

Abhängigkeit / Sucht

Der Begriff „Abhängigkeit“, wurde von der WHO als Ersatz für den älteren Begriff „Sucht“ eingeführt. Das Gemeinsame der in diesem Bereich zusammengefassten Fehlhaltungen ist das Bestreben, einer unerträglich erscheinenden Realität zu entfliehen. Zu den vielfältigen Motiven gehören: körperlicher Schmerz, wirtschaftliche Sorgen, Belastungen allgemein, Versagungen, Einsamkeit, Sinnentleerung, „Leere“ etc.

Abhängigkeiten lassen sich bezüglich ihrer Charakteristika verschieden unterteilen, so z. B. ob es sich um legale oder illegale Stoffe handelt, diese psychisch und/oder physisch abhängig machen oder ob die Abhängigkeit **stoffgebunden** oder **nichtstoffgebunden** ist.

| Stoffgebundene Abhängigkeit | Nichtstoffgebundene Abhängigkeit |
|------------------------------------|---|
| • Alkohol | • Spielsucht F63.0 |
| • Medikamente | • Arbeitssucht (Workaholik) F63.8 |
| • Drogen (meist illegal) | • Sammelsucht F63.8 |
| • Flüchtige Lösungsmittel | • Kleptomanie (Stehlsucht) F63.2 |
| • Genussmittel (Koffein, Nikotin) | • Poriomanie (Wandertrieb) F63.8 |
| | • Pyromanie (Feuertrieb) F63.1 u. a. |

Nicht nur Substanzen, sondern praktisch **jedes menschliche Verhalten kann zur Abhängigkeit führen** und süchtig entgleisen. Zum Überspielen von Konflikten und Problemen lassen sich noch weitere Fehlhaltungen benennen wie z. B.: Sexsucht, Putzsucht, Fernsehsucht, Sportsucht, Internetsucht, Informationssucht. Die Essstörungen, Anorexie, Bulimie und Adipositas können formal auch dazu gerechnet werden.

In der ICD-10 werden die nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten unter „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (F63) eingeordnet. Hierzu zählt auch die Trichotillomanie (pathologisches Ausreißen der Körperbehaarung) F63.3.

Störungen verursachende Substanzen sind: Alkohol, Opioide (z. B. Opium, Heroin), Cannabinoide (Haschisch, Marihuana), Sedativa und Hypnotika, Stimulantien (Amphetamine, Koffein), Kokain, Halluzinogene (LSD, Mescaline), Flüchtige Lösungsmittel (Klebstoffverdünner), Tabak.

Die WHO unterscheidet **7 Prägnanz-Typen** bzw. Formen der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen.

- Morphin-Typ
- Barbiturat-Alkohol-Typ
- Kokain-Typ
- Cannabis / Marihuana-Typ
- Amphetamin-Typ
- Halluzinogen-Typ
- Khat-Typ (ist nur in Ost-Afrika und im Jemen von Bedeutung)

Diese Einteilung fasst in den jeweiligen Gruppen **die Stoffe** zusammen, **die hinsichtlich Vergiftungs- und Entzugerscheinungen sehr ähnlich sind**. Dies erleichtert die Abschätzung der Folgen und auch der Behandlung. Darüber hinaus besteht bei den Substanzen des gleichen Typs eine **Kreuztoleranz**, was so viel bedeutet, wie dass z. B. ein Alkoholiker sich im Zweifelsfall auch mit Barbituraten begnügen könnte und umgekehrt.

Zunächst verschiedene Begriffsklärungen:

- **Psychische Abhängigkeit** kann bezeichnet werden als **übermächtiges**, unwiderstehliches **Verlangen**, eine bestimmte Substanz/Droge wiederholt einzunehmen. Dies geschieht entweder zur Lust-Erzeugung und/oder Unlust-Vermeidung.
- **Physische** (körperliche) **Abhängigkeit** ist dadurch gekennzeichnet, dass der Körper eine **gesteigerte Toleranz** gegen die Substanz entwickelt sowie durch das Auftreten von Entzugerscheinungen beim Versuch des Absetzens.
- **Toleranzsteigerung**: Darunter versteht man die Tatsache, dass sich der Körper an die Zufuhr von Drogen gewöhnt. Dies geschieht z. B. durch beschleunigten enzymatischen Abbau in der Leber, Absinken der Empfindlichkeit zellulärer Rezeptoren an den Wirkorten, verzögerte Resorption aus dem Darm oder verzögerte Aufnahme ins Gewebe. Gleichzeitig muss die Menge an zugeführter Droge erhöht werden, um denselben Effekt wie vor der Toleranzbildung zu erzielen. Daraus ergibt sich für den Drogenkonsumenten der **Zwang zur Dosiserhöhung** (Erhöhung der Einzeldosis oder der Einnahmefrequenz).*)
- **Abusus** oder **Missbrauch** liegt dann vor, wenn es zum unangemessenen Gebrauch (zur überhöhten Dosierung) einer Substanz kommt bzw. Medikamente in nicht zweckentsprechender Weise eingenommen werden. Beim Abusus kann ein Mensch noch **aus eigener Kraft aufhören**, es liegt also noch **keine Abhängigkeit** vor.
- **Suchtpotential**: Damit bezeichnet man das Ausmaß der Fähigkeit einer Substanz, bei einem Menschen Abhängigkeit zu erzeugen. Das Suchtpotential einer Substanz ist umso höher, je mehr Menschen davon abhängig werden und je schneller die Abhängigkeitsentwicklung erfolgt. Ein Beispiel für eine Substanz mit sehr hohem Suchtpotential ist das Heroin (Abhängigkeitsentwicklung bei praktisch allen Menschen in sehr kurzer Zeit), eine mit niedrigem Suchtpotential der Alkohol (eine Abhängigkeit entwickelt sich im Laufe von Jahren bei ca. 5% aller Menschen, die Alkohol trinken).**)
- **Polytoxikomanie** (polyvalente Abhängigkeit) bezeichnet eine **Mehrfachabhängigkeit**, also die gleichzeitige Einnahme verschiedener Suchtmittel.

In der **ICD-10** sind folgende Kriterien für ein **Abhängigkeitssyndrom** definiert:

- Starkes Verlangen die Substanz zu konsumieren; nachlassende Kontrollfähigkeit.
- Entzugssymptome körperlicher Art und infolgedessen erneuter Konsum.
- Toleranzentwicklung und Dosissteigerung.
- Übliches soziales Verhalten (z. B. beim Alkoholtrinker) wird nicht mehr eingehalten.
- Frühere Interessen und andere „Vergnügen“ werden vernachlässigt.
- Trotz substanzbedingter psychischer Beeinträchtigung, Organschäden und sozialer Nachteile wird der Konsum fortgesetzt.

Verschiedene Faktoren spielen bei der Entstehung und Entwicklung von Abhängigkeit eine Rolle, dazu gehören:

- Das **Individuum** bzw. die Persönlichkeit mit seiner Frustrationstoleranz, Ich-Stärke, neurotischen Entwicklung und genetischen Disposition.
- Die **Droge** mit ihrer Verfügbarkeit, Suchtpotenz und Wirkung.
- Die **Umwelt**: „Broken-Home“, elterliches Vorbild, Erziehungsfehler, Konsumgesellschaft, Gruppenzwänge, Konfliktsituationen, Beruf, soziokulturelle Einflüsse.

Die **Diagnostik** ist gerade in frühen Stadien nicht immer leicht, da zu den krankheitstypischen Verhaltensweisen Beschönigung, Verleugnung, Bagatellisierung und Verheimlichungstendenzen gehören.

*) **) Brunnhuber / Lieb. Psychiatrie, 3. Auflage, S. 138

Alkoholismus

(siehe Fallbeispiel)

Bei den Abhängigkeiten kommt dem Alkoholismus, der **1968 als Krankheit anerkannt** wurde, die mit Abstand größte Bedeutung zu. Die Alkoholkrankheit ist in Deutschland das **sozialmedizinische Problem Nr. 1**, denn durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz, herabgesetzte Arbeitsleistungen, durch Alkohol verursachte Verkehrs- und Betriebsunfälle sowie direkte und indirekte Krankheits- und Behandlungskosten entstehen dem Staat und der Gesellschaft schwere wirtschaftliche Belastungen von jährlich rund 50 Milliarden Euro. Dem stehen staatliche Einnahmen in folgender Höhe gegenüber: 2,2 Milliarden durch Brandweinsteuer und 2,5 Milliarden durch die Mehrwertsteuer.

Bei der Mehrheit krimineller Delikte ist Alkohol maßgeblich beteiligt. So auch bei Suiziden und Suizidversuchen. In Zahlen nicht fassbar sind das persönliche Leid der Betroffenen und die negativen Folgen für das Individuum und seine Familienangehörigen.

Die **Lebenserwartung** von Alkoholkranken ist im Vergleich zur Bevölkerung **um 15% reduziert**. Pro Jahr sterben in Deutschland mehr als 40.000 Menschen vorzeitig an den Folgen des Alkoholkonsums.

Mit einem Konsum von umgerechnet fast **10 Liter reinem Alkohol pro Kopf und Jahr** liegt Deutschland weltweit nach Luxemburg, Irland, Ungarn und Tschechien auf Platz fünf. Die **Abhängigkeitsrate** liegt bei **3 - 5%** der Gesamtbevölkerung.

Männer sind wesentlich **häufiger** (ca. **5mal so oft**) **betroffen** als Frauen. Bei Männern findet sich die **größte Prävalenz** (Häufigkeit) bei **Ungelernten** und **Angelernten** sowie bei **Freiberuflern** und **Selbständigen**. Alkoholranke Frauen kommen gehäuft in den oberen sozialen Schichten vor.

Nach der **Definition der WHO** sind Alkoholiker „exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen und ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen; oder sie zeigen Prodrome einer solchen Entwicklung; daher brauchen sie Behandlung“.

Jellinek definiert den **Alkoholismus** wie folgt: „Unter Alkoholismus versteht man jeglichen Gebrauch von alkoholischen Getränken, der einem Individuum oder einer Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt“.

Verlauf und Folgen

Einen Überblick hinsichtlich der Stadien und der dazugehörigen Symptome der Alkoholabhängigkeit liefert der **Phasenverlauf nach Jellinek**.

- **Präalkoholische Phase**
Spannungsreduktion durch das gemäßigte Trinken von Alkohol (Erleichterungstrinken), leichte Toleranzerhöhung
- **Prodromalphase**
Alkoholkonsum und Toleranzentwicklung nehmen weiter zu, dauerndes Denken an Alkohol, in Gesprächen Verniedlichung des Alkoholismus, gieriges Trinken der ersten Gläser, heimliches Trinken mit Schuldgefühlen, Anlegen von Alkoholvorräten, erste Gedächtnislücken für Ereignisse während des Alkoholkonsums
- **Kritische Phase**
Nach Trinkbeginn: **Kontrollverlust**, Erklärungen und Ausreden werden nötig, das Verhalten ändert sich, Zittern und morgendliches Trinken, mangelhafte Ernährung
- **Chronische Phase**
Verlängerte (tagelange) Rausche, ethischer und sozialer Abbau, Trinken mit Personen weit unter dem eigenen Niveau, Minderung der bisher erhöhten Alkoholtoleranz bis zur Alkoholintoleranz, Trinken als Besessenheit, Auftreten von Alkoholpsychosen, Angstzustände, Zittern, körperliche Komplikationen und dementieller Abbau

Alkoholabhängigkeit

Fallbeispiel aus Möller, Laux, Deister. Psychiatrie, S. 312/313

Der 47jährige Zollbeamte Herr M. stellte sich erstmals ambulant in der Poliklinik vor, weil sein Hausarzt ihm gesagt habe, dass er nun endlich einmal etwas gegen sein Alkoholproblem tun müsse.

Aktueller Hintergrund war gewesen, dass dem Hausarzt anlässlich einer Durchuntersuchung des Patienten wieder einmal stark erhöhte Leberwerte aufgefallen waren. Herr M. erzählte nun, dass die Sache mit dem Alkohol in den letzten Jahren wirklich immer drängender geworden sei: Begonnen habe das ganze vor etwa 25 Jahren: Herr M. hatte erhebliche Potenzprobleme (Ejaculatio praecox) in seiner Ehe; allerdings machte er bald die Erfahrung, dass er nach Konsum einer bestimmten Menge Alkohol den Koitus vollziehen konnte.

Die Ehe ging nach insgesamt 17 kinderlosen Jahren auf Drängen der dominierenden Ehefrau auseinander. Für Herrn M., der schon immer wenig kontaktfreudig gewesen war, begann daraufhin eine Phase zunehmender Vereinsamung. In dieser Zeit steigerte sich der bis dahin sporadische Alkoholkonsum und wurde zunehmend regelmäßiger. Seit etwa einem halben Jahr trank Herr M. auch morgens, um ein leichtes Händezittern und verstärkte innere Anspannung zu kupieren. Mehrfach hatte er schon auf Anraten des Hausarztes versucht, den Alkoholkonsum einzuschränken, was aber stets misslang. Bei einem Umtrunk mit Kollegen aus Anlass eines Dienstjubiläums hatte er sich fest vorgenommen, nur Mineralwasser zu trinken. Nachdem er mit den Worten "ein Gläschen in Ehren soll keiner verwehren" gedrängt worden sei, wenigstens doch ein Glas Sekt mitzutrinken, habe er danach immer weiter getrunken, so dass er letztlich sogar von einem Kollegen nach Hause gebracht werden musste.

Seine Scham über dieses einmalige Ereignis war so groß, dass er für zwei Tage der Arbeit fernblieb, mit der Begründung eines grippalen Infekts. Obwohl er sich vorgenommen hatte, von nun an abstinent zu sein, trank er am Morgen des ersten Arbeitstages einen Cognac und putzte sich hinterher noch einmal die Zähne, damit keiner der Kollegen etwas rieche.

Schon sein ganzes Leben war Herr M. ein zur Ängstlichkeit neigender Mensch gewesen. Sein Selbstwertgefühl war eher gering ausgeprägt, und er hat eigentlich in der ständigen Angst gelebt, dass er etwas falsch machen könnte. Er konnte sich noch gut daran erinnern, dass er schon während der Schulzeit einen ganz schnellen Herzschlag bekam, wenn der Lehrer ihn bloß beim Namen rief. Genauso erging es ihm während seiner Verwaltungsausbildung bei Gericht, hinzu kam eine hohe Empfindlichkeit gegenüber jeder, auch nur geringfügigen Kritik an seiner Arbeit. Diese Empfindlichkeit konnte er allerdings nicht nach außen artikulieren, sondern „fraß sie in sich hinein“. Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten ging er daher meist aus dem Weg, selbst wenn er im Recht war, weshalb er von seiner damaligen Frau wiederholt "Schlappschwanz" genannt worden war.

Mittlerweile lebte Herr M. vereinsamt in seiner Wohnung und hatte außerhalb der beruflichen Sphäre so gut wie keine Kontakte mehr. War er früher am Wochenende wenigstens hin und wieder einmal in den Schachverein gegangen, saß er nun in seiner Freizeit fast ausschließlich vor dem Fernseher und trank Wein.

Zu Auffälligkeiten im Straßenverkehr war es bisher noch nicht gekommen, wie auch überhaupt nach seinen Worten nur wenige ahnten, dass er zu viel trinke.

Diagnose: Alkoholabhängigkeit (F10.1) auf dem Boden einer ängstlich-selbstunsicheren Persönlichkeit (ängstlich/vermeidende Persönlichkeitsstörung F60.6).

(In gekürzter Form zitiert aus dem Fallbuch der Psychiatrie, Kasuistiken zum Kapitel V (F) der ICD-10, *Freyberger und Dilling* 1993).

Der Alkoholismus wird insbesondere in frühen Stadien nicht erkannt. Viele Alkoholranke konsultieren jedoch in diesen frühen Stadien Ärzte wegen Magen- und Darmbeschwerden (gastrointestinale Beschwerden) und Kreislaufbeschwerden.

Das psychische Bild zeigt Merkmale, die Hinweise liefern können wie Nervosität, Stimmungsschwankungen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Distanzlosigkeit als mögliches Anzeichen einer Wesensänderung. Relativ häufig kommt es zu **depressiven Verstimmungen** sowie Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen, die nicht selten zu **Suizidalität** führen.

In fortgeschrittenen Stadien kommt es bei vielen zu beträchtlichen organischen Folgeerkrankungen:

- Ulcus (Geschwüre) und Gastritis (Magenschleimhautentzündung)
- Leberschädigung (Hepatitis, Zirrhose, Fettleber) äußerlich sichtbar durch Palmarerythem (Rötung der Handinnenflächen) und Spider naevus (sternförmige arterielle Gefäßerweiterung)
- Varizen (Blutungen von erweiterten Venen der Speiseröhre)
- Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung)
- Herzmuskelerkrankungen
- Osteoporose
- Polyneuropathie
- Krampfanfälle

Psychiatrisch sehr bedeutsam sind die **hirnorganischen Folgen**

- Akute Alkoholintoxikation
- Alkoholdelir (Delirium tremens)
- Alkoholhalluzinose
- Organische Persönlichkeitsstörungen
- Hirnatrophie (Korsakow-Syndrom und Wernicke-Enzephalopathie)

Bei den Alkoholkranken handelt es sich nicht um eine homogene Gruppe. Nach **Jellinek** lassen sich **fünf** verschiedene **Alkoholtypen** unterscheiden, von denen zwei, der **Gamma-** und der **Delta-Alkoholismus**, **die klinisch bedeutsamsten** Formen sind.

| Alkoholtypen nach Jellinek | | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|---|-------------------|
| Art des Alkoholismus | Versuch einer Typisierung | Abhängigkeit | Suchtkennzeichen | Häufigkeit |
| Alpha α | Konflikttrinker | zeitweilig psychisch | Kein Kontrollverlust / Fähigkeit zur Abstinenz | ca. 5% |
| Beta β | Gelegenheitstrinker „Wochenendtrinker“ | keine | Kein Kontrollverlust / Fähigkeit zur Abstinenz | ca. 5% |
| Gamma γ | süchtiger Trinker | Zuerst psychisch, dann physisch | Kontrollverlust jedoch zeitweilige Fähigkeit zur Abstinenz | ca. 65% |
| Delta δ | Gewohnheitstrinker (Spiegeltrinker) | physisch | kein Kontrollverlust Unfähigkeit zu Abstinenz , rauscharmer, kontinuierlicher Alkoholkonsum | ca. 20% |
| Epsilon ε | episodischer Trinker (Quartalstrinker) Dipsomanie | psychisch | Kontrollverlust Fähigkeit zur Abstinenz | ca. 5% |

Therapie

Bedingt durch die häufig ungenügende und schwankende Therapiemotivation der Alkoholkranken sind die **Behandlungserfolge sehr begrenzt**. Etwa ein Drittel schafft den Weg in die Abstinenz.

Günstige Voraussetzungen für einen Therapieerfolg sind ein höheres Lebensalter, gute Berufs- und Schulbildung, Berufstätigkeit und das Zusammenleben mit einem Partner.

Ungünstige Voraussetzung ist das Vorliegen einer organischen Persönlichkeitsveränderung mit **Depravation** (Verfall der ethischen und moralischen Wertnormen). Durch die in jungen Jahren wesentlich stärker ausgeprägten Gruppenzwänge bzw. Konformitätsorientierungen sind alkoholkranken Jugendliche ohne Milieuwechsel sehr schwierig zu behandeln.

Für die Therapie kann die Früherkennung von entscheidender Bedeutung sein, mit einer noch nicht eingesetzten Wesensänderung. Die Behandlung lässt sich in vier Phasen gliedern:

1. Kontakt- und Motivationsphase

Erkennen des Alkoholismus und Motivation des Betroffenen zu einer Therapie – eventuell unterstützt durch Entdeckung sinnhafter Lebensinhalte „die auf Erfüllung warten“ („Spiritus contra Spiritum“). Ihn konsequent ohne zu moralisieren auf den Weg der Therapie führen. Durch Drogenberatungsstellen einen Therapieplan entwerfen lassen.

2. Entgiftungsphase: Entzug

Die Entziehung wird in allen Fällen ausgeprägter Abhängigkeit stationär durchgeführt, einerseits um die nicht seltenen ernsthaften Entziehungskomplikationen aufzufangen, andererseits um dem Patienten in dieser ersten, für ihn sehr schweren Zeit der Abstinenz den quälenden Kampf gegen das neue Verlangen zu erleichtern, ggf. auch durch Behandlung in einer geschlossenen Abteilung. Die meisten Patienten fühlen sich so sicherer. Der Alkoholentzug soll sofort vollständig geschehen. Allmähliches Reduzieren ist für den Patienten schwieriger. Auch das langfristige Ziel ist totale Abstinenz, nicht das kontrollierte Trinken.*)

Die körperliche Entziehung wird, wenn nötig, **medikamentös unterstützt**.

3. Entwöhnungsphase

Dies ist der Weg in die Unabhängigkeit, das Lernen, ohne Alkohol zu leben. Hier gibt es breit angelegte Therapieprogramme, die als Entwöhnungskur zumindest zu Beginn stationär durchgeführt werden. Die Entwöhnung in entsprechenden Fachkliniken erfolgt zumeist in Form einer **Gruppenpsychotherapie**, die Physiotherapie, Ergotherapie, Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung, Informationen über den Alkoholismus und Entspannungsverfahren umfasst. Die Dauer dieser Entwöhnungsbehandlungen – die dem Aufbau von Selbstfindung und Eigenverantwortung dienen – liegt heutzutage meistens bei ca. 2 Monaten.

4. Nachsorgephase: Rehabilitation.

Die Erfolge der Entwöhnungsbehandlung sind bei den meisten Patienten gefährdet, wenn nicht eine Nachsorge folgt, die sich mindestens über mehrere Jahre erstrecken muss. Diese Nachbehandlung wird grundsätzlich ambulant durchgeführt, hauptsächlich in Suchtberatungsstellen und Selbsthilfeorganisationen, vorübergehend auch in einem Übergangshaus. **)

Die Selbsthilfeorganisationen, ohne die die Therapieerfolge noch ungünstiger wären, sind vor allem die **Anonymen Alkoholiker** (AA), Guttempler, Blaues Kreuz und Kreuzbund.

*) **) Tölle. Psychiatrie, 12. Auflage, S. 154 und 156

Morphin-Typ

Die wichtigsten zu dieser Gruppe gehörenden Substanzen sind:

- **Opium** (getrockneter Saft des Schlafmohns): seit Jahrtausenden in Verwendung; wirkt schmerzstillend und euphorisierend.
- **Morphium** (ein Alkaloid des Opiums): seit 1827 auf dem Markt, war es das wirksamste Schmerzmittel der Medizin und wurde zum „**Wohltäter**“ und zugleich zum „**Feind der Menschheit**“.
- **Heroin** (Diacetylmorphin): Im Rahmen des Drogengebrauchs ist Heroin weit verbreitet, auch weil es die Blut-Hirn-Schranke schneller überwindet als Morphinum.
- **Codein** ist als Wirkstoff in verschiedenen verschreibungspflichtigen Hustensäften und Schmerzmitteln enthalten.
- **Methadon** (Morphinderivat): Oral einzunehmender Ersatzstoff, der es ermöglicht, dass Opiatabhängige entkriminalisiert werden und wieder sozial integrierbar sind.
- Weitere stark wirksame **Analgetika** (Schmerzmittel), die wie Heroin synthetisch hergestellt sind.

Unter diesen allesamt schmerzstillenden Mitteln findet sich das **höchste Abhängigkeitspotential** mit einer ausgeprägten **psychischen** und **physischen Abhängigkeit** und rascher Toleranzentwicklung, insbesondere bei Heroin (schon 2–3 Injektionen können abhängig machen).

Bei **Missbrauch** kommt es zu einer allgemeinen Betäubung der psychischen Funktionen mit euphorischer Stimmung und einem Gefühl des Entrücktseins.

Die **körperlichen Symptome der Abhängigkeit** bestehen häufig in:

Bradykardie (verlangsamte Herzrätigkeit), Miosis (Pupillenverengung), Schlafstörungen, spastische Obstipation (krampfartige Verstopfung), Inappetenz (fehlendes Verlangen nach Nahrung), Gewichtsverlust bis zur Kachexie (Körperversfall), Miktionsstörungen (Störungen beim Harnlassen), Impotenz, trocken-fahlgraue Haut, Zittern, Haarausfall, Karies und verschiedenen Begleiterkrankungen wie Spritzenabszesse, Hepatitis und HIV-Infektionen. Rund 25% der Heroinabhängigen sind HIV-infiziert.

Entzugssymptome treten bei Opiatabhängigkeit ca. 6 bis 12 Stunden nach der letzten Einnahme auf und erreichen nach 24 bis 48 Stunden ihren Höhepunkt.*) Die Entzugssymptomatik umfasst Unruhe, Angstzustände, Rhinorrhoe („laufende Nase“), Tränenfluss, Gänsehaut, Tachykardie mit Anstieg von Blutdruck und Temperatur, Mydriasis (Pupillenerweiterung), Muskelschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Gähnzwang, Schwitzen, Parästhesien, Schlaflosigkeit, Temperatur- und Blutdruckanstieg sowie abdominelle Krämpfe. Sie klingt im Verlauf von ca. 10 Tagen ab.

Der **Opiatentzug**, die körperliche Entgiftung, sollte in dafür vorgesehenen Fachkliniken erfolgen. Verschiedene Methoden kommen zur Anwendung:

- Entgiftung ohne medikamentöse Unterstützung („kalter Entzug“), jedoch mit Psycho- und Physiotherapie.
- Entgiftung mit medikamentöser Unterstützung („warmer Entzug“) wird bei starken Entzugsserscheinungen durchgeführt. In diesen Fällen kommen sedierende Antidepressiva und mit Vorsicht Benzodiazepine zum Einsatz.

Die **Entwöhnung** verläuft wie bei der Alkoholabhängigkeit über mehrere Jahre, jedoch mit wesentlich mehr Schwierigkeiten und höheren Rückfallquoten.

*) Möller, Laux, Deister. Psychiatrie, S. 318

Barbiturat- / Alkohol-Typ (siehe Fallbeispiel)

Die wichtigsten zu dieser Gruppe gehörenden Substanzen sind:

- **Alkohol** (siehe Seiten 121 – 124)
- **Barbiturate**: Diese schlaferzwingenden Medikamente dürfen nicht mehr zur Behandlung von Schlafstörungen eingesetzt werden. Sie sind heute nur noch indiziert zur Behandlung der **Epilepsie** (Herabsetzung der Krampfbereitschaft) und als Narkoseeinleitung in der **Anästhesie**.
- **Clomethiazol** (Distraneurin®): Wegen des enorm hohen Suchtpotentials soll dieses Medikament nur stationär eingesetzt werden. Es dient der Erleichterung der Alkoholentzugssymptomatik und ist das Mittel der Wahl beim Alkoholentzugsdelir. Clomethiazol ist in den USA nicht zugelassen.
- **Benzodiazepin-Tranquilizer** wirken Angst- und Spannungszustände lösend, schlafanbahnend und muskelentspannend. Entsprechend vielfältig ist der Einsatz dieser Medikamente, dessen bekanntester Wirkstoff, Diazepam, unter dem Handelsnamen **Valium**® vertrieben wird. (Mehr über den therapeutischen Einsatz von Benzodiazepinen im Kapitel „Pharmakotherapie“)

Barbiturate und Clomethiazol besitzen ein **erhebliches Abhängigkeitspotenzial** und Toxizität (Giftigkeit). Das Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen ist dem gegenüber deutlich geringer, jedoch **um ein Vielfaches höher als bei Alkohol**. Die Gefahr der Entwicklung einer psychischen und körperlichen Abhängigkeit steigt mit zunehmender Behandlungsdauer. Verordnungsdauer in der Regel 3–4 Wochen, auf keinen Fall länger als vier Monate. Da selbst die Einnahme geringer Dosen zu einer Benzodiazepin-Abhängigkeit führt, wird diese in eine **Hochdosis-** und in eine **Niedrigdosis-Abhängigkeit** unterteilt.

Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ sind die häufigsten missbräuchlich eingenommenen Medikamente. Bei den **Polytoxikomanien** (Mehrfachabhängigkeiten) spielen sie eine **große Rolle**, so nehmen gerade Alkoholiker gerne diese Präparate, weil durch sie der Alkoholrausch verlängert und intensiviert wird.

Wenn sich durch eine langfristige Einnahme eine Abhängigkeit entwickelt hat, können durch plötzliches Absetzen zum Teil sehr schwere **Entzugssymptome** entstehen. Handelt es sich um weniger stark ausgeprägte Symptomatiken, die gewöhnlich 10 Tage bestehen, spricht man vom sog. „**Rebound-Phänomen**“, das aus innerer Unruhe, Angst und Schlafstörungen besteht. Bei stärker ausgeprägten Entzugssymptomatiken kommt es zu Gliederschmerzen, Schwitzen, Übelkeit und Erbrechen, Tremor, Tachykardie, Dysphorie (gereizte Verstimtheit). Bei sehr stark ausgeprägten Symptomatiken, zu denen es in rund 20% der Fälle kommt, treten Wahrnehmungsverzerrungen, Krampfanfälle, paranoid-halluzinatorische Syndrome, Verwirrheitszustände und **Delirien** auf. *(siehe Fallbeispiel)*

Benzodiazepinentzugssyndrome lassen sich durch eine schrittweise Dosisreduktion über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen vermeiden. Jede Woche ist die Dosis um maximal ein Viertel der vorherigen Dosis zu reduzieren. In den letzten Wochen der Dosisreduktion sollte sie besonders vorsichtig und in kleinen Schritten erfolgen (**Fraktionierter Entzug**). *)

*) Brunnhuber / Lieb. Psychiatrie, 3. Auflage, S. 161

Medikamentenabhängigkeit

Fallbeispiel aus Möller, Laux, Deister. Psychiatrie, S. 319

Zur Aufnahme kommt eine 38jährige Arzthelferin. Sie berichtet, dass sie seit ca. sechs Jahren regelmäßig Lorazepam (*Tavor*[®]) einnehme; dieses Präparat sei ihr "wegen Depressionen" nach dem Tod ihrer Mutter verordnet worden. Da die Tablette nach einigen Monaten nicht mehr recht gewirkt habe, habe sie die Dosis gesteigert, um weiterhin ein „schönes Gefühl“ zu haben und Erleichterung zu spüren.

Aufgrund der jahrelangen Einnahme habe sie jetzt vom Hausarzt kein neues Rezept mehr bekommen. Wenige Tage nach der letztmaligen Lorazepam-Einnahme habe sie vermehrte Angstgefühle, Schlaflosigkeit, Zittern, Schwindel, vermehrtes Schwitzen und Kribbeln in den Beinen bemerkt. Schließlich habe sie an der Tapete zu Hause Gesichter gesehen.

Bei Aufnahme klagte die Patientin über Lichtscheu und dass ihr "komisch im Kopf sei". Sie höre die ganze Umgebung übermäßig laut, Lesen strenge sie an, in den letzten Tagen sei sie ganz "durcheinander" gewesen, so habe sie z. B. mehrfach die falsche Herdplatte eingeschaltet.

Psychopathologisch ist die Patientin voll orientiert, die Sprache ist leicht verwachsen. Gedrückte Stimmungslage mit eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit. Internistisch bis auf eine Hyperhidrosis und Tachykardie o. B., neurologisch bestehen eine leichtgradige Gangataxie, feinschlägiger Händetremor und ausgeprägte Hyperreflexie (gesteigerte Reflexbereitschaft).

Die Patientin entwickelte eine ausgeprägte Entzugssymptomatik mit Schlaflosigkeit, vegetativer Entgleisung, motorischer Unruhe und Verwirrtheit. Nach Gabe des sedierenden Antidepressivums Doxepin Abklingen der Entzugssymptomatik, die Patientin wird stimmungsmäßig zunehmend ausgeglichener. Primärpersönlich zeigt sich eine Neigung zu hypochondrischer Selbstbeobachtung mit phobischen Zügen. Bei der Patientin wird eine verhaltenstherapeutische Behandlung eingeleitet.

Kokain-Typ

Um 1865 gelang es einem deutschen Wissenschaftler, Kokain aus den Blättern des Kokastrauches zu gewinnen. Ein damals für die Medizin sehr bedeutsamer Schritt, denn außerhalb der Einwirkungen auf die Psyche hat Kokain auch eine **lokanästhetische Eigenschaft**.

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts, zu einer Zeit, als man sich noch nicht so sehr über die Konsequenzen regelmäßiger Einnahme im Klaren war, gebrauchten viele Menschen des öffentlichen Lebens Kokain und machten entsprechend auch keinen Hehl daraus. Der Papst lobte seinen kokainhaltigen Wein, ein findiger Amerikaner stellte eine kokainhaltige Limonade her, die noch heute unter dem Namen **Coca Cola** vertrieben wird und in der das Kokain erst 1923 durch Koffein ersetzt wurde. Der Schriftsteller Robert Louis Stevenson („Die Schatzinsel“) schrieb, nachdem er viele Jahre gar nicht mehr gearbeitet hatte, im Rausche des Kokains den Roman „**Dr. Jekyll and Mr. Hyde**“ innerhalb einer Woche und schuf damit die am meisten verfilmte Romanvorlage. Sigmund Freud startete seinen ersten Versuch, berühmt zu werden, und verfasste ein Werk mit dem Titel „Über Coca“. Man dachte seinerzeit, ein Medikament gefunden zu haben, das wirkungsvoll gegen Depressionen eingesetzt werden kann.

1899 verfasste **Sigmund Freud** unter Kokaineinfluss sein Werk „Die Traumdeutung“ und entdeckte das Unbewusste.*)

In Australien wurden bis 1910 **kokainhaltige Babypräparate** verkauft. Das Militär setzte Kokain für den Luftkampf ein; die deutschen Jagdflieger des ersten Weltkriegs bekamen vor dem Luftangriff Kokain. Auf diesem Wege kam auch **Hermann Göring**, eine der Nazigrößen, mit Kokain in Berührung. Seine spätere Abhängigkeit vom „Koks“ war eine Art Mitbringsel aus seiner aktiven Zeit als Militärpilot. Der „verlängerte Arm“ des Kokaineinsatzes beim Luftkampf ist die Fliegerschokolade „Schoka-Cola“. In den goldenen 20er Jahren wurde in den deutschen Großstädten das Kokainschnupfen in heimlichen und halböffentlichen Zusammenkünften zelebriert. Aus dieser Zeit stammt auch die Redewendung – bezogen auf den Redezwang vieler Kokainkonsumenten – „**rede kein Kokolores**“ und der Gassenhauer „Mutti, der Mann mit dem Koks ist da“.

Durch Kokain, das in erster Linie geschnupft wird, aber auch gespritzt oder geraucht werden kann, entwickelt sich eine **starke psychische**, keine physische **Abhängigkeit**. Beim Rauchen wird häufig das einfach und billig herzustellende Kokain-Derivat **Crack** (Kokainbase) verwendet, das schneller und intensiver wirkt, jedoch hinsichtlich Komplikationen und Suchtentwicklung gefährlicher als Kokain ist.

Unter **akuter Kokaineinwirkung** kommt es zu **Symptomen**, die sich **allesamt auch bei der Manie** finden: euphorisch gehobene Stimmung, Glücksgefühle, Redezwang, Abbau von Hemmungen, Libidosteigerung, Verstärkung des sexuellen Erlebens, Antriebssteigerung, subjektive Steigerung von Leistungsfähigkeit und Kreativität, gesteigerte Risikofreudigkeit sowie reduziertem Hunger-, Durst- und Schlafgefühl.

In der Zeit **nach dem Rauschstadium** kommt es nicht selten zu **Angst und Depressionen**. Folgend kommt es zum Verlangen der erneuten Einnahme, um den negativen Gefühlen ein Ende zu setzen.

Bei **chronischem Kokainkonsum** kommt es zu Persönlichkeitsveränderungen, Verfolgungsideen und **Depressionen**, die auch im **Suizid** münden. **Symptomatische Psychosen** sind selten, kommen aber vor als **paranoid-halluzinatorisches Syndrom** mit haptischen, optischen und akustischen Halluzinationen oder sie sind deliranter Art.

Körperliche Komplikationen sind Tachykardie (Herzrasen), Impotenz, Herzrhythmusstörungen, epileptische Anfälle, Zahnfleischrückgang mit Zahnausfall und Nasenscheidewandabszesse. Obwohl Kokain nur psychisch abhängig macht, kommt es in einigen Fällen zu einem schnelleren körperlichen Verfall (Kachexie) als bei Opiatabhängigen.

*) Möller, Laux, Deister. Psychiatrie, S. 287

Cannabis- / Marihuana-Typ

Cannabis ist eine der ältesten von Menschen benutzten psychotropen Drogen mit dem Hauptwirkstoff **Tetrahydrocannabinol**. Man muss zwei wichtige Formen unterscheiden, die beide aus dem indischen Hanf (*Cannabis indica*) hergestellt werden: Das wirksamere **Haschisch** (Harz der weiblichen Blütenstauden) und das **Marihuana** (tabakartiges Gemisch aus getrockneten Blüten und Blättern). Amerikanische Bezeichnungen für Haschisch sind *dope, grass, pot, shit* oder *tea*. *)

Haschisch und Marihuana wird im allgemeinen mit Tabak vermischt als „Joint“ oder pur in Pfeifen geraucht („kiffen“), kann aber auch gegessen (Kekse oder Kuchen, sog. „Space-cake“) oder getrunken (in Tee aufgelöst) werden.

Der Rausch ist unterschiedlich, es kommt zu Euphorie, Sorglosigkeit, „Heißhunger“, Veränderung von Raum- und Zeiterleben, Gedächtnisstörungen, auch als sog. Zeitgitterstörung (biographisch relevante Ereignisse werden nicht mehr in der richtigen Reihenfolge wiedergegeben), Intensitätssteigerungen optischer und akustischer Wahrnehmungen (Feinhörigkeit) bis hin zu akustischen und optischen (Pseudo-) Halluzinationen.

Bei Cannabis entwickelt sich eine mäßige bis starke **psychische**, aber keine körperliche **Abhängigkeit** mit geringer Tendenz zur Dosissteigerung. Bei chronischem Cannabis-Konsum entwickelt sich nicht selten ein sog. **Amotivations-Syndrom** (Teilnahmslosigkeit, Passivität und Apathie), in sehr seltenen Fällen kann sich auch ein paranoid-halluzinatorisches Durchgangssyndrom entwickeln.

Da Drogen dieses Typs, ebenso wie die Halluzinogene (LSD, Meskalin etc.), kleine **Depots im Fettgewebe** bilden, kann es nach Freisetzung dieser Depots (Wochen oder Monate später) zu den sog. **Flashbacks** (Echopsychosen oder Nachhallphänomenen) kommen.

Die Beurteilung des Cannabis-Konsums hinsichtlich Gefährlichkeit und Schädlichkeit sollte differenziert erfolgen. Haschisch und Marihuana sind in Deutschland, abgesehen von Tabak und Alkohol, die wohl meist konsumierten Drogen (ca. 10% der Bevölkerung hat Erfahrungen mit diesen Substanzen).

Haschisch und Marihuana können die Funktion einer zumindest gesellschaftlichen Einstiegsdroge haben.

Im 19. Jahrhundert rauchten die Menschen, die sich keinen damals sehr teuren Tabak leisten konnten, Hanf. Man nannte den Hanf das „Arme-Leute-Kraut“, und da es in seiner Wirkung intensiver war als Tabak, wurde daraus der „starke Tobak“.

*) Brunnhuber / Lieb. Psychiatrie, 3. Auflage, S. 171

Amphetamin-Typ *(siehe Fallbeispiel)*

Synonyme: **Weckamine**, **Psychostimulantien**, Psychoanaleptika, Psychotonika

Die wichtigsten zu dieser Gruppe gehörenden Substanzen sind:

- **Ecstasy** oder **MDMA** (Methylendioxyamphetamin): synthetisch hergestellte Designer-Droge, die durch die Technoszene populär geworden ist.
- **Crystal Meth/Speed** (Metamphetamin): Designer-Droge
- **Recatol®** (Appetitzügler mit stimulierender Wirkung): *(siehe Fallbeispiel)*
- **Ephedrin**
- **Captagon®** (Fenetyllin)
- **Ritalin®** (Methylphenidat): therapeutisch sehr häufig eingesetzt beim **ADS-H** (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, hyperkinetisches Syndrom), bei Narkolepsie und Hypersomnie.
- **Koffein**

Die Wirkung liegt in einer Steigerung von Antrieb und subjektivem Kraftgefühl bei gleichzeitiger Minderung von Ermüdungsgefühl und Schlafbedürfnis. Weiterhin kommt es zu einer Appetitzügelung, Anregung und Enthemmung des Denkablaufs, kurzzeitiger Verleihung von Selbstvertrauen und einem Gefühl von Stärke.

Menschen, die geneigt sein könnten, **Amphetamine** zu **nehmen**, sind solche, die den müdigkeitsüberwindenden und vermeintlich leistungssteigernden Effekt suchen, wie z. B.: Examenskandidaten, Piloten, Sportler, Berufskraftfahrer, chronisch Überforderte etc., und solche, die den appetitzügelnden Effekt suchen, wie z. B.: adipöse, anorektische und Menschen, die abnehmen wollen.

Psychische Abhängigkeiten können sich **relativ schnell** entwickeln, während kaum körperliche Abhängigkeiten zu beobachten sind.

Zu den **Entzugssymptomen** können gehören: extreme Müdigkeit oder Schlaflosigkeit mit Unruhe, depressive Verstimmung, Angst- und Erregungszustände.

Eine **Intoxikation** mit Stimulantien führt zu starken vegetativen Symptomen wie Tachykardie, Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Schwitzen und hohem Fieber. Auch zerebrale Krampfanfälle können auftreten. Zusätzlich werden u. U. durch die zentrale dopaminerge Stimulation psychotische Zustandsbilder ausgelöst mit v. a. optischen Halluzinationen, Beziehungs- und Beeinträchtigungserleben und Verfolgungswahn, selten auch einem Dermatozoenwahn, sog. **Weckaminpsychosen**.*) *(siehe Fallbeispiel)*

In letzter Zeit hat der Konsum von **Crystal Meth** stark zugenommen und bekommt in den Medien entsprechend Aufmerksamkeit. Crystal Meth ist eine Droge, die von allen Altersgruppen konsumiert wird, hauptsächlich jedoch als „Disco-Droge“ in der Club-Szene oder bei Rave-Partys Anwendung findet.

Crystal Meth ist eine gefährliche, hochpotente chemische Substanz, die schnell und stark abhängig macht. Es verbraucht die Ressourcen des Körpers und erzeugt eine vernichtende Abhängigkeit, die nur durch den weiteren Konsum der Droge etwas gelindert werden kann. Crystal Meth ist extrem suchterzeugend. Viele Benutzer berichten, dass sie gleich beim ersten Konsum der Droge abhängig wurden. In der Folge kommt es bei vielen zu einem ungewöhnlich schnellen körperlichen Verfall, ernsthaften Gesundheitsproblemen, einschließlich Gedächtnisverlust, Aggressivität, psychotischem Verhalten und möglichen Herz- und Hirnschäden.

*) Brunnhuber / Lieb. Psychiatrie, 3. Auflage, S. 166

Symptomatische Psychose nach Appetitzüglerabusus

Fallbeispiel aus Dilling • Reimer. Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Auflage, S. 93/94

Die 42jährige Patientin, Frau H., wird von ihrem Verlobten wegen Angst- und Unruhezuständen in die stationäre Behandlung gebracht. Sie berichtet, dass sie sich von allen Seiten beobachtet fühle, zu niemandem mehr Vertrauen habe, drohende Stimmen höre, dass sie und ihre Kinder umgebracht werden sollten. Die ganze Familie könnte an einem Komplott gegen sie beteiligt sein. Alles sei "so komisch" geworden, alle Menschen seien "hinter ihr her". Sie habe Angst um ihr Leben und müsse wohl bald sterben. Es verwirre sie, dass die Stimmen ihr sagten, sie sei Erbin des großen Industriewerkes, in dem sie arbeite. Das alles sei ihr unheimlich. Bei der Untersuchung ist Frau H. bewusstseinsklar, voll orientiert, dabei erregt, ängstlich, spricht ununterbrochen über ihre Befürchtungen, verfolgt und umgebracht zu werden. Sie berichtet über akustische Halluzinationen, Wahnideen, Wahnwahrnehmungen und körperliche Beeinflussungsstörungen.

Frau H. hat 1 Sohn von 17 Jahren und 1 Tochter von 16 Jahren und ist geschieden. Gegenwärtig ist Frau H. verlobt; diese Partnerschaft bringe viele Probleme mit sich, denn ihr Partner trinke gelegentlich größere Mengen Alkohol und zeige dann ein sehr temperamentvoll-aggressives und uneinsichtiges Verhalten. Zur unmittelbaren Vorgeschichte erfahren wir von Frau H., dass sie, (wie so viele andere ihrer Kolleginnen, die von wachmachender Wirkung berichten) um leistungsfähiger zu sein, gerade auch bei ihrer großen Belastung zu Hause, seit 3 Monaten täglich 6-8 Tabletten Recatol (Appetitzügler mit stimulierender Wirkung) genommen habe. Diese Menge habe sie allmählich noch gesteigert. Unter Behandlung mit Haldol kam es in der Klinik rasch zu einem Rückgang der Symptomatik. Nach wenigen Tagen konnte Frau H. in gutem Zustand entlassen werden.

Symptomatische Psychose nach Appetitzüglerabusus (F 15.50)

Halluzinogen-Typ

Die Substanzen dieser Gruppe sind **teils pflanzlichen** und **teils synthetischen** Ursprungs. Zu den Wichtigsten gehören:

- **LSD 25** (Lysergsäurediethylamid): im Jahre 1943 vom Chemiker Albert Hoffmann erstmals synthetisiertes Mutterkorn („Getreide-Schimmelpilz“ am Roggen).
- **Meskalin**: Droge der Indianer, die aus dem Peyote-Kaktus gewonnen wird. Benannt und beschrieben in den Werken von Carlos Castaneda.
- **PCP** (Phencyclidin): Diese synthetische Substanz, die auch „**Angels Dust**“ genannt wird, ist **eine der gefährlichsten Drogen**. Sie löst zuweilen enthemmt-aggressive Psychosen aus, die in einem Bluttausch und Selbstverstümmelung oder gar Kannibalismus münden können.
- **Psilocybin** (Tryptaminderivat aus den Teonanacatl-Pilzen), auch „**Magic Mushrooms**“ genannt.
- **Tollkirsche und Stechapfel** (Atropin): lösen bei falscher Dosierung z. T. sehr schnell Delire und Halluzinosen aus.
- **Fliegenpilz** (Muskarin und Bufotenin).

Neben initial auftretenden vegetativen Reizerscheinungen wie Schwindel, Tachykardie und Übelkeit sowie innerer Unruhe treten in der Rauschphase sog. **psychedelische Wirkungen** auf. Dabei handelt es sich um Pseudohalluzinationen v. a. auf optischem Gebiet mit szenenhaften Erlebnissen, Farb- und Formhalluzinationen, illusionäre Verkennungen und Intensivierung der Wahrnehmungsinhalte. Ein „**Trip**“ dauert ca. 6–8 Stunden und kann in seiner Endphase („Herunterkommen“) zu starken Depressionen führen, weshalb oft ein Trip „nachgeworfen“ wird. Auf dem Höhepunkt eines Rausches kann es besonders bei Unerfahrenen zu einem sog. „**Horrortrip**“ mit panischer paranoider Angst, intensiv erlebter Depersonalisation und extremen Wahrnehmungsstörungen kommen, die Grund für suizidale und fremdaggressive Handlungen sein können.*) Den ersten dokumentierten „LSD-Horrortrip“ erlebte der Entwickler Albert Hoffmann bei einem Selbstversuch. Im Anschluss an diese Erfahrung sagte er: *„Ich glaubte, ich wäre gestorben. Mein Ich hing irgendwo im Raum in der Schwebelage und ich sah meinen Leib tot auf dem Sofa liegen. Ich beobachtete und registrierte deutlich, wie sich mein Alter Ego klagend im Raum umherbewegte.“*

Bei Halluzinogenen entwickeln sich unterschiedlich starke **psychische Abhängigkeiten**, keine physischen. Insbesondere bei LSD kann es zu raschen Toleranzbildungen kommen.

Flashbacks (Echopsychosen oder Nachhallphänomene) finden sich relativ häufig bei sehr unterschiedlicher Latenzzeit (Wochen bis Monate) nach der letzten Einnahme. Wie bei Cannabis lagern sich kleine Depots im Fettgewebe ab, die zu irgendeinem späteren Zeitpunkt freigesetzt werden und einen erneuten Rauschzustand auslösen.

Therapeutische Verwendung: Rauschmittel sind zwar keine Psychopharmaka im therapeutischen Sinne, sie wurden aber zur medikamentösen Unterstützung psychotherapeutischer Behandlungen herangezogen, weil sie Emotionen und Antriebserlebnisse lösen sowie das Erinnerungsvermögen steigern können. Mittels der Droge soll der therapeutische Kontakt verbessert und weit zurückliegendes, verdrängtes Erleben der psychotherapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Die sog. psycholytische Therapie arbeitete mit kleineren Dosen von LSD 25 und Psilocybin. In der psychedelischen Kur wurden durch höhere Dosen Rauschzustände provoziert. Nach anfänglichem Enthusiasmus wurden die Erfolge dieser Verfahren zurückhaltender beurteilt. Nachdem die Mittel im großen Umfang von Abhängigen missbraucht wurden, ist die therapeutische Verwendung eingestellt worden. **)

*) Brunnhuber / Lieb. Psychiatrie, 3. Auflage, S. 173

**) Tölle. Psychiatrie, 12. Auflage, S. 172

Khat-Typ

Hierbei handelt es sich um die Blätter eines wild wachsenden Strauchs, die gekaut einen Zustand auslösen, der in seiner Wirkung dem Kokain und dem Amphetamin ähnlich ist. Da nur frische Blätter wirksam sind, ist diese Droge nur regional im Jemen und in Ostafrika von Bedeutung. Die Gefahren und möglichen Abhängigkeiten des in den Blättern enthaltenen Wirkstoffs Cathin sind ähnlich wie bei den Amphetaminen.

Schnüffelsucht

Vornehmlich von älteren Kindern und Jugendlichen (besonders in Osteuropa und den Armenvierteln Brasiliens) durch Inhalation verschiedener organischer Lösungsmittel hervorgerufener Rauschzustand. Verwendung finden:

- **Klebstoffe**
- **Klebstoffverdünner**
- **Äther**
- **Benzin**
- **Chloroform**
- **Lacke**
- **Nitroverdünner**
- **Aceton**

Die Wirkung dieser überwiegend leicht verfügbaren Mittel besteht in Euphorie und Enthemmung. Hin und wieder kommt es zu Durchgangssyndromen mit Halluzinationen, Bewusstseinsstörungen bis zur Bewusstlosigkeit und neurologischen Symptomen, die in Gangataxie und Tremor bestehen.

Bei der Schnüffelsucht („Thinner-Sucht“) entwickelt sich eine **ausgeprägte psychische**, jedoch keine physische **Abhängigkeit**.

Chronischer Abusus kann zu irreversiblen zerebralen Schäden führen wie: organische Wesensänderungen, Polyneuropathien und Krampfanfällen, sowie zu schwersten körperliche Schäden wie Leber- und Nierenschäden und Herzrhythmusstörungen.

Nikotinabhängigkeit

Tabak als Träger der Substanz Nikotin wird meist als Zigarette konsumiert. Er hat ein **erhebliches Abhängigkeitspotential** mit rascher Dosissteigerung auf die „üblichen“ 20 Stück und mehr.

Als Droge im engeren Sinn ist Tabak, mit ganz diskreten psychischen Veränderungen, von eher geringer Bedeutung. Es sind die Einbußen an körperlicher Gesundheit, die nach langem Tabakkonsum entstehen und einen gravierenden volkswirtschaftlichen Schaden verursachen. Jeder zweite Raucher stirbt vorzeitig an den Folgen seiner Sucht, die in erster Linie aus **Krebs**, **Herz-Kreislauferkrankungen** und **Gefäßkrankungen** bestehen.