gebraucht werden, vorzugsweise bei Tanzveranstaltungen aber in zunehmendem Masse auch in Privatwohnungen, werden sie auch „Party-Drogen“ genannt.

☞ Der wichtigste Drogentypus, der in diesem Kontext in den beiden letzten Jahrzehnten Bedeutung erlangt hat, ist der ECSTASY-oder XTC-Typus.

Ecstasy oder XTC (MDMA) Die Substanz, die ursprünglich als „Ecstasy“ vermarktet wurde, war das MDMA, das sich vom Metamphetamin ableitet. Auf Grund einer Ringsubstitution entstehen sowohl hinsichtlich der chemischen Struktur wie auch hinsichtlich der Wirkung Ähnlichkeiten mit halluzinogenen Stoffen, vor allem mit dem *Mescalitin* und dem *Myristicin*, dem halluzinogen wirksamen ätherischen Öl der Muskatnuss. Auf dem Schwarzmarkt werden verschiedene Stoffe unter dem Namen „Ecstasy“ angeboten: neben MDMA, auch MDA, MBDB, MMDA und vergleichbare Amphetaminderivate. Der Gebrauch und Missbrauch dieser Stoffe ist in gewisser Weise seit den späten 80er Jahren an den Lebensstil einer damals neu in Erscheinung tretenden Teilkultur Ju-

gendlicher und junger Erwachsener gebunden, dem seither als *Rave- oder Dance-Kultur* bereits eine gewisse Tradition zukommt.

Akute Wirkung Die Wirkung der Substanz setzt etwa 30 Minuten nach Einnahme ein und hält bis zu sechs Stunden an. Die erwünschten Wirkungen treten bei MDMA bei einer Dosierung von 100 bis 150 mg ein. Höhere Dosen führen relativ häufig zu den unerwünschten Wirkungen, die weiter unten beschrieben werden.

Die erwünschte Wirkung besteht darin, dass der Konsument eine vollständige Entspannung und Ruhe empfindet. Weiters entwickelt er das Gefühl, sich selbst und seine Umwelt intensiver wahrzunehmen, seine Gefühle besser artikulieren und allgemein besser kommunizieren zu können. Die Aggressionsbereitschaft ist herabgesetzt und Schwellenängste werden abgebaut. All diese Wirkungsqualitäten werden unter den Begriff *entaktogene Wirkung* subsummiert.

Ausserdem wird oftmals ein leichter halluzinogener Effekt spürbar. Die Zeitwahrnehmung verändert sich, es kann zu Trugwahrnehmungen im optischen, akustischen und taktilen Bereich kommen.

Auch die Wahrnehmung des eigenen Körpers wird beeinflusst: er wird zumeist sehr angenehm erlebt. Zusammen mit der Entwicklung taktiler Wahrnehmungsveränderungen kommt es zu einer erhöhten Hautsensibilität, was sich in der Wahl der Art der Kleidung niederschlägt (weite Kleidung, leichte und weiche Stoffe).

Unerwünschte Wirkungen und Kompikationen

psychisch:

Akute Komplikationen: Zumeist nach der Einnahme höherer Dosen können Angst- und Panikzustände, in seltenen Fällen auch Wahnvorstellungen und Verwirrtheitszustände auftreten. Ebenfalls sehr selten werden exogen – reaktive psychotische Zustandsbilder beschrieben.

Als unerwünschte kurzfristige Folgeerscheinung des Ecstasygebrauches werden Schlafstörungen, Angstzustände, Appetitlosigkeit, Antriebsarmut und Kreislaufstörungen beschrieben.

Chronische Folgeerscheinungen: Im Tierversuch wurde nachgewiesen, dass MDMA eine neurotoxische Wirkung besitzt, die zu überdauernden

Schäden in serotonergen Neuronen führen kann. Die Annahme, daß diese spezielle Schädlichkeit auch bei menschlichen Konsumenten zu erwarten ist, ist noch nicht ausreichend bestätigt. Allerdings mehren sich seit den späten 90er Jahren Forschungsberichte deren Autoren den Standpunkt vertreten, dass dafür recht hohe Evidenz besteht. Vor allem der deutsche Psychiater Thomasius hat diesbezüglich Erkenntnisse vorgelegt, die er in einer Feldstudie an Drogenkonsumenten in der Rave-Szene gewonnen hat. (Thomasius, 2000). Dieser Autor vertritt auch den Standpunkt, daß die Neurotoxizität des MDMA und der mit diesem verwandten Stoffe spezifisch sei und schließt aus, dass die von ihm beobachteten strukturellen Veränderungen im limbischen System durch den Konsum von Amphetaminen bedingt seien.

☞ Klinisch wird angenommen, dass sich die entsprechenden Spätfolgen als schwer beeinflussbare Depressionen und Gedächtnisstörungen manifestieren.

■ *körperlich:* Die wesentlichste internistische Komplikation des Ecstasygebrauches besteht im *serotonergen Syndrom*. Dabei kommt es zu einem zentralnervös bedingten Anstieg der Körpertemperatur auf über 40 Grad Celsius (Hyperthermie) und zur Austrocknung (Dehydratation). Dazu kommen Blutdruckanstieg, Erhöhung der Pulsfrequenz, Kopfschmerzen und Übelkeit. Von neurologischer Seite kommen Konzentrationsstörungen, Sprachschwierigkeiten, Muskelzittern (vor allem im Kieferbereich) und in seltenen Fällen zerebrale Krampfanfälle (epileptische Anfälle) zur Beobachtung.

☞ In schweren Verläufen kann ein körperlicher Zusammenbruch eintreten.

☞ In seltenen Fällen kam es zu tödlichen Zwischenfällen: Dabei kann einerseits die Hyperthermie und damit verbundener Muskelzerfall mit Nierenschädigung die Ursache sein, andererseits kann es auch zu Hirnblutungen auf Grund der Kreislaufveränderungen kommen. Auch Herzinfarkte, Hirnthrombosen und Hirninfarkte sowie akutes, toxisch bedingtes Leberversagen sind in Einzelfällen zur Beobachtung gekommen.

☞ Ein besonderes Problem ist, dass Komplikationen nicht von der Dauer des Konsums und der Dosierung abhängig sind. Auf der einen Seite gibt es Personen, die über einen längeren Zeitraum hinweg die Drogen gebrauchen, ohne dass Schädigungen eintreten, auf der andern Seite stehen

jene, die schon nach einer einmaligen Einnahme schwer wiegende Komplikationen erleben. Ein erhöhtes Risiko erwächst auf jeden Fall Personen, die unter Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislaufs-Regulationsstörungen oder unter Epilepsie leiden.

Das vielleicht schwerwiegendste Problem, das der Gebrauch der Partydrogen mit sich bringt, besteht jedoch darin, dass vom illegalen Handel ein buntes Gemisch verschiedenartiger Stoffe angeboten wird, die unter ähnlichen Designs vermarktet werden. MDMA und seine Verwandten wird ebenso angeboten wie verschiedene Amphetamin- und Metamphetamin-derivate. Das unkontrollierte Angebot verschiedener Stoffe aus dieser Klasse führt zu Unsicherheiten im Gebrauch, die sich für die Konsumenten unter Umständen fatal auswirken können. Die Substanzen ähneln einander an sich hinsichtlich ihres Wirkungsspektrums, weisen aber Unterschiede hinsichtlich pharmakokinetischer Eigenschaften auf; zu problematischen Auswirkungen, die im Extremfall tödlich verlaufen können, führen etwa Unterschiede hinsichtlich des Wirkungseintrittes. Setzt bei einer der auf den Markt gebrachten Substanzen – wie zum Beispiel bei dem PMA* – die Wirkung später ein, als es ein Konsument erwartet, der mit anderen Stoffen aus dieser Substanzgruppe bereits Erfahrungen gemacht hat, kann dies dazu führen, dass dieser dann meint die Tabletten seien niedriger dosiert und als Folge dieses Trugschlusses mehrere davon einnimmt und sich damit unbeabsichtigt eine Überdosis zuführt.

STP (DOM) Ebenfalls ein Amphetaminabkömmling. Die Substanz ist bereits seit den frühen 70er Jahren bekannt. S.T.P. ist die Abkürzung für „Serenity, Tranquility, Peace“. Es wirkt ähnlich dem LSD, nur hält der Rauschzustand länger an. Auch führt es – ganz im Gegensatz zu seinem Namen – recht häufig zu *Horrortrips*.

Neu kreierte Morphinderivate Diese leiten sich meistens vom *Fentanyl* ab, einem äußerst stark wirksamen und daher medizinisch nur in der Anästhesiologie gebräuchlichem Opiat. Die in den Schwarzmarkt eingeschleusten Derivate sind ungemein potent. So ist z.B. das 3-methyl-Fentanyl 300x so wirksam wie Heroin. Es ist daher kein Wunder, dass diese neuen und den Gebrauchern unvertrauten Drogen recht oft zu tödlichen Zwischenfällen führen.

PCP-Derivate *Phencyclidin*, eine nicht den Barbituraten zugehörige anästhetisch wirkende Substanz, wurde in den 20er Jahren entwickelt und in den 50er Jahren vermarktet. Auf Grund schwerer psychischer Nebenwirkungen wurde es rasch aus dem Arzneimittelschatz der Humanmedizin herausgenommen. Seit 1965 war es nur mehr unter dem Firmennamen *Sernyl* als Beruhigungsmittel in der Veterinärmedizin zugelassen. Dennoch gelangte es bereits Ende der 60er Jahre unter dem Namen

Angel Dust ☛ *Angel Dust* in die Drogenszene. Es wurde in der Folge wegen seiner heftigen halluzinatorischen Wirkung zu einem begehrten Ersatzstoff für andere Halluzinogene. Die Wirkung der Substanz tritt sehr rasch ein, sie ist sehr intensiv und dauert bis zu 48 Stunden an. Es führt allerdings in unvergleichlich größerem Ausmaß als alle anderen bekannten Substanzen bereits bei der ersten Einnahme zu *Horrortrips* und bei längerfristigem Gebrauch zu *toxischen Psychosen*. Außerdem wird dem PCP zugeschrieben, dass es „kriminogen“ wirksam wird, die Gebraucher zu Gewalttaten verleitet. Die Produktion des PCP wurde 1979 eingestellt. Es ist jedoch von einigermaßen geschickten Chemielaboranten aus leicht zugänglichen und billigen Grundstoffen leicht herstellbar. Insofern kann man es mit Fug und Recht zu den *Designer-Drogen* zählen. Auch sind von ihm 125 Derivate bekannt, die unter verschiedenen Namen auf dem illegalen Markt auftauchen. ☛ Als „Nachfolgesubstanz“ des PCP als nicht-barbitursäurehaltiges Narkosemittel wurde das *Ketamin* entwickelt. Auch dieses Arzneimittel hat bereits Eingang in die Drogenszene gefunden und wird außermedizinisch missbraucht.

Gammahydroxybutyrat (GHB) Diese Substanz ist chemisch verwandt mit dem Neurotransmitter Gamma-Aminobuttersäure (GABA) und hat eine deutlich dämpfende Wirkung auf das Zentralnervensystem. Sie wurde zunächst als Anästhetikum verwendet und fand später auch Eingang in die Behandlung des Alkoholismus. Außermedizinisch tauchte sie in verschiedenen Ländern in der Tanzszene auf. Sie kam dabei unter anderem unter den Namen „Liquid Ecstasy“, „Happiness Drops“ in den Handel.

☛ Die Wirkung wird als ähnlich der des Alkohol, der Tranquilizer oder auch der Hanfdrogen beschrieben. In einer Publikation wurde beschrieben, dass

GHB-Gebrauch zu körperlicher Abhängigkeit führen kann. Niedrige Dosen (10 mg/kg Körpergewicht) wirken entspannend, bei höheren Dosierungen treten jedoch delirante Bilder, eventuell Erbrechen, Übelkeit, Verwirrtheit, Krampfstörungen, in schweren Fällen Atemdepression, Schlaganfall und Koma auf. 1995–2000 wurden in Europa fünf Todesfälle registriert, die auf die Einnahme von GHB zurückgeführt wurden. Unangenehme Nebeneffekte treten vor allem dann auf, wenn die Substanz gemeinsam mit anderen Drogen genommen wird.

Der Gebrauch der Substanz findet bislang nur in kleinen Gruppen statt. Dies obwohl sie aufgrund ihres niedrigen Preises auch als „Alkohol des armen Mannes“ bezeichnet wird.

Polytoxikomanie* Nur die Abhängigen vom Alkohol-Typ gebrauchen zum überwiegenden Teil nur ihre eine Droge, wenngleich auch in diesem Bereich eine zunehmende Tendenz zu erkennen ist, den Gebrauch von Alkohol mit dem von Tranquilizern zu kombinieren. Dieses neue Gebrauchsmuster war früher fast ausschließlich bei Frauen zu beobachten, greift aber mehr und mehr auch auf männliche Alkoholkranke über. *Mehrfachabhängigkeit

Illegaler Drogengebrauch in der Drogenszene hingegen folgt zumeist dem Muster des *Mischkonsums* und der *Mehrfachabhängigkeit*. Diesem Phänomen liegen mehrere Ursachen zu Grunde:

Persönliche: Ein gerade messbarer prozentueller Anteil der Bevölkerung neigt dazu, alle erdenklichen Drogen auszuprobieren und dazu noch in stärkerem Ausmaß Alkohol zu konsumieren. Nach einer vor kurzem durchgeführten Untersuchung lassen 1 bis 2% der 15 bis 40-jährigen Österreicher diese Neigung erkennen.

Die Ökonomie des Schwarzmarktes: In der Drogenszene sind die Märkte für verschiedene illegale Drogen nicht getrennt. Das führt dazu, dass immer jene Drogen gekauft und gebraucht werden, die gerade angeboten werden. Dieses Verhalten wird außerdem durch die Uninformiertheit der Konsumenten gefördert.

Die individuelle Ökonomie: Personen, die von Substanzen mit hohem Schwarzmarktwert (Kokain, Heroin) abhängig sind, können es sich meistens nicht leisten, regelmäßig ausschließlich diese eine Substanz zu er-

werben. Sie sind dazu gezwungen, zeitweilig billigere Drogen vergleichbaren Wirkungsspektrums zu nehmen oder auf Substanzen auszuweichen, die Entzugserscheinungen unterdrücken können. Als Folge davon entwickelt sich schließlich eine Mehrfachabhängigkeit. Dieser Zustand stellt ein erhebliches medizinisches Problem dar, da die Entzugssyndrome bei Mehrfachabhängigkeit wesentlich komplizierter verlaufen als etwa im Fall einer „reinen Heroinabhängigkeit“. Generell führt Mischabhängigkeit bei den Betroffenen zu einem ausgeprägteren und raschen körperlichen, geistigen und sozialen Verfall.

Beobachtungen

Q. Theoriam :- $\sqrt{}$

Die Diskussion um die Einstiegsdroge

Im Kontext der *Polytoxikomanie* ist auch die *Einstiegsdrogentheorie* zu diskutieren.

Immer wieder wird behauptet, dass der Gebrauch von Hanfdrögen als Schrittmacher für Experimente mit anderen „härteren“ Drogen und schließlich für Abhängigkeit dient. Für diese Interpretation verläuft der Weg der Sucht nahezu zwangsläufig in linearer Weise vom Haschischgebrauch zur Opiatabhängigkeit. Haschisch wird deshalb als *Einstiegsdroge* bezeichnet. Dabei wird übersehen, dass es zwar richtig ist, dass viele Personen, die sich in der Drogenszene befinden und gerade opiatabhängig sind, auch Erfahrungen mit Cannabis aufzuweisen haben, dass aber andererseits nur ein ganz geringer Anteil all jener, die jemals Cannabis gebrauchten, auch zu anderen Drogen – abgesehen von Alkohol und Nikotin – greift. Auf Grund dieses immer wieder beobachtbaren Sachverhalts ist die *Einstiegsdrogentheorie* abzulehnen. Die Opiatabhängigen unterliegen vielmehr jenen Einflüssen, die vorhin als ursächliche Faktoren für die Entstehung von *Polytoxikomanie* beschrieben wurden.

Auch muss bedacht werden, dass die überwiegende Mehrzahl der Jugendlichen ihre ersten Erfahrungen mit der Wirkung psychoaktiver Stoffen auf dem Wege des Alkohol- und des Nikotingebrauches gewinnt. Eine weitere, zahlenmäßig allerdings recht kleine Gruppe, kann auch bereits in der Frühadoleszenz auf Erfahrungen hinsichtlich der Wirkung psychoaktiver Arzneimittel zurückblicken.

Ursachen des Drogengebrauches und der Drogenabhängigkeit

Warum beginnt man legale und/oder illegale Drogen zu gebrauchen? Warum und auf welchem Wege entwickelt sich abhängiger Gebrauch?

Als Folge der Besorgnis, die der zunehmende Drogengebrauch in unserer Gesellschaft bewirkt, bestehen Bemühungen, Einflüsse, die dieses Verhalten einerseits fördern und andererseits unter Kontrolle halten, zu erkennen. Besondere Bedeutung kommt dabei naturgemäß der Erforschung der Ursachen, die Jugendliche und junge Erwachsene zum Drogengebrauch veranlassen, zu. Gilt doch die Bereitschaft junger Menschen in ih-

rer Freizeit Alkohol- und Drogen zu konsumieren als Besorgnis erregendes gesundheits- und sozialpolitisches Problem. Es wird auch angenommen, dass das Jugendalter besonders anfällig ist für schädliche Auswirkungen dieses Verhaltens.

☞ Zunächst muss zwischen verschiedenen Gebrauchsmustern. Nicht jeder Drogenkonsum bedeutet Abhängigkeit differenziert werden. Wir unterscheiden:

■ *Probierer*, die bestimmte Drogen aus Neugierde oder einem sozialen Gruppendruck folgend, sporadisch gebrauchen. So wissen wir, dass im städtischen Milieu ein recht hoher Prozentsatz junger Erwachsener in ihrem Leben 1–2 mal eine Hanfdroge gebraucht hat, ohne deshalb besondere Neigung zur weiteren Wiederholung des Konsums zu entwickeln.

■ *Experimentierer*, die zumeist aus Neugierde und Sensationslust alle erdenklichen Stoffe ausprobieren. Ihre innere Bereitschaft zum Drogengebrauch ist größer als die der Probierer, aber auch sie geraten nur selten in den Teufelskreis der Abhängigkeit.

■ *Problematische Konsumenten*, die Drogen gebrauchen, um innere Spannungen abzubauen, seelischen Fluchtendenzen zu folgen oder anderen Konflikten oder Problemen mittels des Drogengebrauchs zu begegnen. Bei diesen Personen bestehen fließende Übergänge zum seelisch abhängigen Gebrauch. Sie unterliegen prinzipiell einem relativ hohen Risiko in Abhängigkeit zu geraten.

■ *Abhängige Gebraucher*: Nach den Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie und den Erfahrungen, die wir aus dem Umgang mit Adoleszenten (Heranreifenden) sammeln konnten, kann dieses Verhalten für Jugendliche sehr unterschiedliche Funktionen besitzen:

– Drogengebrauch kann ein *Ersatzziel* sein, wenn ein Jugendlicher sich in seiner Entwicklung behindert sieht. Als hindernde Einflüsse können in diesem Sinne Eltern, Schule, aber auch ganz allgemein Anforderungen, die sich aus der sozialen Situation ergeben, erlebt werden.

– Drogengebrauch kann der Ausdruck eines *persönlichen Stilwillens* sein. Er kann Sensationssuche und das Bedürfnis nach neuen Erfahrungen zum Ausdruck bringen und damit auch ein Streben nach Selbstbestätigung erfüllen. In diesem Kontext kann er auch einzelgängerische Motive signalisieren.

- Tendenz zur Normverletzung ❖ – Drogengebrauch kann eine *Tendenz zur Normverletzung* ausdrücken. Dahinter steht dann eine „negativistische Identifikation“ mit von der Gemeinschaft abgelehnten oder zumindest kritisierten Leitbildern oder eine prinzipielle Ablehnung bestimmter gesellschaftlicher Werthaltungen.
- Peergruppe ❖ – Drogengebrauch kann in der *Peergruppe* entstehen, aber auch den Zugang zu einer Gruppe Gleichaltriger, in der Drogengebrauch sich bereits etabliert hat, erleichtern. In verschiedenen Gruppierungen junger Menschen kommt dem gemeinsamen Drogengebrauch und den Ritualen, die damit verbunden sind, hoher kommunikativer Wert zu. Die gemeinsame Tat bestärkt die Gruppenidentität.
- sich erwachsen gebärden ❖ – Drogengebrauch kann eine Art sein, „sich erwachsen zu gebärden“. Das trifft vor allem auf Alkoholkonsum und Rauchen zu. Der Gebrauch anderer Substanzen dient häufiger dem Ziel, sich von der Welt der Erwachsenen abzugrenzen. Allerdings kann man auch die Beobachtung machen, dass manche Jugendliche aus ihrem *Generationskonflikt* heraus zu illegalen Drogen greifen, um von den Erwachsenen ernst genommen und als vollwertige Partner/Gegner anerkannt zu werden.
- Drogengebrauch hilft manchen sozial und persönlichkeitsmäßig schwachen, nicht durchsetzungsfähigen Jugendlichen in der *Drogenszene* einen Ort zu finden, an dem sie *individuelle Kompetenz* und *soziale Macht* gewinnen können.
- Drogenszene ❖
- selbsterstörerische Motive ❖ – Drogengebrauch kann *selbsterstörerischen Motiven* dienen, die in krisenhaft verlaufenden adoleszenten Entwicklungen verschiedenen psychopathologischen Syndromen zu Grunde liegen (z.B. der Magersucht).
- Bewältigungsstrategie ❖ – Drogengebrauch kann aber auch eine *Bewältigungsstrategie* darstellen und eine Art *Selbstheilungsversuch* verkörpern. Er kann der Beruhigung innerer Konflikte dienen, sexuelle und aggressive Triebspannung unter Kontrolle bringen und Angstzustände und Stresssymptome unterdrücken.

Jugend, Stress

und Drogengebrauch

Unter den Auslösern von Drogengebrauch wird gebräuchlich dem *Stress* eine prominente Bedeutung zugewiesen.

☞ Wir alle leben unter Bedingungen, in denen der Einfluss von belastenden „stresshaften“ Einwirkungen nicht auszuschalten ist. Überforderung,

Unterforderung, Situationen sozialen und beruflichen Wandels, Veränderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen, Todesfälle, die politische Lage, all diese Situationen sind im Stande, Stressreaktionen als körperliche Antwort auszulösen. Um die tatsächliche krankmachende Gewalt derartiger Einflüsse richtig einzuschätzen, ist es dementsprechend wichtig, zwischen verschiedenen Arten von Stress zu unterscheiden, die wieder verschiedene körperliche Reaktionen bewirken. Die Stressforschung unterscheidet zwischen *aktivem und passivem Stress*. Aktiver Stress führt in prinzipiell bewältigbaren Forderungssituationen zur Cannon'schen Kampf- oder Fluchtreaktion, passiver Stress in prognostisch schlecht erlebten Situationen zur Selye'schen Stressreaktion.

• Nach dem praktisch sehr bedeutenden *Distress-Konzept* muss man eine weitere Differenzierung einführen. Der oben erwähnte aktive Stress kann sich auch durchaus positiv auswirken. Er kann das Aktivierungsniveau des Einzelnen, das von Mensch zu Mensch äußerst verschieden ausgeprägt ist, so beeinflussen, dass die Aufgaben, die entstanden sind, besser gelöst werden können. Dieser günstige Effekt kann aber nur dann eintreten, wenn die Aufgabe prinzipiell lösbar und die belastete Person subjektiv der Meinung ist, auf die Situation Einfluss nehmen zu können. Sozialer Stress wird aber dann zum – schädlichen – *Distress*, wenn Ungewissheiten bestehen. Ungewissheiten über die Zukunft der sozialen Beziehungen und über die eigenen Möglichkeiten, diese Zukunft zu beeinflussen, rufen Befürchtungen hervor, die das Ausmaß von Vernichtungängsten annehmen können und dann entsprechende körperliche Reaktionen bewirken. Daraus entsteht die Bereitschaft, Aktionen gegen diese befürchteten Gefahren einzuleiten. Die soziale Situation wird demgemäß eigentlich erst zum Stress, wenn sie wahrgenommen und interpretiert wird und die Interpretation dann entsprechende Zukunftsängste und subjektive Mechanismen auslöst, die eine körperliche Reaktion bewirken und aufrechterhalten. Zwischen *Distress* und *passivem Stress* besteht ein enger Zusammenhang.

• Jugendliche befinden sich, entsprechend dem Übergangscharakter der Phase der Adoleszenz, in einer Lebenssituation, in der viele Unklarheiten und Ungewissheiten bezüglich der persönlichen Zukunft in der Gemeinschaft bestehen. Sie müssen sich aus alten sozialen Verbänden lösen. Sie

müssen neue Gefährten, Freunde und Freundinnen, Partner und Partnerinnen finden, müssen lernen, sich in Schule und Beruf zu bewähren. Allzu oft werden sie mit der Erfahrung konfrontiert, über ihr eigenes Schicksal nicht selbst entscheiden zu können; Die andauernde Prüfungssituation, der sie unterliegen, verschärft die Gefühle von Unsicherheit und Ungewissheit. Dem entsprechend sind Jugendliche ganz besonders davon bedroht, dass sie *Stress* als *Distress* erleben. Unter den Mitteln und Wegen, dieser Bedrohung entgegenzusteuern, bietet sich heute der Drogengebrauch als Möglichkeit, die weite Verbreitung und in dieser Funktion auch hohe Akzeptanz gefunden hat, an.

Stress und Drogengebrauch

Nicht nur Jugendliche greifen stressbedingt zur Droge. Ganz allgemein scheint eines der Hauptmotive zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen darin zu liegen, dass diese die Fähigkeit besitzen, Spannungen abzubauen zu helfen. Die „Rolling Stones“ haben in ihrem Song „Mother’s Little Helpers“ der in der Elterngeneration bestehenden Bereitschaft, diese Stoffe als Problemlöser einzusetzen, ein frühes Denkmal gesetzt. Die *Lebensweise der Erwachsenen* stellt in dieser Hinsicht ein sehr problematisches Modell für die Jugendlichen dar. Die Tatsache, dass in der Welt der Erwachsenen „legale Drogen“ verwendet werden – Alkohol, Nikotin und Psychopharmaka – ändert nichts daran, dass diesem Gebrauch vergleichbare Nöte und Zielvorstellungen zu Grunde liegen können, wie dem Gebrauch illegaler Substanzen bei manchen Jugendlichen.

So wurden zum Beispiel von Forschern folgende Ursachen des Alkoholkonsums erhoben:

- Kompensation aktueller oder erwarteter Fehlschläge
- Anpassung an oder Kompensation bestimmter persönlicher Unzulänglichkeiten
- Bekämpfung negativer Gefühle
- Eingeschränkte Erwartung bezüglich der Möglichkeit realer Bedürfnisbefriedigung
- Erleichterung von Gefühlen von Einsamkeit, Trauer, Zorn und Bedrängnis
- Bekämpfung von Minderwertigkeitsgefühlen, Frustrationsempfindungen und Missempfindungen allgemeiner Art.

greifen stressbedingt zur Droge. :-/

- Bekämpfung von Langeweile und Müdigkeit
- Vermittlung von Entspannung
- Stimmungsaufhellung
- Erleichterung des gesellschaftlichen Kontakts
- Bekämpfung körperlicher Unlustgefühle und von Schmerzempfindungen

Viele dieser Trinkmotive lassen den Alkoholkonsum als eine *Coping-Strategie* (Anpassungsleistung) erfassen, die wieder in vielen Fällen von passivem Stress motiviert und gegen Distress-Empfindungen gerichtet erscheint. ❖ Coping-Strategie

■ Ein ganz ähnliches Grundmuster lässt sich auch hinsichtlich des Gebrauchs anderer psychoaktiver Substanzen finden. Auch diese werden von vielen Personen eingenommen, weil sie im Stande scheinen, Spannungen abzubauen und als *Coping-Hilfe* zu funktionieren.

■ Die Erforschung der Zusammenhänge zwischen Stress und Drogengebrauch und die Überprüfung der Annahme, dass die Suche nach *Spannungsreduktion* ein Hauptgrund für den Konsum psychoaktiver Substanzen sein soll (diese Interpretation ist als *Spannungs-Reduktions-Hypothese* bekannt), bedient sich verschiedener Methoden und Forschungsansätze: ❖ Spannungs-Reduktions-Hypothese

■ Man untersucht die Wechselwirkung zwischen Stress und Drogengebrauch.

■ Man untersucht das Ausmaß verfehlter oder problematischer *Anpassungsstrategien* in Bezug auf stresshaften Einflüssen allgemein.

■ Man untersucht die *physiologische Interaktion* (Wechselwirkung) zwischen Drogengebrauch und körperlicher Stressantwort.

■ Man erforscht den Zusammenhang zwischen massiv *stressvollen Situationen* (Katastrophen wie Krieg, KZ, Terrorismus, Erdbeben, Verkehrsunfällen, etc.) und späterem Drogengebrauch.

All diese Forschungen erbringen Hinweise darauf, dass zwischen dem Stress-Niveau und dem Ausmaß des Drogengebrauchs nahezu regelmäßig eine einfache *lineare Beziehung* besteht. Dieser Bezug scheint zu gutem Teil auf die dämpfende Wirkung vieler psychoaktiver Stoffe rückführbar zu sein.

☞ Dementsprechend kann aber auch angenommen werden, dass für bestimmte Personen Drogengebrauch ein adaptives (ausgleichendes), wenn auch riskantes, Verhalten darstellt, das durch stressgeladene Situationen ausgeklübelt werden kann. Die Rolle, die das Modelllernen, die Übernahme weit verbreiteter Gebrauchsmuster dabei spielt, wurde bereits erwähnt.

☞ All diese Überlegungen gelten jedoch mit hinlänglicher Sicherheit lediglich für die Erklärung des Probier- und Experimentiergebrauches der Drogen, allenfalls des problematischen Konsums. Die Beziehung zwischen Stress und abhängigem Gebrauch ist noch weitgehend ungeklärt. Auch kann die *Spannungs-Reduktions-Hypothese* nicht alle Aspekte der stoffgebundenen Abhängigkeit erklären.

Theorien über die Ursachen des Drogengebrauches und der stoffgebundenen Abhängigkeiten

Unter einer *Theorie* verstehen wir eine Feststellung über die Art der Beziehung, die zwischen zwei oder mehr Ereignissen besteht. Theorien sind abstrakte Prinzipien, die dazu dienen sollen, bestimmte Phänomene zu erklären. Eine Theorie wird abgestützt durch *Evidenz*, die die Glaubwürdigkeit und Brauchbarkeit der Theorie bedingt und das Ausmaß, in dem sie verallgemeinert werden kann, bestimmt. Eine Theorie soll weiters dazu beitragen, zur Beschreibung eines Phänomens eine gemeinsame Sprache zu entwickeln und damit vergleichende Betrachtungen erleichtern. Schließlich soll sie auch die Voraussage von Ereignissen ermöglichen.

☞ Bezüglich des Drogengebrauches und der stoffgebundenen Abhängigkeit kam es in den letzten Jahrzehnten vor dem Hintergrund der Zunahme des Drogengebrauches und der wachsenden Bedeutung, die man diesem Verhalten zumaß, zu einer wahren Flut von Theoriebildungen. Bereits 1980 listete ein Autor, der sich die Mühe machte, die bestehenden Systematisierungsversuche kritisch zu revidieren, 43 verschiedene Theorien auf. Dabei räumte er noch ein, selektiv vorgegangen zu sein und solche Theorien, die einem psychosozialen Ansatz folgten, bevorzugt berücksichtigt zu haben.

aller Aspekte der Drogenabhängigkeit umfasst. :-/

☞ Das abstrakte Niveau dieser vielen Theorien ist recht niedrig. Die meisten Theorien, die über unseren Themenbereich entwickelt wurden, sind Subtheorien, die das Phänomen von Standpunkt einer bestehenden Theorie aus erklären wollen. Auch folgen sie im Allgemeinen einem begrenzten Ansatz und berücksichtigen im Erklärungsversuch isoliert entweder biologisch/medizinische, psychologische oder soziologische Modellvorstellungen. Bislang existiert keine Theorie, die eine plausible Erklärung aller Aspekte der Drogenabhängigkeit umfasst. Erst in letzter Zeit kommt es zu Versuchen in die Richtung umfassender Theoriebildung.

☞ Noch schlechter als um den Erklärungswert ist es um den Voraussagewert der geläufigen psychologischen und soziologischen Theorien bestellt. Dies ist eine Folge davon, dass die Theorien im Allgemeinen aus Erkenntnissen an begrenzten Gruppen, die bestimmte Merkmale haben und aus bestimmten soziokulturellen Verhältnissen stammen, verallgemeinert werden. Voraussagen können jedoch aus dieser Theorie wieder nur für Kollektive gewonnen werden, die in wesentlichen Merkmalen und hinsichtlich ihrer sozialen Einbettung jener Gruppe entsprechen, an der die Beobachtungen gemacht wurden, die zur Theoriebildung herangezogen werden konnten. Es ist daher zum Beispiel kaum möglich in den USA entwickelte Theorien prognostisch für Europa zu verwenden.

☞ Diese Schwächen, unter denen die Theorie des Drogenmissbrauchs und der Sucht zu leiden hat, sollten allen klar sein, die vor der Aufgabe stehen, wirksame Methoden zur Bekämpfung des Drogenmissbrauchs zu entwickeln. Aus diesem Wissenshintergrund ableitbare Skepsis ist vor allem dann angebracht, wenn derartige Theorien als Grundlage von Vorschlägen herangezogen werden, wie man „das Drogenproblem“ zur Lösung bringen kann. Für jede Theorie, die eine Lösung anbietet, können mehrere andere gefunden werden, die andere und konträre Lösungen wahrscheinlicher erscheinen lassen.


☞ Dennoch sollen in der Folge einige ausgewählte Theorien aus den natur-, human- und sozialwissenschaftlichen Lehrgebäuden kurz dargestellt und hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit bewertet werden.

Pharmakologische Theorien

Pharmakologische Theorien sind in besonderer Weise geeignet abhängigen Gebrauch zu erklären. Sie binden den abhängigen Gebrauch einer psychoaktiven Substanz an deren spezifischen, pharmakologisch messbaren Effekt. Nach diesem Verständnis kann man dann von Abhängigkeit sprechen, wenn nach fortgesetztem Gebrauch einer Substanz *Entzugerscheinungen* auftreten. Insofern entspricht der pharmakologische Abhängigkeitsbegriff der oben dargestellten Definition der *körperlichen Abhängigkeit*. Dementsprechend kann die pharmakologische Theorie vorzugsweise jene Prozesse erklären, die zur Abhängigkeit von Alkohol, von Opiaten und von Schlaf- und Beruhigungsmitteln führen.

Der höchste Erklärungswert innerhalb der heute bestehenden pharmakologischen Theorien, wenngleich auch immer noch hoch spekulativ, kommt Überlegungen zur Ursache und Entstehung der Opiatabhängigkeit zu.

Das Endorphinsystem und die Opiatabhängigkeit

1973 erkannte man, dass der Organismus die Wirkung der Opiate dadurch ermöglicht, dass er den Opiat-Rezeptoren  atmolekülen spezifische Bindungsstätten – *Rezeptoren* – die nach dem *Schlüsselloch-Schlüssel-Prinzip* funktionieren, zur Verfügung hält. Diese Rezeptoren befinden sich auf den Membranen der Nervenzellen und kommen in verschiedenen Strukturen des Gehirns und des Rückenmarks vor. Während sie in allen Wirbeltierarten gefunden werden konnten, kommen sie bei niedrigen Tiergattungen nicht vor. Das spricht dafür, dass die Entwicklung dieser spezifischen Rezeptoren einer relativ hohen evolutionären Stufe entspricht.

Da es unwahrscheinlich schien, dass derart hochspezifische Bindungsstätten für eine Substanz, die nicht im Körper selbst gebildet wird, vorliegen sollten, suchte man nach körpereigenen Substanzen, die an diese Rezeptoren gebunden werden und konnte schließlich 1975 derartige *Liganden*, (so nennt man Moleküle, die sich an Rezeptoren binden), zur Darstellung bringen. Man fand sowohl kleine Peptide (Eiweißkörper), die aus einer Kette von 5 Aminosäuren bestehen (*Enkephaline*), als auch eine langkettige Peptidstruktur (*beta-Endorphin*), die sich an Rezeptoren in der

Hypophyse bindet. Seither spricht man von Endorphinen, wenn man generell Peptide mit morphinähnlicher Wirkung meint. Das oben erwähnte lange Hypophysenpeptid heißt *beta-Endorphin*, die kurzkettigen Gehirnpeptide nennt man *Enkephaline*.

☞ In den Jahrzehnten, die seit diesen Entdeckungen verstrichen sind, wurde die *Endorphinforschung* extensiv betrieben. Sie ist experimentell ausgerichtet und bedient sich zumeist der Methode der Tierversuche. Klinische Forschung am Menschen ist sehr schwierig und sehr teuer. ☞ Endorphinforschung

☞ Zu den relevanten Funden zählt, dass Versuchstiere aber auch Menschen von extern zugeführtem Endorphin abhängig werden. Man fand weiters, dass es mehrere Arten von Rezeptoren gibt, die Endorphinen mit verschiedener Wirkung zur Verfügung stehen: My-, Delta-, Kappa-, und Sigma-Rezeptoren. Für die Entstehung von Opiatabhängigkeit scheinen vor allem das Beta-Endorphin und die My-, möglicherweise aber auch die sigma-Rezeptoren von Bedeutung zu sein. Auf jeden Fall steht dieser Teil des Endorphinsystems in engem Zusammenhang mit dem „zerebralen Belohnungssystem“, das er aktivieren dürfte.

☞ Es ist noch unklar, welche Rolle diese körpereigenen Stoffe in der Entwicklung der Abhängigkeit von extern zugeführten Opiaten spielen. Der bedeutende amerikanische Forscher *Goldstein* hatte allerdings schon früh ☞ Goldstein (1979) eine pharmakologisch/physiologische Theorie formuliert, nach der das Endorphinsystem auf zwei verschiedene Arten Einfluss auf die Opiatsucht haben könnte. Zum einen könnte durch die Zufuhr exogenen Opiats eine Situation geschaffen werden, wie wir sie in der Endokrinologie zum Beispiel für die hormonelle Empfängnisverhütung ausnützen. Es kann angenommen werden, dass das zugeführte Opiat die Rezeptoren besetzt und damit die Bildung der Endorphine blockiert. Eine Beendigung der externen Zufuhr bewirkt dann eine Entgleisung im Endorphinsystem, da die Produktion der Endorphine erst wieder anlaufen muss. Möglicherweise dauert es recht lange, bis die normale Funktion des Systems wieder hergestellt ist. Der spür- und sichtbare Ausdruck dieser Imbalance wären dann die Entzugserscheinungen.

☞ Des Weiteren spekulierte *Goldstein* auch innerhalb genetischer Modellvorstellungen. Er meinte, dass möglicherweise angeborene oder früh erworbene Defekte in der Endorphinproduktion bei bestimmten Personen zu

einer erhöhten Anfälligkeit von extern zugeführtem Opiat abhängig zu werden, führen könnten.

☞ Diese *Goldsteinschen Thesen* sind bis heute die radikalsten biologischen Erklärungsversuche der Opiatabhängigkeit. Wir müssen noch abwarten, ob sie durch weitere Forschung bestätigt werden.

☞ Auch für Benzodiazepine und für Cannabis wurden entsprechende Rezeptoren gefunden. Dementsprechend gelten auch für diese Stoffe Annahmen, dass der menschliche Körper „eigene“ vergleichbare Substanzen produziert.

Andere biologische Theorien

Die biologische Theoriebildung versucht, stoffgebundene Abhängigkeiten auf biologische Prozesse und Gesetzmäßigkeiten zurückzuführen und dadurch erklärbar zu machen. Zu diesem Zweck werden vor allem genetische Verhältnisse und physiologische Funktionen und ihre biochemische Basis untersucht. Bis vor wenigen Jahren galt das Hauptinteresse der biologischen Forschung dem Alkoholismus. In der Zwischenzeit wandte sich dieses Erkenntnisinteresse jedoch mehr und mehr auch andern psychoaktiven Stoffen zu. In der letzten Entwicklung besteht sogar das Bemühen, eine theoretische Vorstellung der biologisch bedingten Abhängigkeit zu entwickeln, die sich nicht eng auf eine Substanz eingrenzt, sondern eine umfassendere Konzeption ermöglichen soll.

Genetische Theorien bezüglich Alkoholismus

Die Suche nach genetischen Bedingungen des Alkoholismus ist bereits sehr alt. Sie erlebt derzeit vor allem in den USA eine späte Blüte. Diese amerikanischen Forschungen sprechen dafür, dass in vielen Fällen genetische Faktoren ursächlich neben familiären und umweltbedingten Einflüssen zur Wirkung gelangen. Diese Folgerungen ergeben sich aus bestimmten Befunden der Familien- und der Zwillingsforschung. Es wurde gefunden, dass Alkoholiker häufiger einen ebenfalls alkoholkranken Verwandten aufweisen als Nicht-Alkoholiker. Von besonderem Interesse für das Studium genetischer Einflüsse sind weiters Adoptionsstudien. Mit diesen konnte erfasst werden, dass Kinder von Alkoholikern, die zur Adoption freigegeben wurden und in nicht-alkoholbe-

lastetem Milieu aufwuchsen, dennoch überdurchschnittlich häufig späterhin unter Alkoholproblemen zu leiden hatten.

☞ Als Ursache einer eventuell genetisch verankerten Übertragung des Alkoholismus werden selbst wieder genetisch bedingte Unterschiede im Stoffwechsel und in bestimmten physiologischen Abläufen vermutet. Entsprechende Differenzierungen wurden z.B. hinsichtlich der Hirnstromaktivität gefunden. Besonderes Interesse kommt aber in dieser Hinsicht Unterschieden in der Fähigkeit des Organismus zu, Alkohol bzw. dessen nächste Abbaustufe, den *Azetaldehyd*, abzubauen. Es wurden in diesem Zusammenhang entsprechende Varianten in den Enzymmustern gefunden, die für verschiedene Abbauraten und damit auch verschiedene hohe Azetaldehydspiegel verantwortlich waren. Diese Unterschiede könnten in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung sein. Einerseits führt eine Azetaldehydanreicherung zumeist zu Unverträglichkeitsreaktionen, zum anderen gibt es aber Personen, auf die Azetaldehyd anregend und euphorisierend wirkt. Möglicherweise hängt die euphorisierende Wirkung alkoholischer Getränke ohnehin vom Aldehydgehalt bzw. vom während des Alkoholabbaus im Organismus entstehenden Azetaldehyd ab. In diesem Sinne wurde eine Theorie entwickelt, dass eventuell der „Alkoholismus“ in Wirklichkeit ein *Aldehydismus* sein könnte und dementsprechend jene Personen, die einerseits den euphorischen Zustand suchen und andererseits den Aldehyd aus genetischen Gründen gut vertragen, besonders davon gefährdet sind, abhängige Trinker zu werden.

☞ Trotz aller Fortschritte, die die biologische Erforschung des Alkoholismus in den beiden vergangenen Jahrzehnten machen konnte, kann die genetische Basis dieser Krankheit bis heute noch nicht als aufgeklärt gelten. Es scheint zwar einerseits bewiesen, dass ein genetischer Faktor ursächlich an der Entstehung des Alkoholismus beteiligt sein kann, andererseits sind viele Ergebnisse widersprüchlich und ist es immer noch kaum möglich, diesen Faktor von soziokulturellen und psychologischen Einflüssen ausreichend abzugrenzen. Ein besonderes Problem besteht darin, dass bislang die Forschung zumeist an Männern betrieben wurde. Möglicherweise sind die genetischen Faktoren geschlechtsgebunden und überwiegend beim männlichen Geschlecht zu beobachten.

Genetische Theorien bezüglich anderer Abhängigkeitstypen

Die genetische Verankerung anderer stoffgebundener Abhängigkeiten als des Alkoholismus ist unzureichend untersucht. Es liegen nur vereinzelte Studien über biologisch interpretierbare Zusammenhänge zwischen dem Drogengebrauch in der Eltern- und der Kindesgeneration vor, deren Ergebnisse keinesfalls verallgemeinert werden können.

Physiologische Theorien

Mit diesen Theorien wird versucht, eine Störung physiologischer und/oder biochemischer Abläufe als Ursache der Substanzabhängigkeit festzumachen. Insoweit sie mit der Annahme angeborener Funktionsstörungen arbeiten, überlappen sie sich mit der genetischen Theorie.

Deutlich von letzterer abgrenzbar sind jedoch jene physiologischen Theorien, die *exogen bedingte Veränderungen* in der physiologischen Funktion und der biochemischen Ausstattung für die Entwicklung der Abhängigkeit verantwortlich machen, wobei den Veränderungen, die längerfristiger Drogengebrauch mit sich bringt, besonderes Augenmerk zukommt. Typisch für diese Art Theorie sind die physiologischen Erklärungsversuche bezüglich des Alkoholismus. Diese ergeben sich aus dem Faktum, dass sich die Abhängigkeit von Alkohol erst nach recht langer Dauer regelmäßigen Konsums der Substanz entwickelt. Offenkundig gehen also im Organismus des Trinkers Veränderungen vor sich, die den Wandel vom nicht-abhängigen – wenn auch eventuell problematischen – zum abhängigen Trinken bedingen. Die Art dieser Veränderungen ist noch nicht durchschaut. Fragestellungen, die sich für die diesbezügliche Forschung ergeben, umfassen eventuelle Unterschiede zwischen Alkoholikern und Nicht-Alkoholikern bezüglich des Alkoholabbaus und auch des Abbaues von so genannten Begleitstoffen des Äthylalkohols in den alkoholischen Getränken (Methylalkohol, höherwertige Alkohole, Äthylenglykol, etc.). Möglicherweise beeinträchtigen die Stoffwechselveränderungen, die chronischer Alkoholgebrauch mit sich bringt, ganz besonders die Fähigkeit, diese Begleitstoffe zu verarbeiten und bedingt wieder diese Beeinträchtigung sowohl manche Aspekte der Alkoholkrankheit als auch bestimmte Veränderungen der Alkoholeffekte im alkoholkranken Organismus.

Eine generelle Suchttheorie

Es ist kein Zufall und auch nicht wohl überlegte Auswahl, dass in der Darstellung biologischer Theorien der Abhängigkeit bislang nur Alkoholismus-Theorien zum Zug kamen. Hinsichtlich anderer Abhängigkeitstypen besteht eben ein Defizit. Außerdem bestand viele Jahrzehnte hindurch eine Art wissenschaftliches Dogma, dass zwischen den verschiedenen Typen keinerlei Beziehungen bestehen.

•••• In den letzten Jahren kam es jedoch als Folge der neuen Erkenntnisse über das *Endorphinsystem* zu einer *umfassenden Abhängigkeitstheorie*, die davon ausgeht, dass möglicherweise dem *Morphinismus* und dem *Alkoholismus* gemeinsame biologische Prozesse zu Grunde liegen. Bereits in den 70er Jahren war entdeckt worden, dass bei chronischem Alkoholkonsum innerhalb des Alkoholabbaus auf Grund einer Kondensationsreaktion von Aldehyden und Katecholaminen (*Noradrenalin*, *Dopamin*) eine neue Klasse von Polypeptiden – *Isochinoline* – entsteht. Diese besitzen strukturelle Verwandtschaft mit *Opioiden* und reagieren dementsprechend an den Opiatrezeptoren. So gibt es eventuell eine gemeinsame Endstrecke für die Entstehung von Alkoholismus und von Morphinismus. Alkohol übt eventuell bei Alkoholikern, auf Grund der Entstehung der Isochinoline, auf das zentrale Nervensystem einen Effekt aus, der identisch ist mit bestimmten Opiatwirkungen.

•••• umfassenden Abhängigkeitstheorie

•••• Auch diese Theorie ist allerdings noch nicht bewiesen und Objekt heftiger Kontroversen. Sie ist aber Grundlage intensiver Forschungsbemühungen. In den 80er Jahren wurde eine weitere Theorie entwickelt, die die Entstehung des Alkoholismus an das Endorphinsystem koppeln möchte. Man meint, dass Alkohol möglicherweise ein endogenes Opioid freisetzt, das dann die Entstehung von Toleranz und Abhängigkeit bewirkt.

Sucht als erworbener Trieb, eine psychobiologische Theorie

1972 stellte der schwedische Psychiater *Bejerot* eine Theorie auf, nach der Sucht als *erworbener Trieb* verstanden werden sollte. Bejerot ist insofern ein „Triebtheoretiker“ als er das biologische *Lust-Unlust-Prinzip* als wichtigsten biologischen Steuerungsmechanismus bezeichnet. Von dieser Annahme ausgehend vertrat er den Standpunkt, dass die erste Phase des Konsums

•••• Bejerot

einer Droge im Gebraucher eine motivierende Struktur zur Entwicklung bringe, die dem Lust-Unlust-Prinzip folgend, alle Qualitäten eines Triebes aufweist. *Bejerot* meint, dass Abhängigkeit/Sucht eventuell sogar stärker triebhaft wirksam werde als Sexualität. Der Prozess der Suchtentwicklung verläuft für ihn in jedem Fall mit biologischer Gewalt und unabhängig von psychischen oder sozialen Gegebenheiten. Dadurch unterscheidet sich seine Theorie von der psychoanalytisch-triebtheoretischen Interpretation, die Sandor Rado etwa *Sandor Rado* in den 30er Jahren entwickelte. Auch Psychoanalytiker verstanden Sucht als einen Mechanismus, der triebhaft motivierend wirkt. Aber sie erkannten ihm nicht die Bedeutung einer eigenständigen biologischen Dimension im Sinne eines sekundär entstandenen und quasi ein Eigenleben führenden Triebes zu. Sie glaubten im Gegensatz dazu erkennen zu können, dass Drogeneffekte frühe Entwicklungsphasen der Entwicklung des Geschlechtstriebes regressiv beleben und aufwerten können und dass dann die Sucht in Konkurrenz zum sexuellen Antrieb tritt.

Psychologische Theorien Mit psychologischen Theorien wird versucht, die Motivation zum Drogengebrauch und psychische Hintergründe des abhängigen Gebrauchs ebenso zu erfassen, wie auch die Auswirkungen der psychoaktiven Substanzen auf das menschliche Denken, Empfinden, Verhalten und auf die Wahrnehmung. Im Allgemeinen stehen diese Theorien in engem Bezug zur Entwicklung von Konzepten hinsichtlich der Behandlung der Drogenabhängigkeit.

In den vergangenen Jahrzehnten wurden viele derartige Theorien entwickelt, die selbst wieder den verschiedenen Konzepten der psychologischen Wissenschaft entstammen. Als führende Bereiche der psychologischen Lehre gelten die *Persönlichkeitstheorie*, die Lern- und Verhaltenstheorie, insbesondere die soziale Lerntheorie des amerikanischen Psychologen *Albert Bandura* und die mit der Lehre vom Unbewussten verbundenen psychodynamisch/psychoanalytischen Konzepte. All diese einzelnen Zugänge lieferten Beiträge zur psychologische Theorie der Abhängigkeit. Diese sollten nicht als konkurrenzierende Systeme betrachtet werden. Da sie nicht nur aus verschiedenen theoretischen Zugängen stammen, sondern auch verschiedene Bereiche des menschlichen Seelenlebens und Verhal-

tens erfassen, sind sie geeignet, einander zu ergänzen und damit zu einem umfassenderen Verständnis beizutragen.

Persönlichkeitstheorie Lange Zeit wurde angenommen, dass ein einzelner Charakterzug bzw. eine gut abgrenzbare Persönlichkeitsstruktur eine individuelle Bereitschaft (*Prädisposition*) für die Entwicklung abhängigen Verhaltens darstellen könne. In diesem Sinne wurde von einer „Suchtpersönlichkeit“ gesprochen. Diese Lehre ist heute verlassen. Die Suche nach den entsprechenden Persönlichkeitsmerkmalen und -strukturen erbrachte keine vertrauenswürdigen, wiederholbaren und verallgemeinerbaren Ergebnisse. Das Kernproblem dieser Forschung bestand darin, dass es faktisch methodologisch nicht möglich ist – außer man führt äußerst aufwändige und kostspielige prospektive Studien durch – den primären Zustand der Persönlichkeit (vor dem Auftreten der Abhängigkeit) vom sekundären (nach dem Auftreten der Abhängigkeit) ausreichend abzugrenzen.

Die aktuelle Forschung bezeichnet Substanzabhängigkeit als Ausdruck bzw. Folge eines multidimensionalen Geschehens. Demnach bietet die Population der Drogenabhängigen persönlichkeitsmäßig ein buntes Bild. Daraus wieder ergibt sich ein vielgestaltiges Suchtverhalten. Eines scheint aber dennoch klar zu sein: Schwere Abhängigkeit korrespondiert mit einem größeren Ausmaß psychopathologischer Auffälligkeit. Und so wird immer wieder die Beobachtung gemacht, dass Abhängigkeitskranke persönlichkeitsmäßig als *zykloid* oder *depressiv* imponieren. Die klinisch – psychiatrische Forschung im Suchtbereich befasst sich dementsprechend in ganz zentraler Weise mit der Untersuchung der Häufigkeit und der Bedeutung der so genannten *Komorbidität* der Sucht.

Verhaltenstheorie Diese Theorie entspricht einer Erweiterung der Prinzipien der Lerntheorie auf die Untersuchung der Persönlichkeit. Nach dem mit ihr verbundenen Verständnis ist jedes Verhalten erlernt und nach dem Reiz-Reaktionsmuster analysier- und interpretierbar. Dementsprechend betrachtet das theoretische Modell, das von dieser Richtung hinsichtlich des Substanzgebrauchs und der Substanzabhängigkeit entwickelt wurde, auch diese Verhaltensweisen als erlernt und aus dem Zu-

sammenspiel zwischen Reiz (Droge) und der spezifischen Reaktion des Organismus erwachsen. Im Allgemeinen verwenden diese Überlegungen die Modellvorstellung des *operanten Konditionierens*, nach der jedes Verhalten, das von einer positiven Konsequenz gefolgt wird (belohnt wird), mit hoher Wahrscheinlichkeit wiederholt wird, während negative Konsequenzen (Bestrafung) die Wiederholungstendenz reduzieren. Die behavioristische Theorie nimmt dementsprechend an, dass eine Person, die zur wiederholten und schließlich abhängigen Drogeneinnahme neigt, die Drogeneffekte zunächst als positiv, als „Belohnung“, erlebt und die weitere Einnahme dann automatisiert, „konditioniert“, abläuft. Der experimentellen Bestätigung dieser Vorstellungen dienen Tierexperimente.

☞ Dieses recht einfache Modell kann zwar viele Aspekte der Drogenabhängigkeit nicht erklären, hat aber eine Unterstützung durch die biologische Forschung erfahren. Nach einer geläufigen psychophysiologischen Vorstellung ist der Suchtmechanismus daraus erklärbar, dass die psychoaktiven Stoffe im „Belohnungssystem des Gehirns“ angreifen, das wieder eng mit der Funktion der Endorphine in Verbindung steht.

☞ Es wurden allerdings von den Verhaltenstheoretikern auch komplexere Modelle entworfen, die dem Konzept der *kognitiven sozialen Lerntheorie* verpflichtet sind. Diese Theorie stellt eine Synthese von Lerntheorie und kognitiver Theorie unter Berücksichtigung psychosozialer und soziokultureller Einflüsse dar. Diesem Ansatz folgte die *Theorie der Drogenbindung*,

Lennertz ☞ die der deutsche Psychologe Lennertz in den 70er Jahren entwarf.

Hintergrundtheorien der amerikanischen Präventionsprogramme

Viele der in Europa derzeit erstellten Präventionsprogramme übernehmen aus den USA zwei theoretische Ansätze. Einer ist dem *Behaviorismus* verpflichtet, der andere der *Theorie der kognitiven Entwicklung*. Dabei orientieren sich konkret viele der Programme an behavioristischen Modellvorstellungen, die aus der sozialen Lerntheorie von Bandura und der *Theorie des Problemverhaltens* von Jessor und Jessor abgeleitet sind. Als weiteres theoretisches Bezugssystem fungiert die *kognitive Entwicklungspsychologie*.

☞ Diese Ausrichtung spiegelt sich auch in den Methoden wider, die in

präventiv intendierten Interventionen zum Einsatz gebracht werden. Sie alle entsprechen den Vorstellungen, dass eine Einflussnahme auf das soziale bzw. das kognitive Verhalten ausgeübt werden muss, will man die Bereitschaft der Jugendlichen zum Drogengebrauch beschränken. In der Folge soll ein kurzer Überblick über diese entsprechenden Hintergrundtheorien geboten werden, da das Wissen um sie eine notwendige Voraussetzung dafür ist, die aktuellen Präventionsansätze zu verstehen und entsprechend bewerten zu können.

☛ Nach einer komplexen behavioristischen Vorstellung ist Substanzgebrauch grundsätzlich als sozial erlerntes, zweckgerichtetes und funktionales Handeln konzeptualisiert, das das Ergebnis eines Zusammenwirkens sozialer, umweltbedingter und individueller Faktoren ist. Dementsprechend ist dieses Verhalten wie jedes andere auch, innerhalb eines Prozesses von Modellbildung und Verstärkung erlernt worden, der durch persönliche Faktoren wie Kognition, Einstellungen, Annahmen, Vorstellungen und Erwartungen vermittelt wird.

☛ *Banduras Theorie des sozialen Lernens*, 1969, geht davon aus, dass Verhalten aus den negativen oder positiven Konsequenzen resultiert. Weiterhin würden Verhaltensweisen auch dann erworben, wenn diese bei Personen beobachtbar sind, die als Modell angenommen werden und wenn dieses Verhalten an den Modellen belohnt wird (Lernen am Modell). Eine weitere wichtige Rolle spielt daher die Umgebung, die als Quelle von Reizen, Belohnungen und Bestrafungen dient.

☛ Banduras Theorie des sozialen Lernens

☛ Die Theorie des Problemverhaltens nach *Jessor und Jessor* stellt genau genommen eine Kombination aus entwicklungs- und sozialpsychologischen Elementen dar. Nach ihr ist anzunehmen, dass aus der Wechselbeziehung der drei Komponenten Persönlichkeit, Umwelt und Verhalten ein dynamischer Zustand resultiert, der als „Anfälligkeit für Problemverhalten“ bezeichnet werden kann.

☛ Jessor und Jessor

☛ Als in diesem Kontext wichtige *Variable der Persönlichkeit* werden Werte, Erwartungen, Überzeugungen, Einstellungen zu sich selbst und anderen gegenüber definiert.

☛ Variable der Persönlichkeit

☛ Als *Umweltvariable* gelten:

☛ Umweltvariable

☛ Unterstützungspotenziale

☛ sozialer Einfluss

Substanzgebrauch scheint am besten

- soziale Kontrolle
- Verhaltensmodelle und schließlich
- soziale Erwartungen.

Aus der Interaktion zwischen Persönlichkeits- und Umweltsvariablen entsteht das Verhalten, wobei keinem der beiden Einflussysteme ursächliche Priorität zugeschrieben werden kann.

■ *Problemverhalten* ist in bestimmter Weise funktional und kann als Versuch gewertet werden, Ziele zu erreichen, die mit andern Mitteln nicht erreichbar geblieben wären.

■ Bezüglich der Anwendbarkeit der Theorie auf die Erklärung des Drogengebrauches haben *Jessor und Jessor* Untersuchungen durchgeführt, in welchen sie bemüht waren unter Einsatz des Konzeptes Unterschiede zwischen Konsumenten und Nichtkonsumenten zu erarbeiten. Die Unterschiede in den *Persönlichkeitsvariablen* ließen sich in der Dimension Konventionalität vs. Unkonventionalität finden. In besonderer Weise ließen sich aber differenzierende Dimensionen aus der Analyse der Bedeutung der folgenden

Umweltvariablen ➤ folgenden *Umweltvariablen* zur Darstellung bringen:

- geringere Unterstützung durch die Eltern,
- größeres Ausmaß der Beeinflussung durch Freunde,
- geringere Konsonanz zwischen den Erwartungen der Eltern und des Freundeskreises,
- größere Akzeptanz des Drogengebrauchs im Freundeskreis.

In der Folge wurde eine sozialpsychologische Subtheorie darüber entwickelt, dass sich innerhalb der persönlichen Variablen solche abgrenzen lassen, die ein erhöhtes Risiko für Drogengebrauch und andere Problemverhalten bewirken (*Risikofaktoren*) und solche, die einen Schutz gegen diese Verhaltensweisen (*Schutzfaktoren*) bedeuten. Diese Differenzierung ermöglicht es, zwischen Jugendlichen, die einem großen Risiko, Drogengebraucher zu werden, unterliegen und jenen, deren Risiko als gering anzunehmen ist, zu differenzieren. Substanzgebrauch scheint danach am besten verständlich als Produkt spezifischer Faktoren, die bestimmte Jugendliche stärker betreffen als andere und als unauflöslich verschränkt mit andern Arten von Problemverhalten.

☞ Insofern bietet die Theorie des Problemverhaltens auch eine Basis für die heute für Programme mit primär präventiver Zielsetzung besonders bestimmend erscheinende *Theorie der Schutz- und Risikofaktoren*:

☞ Theorie der Schutz- und Risikofaktoren

☞ Um den Einfluss dieser Faktoren richtig zu bewerten, muss man verstehen, dass Schutzfaktoren eine aktive Wirksamkeit entfalten. Das heißt, dass der Schutz nicht einfach dann gegeben ist, wenn keine Risikofaktoren vorliegen oder ihr Einfluss eingeschränkt ist. Schutzfaktoren sind Charakteristika von Individuen und deren Umwelt, die einen positiven Einfluss auf Verhalten und Entwicklung auszuüben im Stande sind.

☞ *Schutz- und Risikofaktoren* sind sowohl im individuellen, wie auch im zwischenmenschlichen und im institutionellen Bereich gegeben. Eine umfassende Sekundäranalyse der entsprechenden amerikanischen Literatur der 70er und 80er Jahre erbrachte eine Fülle von *Risikofaktoren* auf den Gebieten:

☞ Risikofaktoren

- ☒ Ökonomische Probleme,
- ☒ ethnische Zugehörigkeit,
- ☒ familiäre Einflüsse,
- ☒ Beeinflussung durch Gleichaltrige,
- ☒ Geschlecht,
- ☒ Alter,
- ☒ antisoziales Verhalten
- ☒ Lernstörungen und Schulprobleme
- ☒ Ein- und Vorstellungen bezüglich Substanzgebrauches,
- ☒ Persönlichkeitsfaktoren.

Als Schutzfaktoren wurden im individuellen Bereich identifiziert:

- ☒ Schulischer Erfolg
- ☒ das Gefühl von persönlicher Verantwortlichkeit und Effizienz
- ☒ gut entwickelte soziale und interaktiv-zwischenmenschliche Fertigkeiten,
- ☒ adäquate Entscheidungsfähigkeit
- ☒ gutes intellektuelles Niveau

Als *Schutzfaktoren* wurden im *zwischenmenschlichen Bereich* identifiziert:

☞ Schutzfaktoren im zwischenmenschlichen Bereich

- ☒ zumindest eine enge Beziehung zu einer erwachsenen Person (Eltern- teil, Lehrer, Verwandter, etc.), die sowohl eine Leitfunktion übernehmen

kann, wie auch im Stande ist, Unterstützung unter Einschluss von Gefühlen zu leisten.

- Zugehörigkeit zu einer Gruppe Gleichaltriger, die den Drogengebrauch ablehnt und andere Möglichkeiten – schulischen, sportlichen, künstlerischen Erfolg – als Wege zu Status und zu Popularität anerkennt;

Schutzfaktoren im sozialen Bereich Als *Schutzfaktoren* wurden *im sozialen Bereich* identifiziert:

- Bindung an die Schule und an andere soziale Gemeinschaften

- Akzeptanz der in der Gemeinschaft bestehenden Wertvorstellungen und Verhaltenserwartungen

Der Voraussagewert der Theorie der Schutz- und Risikofaktoren *Lorion, Bussell und Goldberg, 1991*, weisen daraufhin, dass der Theorie der Risiko vs. Schutzfaktoren nur eingeschränkter Voraussagewert zukommt. Dies liegt vor allem daran, dass das Wissen über tatsächlich prädiktiv verwertbare Einflüsse noch äußerst beschränkt ist. Man ist noch nicht im Stande zu erklären, wie oder warum manche Jugendliche sich in die Richtung des Substanzgebrauches bewegen, wie oder warum andere abstinent bleiben, wie und warum, manche ihren Gebrauch wieder beenden und wieder andere vom Gebrauch zum Missbrauch voranschreiten und eine „Missbrauchskarriere“ bezüglich einer oder auch mehr als einer Substanz durchleben. Besonders wenig Information liegt über die Voraussagekraft und -präzision der Risikoeinschätzung bestimmter Konstellationen von Risikofaktoren vor.

- Weiters erlauben Faktoren, die experimentierenden Gebrauch voraussagen lassen, nicht notwendigerweise auch Missbrauch oder Abhängigkeit voraussagen zu lassen.

- Eine weitere Schwachstelle der Voraussagekraft besteht darin, dass Gebrauch einer Substanz nicht notwendigerweise den Gebrauch einer oder mehrerer anderer Substanzen voraussagen lässt. So fanden die Autoren lediglich Zusammenhänge darin, dass die meisten Gebraucher von illegalen Substanzen auch Alkohol gebrauchten und die Alkoholabstinenten auch häufiger keine andern Substanzen gebrauchten. Andererseits konsumierten die starken Alkoholtrinker nicht notwendigerweise auch ande-

re Stoffe, die PCP-Gebraucher nicht notwendigerweise auch Kokain, die Kokain-Gebraucher nicht notwendigerweise auch Marihuana, etc.

⚠️ Weiters schränken statistische Probleme die Voraussagemöglichkeit ein. Die Voraussagevalidität der zum Einsatz gebrachten Erhebungsinstrumente im Sinne einer verlässlichen Genauigkeit der Einschätzung künftigen Verhaltens wird kaum je berücksichtigt und ist gewöhnlich auch bei Einschätzungen, die auf Grund epidemiologischer Erhebungen an großen Stichproben gemacht werden, eine unbekannte Größe.

⚠️ Aus all diesen Gründen können Ergebnisse der Forschung nicht dazu benutzt werden, mit nur einigermaßen akzeptabler Verlässlichkeit Voraussagen darüber zu treffen, welche Jugendlichen – selbst wenn sie definierten Risikopopulationen angehören – tatsächlich den Gebrauch psychoaktiver Substanzen aufnehmen werden.

⚠️ Die verschiedenen Faktoren, denen ein relative hohes Risiko für Substanzgebrauch zugeordnet wird, haben typischerweise keinen Voraussagewert dafür, welche Substanzen oder Substanzkombinationen gebraucht werden könnten.

⚠️ Weiters sind diese Faktoren oftmals in einer Weise miteinander in Beziehung, dass mehrere von ihnen im Leben junger Menschen präsent sind und bisweilen in fördernder und bisweilen in hemmender Weise miteinander interagieren.

⚠️ Und schließlich sind diese Risikofaktoren oftmals unspezifisch, indem sie auch auf andere Problembereiche, wie z.B. Frühschwangerschaft, Jugenddelinquenz und Selbstmord Einfluss zu haben scheinen. Dadurch ergeben sich Schwierigkeiten, will man den pathognomonischen Stellenwert des Substanzgebrauches bestimmen und darüber befinden, ob dieser zu den andern Problemen beigetragen hat, oder nicht umgekehrt ein Ergebnis dieser andern Problemlagen ist.

⚠️ Auf Grund der von ihnen erarbeiteten Kritik haben *Lorion*, *Bossell* und *Goldberg* eine Anpassung der Theorie der Risikofaktoren durchgeführt. Nach ihnen muss man zwischen *kausalen Risikofaktoren* und *unterstützenden Risikofaktoren* unterscheiden.

⚠️ Als *ursächlich* kann ein bestimmter Risikofaktor dann bezeichnet werden, wenn ohne sein Bestehen der Substanzgebrauch nicht stattfinden könnte. Ein derartiger Faktor ist eben z.B. die Zugänglichkeit der missbrauchten Substanz.

☛ Da der Zugang für alle Jugendlichen eventuell in gleicher Weise gegeben ist und dennoch nicht alle dann die zugängliche Substanz ge-/missbrauchen, müssen andere, den Gebrauch begünstigende, Faktoren hinzutreten. Diese Faktoren können, biologischer, psychologischer und/oder sozio-kultureller Natur sein.

☛ *Ursächliche* und *stützende* Faktoren bilden eine Kette, die schließlich dazu führt, dass Substanzgebrauch einsetzt, messbar wird und aufrecht erhalten wird.

☛ Die Identifikation dieser Muster von Risikofaktoren repräsentiert die grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung von Präventionsprogrammen. In idealer Weise sollten diese an Schwachstellen in der Faktorenkette angreifen. Ein schwaches Glied in der *ätiologischen Kette* ist jeder Ort, an dem diese Kette unterbrochen werden kann.

☛ In einer alternativen Vorstellung kann man ebenso versuchen, jene Faktoren zu identifizieren, die dazu führen, dass Substanzgebrauch bei Vorliegen eines bestimmten ursächlichen Faktors oder einer bestimmten ursächlichen Faktorenkonstellation nicht eintritt. Auch diese *Schutzfaktoren* (bezogen auf den Gebraucher) bzw. *Hemmungsfaktoren* (bezogen auf den Gebrauch) können als Grundlage von Präventionsprogrammen dienen, indem versucht wird, sie in der Zielgruppe zu bestärken. Derartige Interventionen können sowohl am Individuum selbst (z.B. Verstärkung der Fähigkeit Gruppendruck zu widerstehen) wie auch an seiner Umwelt (z.B. Bekräftigung abstinenter Einstellungen in der Bezugsgruppe) gesetzt werden.

Kognitive Entwicklungspsychologie und Sozialisierungstheorie Obwohl es sich bei der kognitiven Entwicklungspsychologie und der Sozialisierungstheorie um zwei voneinander in wesentlichen Anteilen abgegrenzte und unabhängige Theoriegebäude innerhalb der Sozialpsychologie handelt, scheint es sinnvoll sie in ihrer Funktion als Hintergrundtheorien für primär präventive Interventionen gemeinsam abzuhandeln, da sie in diesen Aktionen zumeist miteinander verschränkt als Bezugsrahmen Verwendung finden. Diese Situation wird noch dadurch kompliziert, dass zumeist beide Theorien mit jenen pädagogischen Theorien, die der Gesundheitserziehung zu Grunde liegen, kombiniert werden.

☞ Zu den Grundannahmen der kognitiven Entwicklungspsychologie gehört es, dass Kinder aktiv danach streben, ihre soziale Welt zu verstehen und ein individuelles Moralsystem zu entwerfen, das auf ihren sozialen Erfahrungen fußt. Da aber kleine Kinder häufig nicht ausreichend über Fertigkeiten, Wissen und Selbstkontrolle verfügen, egoistische und soziale Bedürfnisse zu integrieren, müssen ihnen in dieser Phase kompetente Erwachsene zur Seite stehen und ihnen dazu verhelfen, geeignete zwischenmenschliche Verhaltensmuster zu entwickeln und positive und produktive soziale Beziehungen zu erleben. Dies kann auf zwei Wegen erreicht werden: direkt, indem soziale und moralische Wertvorstellungen vermittelt und Normansprüche durchgesetzt werden und indirekt indem die Bedingungen, unter denen Kinder miteinander interagieren, unter Kontrolle gehalten werden.

☞ Ein tentatives Modell der Sozialisierung, das darauf ausgerichtet ist, in Präventionsprogrammen gegen Drogengebrauch Verwendung als theoretischer Rahmen zu finden, wurde 1991 von Schaps und Battistich vorgestellt.

Das Modell von Schaps und Battistich

Die Autoren gehen davon aus, dass soziale Problemverhalten in der Entwicklung eines Menschen als Ausdruck von *Problemen in der Sozialisierung* auftreten. Man erwartet von Kindern, dass sie sich im Lauf ihres Reifungsprozesses an soziale Normen anpassen, wichtige soziale Wertvorstellungen übernehmen und sich das notwendige Wissen und die grundsätzlichen Fertigkeiten aneignen, die sie brauchen, um innerhalb der Gesellschaft sozial verantwortungsvolle Erwachsenenrollen zu übernehmen. Soziale Probleme sind definiert als Verhaltensweisen, die soziale Normen und Werte verletzen; sie signalisieren, dass der Sozialisierungsprozess nicht erfolgreich abgelaufen ist. Substanzge- bzw. missbrauch ist lediglich ein Faktor in der Kategorie allgemeiner sozialer Probleme

☞ Probleme in der Sozialisierung

☞ Theoretisch scheinen *drei fundamentale Bedürfnisse* zu bestehen, deren Befriedigung eine kritische Rolle im Sozialisierungsprozess zukommt:

☞ drei fundamentale Bedürfnisse

☞ **Zwischenmenschliche Zusammengehörigkeit:** Die erste Sozialisierung in der Familie und weitere Entwicklungsschritte innerhalb des intimen Netzwerks sollen dazu führen, dass ein prinzipielles Gefühl der Zusammen-

gehörigkeit und der Sicherheit und Geborgenheit entwickelt werden kann. Die Bedeutung dieser basalen existenziellen Situation wird auch von anderen psychologischen Schulen – etwa im Sinne des „Urvertrauens“ in der psychoanalytischen Sozialpsychologie – hervorgehoben. Sie stellt die notwendige Grundvoraussetzung dafür dar, dass die weiteren Entwicklungsanforderungen bewältigt werden können.


■ *Kompetenz*: Das Bedürfnis mit der Umwelt effizient umgehen zu können, im Stande zu sein, erwünschte Ergebnisse zu erbringen und unerwünschte zu vermeiden. Dieses Bedürfnis manifestiert sich in den Tendenzen, die Umwelt zu erforschen und zu manipulieren, neue Erfahrungen zu machen und sich an sie anzupassen und die eigenen Fähigkeiten dadurch zu erweitern, dass man zunehmend mehr Anforderungen auf sich nimmt und versucht, diese zu bewältigen. Die Befriedigung dieses Bedürfnisses führt zu Gefühlen der Kompetenz, der Selbstzufriedenheit und des Stolzes; die Frustration des Bedürfnisses zu Gefühlen der Inkompetenz und zu geringen Selbstwertgefühlen.


■ *Autonomie oder Selbstbestimmung*: Das Bedürfnis danach, der Ursprung seiner eigenen Aktivitäten und die Ursache der eigenen Erfahrungen zu sein, frei zu sein von unnötigen Beschränkungen, und über Wahlmöglichkeiten zu verfügen. Dieses Bedürfnis manifestiert sich im Bestreben, Kontrolle über seine eigenen Aktivitäten auszuüben; weiters in der Vermeidung der Abhängigkeit von solchen Ergebnissen, über die man selbst keine Kontrolle hat, in oppositionellem Verhalten, wenn die eigene Freiheit bedroht scheint und in Versuchen, die Freiheit der Aktion wieder zu gewinnen, wenn sie verloren gegangen ist.


■ Befriedigung dieses Bedürfnisses führt zu Gefühlen von Freiheit, Kontrolle und Sicherheit; Frustration hingegen zu Gefühlen von Hilflosigkeit, Wut, Widerspenstigkeit und Unsicherheit.


■ In dem Ausmaß, in dem sozialisierende Agenten und Institutionen diese fundamentalen Bedürfnisse befriedigen, kann das Individuum eine positive affektive Bindung zu ihnen eingehen und ist motiviert, sie weiterhin anzuerkennen und sich ihren Wünschen anzupassen, sich mit ihnen zu identifizieren und ihre Normen und Regeln anzunehmen. Wenn jedoch die sozialisierenden Agenten und Institutionen die Befriedigung der basalen Bedürfnisse verfehlen, entwickelt das Individuum ihnen gegenüber nega-


tive affektive Bindungen, lässt oppositionelle Tendenzen als Antwort auf die Kontrollversuche erkennen, und versucht, sich aus der Beziehung zurückzuziehen. Darüber hinaus wird sich das frustrierte Individuum mit ihnen nicht identifizieren und ihre Normen und Werte übernehmen, sondern Beziehungen zu anderen suchen, die andere Normen und Wertvorstellungen haben und eventuell besser geeignet sind, die Bedürfnisse des Individuums zu befriedigen.

Das Modell von Schaps und Battistich erlaubt die zusammenfassende Aussage, dass ein Muster von zunehmender Entfremdung von der Gemeinschaft, das in der frühen Kindheit beginnt und sich in die Adoleszenz hinein fortsetzt, in Verbindung mit späteren sozial problematischen Verhaltensweisen steht, die Delinquenz und Substanzgebrauch einschließen. Diese Entwicklung kann man sich in Form einer *Devianzspirale* vorstellen, in der  Devianzspirale *positive Feedbackmechanismen* eine bedeutsame Rolle spielen:

 Unzureichende Sozialisierungspraktiken in der Familie führen zu unzureichenden Bindungen an die Eltern, zum Widerstand gegenüber Autorität und zu frühen Problemen in den Bereichen Verhalten (Aggressivität, Rückzug) und Emotion (Angst, Depression) und zu Entwicklungsdefiziten im Sinne von Aufmerksamkeitsstörungen, mangelhafter Impulskontrolle und anderen Unreifezeichen.

 Diese Probleme, die in der Familie entstanden sind, führen zu Schwierigkeiten in der Anpassung an schulische Anforderungen, insbesondere zu frühen Verhaltensstörungen. Diese sozialen Beziehungsprobleme bleiben bestehen und werden durch die Reaktionen von Eltern und Gleichaltrigen noch verstärkt bzw. zum Ausbruch gebracht. In der Folge führen sie zu sozialer Zurückweisung, Isolation, Angst, Unsicherheit und fortgesetzten Autoritätsproblemen.

 Bereits gegen Ende der ersten Grundschulausbildung führen die bestehenden Probleme der sozialen Anpassungsleistung zu Lernstörungen. Daraus entwickeln sich Probleme in der schulischen Leistung, die zu weiterer Angst, Unsicherheit und Depressivität, sowie zu ersten Anzeichen schulischer Entfremdung führen. Es kommt auch zu zunehmender Isolation und Zurückweisung von kompetenteren Gleichaltrigen.

 Schulische und soziale Probleme bestehen weiter und werden ver-

schärft durch den stresshaften Übergang in die nächste schulische Ebene. Die Unfähigkeit, schulische Aufgaben zu meistern, führt zur *Desillusionierung* hinsichtlich der Schule, zu *Rückzugstendenzen* (Schulschwänzen, Lernverweigerung, Unlust, etc.) und zu *Auflehnungsbedürfnissen* (Nonkonformität, Delinquenz). All dies führt zu weiterem Schulversagen und zunehmender Isolation von schulisch und sozial kompetenteren Gleichaltrigen. Der Mangel an konventionellen Erfolgchancen führt in gesteigerter Weise zur Suche nach alternativen Beziehungen. Dies endet in Beziehungen mit ähnlich entfremdeten Jugendlichen.

■ Fortgesetztes Versagen und fortgesetzte Beziehung zu delinquenten Gleichaltrigen führt zu erhöhter Delinquenz, Substanzgebrauch, Widerstand gegen Autoritäten, Entfremdung von der konventionellen Gemeinschaft und zur Ablehnung sozialer Normen und Wertvorstellungen. Gleichzeitig verstärken sich die Schulprobleme und wird das vorzeitige Verlassen der Schule (*drop out*) immer wahrscheinlicher.

■ Schließlich beschränkt die Unfähigkeit, grundlegende soziale und akademische Kompetenzen entwickelt zu haben, im Verein mit der Verwerfung konventioneller Normen und Werte, die Wahrscheinlichkeit, den Übergang ins Erwachsenenalter und die ökonomische Unabhängigkeit erfolgreich zu bewältigen. Die fortgesetzte Unfähigkeit, konventionelle Chancen wahrzunehmen, führt zu fortgesetzter oder erhöhter Delinquenz und Substanzgebrauch und erhöht schließlich auch die Wahrscheinlichkeit, dass Störungen der psychischen und geistigen Gesundheit auftreten.

Psychodynamische/psychoanalytische Theorien

Im Theoriegebäude der Psychoanalyse wird angenommen, dass süchtiges Verhalten entweder ein Entwicklungdefizit \rightarrow *Entwicklungdefizit*, das der frühen Ich-Entwicklung entspringt, signalisiert innerseelischen Konflikt \rightarrow oder einen zugrundeliegenden *innerseelischen Konflikt* entweder repräsentiert, symbolisiert oder als Symptom agierend zum Ausdruck bringt. Damit wird die Ursache des Drogengebrauches und auch der Abhängigkeit in den seelischen Raum des Individuums verlagert und dem Verhalten selbst der Wert eines Anpassungsprozesses zuerkannt. Drogengebrauch und -abhängigkeit erleichtern nach diesem Verständnis den Umgang mit innerseelischen Problemen. Da diese Probleme durch reale äußere Ereign-

nisse verstärkt werden könne, kann der Drogengebrauch dann noch zusätzlich den Aspekt der *Flucht aus dieser Realität* annehmen. Dennoch behält für die psychoanalytische Interpretation die Bedeutung des Drogengebrauches für das seelische Gleichgewicht zentralen Stellenwert. Er stellt nach diesem Verständnis eine Art *Selbstheilungsversuch* dar, einen Versuch seelische Balance zu gewinnen. Der Drogengebrauch dient der Abwehr schlimmerer Zustände, wie etwa psychotischer Zusammenbrüche und der Beruhigung der überdauernden Auswirkung in der frühen Kindheit erfahrener schwerer Traumatisierungen, die zu einer *Lückenbildung in der Ichstruktur* und zu schweren Störungen der affektiven Reaktion und der Fähigkeit zur Selbsterhaltung geführt haben. Diese Lücke schließt der Drogengebrauch im Sinne einer „Plombe“. Dass die psychoanalytische Theorie dem Drogengebrauch diese positive Funktion zuerkennt, bedeutet nicht, dass sie allgemein in ihm einen Wert sieht und Sucht als einen Zustand anerkennt, der unter keinen Umständen einer Behandlung bedarf. Auch sie versteht in vielen Fällen die süchtige Entwicklung als Fehlanpassung. Es kann aber aus der psychoanalytischen Theorie die Forderung abgeleitet werden, dass die Behandlung Drogenabhängiger sich sinnvoll nicht auf die Beseitigung des Symptoms „Drogengebrauch“ oder „Drogenabhängigkeit“ beschränken, sondern sich der Auflösung der zugrundeliegenden Probleme und Konflikte widmen sollte. Für bestehende Defizite in der Ich-Struktur müssten andere Kompensationsmöglichkeiten gefunden werden. Schwere derartige Defizite allerdings würden nach der Auffassung vieler Psychoanalytiker eine schadensbegrenzende Vorgangsweise rechtfertigen und ein möglichst unbeschädigtes *Leben mit der Sucht* ✦ Leben mit der Sucht als Therapieziel akzeptabel erscheinen lassen.

Soziologische und Soziokulturelle Theorien Während psychologische Theorien die Ursachen des Drogengebrauches und der Drogenabhängigkeit im Individuum suchen, versucht man mittels soziologischer und soziokultureller Theorien Gemeinsamkeiten in der Beteiligung *gesellschaftlicher und lebensweltlicher Einflüsse* an diesen Phänomenen zu erfassen. Auf Grund der der Soziologie zur Verfügung stehenden Methoden und der

für sie gebräuchlichen Forschungsansätze kann sie mehr zum Verständnis des Drogengebrauches und seiner Verbreitung als zur Klärung der Frage der Abhängigkeit leisten.

☞ Wie die Psychologie ist die Soziologie kein einheitliches wissenschaftliches Gebäude. Auch sie umfasst verschiedene theoretische Zugänge und Schulen. Dementsprechend ist auch die soziologisch-soziokulturelle Interpretation des Drogengebrauches und der -abhängigkeit äußerst vielgestaltig. Entsprechende Überlegungen stammen sowohl aus der Makro-, wie auch der Mikrosoziologie, das heißt aus der Untersuchung großer und kleiner sozialer Gruppierungen. Theoretische Systeme innerhalb derer auch Subtheorien zu unserem Bereich entwickelt wurden, sind z.B. die *Etikettierungstheorie*, die *Rollentheorie*, die *Anomietheorie von Merton*, die *Theorie der Subkultur*, die *Systemtheorie* und die *environmentale Theorie*.

☞ Bestimmte soziologische Theoriegebilde leiden hinsichtlich ihrer Verallgemeinerbarkeit und damit ihrer Brauchbarkeit ganz besonders unter dem Faktum, dass die Verhältnisse, unter denen Sucht in verschiedenen Kulturen und verschiedenen Ländern entsteht, eigentlich unvergleichbar sind, selbst wenn zunächst vergleichbar erscheinende soziale Schichten und Gruppen untersucht werden.

Epidemiologische Theorie Als einfachste und dabei stimmigste soziologische Theorie kann gelten, dass die *Zugänglichkeit einer Substanz* die Grundbedingung dafür bereitstellt, dass diese konsumiert, missbraucht und eventuell auch abhängig gebraucht wird. Aus dieser Theorie können Maßnahmen abgeleitet werden, wie man durch *Beschränkungen der Zugänglichkeit* (Verbot/Prohibition, Preisgestaltung, Besteuerung) auch zu einer Steuerung des Konsumverhaltens kommen kann. Epidemiologische Forschung befasst sich grundsätzlich mit den sozialen Faktoren, die die Nachfrage nach psychoaktiven Substanzen beeinflussen.

Die Theorie von Lindesmith, eine soziologische Theorie der Abhängigkeit

Bereits Lindesmith ☞ 1938 formulierte der amerikanische Soziologe *Lindesmith* Gedanken, die für manche seiner Fachkollegen bis heute die Einzige rein *soziologische Theorie der Abhängigkeit* – also nicht lediglich des Gebrauches – geblieben

ist. *Lindesmith* meinte, dass das Wissen um oder der Glaube an die Bedeutung der *Entzugserscheinungen* bei Opiatgebrauch bedingen, ob ein Mensch, der diese Substanzen einnimmt, von ihnen abhängig wird oder nicht. Abhängigkeit entsteht erst, wenn die Droge bewusst eingesetzt wird, um Entzugserscheinungen zu bekämpfen. Sie ist demgemäß Folge eines kognitiven Prozesses, der allerdings von Informationen aus dem sozialen Verband – dem *kulturellen Milieu*, wie *Lindesmith* formulierte – ganz wesentlich gesteuert wird. Als bedingend wird von *Lindesmith* ein Bewertungs- und Zuschreibungsprozess bezüglich des Stellenwertes des Drogeneffekts auf körperliche Sensationen auf Seiten des Individuums in Verbindung mit der Lebenswelt erkannt. Ohne dass ein Drogengebraucher von einem anderen über die Auswirkungen des Opiatgebrauches informiert wird, würde er diese Auswirkungen gar nicht dem Drogeneffekt zuordnen. „Süchtige werden nicht nur auf Drogen, sondern auf eine Lebensform süchtig ... Der Gebrauch von Drogen ist daher mehr als eine biologische Angelegenheit oder als eine bloße Frage der Pharmakologie.“ Gegen diese Theorie wurde vorgebracht, dass sie nur der Erklärung und Voraussage von Opiatabhängigkeit dienen kann und die Entstehung anderer Abhängigkeiten vernachlässigt. Andererseits ist aber nicht einzusehen, warum von ihr nicht auch die Entwicklung anderer Abhängigkeitstypen, insoweit sie physiologische Prozesse einschließen, erfasst würde. Auch diese Entwicklungen laufen im sozialen Feld ab und sind abhängig von Wahrnehmungen, Bewertungen und Zuschreibungen der Drogengebraucher.

❖ Außerdem hat *H. S. Becker* eine vergleichbare Theorie hinsichtlich der Entwicklung des Cannabisrauchens geliefert, indem er diese Sitte als *sozialen Lernprozess* beschrieb, in dem dem Einfluss derer, die bereits über Erfahrungen mit der Droge verfügen, größte Bedeutung zukommt. Diese „Experten“ informieren den Neuling über die Wirkungen der Substanz und beeinflussen auf diesem Weg seine Wahrnehmung. Mit dieser Studie eröffnete Becker die Möglichkeit, eine umfassende kognitiv – soziale Theorie der Entstehung der Rauschmittelabhängigkeit zu entwerfen, die nicht notwendig auf jene Substanzen begrenzt bleiben muss, die körperliche Abhängigkeit hervorrufen.

Charles Winick ❖ **Rollentheorie** Der amerikanische Soziologe *Charles Winick* entwarf eine Theorie der Genese der Drogenabhängigkeit, die auf rollentheoretische Annahmen zurückgriff. Diese Theorie besagt, dass die Häufigkeit von Drogenabhängigkeit in einer sozialen Gruppierung umso höher sein wird:

- je besser deren Zugang zu Abhängigkeit produzierenden Substanzen ist,
- je weniger Vorbehalte gegen Drogengebrauch in ihr vorherrschen, und
- je höher das Ausmaß sozialer Rollenprobleme in der Gruppe ist.

Winick meinte selbst, dass diese Theorie recht umfassend zur Erklärung der Abhängigkeit eingesetzt werden könnte und auch für Voraussagen geeignet sei. Um sie auf möglichst viele psychoaktive Stoffe anwenden zu können, wird in ihr *Abhängigkeit* als *regelmäßiger Gebrauch* definiert.

Theorie der Subkultur Diese Theorie vertritt den Standpunkt, dass Drogenritualen eine Kernfunktion innerhalb der allgemeinen Gebrauchsmuster in einer gegebenen Kultur, Teil- oder Subkultur zukommt.

Drogensubkultur ❖ Eine spezielle *Drogensubkultur* kann definiert werden anhand von Wertvorstellungen, Umgangsformen, sozialen Situationen, Dialekten, Ritualen, Rollendefinitionen und Tätigkeiten, die mit dem außermedizinischen Gebrauch von Drogen in Beziehung stehen. Sobald eine Subgruppe die Normen definiert hat, die das Verhalten regeln sollen, kann sie ihre Wahl zwischen der Akzeptanz oder dem Verbot bestimmter Drogen treffen. Drogensubkulturen können sich dann mit dem Gebrauch von allen möglichen Substanzen in allen denkbaren Mischungen identifizieren.

■ Aktuelles Interesse gewann die subkulturelle Theorie des Drogengebrauchs vor allem hinsichtlich der Bedeutung des Cannabisgebrauches für Jugendliche und junge Erwachsene und in Bezug auf die bürgerlichen Protest- und Fluchtbewegungen der späten 60er und frühen 70er Jahre. Man sprach davon, dass Cannabis und LSD „Hippie-Sakramente“ seien. Auf jeden Fall schien es zunächst, dass der Gebrauch dieser Stoffe wesentlich zur Entwicklung einer „Underground-Identität“ beigetragen habe. Eine rückblickende kritische Analyse des diesbezüglichen Stellenwerts des Drogengebrauches, durchgeführt von Theoretikern der Subkultur, lässt heute diese Interpretation allerdings als fragwürdig erscheinen.

•••• Eine weitere subkulturelle Theorie besagt, dass soziale Gruppierungen, die bereits auf Grund bestimmter Charakteristika als Subkulturen gelten (z.B. Kriminelle), sekundär einen von den gesellschaftlichen Regeln abweichenden Umgang mit Drogen entwickeln, der dann Teil ihrer subkulturellen Identifikation wird und die subkulturelle Eingliederung verstärkt. Im Falle ethnischer Minderheiten schließlich ist daran zu denken, dass sie Konsumsitten pflegen, die in ihren Herkunftsländern angepasst wären, in ihrer neuen Heimat aber als abweichend gelten. Auf diese Gruppe könnte man die Erkenntnisse einer weiteren soziologischen Theorie abweichenden Verhaltens anwenden, die *Etikettierungstheorie*, die Drogengebrauch und -abhängigkeit den „opferlosen Verbrechen“ zuordnet und den Stellenwert der ausgrenzenden gesellschaftlichen Reaktion für „Drogenkarrieren“ beschreibt und kritisiert. ❖ Etikettierungstheorie

Environmetale Theorie Nach dieser Theorie sind Drogeneinnahme und Drogeneffekt mehr von *Set und Setting*, das heißt, von der Erwartung und der Zielvorstellung, die auf Seiten des Gebrauchers dem Drogenkonsum vorangeht und dem sozialen Kontext dieses Konsums, abhängig, als von jedem anderen Einfluss. Selbst die pharmakologischen Eigenschaften der Droge sollen demgegenüber relativ geringer Bedeutung haben. Diese Theorie fand Unterstützung durch Untersuchungen, die in verschiedenen Kulturen durchgeführt wurden und die ganz verschiedenen Auswirkungen des Gebrauchs der gleichen Drogen unter differenten soziokulturellen Verhältnissen zur Darstellung bringen konnten. (z.B. Ganja-Gebrauch in Jamaica, Coca-Gebrauch in Peru, etc.). ❖ Set und Setting

Ökonomische Theorien und die Anomietheorie Nach der Auffassung bestimmter Soziologen ist abweichender Drogengebrauch (d.h. der Gebrauch illegaler psychoaktiver Substanzen und der außermedizinischer Gebrauch pharmazeutischer Spezialitäten) ein soziales Phänomen, das an bestimmte ökonomische Situationen geknüpft ist. Es wäre bezeichnend für städtische Areale, die arm, überbevölkert und von Minoritäten besiedelt sind. In diesen Arealen wären auch andere Formen der Abweichung überdurchschnittlich häufig zu finden und bestünde ein kulturelles Klima, eine Grundeinstellung, die den Drogengebrauch begünstigt.

❖ Diese Vorstellungen gehen auf Untersuchungen zurück, die bereits in den späten 30er Jahren durchgeführt worden waren. Damals hatte man z.B. in einer heute klassischen Studie festgestellt, dass in Chicago Drogenabhängige in jenen Stadtteilen besonders konzentriert auftraten, die ökonomisch dem Niedergang verfallen und desorganisierte Stadtteile in einer Übergangssituation waren. Derartige Beobachtungen eröffnen Bezüge zu einer anderen großen soziologischen Theorie, die ebenfalls eingesetzt wurde, um Drogengebrauch und Sucht zu verstehen, der von *Merton* entworfenen *Anomietheorie*. Nach dieser Theorie beruht ein unbekanntes aber nichtsdestoweniger bedeutendes Ausmaß von abweichendem Verhalten nicht auf Regelverstößen, die individuellen Bedürfnissen entspringen und spontan ablaufen. Ganz im Gegenteil repräsentiert es von der Gemeinschaft angeregtes abweichendes Verhalten. Dadurch entstehen Muster von Abweichungen, die gemeinsam von der Kultur und von den sozialen Organisationen hervorgebracht werden. Das heißt, dass nach der Anomietheorie soziale und kulturelle Strukturen auf bestimmte Personen einen deutlichen Druck ausüben, eher nonkonformes als konformes Verhalten an den Tag zu legen.

Systemische Theorie Mit Forschungsansätzen, die der systemischen Theorie verpflichtet sind, wird der Einfluss *zwischenmenschlicher Interaktionen* auf die Entstehung und Aufrechterhaltung abhängigen Verhaltens untersucht. Die Systeme, in denen diese Prozesse ablaufen, sind Familie, Arbeitsplatz und andere kleine Verbände. Aus diesen Untersuchungen beziehen wir das Wissen, dass zwar einerseits eine gut funktionierende Familienstruktur einen Schutzraum bieten kann und dadurch die Entstehung riskanter Bewältigungsstrategien einschränkt, dass aber andererseits gerade in Familien eine Fülle von interaktiven Prozessen ablaufen kann, die die Tendenz zum Drogengebrauch verstärken (Vorbild, Delegation, Spannungsreduktion), bzw. dass abweichender Drogengebrauch eines Mitgliedes des Systems systemstabilisierend wirken kann. Das heißt, dass paradoxerweise eventuell eine anscheinend gut funktionierende Familie den Drogengebrauch eines Familienmitglieds benötigt, um ihr „gutes“ Funktionsniveau aufrecht zu erhalten.

Die Theorie der Jugendkultur und die Theorien über populäre Kultur

Seit den 50er Jahren gilt den *Jugendkulturen* als den alterstypischen Vergesellschaftungen Jugendlicher besonderes Augenmerk. Wesentliche Impulse für diese Forschung und die Beforschung des allgemeinen kulturellen Rahmens dieser Entwicklungen des Alltagslebens der Jugendlichen kommen aus England. *Dick Hebdige's* Buch: „Subculture: the meaning of style“ steht am Beginn einer neuen Interpretation der Entstehung und Bedeutung jugend/sub/kultureller Entwicklungen. *Hebdige's* Zugang war auch hinsichtlich der Methodik interessant und neuartig. Er erweiterte den Raum der traditionellen soziologischen Interpretation und eröffnete sich einen Bezugsrahmen, der Kulturtheorie, Literatur und Literaturgeschichte ebenso einschloss, wie Strukturalismus, Semiotik und Politologie. In der Folge befassten sich die wissenschaftlichen Mitarbeiter des Forschungsinstitutes für populäre Kultur in Manchester mit den entsprechenden Fragestellungen.

Interessant ist, dass die neue Interpretation der Jugendkultur auch, neben einer intensivierten Aufarbeitung des Drogenthemas, eine zumindest andeutungsweise Umwertung der Bedeutung des Drogengebrauches umfasst, dem Gebrauch eine neue Funktion zugeschrieben wird. In diesem Sinne weist die Manchester-Gruppe immer wieder darauf hin, dass sich in der hedonistischen Jugendkultur bereits eine Tradition entwickelt hat, die einen relativ verantwortungsbewussten Umgang mit Drogen zulässt. Die Erfahrungen der 60er Jahre und die Aufklärungskampagnen in den 80er Jahren hätten Früchte getragen. Die jungen Menschen hätten Anfang der 90er Jahre einen idealisierten Zugang zu „weichen“ Drogen, zu denen sie auch das Ecstasy zählten, gesucht und harte Drogen eher gemieden. Auch das Interesse an „*smart drugs*“ und an legalen stimulierenden Substanzen stieg in dieser Zeit deutlich an.

Diese Auffassung, die einen positiven selbstregulierenden Wert in der Traditionsbildung der jugendlichen Subkulturen erkennt, scheint doch recht bedenkenswert.

Aus den Darstellungen der kulturalistischen Autoren lassen sich weiters folgende Überlegungen über die Ursachen des Drogengebrauches in den Teilkulturen Jugendlicher ableiten:

■ Die Entwicklung von Jugendkulturen reicht nun bereits 40 Jahre zurück. Dieser Zeitraum und der Umstand, dass die in ihm abgelaufenen Entwicklungen und Bewegungen gut dokumentiert sind, reicht aus, dass Jugendliche auf ihre eigene subkulturelle Geschichte zurückblicken, auf sie reagieren und sich in sie eingliedern können. Es ist zu beobachten, dass jugendliche Subkulturen nicht nur auf eigenen aktuellen kulturellen Inhalten aufbauen, sondern dass sie auch oft eine historisierende Antwort auf subkulturelle Modeerscheinungen einschließen. Ein Inhalt, der allen vergangenen Jugendkulturen zu Eigen ist und außerdem in stabiler Weise mit bestimmten für die Jugendlichen wesentlichen Konnotationen besetzt ist, ist das Experiment mit psychoaktiven Stoffen. Aus dieser Wurzel kommt der Druck in der *Peergroup*. Dieser Druck kann recht massive Ausmaße annehmen, ist aber mit Gewissheit nicht die einzige Wurzel des Drogengebrauches der Jugendlichen.

■ *Musik* ist für das Jugendalter zum wichtigsten Medium geworden. Der Drogengebrauch bestimmter populärer Musiker ist bekannt, gut dokumentiert und man kann den jugendorientierten Medien detaillierte Schilderungen dieser Facette des Verhaltens ihrer Idole entnehmen. Dementsprechend ist eine weitere Schiene des Drogengebrauches anzunehmenderweise die Identifikation mit stilistischen und inhaltlichen Elementen der Popkultur und mit jenen Personen, die diese Kultur repräsentieren. Der Lebenswelt von Rockmusikern kommt in diesem Kontext dadurch besondere Bedeutung zu, dass sich die Lebensbedingungen und damit auch die Wertvorstellungen der Jugendlichen in den letzten 30 bis 40 Jahren entscheidend verändert haben und mehr und mehr hedonistische einst als „bohemistisch“ geltende Zielvorstellungen zentralen Wert besitzen.

■ Als „subkulturell“ bezeichnete Verhaltensmuster der Jugendlichen spiegeln oftmals in Wirklichkeit die Klassenkultur der Eltern wider. In diesem Kontext ist nicht übersehen, dass jene Generation, die aktuell die Eltern verkörpert, über Drogenerfahrungen verfügt. Insofern ist Drogengebrauch traditionell und leitbildhaft verwurzelt.

Sucht als mehrfach determiniertes Geschehen: Die aktuelle Arbeitshypothese

Die verschiedenen Abhängigkeitskrankheiten zeigen ein recht vielgestaltiges Erscheinungsbild und sind von vielen Einflüssen abhängig. Wir haben beschrieben, dass sich das Vollbild der Abhängigkeit aus drei Komponenten zusammensetzt, einer seelischen, einer körperlichen und einer sozialen, und dass dementsprechend auch Ursachen in der körperlichen und seelischen Ausstattung des Menschen, in der chemischen Wirksamkeit der benutzten Drogen und in der Gemeinschaft bestehen, die dazu führen, dass Abhängigkeit entsteht und aufrecht erhalten wird. Demgemäß versteht man heute Sucht als komplexen Prozess, der sich innerhalb des Spannungsfeldes Individuum (körperlicher und seelischer Organismus) – Droge – Gesellschaft entwickelt. In jedem einzelnen Fall haben dabei Einflüsse aus den einzelnen Dimensionen verschiedenes Gewicht. In einem Fall von abhängiger Entwicklung werden soziale Einflüsse vorherrschen, in einem anderen wird ihr eine besondere Bereitschaft des Organismus oder der seelischen Struktur zu Grunde liegen.

Behandlung : -o

Sucht als Krankheit ✦ Der Behandlung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit liegt das medizinische Verständnis, nach dem *Sucht als Krankheit* aufzufassen ist, zu Grunde. Diese Interpretation nach dem medizinischen Modell ist noch immer nicht allgemein akzeptiert und muss als Grundlage eines menschlichen, verstehenden und heilenden Umgangs mit Drogenabhängigen immer wieder neu erkämpft werden. Sie grenzt sich gegenüber anderen Interpretationen ab, die Sucht als Abweichung, Laster, kriminelle Neigung verstehen und dadurch die Lösung des Suchtproblems auf dem Weg von Verbot, Kontrolle und Einsperren suchen.

☞ Die Argumentation derer, die vorwiegend soziale Kontrolle fordern, wird dadurch gefördert, dass die Behandlung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit immer schon zu den schwierigsten Aufgaben, denen sich die Medizin ausgesetzt sieht, zählte. Lange Zeit wurde deshalb beklagt, dass die therapeutischen Maßnahmen nur äußerst begrenzte Erfolge aufzuweisen hätten. Immer wieder konnte man die Meinung hören, dass sowohl Alkoholranke wie auch Abhängige von andern Stoffen ohnehin bald nach der Behandlung wieder rückfällig werden. In den letzten Jahrzehnten wurden aber gerade auf diesem Gebiet so viele Fortschritte verzeichnet, dass heute die Chancen von Drogenabhängigen aller Typen auf eine zweckmäßige und erfolgreiche Behandlung recht gut sind. Obwohl Alkoholismus und die Abhängigkeit von anderen psychoaktiven Substanzen durchaus differenzierte Behandlungsangebote brauchen, bestehen dennoch gewisse gemeinsame Grundforderungen:

exakte Diagnose ✦ ☞ Die Basis jeder medizinischen Behandlung ist eine *exakte Diagnose*. Stellt sich heraus, dass die Substanzabhängigkeit ein sekundäres Geschehen im Rahmen einer psychiatrischen Grundkrankheit ist, muss selbstverständlich diese behandelt werden. Des Weiteren gilt für alle stoffgebundenen Abhängigkeiten, dass Früherkennung und therapeutische Maßnahmen zu einem Zeitpunkt, an dem die Suchtkarriere noch nicht weit fortgeschritten ist, günstige Voraussetzungen für ein Gelingen der Behandlung bilden. Allerdings ist ein Mindestmaß von Freiwilligkeit und Akzeptanz der Therapie auf Seiten des Abhängigen unerlässlich. Leider sind gerade diese Faktoren in den Frühstadien der Sucht oftmals nicht gegeben.

Prinzip der therapeutischen Kette ✦ ☞ Weiters sollte das Behandlungsangebot nach dem *Prinzip der therapeutischen Kette* strukturiert sein. Das heißt, dass sowohl ambulante Be-

treuung, wie auch stationäre Behandlung und wieder ambulante Nachsorge für den Einzelfall gesichert sein soll und dass all diese therapeutischen Ebenen von einer Einrichtung angeboten werden sollten oder zumindest zwischen verschiedenen Einrichtungen, die diese verschiedenen Möglichkeiten abdecken, so gute Kooperation besteht, dass das Übergleiten des Patienten von der einen zur andern therapeutischen Situation ohne Unterbrechung gewährleistet werden kann.

Die Behandlung des Alkoholkranken

Im Falle des Alkoholismus hat sich ein Konzept bewährt, das ambulante Behandlung, weiters, wenn notwendig, relativ kurz (6–8 Wochen) andauernde stationäre Behandlung zur medizinischen Versorgung der alkoholismusbedingten geistigen, psychoorganischen und körperlichen Schädigung und nachfolgende langfristige ambulante Betreuung umfasst. Innerhalb dieses Behandlungsangebotes kommen differenzierte psycho- und sozialtherapeutische Methoden zum Einsatz: *Verhaltenstherapie, analytisch orientierte Psychotherapie, Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Gruppentherapie*. Da es sich als günstig erwiesen hat, die Angehörigen der Alkoholkranken so weit wie möglich mitzubetreuen, kommen in letzter Zeit vermehrt Behandlungsmethoden zum Einsatz, die der *systemischen Theorie* verpflichtet sind (*Partner- und Familientherapie*).

Das Ziel der Behandlung Alkoholkranker ist neben der vordergründigen Sanierung des Gesundheitszustandes und der psycho-sozialen Situation des Patienten die Kräftigung der Fähigkeit desselben, sich in der Folge jedes Alkoholkonsums zu enthalten. Das Wissen darum, wie schwer es ist, dieses Ziel zu erreichen und langfristige Abstinenz einzuhalten, hat in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass das *Konzept des kontrollierten Trinkens* entworfen wurde. Es wurde versucht, mittels verhaltenstherapeutischer Methoden im Alkoholkranken ein sozial angepasstes Trinkverhalten zu entwickeln und zu festigen. Leider erbrachten diese Versuche jedoch keine überzeugenden Ergebnisse. Aus diesem Grund genießt das alte *Abstinenzprinzip* weiterhin Vorrang.

❖ Konzept des kontrollierten Trinkens

❖ Abstinenzprinzip

Im Gegensatz dazu kann man heute in der Behandlung derer, die von illegalisierten Drogen abhängig geworden sind, grundsätzlich zwei Ansätze unterscheiden. Der eine orientiert sich zur totalen Drogenabstinenz als

therapeutischem Ziel, der andere sieht die therapeutische Hauptaufgabe darin, den Schaden, der durch den Drogengebrauch dem Individuum und der Gemeinschaft erwächst, möglichst gering zu halten. Um den Abhängigen den Zugang zu der Behandlung zu erleichtern, werden in diesem zweiten therapeutischen Ansatz allzu hoch gesteckte Ziele vermieden – dabei bleibt auch die Abstinenzforderung zunächst auf der Strecke.

Abstinenzorientierte Behandlung Drogenabhängiger

Grundsätzlich muss die Behandlung Drogenabhängiger den Abhängigkeitstypus berücksichtigen. Es wäre sinnlos, würde man Patienten, die eine körperliche Abhängigkeit aufweisen, gleich behandeln, wie solche, die Substanzen gebrauchen, die keine physische Abhängigkeit bewirken. Einschneidende abstinenzorientierte Behandlungen kommen im Allgemeinen nur für solche Patienten in Frage, die bereits deutliche Anzeichen körperlicher Abhängigkeit aufweisen. Abstinenzorientierte Behandlung von Drogenabhängigen läuft derzeit bevorzugt als stationäre Therapie in spezialisierten Einrichtungen ab. Diese Einrichtungen können nach verschiedenen Prinzipien strukturiert sein. Sie können eine eigene Abteilung in einem Krankenhaus sein, eine völlig getrennt arbeitende Drogenstation, die aber immer noch Teil einer medizinischen Einrichtung ist, oder auch eine therapeutische Wohngemeinschaft. Allen abstinenzorientierten Einrichtungen ist gemeinsam, dass die Aufenthaltsdauer der Patienten recht lange ist. Es gibt Einrichtungen, die *Mittelfristige* Behandlung anbieten, die dann etwa 6–8 Monate dauert, und solche, die das Prinzip der *Langzeitbehandlung* verfolgen. In diesen kann die Aufenthaltsdauer dann oft auch 1 bis 2 Jahre betragen. Im Allgemeinen wird in diesen Einrichtungen daran gearbeitet, den Patienten dadurch ein drogenfreies Leben zu ermöglichen, dass sie einem *Nachreifungsprozess* unterliegen, im modellhaften Gruppenerleben neue soziale Fähigkeiten entwickeln und die Behandlung ihre persönlichen Möglichkeiten, angepasst auf Stress und Gefühlsbelastungen zu reagieren, aktiviert und festigt. Zu diesem Zweck kommen die verschiedensten psycho- und sozialtherapeutischen Methoden zum Einsatz. Die meisten Langzeiteinrichtungen setzen auch arbeitstherapeutische Methoden ein und geben den Patienten Hilfestellungen für berufliche Ausbildungen und Umschulungen.

Mittelfristige Behandlung

Langzeitbehandlung

Die Patienten, die in Langzeittherapieeinrichtungen das volle Behandlungsprogramm absolvieren, haben gute Chancen, sich voll zu integrieren und abstinent zu bleiben. Allerdings handelt es sich dabei meist um sehr gut motivierte Patienten, so dass Einrichtungen, die diesen Typus verkörpern, immer wieder der Vorwurf gemacht wird, dass ihr Angebot nur für eine ganz kleine Anzahl innerhalb der großen Menge Drogenabhängiger sinnvoll in Frage kommt. Ihr Klientel wird auch dadurch eingeschränkt, dass Personen, die im Arbeitsprozess stehen und in Bindungen leben, die sie nicht gefährden wollen, sich nur schwer zu einer zeitlich derart eingreifenden Behandlung entschließen können. Manche Einrichtungen nehmen allerdings auf bestimmte Bindungen Rücksicht und behandeln gleichzeitig stationär auch den Partner oder nehmen allenfalls auch ein Kind gemeinsam mit der abhängigen Mutter auf. Allgemein wird dementsprechend gefordert, dass ein Behandlungssystem entwickelt wird, das auf die *individuellen Bedürfnisse der Abhängigen* mehr Rücksicht nimmt und eine große *Methodenvielfalt* erlaubt.

Arzneimittelgestützte Behandlung der Abhängigkeitssyndrome

Der medikamentösen Abstinenzbehandlung kommt gegenüber Interventionen psychosozialer Art bislang nur begrenzte Bedeutung zu. Innerhalb der Alkoholismus-Behandlung gibt es in dieser Hinsicht verschiedene Ansätze, die neben dem bereits traditionellen Einsatz des *Antabus* derzeit auch Substanzen umfassen, die die pathologische Begierde nach Alkohol dämpfen sollen (*Anti-Craving-Substanzen*).

❖ Anti-Craving-Substanzen

Das *Antabus* ist eine Enzymhemmende Substanz, die auf der Stufe der Aldehyd-Dehydrogenase in den Abbau des Alkohols eingreift. Durch die Blockade dieses Enzyms kommt es nach Alkoholkonsum zu einer Azetaldehydanreicherung im Blut. Diese führt zum Azetaldehyd-Syndrom, einem subjektiv recht unangenehmen Zustandsbild. Dabei kommt es innerhalb von 5 bis 10 Minuten zunächst zur Rötung des Gesichtes und zu einem *Flushgefühl*, das sich über den ganzen Körper ausbreitet. Nach anfänglichem Pulsieren im Kopf, kann sich intensiver Kopfschmerz entwickeln. Weiters werden Atembeschwerden, Übelkeit und Erbrechen, Schmerzen in der Brust, Schwindel, Blutdruckabfall, Schwäche, kurzfristige Bewusst-

❖ Antabus

abstinenzenorientiert
arzneimittelgestützt

losigkeit (*orthostatische Synkope*), Schleiersehen und Verwirrtheit beobachtet. Die anfängliche Rötung des Gesichtes wird von Blässe abgelöst und der Blutdruckabfall kann eventuell einen Schock auslösen. Die Antabus-Behandlung wird als *Aversionsbehandlung* so durchgeführt, dass der alkoholranke Patient mit diesen Symptomen vertraut gemacht wird und dass er dann die Substanz täglich zu sich nehmen muss. Will er dem Azetaldehyd-Syndrom entgehen, muss er auf Alkohol verzichten.

Antabus findet experimentell neben anderen Substanzen (z.B. Adamantin) auch in der Behandlung des Kokainismus Verwendung. Gegen diese Form der Abhängigkeit wird auch eine Impfung mit einem kokain-spezifischen Antigen erprobt.

Schadensbegrenzende Behandlung Drogenabhängiger

Personen, die von Opiaten abhängig werden, oder Kokain missbrauchen, benötigen viel Geld, um sich die Drogen in ausreichendem Maß verschaffen zu können. So viel, dass sie es kaum offiziell verdienen können. Sie sind angewiesen darauf, selbst in den Kleinhandel mit verbotenen Substanzen einzusteigen oder sich zu prostituieren. Auf diese Weise kommt es dazu, dass sie überdurchschnittlich häufig geschlechtskrank werden. In den letzten Jahren bringt diese Situation zusätzlich das Risiko mit sich, mit dem *HI-Virus (AIDS)* angesteckt zu werden. Diese Gefahr wird durch das Leben in der Drogenszene verschärft. Zu den Ritualen der Drogenabhängigen zählt das *needle-sharing* – ein Injektionsbesteck wird nicht nur von einem Drogenabhängigen benutzt sondern macht eventuell die Runde in einer Gruppe. Wenn außerdem Injektionsnadeln und -spritzen nicht leicht erhältlich sind, dann erzwingt diese Notsituation den gemeinsamen Gebrauch des Injektionsbestecks. Dadurch wieder findet ein Krankheitserreger, der wie das HI-Virus, durch Blut übertragbar ist, rasch weite Verbreitung unter den Suchtkranken. Die Proportion der AIDS-Fälle unter injizierenden Drogengebrauchern in Europa stieg dementsprechend in den Jahren 1984 bis 1989 im Mittel von 1% auf 29%. Diese Verschränkung von Drogenmissbrauch und AIDS bedeutet eine große Gefahr für die Gemeinschaft. Drogenabhängige leben mehrheitlich heterosexuell; je mehr heterosexuell lebende Menschen aber den HI-Virus in sich tragen, umso höher wird das Risiko für die ganze Gesellschaft. Von

den europäischen Gesundheitsbehörden wurde dieser Entwicklung Rechnung getragen und es wurde die Empfehlung erarbeitet, dass es zunächst größere Bedeutung habe, die weitere *Ausbreitung von AIDS* zu behindern, als Drogenfreiheit zu erzielen. Dadurch wurde der Entwicklung schadensbegrenzender Methoden der Weg bereitet. Der Auftrag lautete nun nicht mehr, alle Drogengebraucher so rasch wie möglich zur Abstinenz zu bringen, sondern vielmehr, es möglich zu machen, das Risiko, das der Drogengebrauch für das Individuum und die Gemeinschaft mit sich bringt, möglichst zu beschränken.

☞ Aus diesem Grund wurden *niedrigschwellige Beratungs- und Behandlungsangebote* entwickelt, die den Abhängigen anonym und in unbürokratischer Weise zur Verfügung stehen. Diese Einrichtungen sollen Anlaufstellen für solche Abhängige darstellen, die entweder unter Schwellenängsten leiden oder aber (noch) nicht bereit sind, sich einer eingreifenden und fordernden Behandlung zu unterziehen. Auch diese Beratungsstellen folgen verschiedenen Konzepten. Manche sind medizinisch orientiert, manche mehr sozialarbeiterisch ausgerichtet. In manchen von ihnen wird Injektionsbesteck in großzügiger Weise zugänglich gemacht, in andern wieder nicht. In manchen wird *Nadelaustausch* betrieben. Darunter versteht man die Vorgangsweise, dass für eine abgegebene Injektionsnadel, bzw. ein Injektionsbesteck, ein neues steriles Besteck ausgegeben wird. In allen derartigen Einrichtungen aber wird Beratung in risikoarmer Sexual- und Drogengebrauchspraxis angeboten.

☞ niedrigschwellige Beratungs- und Behandlungsangebote

☞ Alles in allem wurde es möglich, in größerem Umfang als bisher, nicht direkt abstinenzenorientierte Behandlungsmethoden zur Anwendung zu bringen. Die wichtigste dieser Methoden ist die *Substitutionsbehandlung* für Opiatabhängige, die darauf abzielt, injizierende Opiatkonsumenten „von der Nadel wegzubringen“ und sie auf die Einnahme einer individuellen Minimaldosis eines legal erhältlichen Opiats oder Ersatzmittels in trinkbarer Form umzustellen. Die meisten Abhängigen, die auf diese Weise behandelt werden, erhalten *Methadon* verordnet, das in Sirup oder Fruchtsaft gelöst abgegeben wird. Die Art und Weise dieser Behandlung ist durch einen Erlass des Gesundheitsressorts geregelt. Es bestehen recht genaue Richtlinien, welche Patienten für diese Methode in Frage kommen und wie die Verordnung und Abgabe der Ersatzdroge vor sich gehen soll. Prinzipiell

☞ Substitutionsbehandlung

☞ Methadon

kommen nur Suchtkranke in den Genuss der Substitutionsbehandlung, die bereits längerfristig opiatabhängig sind und drogenfreie Therapieversuche erfolglos hinter sich gebracht haben. Bevorzugt werden außerdem HIV-positive Personen und AIDS-Kranke im Sinne einer seuchenhygienischen Prophylaxe zu dieser Behandlungsform zugelassen. Es wäre jedoch verfehlt, die Substitutionsbehandlung ausschließlich als sozialhygienische Maßnahme zu verstehen. Sie kann durchaus den Rang einer gerechtfertigten medizinischen Behandlungsmethode für sich in Anspruch nehmen. Viele Suchtkranke, die bereits lange Jahre opiatabhängig sind, können tatsächlich nicht auf raschem Weg opiatabstinent werden und bedürfen einer Phase, in der sie eine Art *geschützte Sucht* leben können, um sowohl in ihren oftmals äußerst schwer geschädigten Gesundheitszustand, wie auch in ihre soziale Lebenssituation, einigermaßen wieder Ordnung bringen zu können.

⚠️ Allerdings ist mit der Verordnung der Ersatzdroge meistens nicht genug getan. Die Substitutionsbehandlung kann nur dann gelingen, wenn auch der Zugang zur *medizinischen Behandlung* erleichtert und *psychosoziale Betreuung* geleistet wird. In diesem Sinn kann sowohl Psychotherapie notwendig werden als auch Hilfestellungen in sozialen Belangen: bei der Arbeitssuche, bei Schuldenregulierungen, beim Umgang mit Behörden.

⚠️ Der breite Einsatz schadensbegrenzender Methoden bedeutet nicht, dass der Anspruch der Gemeinschaft auf Drogenabstinenz nicht mehr gelten würde. Er besteht auch weiterhin als ideale Forderung und ist implizit auch in den Richtlinien der Substitutionsbehandlung enthalten. Die Substitution kann als Übergangslösung verstanden werden, die es dem Abhängigen zunächst erleichtert, sich aus den sozialen Bezügen der Drogenszene zu lösen, sich gesellschaftlich zu integrieren und gesundheitlich zu stabilisieren. Diese Veränderungen sollten es dem Abhängigen in der Folge ermöglichen, die notwendigen Schritte zu unternehmen, sich von der Substitutionssubstanz zu befreien. Tatsächlich gelingt dies auch nach internationalen Erfahrungen in vielen Fällen. Die Substitution ist oftmals eine Grundvoraussetzung dafür, dass Psychotherapie wirkt. Auch ist zu beobachten, dass Substitution und abstinenzorientierte Behandlung einander nicht konkurrenzieren. Ausgedehnte Substitutionsprogramme führen

zum Beispiel in den Niederlanden oder in der Schweiz nicht dazu, dass die therapeutischen Wohngemeinschaften weniger Fälle in Behandlung bekommen. Auch in Österreich finden seit 1987 beide Behandlungsmethoden Anwendung ohne einander zu behindern.

☛ In der aktuellen Behandlung der *Tabakabhängigkeit* kommen ebenfalls ☛ Tabakabhängigkeit sowohl abstinenzorientierte wie auch schadensbegrenzende Überlegungen zum Tragen. Zum einen wird versucht, die Raucher auf dem Weg zur Abstinenz zu begleiten. Dafür stehen die verschiedenen psychotherapeutischen Methoden zur Verfügung. Auch Akupunktur wird als Entzugshilfe und als abstinenzfördernde Methode zum Einsatz gebracht. Bei Klienten bei denen die Komponente der körperlichen Abhängigkeit von Nikotin besonders ausgeprägt ist und die das Ziel der Tabakabstinenz nicht erreichen wird von der Methode der *Nikotinsubstitution* Gebrauch gemacht. Dafür wieder stehen verschiedene Anwendungsformen zur Verfügung wie Nikotinkaugummi oder Pflaster, die langsam kontinuierlich Nikotin aus einer Klebeschicht freisetzen und es über die Haut in den Organismus einbringen. Zumeist werden kombinierte Therapien angeboten, die substituierende und psycho-/verhaltenstherapeutische Komponenten umfassen. Als neue Therapieform wurde in den 80er Jahren eine besondere Form der *Multi-Komponententherapie* entwickelt, die darauf ausgerichtet ist, den ent- ☛ Multi-Komponententherapie wöhnungswilligen Rauchern Selbstkontrollmethoden zur Bewältigung des Rauchverhaltens wie auch zur Rückfallsvermeidung zu vermitteln. Der Raucher soll sozusagen lernen, sein eigener Therapeut zu werden. Zur Palette des Therapieangebotes gehört darüber hinaus die Verwendung einer ursprünglich als Antidepressivum vermarkteten Substanz, die beim Abhängigen die Begierde nach Nikotin beschränken kann (*Anticraving-Substanz*). Auch ein Impfstoff auf der Basis eines Nikotin-spezifischen Antigens wird erprobt.

Selbstheilung Immer wieder kann man im Verlauf der Feldforschung an Abhängigen die Beobachtung machen, dass sie in einem gewissen Prozentsatz von selbst aufhören Drogen zu gebrauchen, auch wenn sie körperlich abhängig machende Drogen bereits über längere Zeit in abhängiger Weise gebraucht hatten. Man nimmt heute an, dass diese Selbst-

maturing out 🎯 heilung, die man *maturing out* (Herausreifen aus der Sucht) bezeichnet, in etwa einem Drittel der Fälle zu erwarten ist. Die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer, in der sich die Herausreifung entwickelt, beträgt 15–17 Jahre. Im Allgemeinen befinden sich die Klienten dann in der Altersgruppe der 35 bis 45-Jährigen. Die Selbstheilungstendenz eines immerhin recht bedeutenden Anteils der Opiatabhängigen lässt manche der Auffassungen, die über diesen Zustand entwickelt wurden, recht fragwürdig erscheinen. Insbesondere biologische Theorien, die die Unveränderlichkeit des Zustandes postulieren und ihm – wie *Bejerot* – bleibende, physiologisch verankerte triebhafte Qualitäten zuordnen wollen.

Schüler

ohne Drogen : -D

Helfen statt strafen Anleitung zum neuen Suchtmittelgesetz in der Schulpraxis

Helfen wir gemeinsam mit, dass unsere Jugend nein sagt zu Süchten aller Art – durch die Maßnahmen zur primären Prävention. Darüber hinaus verpflichtet das Suchtmittelgesetz die Schule, jungen Menschen, die Drogen missbrauchen, gezielte Hilfe anzubieten.

Das Gesetz ermöglicht, ihnen zu helfen: Ohne zu strafen, ohne Anzeige, ohne Diskriminierung. Ein wichtiger Tipp für alle Beteiligten: Nehmen Sie die Hilfe von Experten der Drogenberatungsstellen (siehe Rundschreiben des bm:bwk Nr. 65/97) in Anspruch.

Der hier folgende Überblick soll allen Beteiligten Rechtssicherheit geben über die Schritte, die zu setzen sind.

Die rechtliche Situation nach dem neuen Suchtmittelgesetz – kurz und bündig

Das Suchtmittelgesetz (SMG), BGBl. I Nr. 112/1997, löste mit 1. Jänner 1998 das bis dahin geltende Suchtmittelgesetz 1951 ab. Sein §13 Abs. 1 enthält eine Bestimmung, die sich ausdrücklich auf den Suchtgiftmissbrauch durch Schüler bezieht. Sie lautet §13 Abs. 1 SMG: „Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Der schulpsychologische Dienst ist erforderlichenfalls beizuziehen. Ergibt die Untersuchung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß §11 Abs. 2 notwendig ist und ist diese nicht sichergestellt, oder wird vom Schüler, den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigert, so hat der Leiter der Schule anstelle einer Strafanzeige davon die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu verständigen ...“

Der in dieser Bestimmung erwähnte §11 Abs. 2 SMG bezieht sich auf gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch und lautet wörtlich §11 Abs. 2 SMG: „Gesundheitsbezogene Maßnahmen sind 1. die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, 2. die ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung, 3. die

klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, 4. die Psychotherapie sowie 5. die psychosoziale Beratung und Betreuung durch qualifizierte und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertraute Personen.“

Wenn ein durch Tatsachen erhärteter Verdacht des Suchtgiftmissbrauchs vorliegt, z.B. entsprechend auffälliges Verhalten; Einstichstellen; Injektionsnadeln; sonstige, auf einen Suchtgiftmissbrauch hindeutende Gebrauchsgegenstände; auf Suchtmittel hindeutende Substanzen.

❖ Wann muss der Schulleiter eine schulärztliche und/oder schulpsychologische Untersuchung veranlassen?

•••• Eine verantwortungsvolle Entscheidung über die Notwendigkeit einer Untersuchung wird durch diese Kriterien erleichtert und ein Schüler nicht leichtfertig dem Verdacht ausgesetzt, er missbrauche Suchtgift.

Nein. Es wird dies aber in der Regel der Fall sein, weil das Gesetz diese Möglichkeit mit derselben Wertigkeit wie die medizinische Untersuchung vorsieht.

❖ Muss der schulpsychologische Dienst die schulärztliche Untersuchung ergänzen?

Nein. Diese spezifische Untersuchung kann auch nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, in diesem Jahr schon einmal (gem. §66 SchUG) vom Schularzt untersucht worden zu sein.

❖ Kann die Anordnung des Schulleiters zur Untersuchung gem. §13 Abs. 1 SMG rechtlich bekämpft werden?

Nach Verständigung des Schülers und der Eltern soll die schulärztliche Untersuchung (und die Information über das Ergebnis, vgl. §48 SchUG) ohne unnötigen Zeitverlust erfolgen.

❖ In welchem Zeitrahmen soll die Untersuchung erfolgen?

Der Schulleiter ist verpflichtet, die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde (Amtsarzt) zu verständigen. Die Meldung erfolgt also auch, wenn beide Maßnahmen angeordnet und auch nur eine der beiden verweigert wird.

❖ Was tun, wenn ein Schüler oder dessen Erziehungsberechtigte die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigern?

Schulleiter und Schularzt führen über die zu ergreifenden Maßnahmen ein Gespräch mit den Erziehungsberechtigten und dem betroffenen Schüler, bei dem vor allem darauf verwiesen wird, an welche Stellen sich der Schüler wenden kann. Zu diesem Gespräch ist, falls erforderlich, ein Schulpsychologe beizuziehen. Zweckmäßig ist die Kontaktnahme des Schularztes (des Schulpsychologen) mit der in Aussicht genommenen behandelnden Stelle bzw. Person.

❖ Was muss geschehen, wenn die Untersuchung die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt hat?

Was tun, wenn die Durchführung der notwendigen Maßnahme(n) nicht sichergestellt ist? ❖ Wird nach Ablauf der vereinbarten Frist (ca. 2 Wochen) keine Bestätigung über den Behandlungsbeginn gebracht oder bleiben die weiteren (etwa monatlichen) Bestätigungen aus oder ist die Behandlung aus anderen Gründen nicht sichergestellt, so ist ebenfalls die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde (Amtsarzt) vom Schulleiter zu verständigen.

Achtung auf die Amtsverschwiegenheit! ❖ Keinerlei Meldepflichten – auch nicht die Pflicht zur Verständigung der Bezirksverwaltungsbehörde – bestehen, wenn die angeordnete(n) Untersuchung(en) durchgeführt wurden und im Fall des bestätigten Verdachts des Suchtgiftmissbrauchs die Durchführung der dafür im SMG vorgesehenen gesundheitsbezogenen Maßnahmen sichergestellt ist. In keinem Fall ist der Schulleiter berechtigt, eine andere Behörde zu verständigen oder eine Strafanzeige an die Strafverfolgungsbehörden zu erstatten. Auch dürfen die Organe der Schulpartnerschaft mit Einzelfällen von Suchtgiftmissbrauch durch Schüler nicht befasst werden!

So gehe ich vor:

Tatsachen begründen den Verdacht, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht

Verständigung des Schülers und der Erziehungsberechtigten über die Anordnung der Untersuchung

Die Untersuchung erfolgt durch den Schularzt, in der Regel unter Beiziehung des Schulpsychologischen Dienstes

Der Schüler, der Erziehungsberechtigte verweigert die Untersuchung

Suchtmittelmissbrauch nach SMG *wird nicht bestätigt*

Suchtmittelmissbrauch nach SMG *wird bestätigt*

Schulleiter verständigt darüber den Amtsarzt

Verständigung von Schüler und Erziehungsberechtigten über das Untersuchungsergebnis durch den Schulleiter

Keine gesetzlichen Maßnahmen

Gespräch über gesundheitsbezogene Maßnahmen zwischen Schulleiter, Schularzt, ggf. Schulpsychologe, Schüler und Erziehungsberechtigten:
a) Information, wo, bei wem die angeordnete medizinische und/oder therapeutische Behandlung erfolgen kann.
b) Vereinbarung über Zeitraum bis Behandlungsbeginn, die Fristen zur unaufgeforderten Vorlage der Behandlungsbestätigungen.

Die Vereinbarung wird eingehalten: Keinerlei weitere Maßnahmen

Die angeordnete(n) Maßnahme(n) ist (sind) nicht sichergestellt

Schulleiter verständigt darüber den Amtsarzt

Literatur

Auswahl aus
den benutzten
Materialien

- Bandura, A.**, *Social cognitive theory of personality*. In: Pervin, L. A. und John, O.P. (Hrsg.), *Handbook of personality theory and research*. Guilford Press, 1999
- Becker, H. S.**, *Aussenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. Frankfurt, Fischer TBV, 1981
- Bejerot, N.**, *Addiction. An Artificially Induced Drive*. Springfield, Thomas, 1972
- Brosch, R.** und **Juhnke, G.** (Hrsg.), *Jugend und Sucht*. Wien, Orac, 1995
- Bühringer, G.**, *Drogenabhängig*. Freiburg im Breisgau, Herder, 1992
- Feuerlein, W.** (Hrsg.), *Theorie der Sucht*. Berlin, Springer, 1986
- Freitag, M.** und **Hurrelmann, K.** (Hrsg.), *Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter*. Weinheim und München, Juventa, 1999
- Goldstein, A.**, *Opiate Peptides (endorphins) in pituitary and brain*. Science Vol. 193, 1976, S 1081–1086
- Goplerud, E. N.** (Hrsg.), *Preventing Adolescent Drug Use: From Theory to Practice*. OSAP Prevention Monograph 8, Rockville, 1991
- Gutzwiller, F.**, **Wylder, H.** und **Stähli, R.**, *Grundlagen der Suchtprävention. und Ziele und Aufgaben der Suchtprävention*. Beides in: Uchtenhagen, A. und Zieglgänsberger, W. (Hrsg.), op. cit. Kap. 6, S. 235–250
- Hebdige, D.**, *Subculture. The Meaning of Style*. London, Methuen, 1979
- Jessor, R.** und **Jessor, S.L.**, *Problem behavior and psychosocial development*. New York, Academic Press, 1977
- Jessor, R.** und **Jessor, S.L.**, *Ein sozialpsychologisches Modell des Drogenkonsums*. In: Lettieri, D. J. und Welz, R. (Hrsg.), *Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen*. Weinheim, Beltz, 1983
- Keup, W.** (Hrsg.), *Biologie der Sucht*. Berlin, Springer, 1985

- Künzel-Böhmer, J., Bühringer, G.** und **Janik-Konecny, T.**, *Expertise zur Primärprävention des Substanzmißbrauchs*. IFT-Bericht Bd. 60, München, 1991
- Lennertz, E.**, *Verhaltensgewohnheit und Drogenbindung*. Freiburg/München, Alber, 1974
- Lettieri, D. J., Sayers, M.** und **Wallenstein Pearson, H.**, *Theories on Drug Abuse. Selected Contemporary Perspectives*. NIDA Research Monograph 30, March 1980. Rockvill, 1980
- Lindesmith, A. R.**, *Addiction and Opiates*. Chicago, Aldine, 1972
- Lorion, R. P., Bussell, D.** und **Goldberg, R.**, *Identification of Youth at High Risk for Alcohol and Other Drug Problems*. In: Goplerud, E. N. (Hrsg.), *OSAP Prevention Monograph 8*, op. cit. 127–181
- Müller, R.**, *Gesundheitserziehung in der Schule*. Drogalkohol. Jg. 4., Nr. 1., 1980
- Müller, R.**, *Die Wirksamkeit der Drogenerziehung*. Wr. Zeitung für Suchtforschung Jg. 5, Nr. 1/2, 1982
- Rado, S.**, *The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction)*. Psychoanalytic Quarterly, Vol. 2, 1933, S. 1–23
- Redhead, St.** (Hrsg.), *Rave Off. Politics and Deviance in Contemporary Youth Culture*. London, Routledge, 1993
- Schaps, E.** und **Battistich, V.**, *Promoting Health Development Through School-Based Prevention*. In: Goplerud, E. N. (Hrsg.), *OSAP Prevention Monograph 8*, op. cit. 127–181
- Schur, E. M.**, *Crimes Without Victims*. Engelwood Cliffs, Prentice Hall, 1965
- Springer, A.**, *Jugendkultur und Drogengebrauch*. In: Brosch, R. und Juhnke, G. (Hrsg.), *Jugend und Sucht*. Wien, Orac, 1995
- Springer, A.**, *Die Bedeutung der Tiefenpsychologie für den Umgang mit den modernen Suchtphänomenen*. In: Ladewig, D. (Hrsg.) *Drogen und Alkohol*. Lausanne, ISPA-Press, 1986

Steinberg, L., *Adolescent Transition and Alcohol and Other Drug Use Prevention.* In: Goplerud, E. N. (Hrsg.) *OSAP Prevention Monograph 8,* op. cit. 13–51

Thomasius, R., *Ecstasy – MDMA. Aktueller Forschungsstand.*
In: Rabes, W. und Harm, W. (Hg.), *Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Vorbeugungsmöglichkeiten und Jugendkultur.* Reibeck, Rowohlt, 1997

Thomasius, R.,(Hg.): *Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen. Ein Leitfaden für die Praxis.* Stuttgart, Enke, 1999

Thomasius, R., Referat anlässlich des 11. Internationalen Suchtkongresses in Wien, Sept. 2000

Uchtenhagen, A. und Zieglgänsberger, W. (Hrsg), *Suchtmedizin.* München/Jena, Urban und Fischer, 2000

Winick, Ch., *A Theory of Drug Dependence Based on Role, Access to and Attitudes Toward Drugs.* In: Lettieri D. J. et al (Hrsg.), *NIDA research monograph 30,* op. cit. S. 225–235

Wurmser, L.,*The Hidden Dimension. Psychodynamics in Compulsive Drug Use.* New York, Aronson, 1978

United Nations Publications, *Resource Book on Measures to Reduce Illicit Demand for Drugs.* New York, 1979, revised edition 1982;

Preventing drug abuse: The community in action. New York, 1990

Publikationen der Deutschen Hauptstelle gegen die

Suchtgefahren, Jahrbücher *Sucht* 1980–1999

BMAGS, *Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends,* 1999