

Univ. Prof. Dr. Alfred Springer



Information zur Gesundheitsförderung

3. aktualisierte und ergänzte Auflage



MESSBRÄUEN



Univ. Prof. Dr. Alfred Springer

Drogen und Drogenmissbrauch

Information zur Gesundheitsförderung

3. aktualisierte und ergänzte Auflage

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

Wien, 2007



Impressum

Herausgeber und Medieninhaber:

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung

1014 Wien, Freyung 1

Autor: Univ. Prof. Dr. Alfred Springer

Für den Inhalt verantwortlich: Dr. Beatrix Haller

Grafische Gestaltung: Toledo i Dertschei

Druck: REMAprint

Wien, März 2007

Seite	
4	Impressum
9	Vorwort
13	Einführende Vorbemerkung
23	Grundsätze der Suchtprävention
27	Kapitel 1: Aktuelle Präventive Vorstellungen und Zugänge
24	Die Reduktion der Alkohol und Tabak bedingten Schäden als internationale Aufgabe
31	European Alcohol Action Plan 2000–2005
46	Tabakpolitik
51	Kapitel 2: Terminologie und Definitionen
53	Arten der Drogenabhängigkeit
59	Auswirkungen der Abhängigkeit
60	Die Kriminalität der Drogenabhängigen
62	Die Definition der Suchtkrankheit in den internationalen Klassifikationsschemata
65	Das Suchtmittelgesetz
72	Legalize it?
75	Kapitel 3: Drogen
76	Lösungsmittel
77	Schlafmittel
79	Benzodiazepine und Tranquilizer
80	Alkohol
87	Nikotin
95	Cannabis (Haschisch, Marihuana)
102	Halluzinogene
106	Opiate
109	Kokain
111	Weckmittel und Appetitzügler (Amphetamine)
112	Designer-Drogen
118	Gammahydroxybutyrat (GHB)
119	Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeit)



Seite

121 **Kapitel 4: Ursachen und Hintergründe**

122 Die Diskussion um die Einstiegsdroge

123 Ursachen des Drogengebrauches und der Drogenabhängigkeit

129 **Kapitel 5: Theorien**

131 Pharmakologische Theorien

148 Psychologische Theorien

165 Soziologische und soziokulturelle Theorien

172 Sucht als mehrfach determiniertes (bedingtes) Geschehen

173 **Kapitel 6: Behandlung**

174 Sucht als Krankheit

186 Selbstheilung

187 **Literaturhinweise**

193 **Internationale Dokumente**


194 Europäische Charta Alkohol 1995

196 Erklärung über Jugend und Alkohol 2001

202 The Charter Against Tobacco 1988

203 Die Erklärung von Warschau: für ein tabakfreies Europa





In den letzten Jahren hat sich schulische Suchtprävention zu einer Disziplin entwickelt, die auf wissenschaftlichen Grundlagen basiert und als wichtige, verantwortungsvolle Aufgabe der Schulgemeinschaft wahrgenommen wird.

Die Grundkenntnisse, die schulische Suchtprävention vermittelt, können dazu beitragen, Schutzfaktoren wie soziale Kompetenz, Assertivität, Empathie oder Peerguppenresistenz zu stärken. Sie können auch die Chancen von Schülerinnen und Schülern mit einem problematischen oder abhängigen Konsum erhöhen, einen Schulabschluss zu schaffen.

Die vorliegende Broschüre „Drogen und Drogenmissbrauch“ zeigt die gegenwärtigen Tendenzen in der europäischen Alkohol- und Tabak-Kontrollpolitik auf, informiert über aktuelle Erkenntnisse der Wissenschaft zum Themenkreis legale und illegale Suchtmittel, Suchtentstehung und therapeutische Möglichkeiten. Sie bildet die Grundlage dafür, dass die Schulgemeinschaft ihre suchtpreventiven Aktivitäten weiterentwickeln und verbessern kann.

Ich danke Herrn Univ. Prof. Dr. Springer für die Erstellung der fachlichen Grundlagen und wünsche allen engagierten Lehrerinnen und Lehrern, Eltern und Expertinnen und Experten im Schulbereich viel Erfolg in ihrem Engagement für die Suchtprävention.



Dr. Claudia Schmied
Bundesministerin für Unterricht, Kunst und Kultur





Bei der Erarbeitung der nunmehr dritten Auflage dieser Informationsbroschüre hat sich ergeben, dass sowohl bestimmte drogenpolitische Entwicklungen wie auch der Fortschritt des Wissens und der Theoriebildung auf dem Gebiet der Suchtmittel und der Suchtmittelabhängigkeit es notwendig machen, umfassende Ergänzungen vorzunehmen. In diesem Kontext mussten insbesondere neue Erkenntnisse und Annahmen aus dem Bereich der Neurophysiologie und der Neuropsychologie eingearbeitet werden. Aber auch neue Entwicklungen im gesellschaftlichen und medizinischen Umgang mit Alkohol, Tabak und den Hanfdrogen mussten ebenso wie neue Behandlungsansätze Berücksichtigung finden.

Da der Umfang der Broschüre dadurch angewachsen ist, ist es angezeigt, eine kurze Einführung zu den einzelnen Kapiteln vorzuschicken, um die Lokalisation bestimmter Fragestellungen zu erleichtern. In die Einführung wird auch jeweils eine kurz zusammenfassende Darstellung der neu eingefügten Inhalte eingebaut.

aktuelle Tendenzen › **In Kapitel 1** werden die *aktuellen Tendenzen* in der Europäischen Alkohol- und Tabak-Kontrollpolitik ausführlich dargestellt. Die Entwicklung dieses neuen Weges wird nachgezeichnet und es wird ausgeführt, ob und in welcher Weise die Konzepte, die unsere vorbeugende Aufgabe und unser präventives Arbeitsfeld bestimmen, betroffen werden.

Während zur Zeit, in der die früheren Auflagen erschienen, dieser politische Aspekt noch keine besondere Rolle spielte, bzw. hinsichtlich des Tabaks gerade erste Tendenzen erkennbar waren, muss man ihm heute große Aufmerksamkeit schenken. Die politische Willensbildung in der Europäischen Union geht dorthin, sowohl den Gebrauch von Tabak als auch von Alkohol massiv einzuschränken, wobei dieser neue Zugang sich sowohl auf gesundheitspolitische wie auch auf menschenrechtliche Argumente beruft. Die daraus erwachsende Situation betrifft die Gesamtbevölkerung, in besonderer Weise aber die Heranwachsenden, da die Kontrolle des Konsums in dieser Teilpopulation als besonderes Anliegen gilt.

Ein bedeutsames Charakteristikum der neuen gesundheitspolitischen Initiative ist darin zu finden, dass die regionalen Verschiedenheiten im Um-

gang mit Alkohol, die die Europäische Situation kennzeichnen, kaum berücksichtigt werden. Insgesamt dominiert eine Haltung wie sie bislang als charakteristisch für die nordeuropäische und US-amerikanische Alkoholkontrollpolitik galt. Ganz in diesem Sinne entsprechen auch die Lösungsvorstellungen, die der aktuellen Alkohol- und Tabakpolitik auf europäischem Niveau zugrunde liegen, jenen Strategien, die ebenfalls bislang mit Skandinavien und den USA assoziiert sind. Um diese Verhältnisse und ihren politischen und ideologischen Hintergrund verständlich zu machen, wird ein Vergleich zwischen dem mitteleuropäischen und dem amerikanischen Zugang angestellt.

Diese neuen Lösungsvorstellungen bedeuten auch eine Verlagerung der präventiven Perspektive. Für die Erziehungswissenschaft resultiert daraus, dass das hierzulande – wie auch im übrigen mitteleuropäischen Raum – gültige Konzept der Primärprävention (Suchtprävention) von der neuen Entwicklung betroffen wird. In den grundlegenden Texten, die die Neuorientierung steuern, sowie den Regelwerken, die in diesem gesellschaftspolitischen Kontext entstanden sind, wird nämlich vorbeugenden Maßnahmen, die auf dem strukturellem Niveau angreifen (Besteuerung, Produktverteuerung, Zugangsbeschränkungen, Erhöhung des Alters, ab dem in der Öffentlichkeit getrunken werden darf, Einschränkung der Öffnungszeiten von Lokalen, in denen Alkohol angeboten wird ...), eindeutig Vorrang gegenüber Interventionen auf der individuellen Ebene gegeben. Diese Einstellung wird vor allem mit den Argumenten „Kostengünstigkeit“ und „Überprüfbarkeit der Wirksamkeit“ begründet. Die Versuche, einer Suchtentwicklung beim Individuum durch Kompetenzförderung vorzubeugen und Programme mit ähnlicher Ausrichtung gelten für diesen Zugang als schlecht evaluiert und zu teuer. Dabei muss man verstehen, dass die präventiven Vorstellungen der neuen Alkohol- und Tabakpolitik nicht auf die Verhütung von riskantem Gebrauch und von Suchtentwicklung gerichtet sind, sondern auf das Konsumverhalten selbst abzielen und Konsumreduktion bewirken wollen.

In Kapitel 2 werden zunächst die *grundlegenden Definitionen* wieder- } grundlegende Definitionen gegeben, die zum Verständnis der Wirkung der Rausch- und Suchtmittel und der suchtbezogenen Probleme notwendig sind. Weiters schließt das Kapitel eine allgemeine Beschreibung der stoffgebundenen Abhängigkeit

und ihrer Folgeerscheinungen und eine Darstellung der international gültigen Klassifikationen der Suchtkrankheiten ein. Schließlich werden in einem weiteren Abschnitt die österreichischen Rahmenbedingungen des gesellschaftlichen Umgangs mit den Rausch- und Suchtmitteln dargestellt. Dabei werden relevante Anteile des österreichischen Suchtmittelgesetzes zur Kenntnis gebracht und werden divergente drogenpolitische Positionen diskutiert.

psychoaktive Substanzen } **Kapitel 3** dient der speziellen Darstellung der verschiedenen *psychoaktiven Substanzen* und der mit diesen Stoffen verbundenen Probleme und Abhängigkeitserkrankungen. Besprochen werden:

- Lösungsmittel,
- Beruhigungsmittel (Benzodiazepine und Barbiturate)
- Alkohol,
- Nikotin,
- Cannabis,
- Halluzinogene,
- Opiate
- Stimulanzien (Kokain und Amphetamine)
- Designer-Drogen/Partydrogen (Ecstasy; PCP, GHB)

Bei all diesen Substanzen werden in schematisierter Weise der medizinische Gebrauch und der aussermedizinische (Freizeit-)Gebrauch, akute Wirkungen, Toleranz, Abhängigkeit, Entzugssymptomatik und Auswirkungen chronischen Gebrauchs auf körperliche und geistig-psychische Verhältnisse beschrieben.

Das Phänomen des Mehrfachgebrauchs und der Mehrfachabhängigkeit (der Polytoxikomanie) wird gesondert dargestellt.

Besondere Beachtung finden die alkohol- und tabakbezogenen Probleme. Hinsichtlich des Tabakrauchens wird auch die Diskussion um die krankheitsfördernde Bedeutung des Passivrauchens nachvollzogen.

Einstiegsdrogentheorie } **Im vierten Kapitel** wird die *Einstiegsdrogentheorie* unter Einschluss der neuen Perspektive diskutiert, die sich aus den Erkenntnissen über Cannabisabhängigkeit ergibt.

In der populären Form der Einstiegsdrogentheorie gilt die Annahme, dass Cannabisprodukten eine Art von Schrittmacherfunktion innerhalb einer

Drogen- und Suchtkarriere zukommt. Demnach sollen Jugendliche, die Cannabisprodukte konsumieren, in der Folge auch zu anderen „härteren“ Drogen greifen. Diese Annahme wird auch oft als drogenpolitisches Instrument genutzt, um die Cannabisprohibition zu begründen. Die Kritiker/innen dieser Verbotspolitik wieder bezeichnen sie gerade deshalb als einen repressiv motivierten, nicht-wissenschaftlichen Standpunkt. Der Umstand, dass in der Vorgeschichte von Heroinabhängigen oder von Gebraucher/inne/n anderer Suchtmittel auch oftmals Cannabisgebrauch vorliegt, gilt diesem kritischen Verständnis als banaler Zusammenhang. Da ein recht hoher Prozentsatz der österreichischen Bevölkerung (laut einer rezenten Untersuchung 17% aller Österreicher/innen, wobei aber die Angaben je nach untersuchter Altersgruppe verschieden sind) über Cannabiserfahrung verfügt, wäre es ein Wunder, wenn ausgerechnet Heroinabhängige als Personen, die an Drogeneffekten interessiert sind, nicht irgendwann einmal mit Cannabis Bekanntschaft geschlossen hätten. Wesentlich für die Zurückweisung der Einstiegsdrogentheorie ist, dass die Verbreitung des Gebrauchs anderer Drogen nur einen Bruchteil der Cannabiserfahrung ausmacht (etwa 2% der Gesamtbevölkerung), woraus zu schließen ist, dass der Cannabisgebrauch keine zwangsläufige Entwicklung zum Gebrauch anderer psychoaktiven Substanzen bedingt. Regelmäßig lässt sich feststellen, dass zwar viele Heroinabhängige in ihrer Vorgeschichte Cannabiserfahrung aufweisen, aber nur wenige Cannabiserfahrene jemals Heroin oder eine andere „härtere“ Droge gebraucht haben oder vorhaben, in der Zukunft zu derartigen Suchtmitteln zu greifen.

Obwohl in letzter Zeit der Bedeutung der Hanfprodukte als Suchtmittel neue Aufmerksamkeit zukommt, ergibt sich aus dem Studium der internationalen Literatur auch weiterhin kein Anlass, davon auszugehen, dass es eine Art zwangsläufige Sequenz des Drogengebrauches gibt und dass dem Cannabis in diesem Zusammenhang jene besondere Schrittmacherfunktion zukommt, die ihm im populären bzw. im populistischen Diskurs gerne zugeordnet wird.

Dass eine bestimmte Progredienz in einer sequentiellen Folge vorliegt, bedeutet nicht, dass notwendigerweise ursächliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen Drogen bestehen. Die beobachtete Abfolge kann auch lediglich die Verbindung der Klassen der Drogen mit verschiedenen

Einstiegsaltern und/oder individuellen Eigenschaften widerspiegeln und nicht die spezifischen Effekte des Gebrauchs einer Drogenart auf den Gebrauch einer anderen. Außerdem ist zu bedenken, dass der Gebrauch einer Droge zu einem speziellen Zeitpunkt nicht unabänderlich zum Gebrauch einer anderen Droge, die einen höheren Rang in der Sequenz einnimmt, führen muss. Viele Jugendliche hören auf einer bestimmten Stufe auf und beschreiten nicht weiter den Weg des sequentiellen Prozesses.

Ursachen und Hintergründe) Weiters werden Überlegungen zu den *Ursachen und Hintergründen* des Drogenmissbrauchs im Jugendalter vorgestellt. Dabei wird besonders darauf hingewiesen, dass man zwischen verschiedenen Mustern des Drogengebrauchs hinsichtlich Frequenz und Intensität unterscheiden muss. Zu unterscheiden sind:

-- *Probierer/innen*, die bestimmte psychoaktive Substanzen 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 haben, ohne deshalb besondere Neigung zur weiteren Wiederholung des Konsums oder zu Experimenten mit anderen psychoaktiven Substanzen zu entwickeln.

-- *Experimentierer/innen*, 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 eine Abhängigkeit.

-- *Problematische Konsumenten und Konsumentinnen*, die psychoaktive Substanzen gebrauchen, um innere Spannungen abzubauen, seelischen Flucht Tendenzen zu folgen oder anderen Konflikten oder Problemen mittels des Drogengebrauchs zu begegnen. Bei diesen Personen bestehen fließende Übergänge zum seelisch abhängigen Gebrauch. Sie unterliegen daher prinzipiell einem relativ hohen Risiko in Abhängigkeit zu geraten.

-- *Abhängige Gebraucher/innen*: Des Weiteren muss man die Funktionen, die der Drogengebrauch in dieser Altersgruppe erfüllt, berücksichtigen. Derartige Funktionen kommen den Substanzen sowohl in der psycho-somatischen, individuellen Dimension, wie auch in der symbolischen und kulturellen Dimension zu. Der Zusammenhang zwischen Stress und Drogengebrauch wird in einem gesonderten Abschnitt des Kapitels ausführlich expliziert.

Im fünften Kapitel werden *theoretische Konstruktionen* über die { theoretische Konstruktionen


Ursachen, Hintergründe und Bedeutungen des Drogengebrauchs und der Abhängigkeit ausführlich vorgestellt. Zum aktuellen Zeitpunkt verfügen wir über zahlreiche derartige Theoriekonstruktionen sowohl in den Biowissenschaften, wie auch in den Sozialwissenschaften, der Erziehungswissenschaft und der Psychologie. Wir brauchen derartige Theorien um unser Verständnis für das Phänomen zu verbessern aber auch als Basis für die Entwicklung von Präventions- und Behandlungsprogrammen.

Hinsichtlich der biowissenschaftlichen Theorien werden in dieser Neuauflage bestimmte Konstrukte, die derzeit zentrale Bedeutung besitzen und in den früheren Auflagen nicht besprochen wurden, ausführlich zur Diskussion gestellt. Dabei handelt es sich:

- 1. um die Theorie, dass für den Drogeneffekt und auch für das Verlangen nach wiederholtem Drogengebrauch bestimmte Gehirnareale, die als „Belohnungssystem“ gelten, verantwortlich sind.
- 2. wird die damit verbundene Annahme eines „Suchtgedächtnisses“ in diesem Kontext vorgestellt und kritisch diskutiert.

Nach heutigen Erkenntnissen führen alle psychoaktiv wirksamen Substanzen zu einer Freisetzung des neuronalen Botenstoffes (Neurotransmitters) Dopamin im limbischen System des Gehirns, das eine wichtige Funktion in den Bereichen Sexualität, Lustempfindung, Emotionalität und Nahrungsaufnahme ausübt. Bei wiederholter Aktivierung des Dopaminsystems durch psychoaktive Substanzen entstehen Sensibilisierungs- und Konditionierungsvorgänge, die an der Entwicklung von Toleranz, Abhängigkeit und dem starken Verlangen nach dem Substanzeffekt beteiligt sind, das als *Craving* bezeichnet wird. An diesem komplizierten biologischen Prozess sind auch andere Botenstoffe beteiligt, wie Glutamat und GABA (Gamma-Aminobuttersäure). Die verschiedenen psychoaktiven Substanzen wirken in diesem komplizierten System auf verschiedene Weise, wie in der Broschüre ausführlich dargestellt wird.

Eine kontinuierliche Zuführung einer psychoaktiven Substanz scheint dazu zu führen, dass eine Erwartungshaltung und eine Verhaltensprogrammierung aufgebaut wird, durch die das Konsumverhalten automatisiert und in der entsprechenden Hirnregion als „triebartiges“ Verhalten kodiert und etabliert wird. Als Teil dieses pathophysiologischen Prozesses soll sich auch




individuelles Suchtgedächtnis } ein *individuelles Suchtgedächtnis* etablieren. Darunter versteht man eine Art Gedächtnisbildung oder eine Gedächtnisstruktur, die äußerst stark verankert, möglicherweise unlösbar ist und als Teil der Persönlichkeit verstanden werden muss. Aufgrund dieser starken Verankerung soll dieses Gedächtnis bewirken, dass auch Jahre nach Entgiftung und Entwöhnung bestimmte suchtmittelassoziierte Reize unabhängig vom Willen der Person Rückfälle auslösen können. Derartige Reize sind entweder direkt mit der Exposition zu dem entsprechenden Suchtmittel oder mit bestimmten Eigenschaften des Mittels (Geruch, Farbe, Form) verbunden oder sie beziehen ihre Macht aus Erinnerungen an drogenassoziierte Situationen, Räume und Erfahrungen, sowie aus Stress und emotionaler Belastung

Die Annahmen über die Funktion dieser Gedächtnisstruktur sind innerhalb der allgemeinen Suchttheorie einflussreich aber keineswegs unumstritten.

Im Kontext der Darstellung der psychologischen und der pädagogischen Theorien werden sowohl persönlichkeits-theoretische als auch verhaltens- und lerntheoretische Konzepte vorgestellt. Besonderer Bedacht wird auf jene Konzepte gelegt, die auf das Individuum gerichtete Präventionsprogramme zur Förderung persönlicher Fähigkeiten und Kompetenzen aufbauen. Die meisten dieser Konzepte stammen aus den USA und entsprechen der amerikanischen Variante des Behaviorismus. Diese Theorien scheinen am besten geeignet, die Basis primär präventiver Programme zu bilden. Für die Entwicklung sekundär präventiver Programme und für das Verständnis extrem riskanter Verhaltensweisen und ihrer Folgeerscheinungen müssen auch weitere Konzepte aus anderen psychologischen Theoriegebäuden, wie etwa der Psychoanalyse und anderen tiefenpsychologischen Richtungen und aus der systemischen Psychologie herangezogen werden.

Aus dem sozialwissenschaftlichen Theoriegebäude werden zum Suchtproblem entwickelte Subtheorien aus Epidemiologie, Rollentheorie, Theorie der Subkultur, Etikettierungstheorie und der Ökonomie vorgestellt. Besondere Berücksichtigung finden die Suchttheorie von Lindesmith und theoretische Ableitungen aus der Forschung zur Jugendkultur und der Populärkultur.

Ebenfalls behandelt werden Versuche, eine übergreifende Theorie abhängigen Verhaltens zu entwickeln. Dabei handelt es sich einerseits um



patho-physiologische andererseits um bio-psychologische Konzepte. Aus diesem theoretischen Feld werden biologische Ursachentheorien hinsichtlich des Alkoholismus, das „Sensation Seeking“ (Konzept von Zuckerman) und die Annahme, dass Sucht als *erworbener Trieb* verstanden werden sollte (nach Bejerot) zur Darstellung gebracht. Auch die aktuelle Arbeitshypothese in der Behandlung der Suchtkrankheiten, nach der Abhängigkeit stets als multifaktorielles Phänomen verstanden werden sollte, wird vorgestellt und in den diskursiven Rahmen gebracht.

Das sechste Kapitel schließlich widmet sich der Darstellung *therapeutischer Möglichkeiten*. Die Behandlung der Abhängigkeit von psychoaktiven Stoffen folgt generell zwei divergenten Zielvorstellungen. Die eine – traditionelle – Zielvorgabe besteht darin, dass jede Behandlung letztlich zur Abstinenz von psychoaktiven Stoffen führen soll. Die alternative Zielvorstellung folgt dem Prinzip der Schadensbegrenzung. Für dieses Prinzip ist wichtig, dass das Risiko, das dem Drogenkonsumenten / der Drogenkonsumentin selbst und seiner/ihrer Umwelt aus dem Substanzgebrauch erwächst, möglichst gering gehalten werden sollte. Abstinenz von psychoaktiven Stoffen ist dabei nur eine Möglichkeit, sie ist aber nicht zwingend erforderlich. Auch eingeschränkter bzw. kontrollierter Gebrauch unter Vermeidung riskanter Konsumgebräuche ist eine schadensbegrenzende Möglichkeit. Allerdings ist dieses Konzept nicht bei allen Abhängigkeitserkrankungen in gleicher Weise umsetzbar. Während es sich in der *Substitutionsbehandlung* opiatabhängiger Personen bewährt, ist etwa bei Alkoholkranken mit schweren körperlichen Folgeerscheinungen die Abstinenzforderung zugleich eine schadensbegrenzende Maßnahme, da auch unter Kontrolle gebrachtes Trinkverhalten die fortlaufende körperliche Schädigung, die fortgesetzter Alkoholkonsum bewirken würde, nicht vermeiden hilft.

therapeutische Möglichkeiten

In Teilkapiteln werden als Schwerpunkte die Behandlung der Alkoholabhängigkeit, der Cannabisabhängigkeit und der Tabakabhängigkeit zur Darstellung gebracht.

Auch im Behandlungskapitel wurden Ergänzungen notwendig. Diese Ergänzungen beziehen sich zum einen auf Konzepte, die in letzter Zeit hinsichtlich der Behandlung der Cannabisabhängigkeit entstanden sind, zum anderen auf die Entwicklung biologischer Therapiemethoden, wie zum Bei-



spiel präventiver Impfungen. Derartige Vorstellungen sind noch nicht ausreichend ausgereift und insbesondere in ihrer politischen Dimension noch nicht ausreichend diskutiert. Da Berichte über diese Versuche aber immer wieder in den Medien aufscheinen, ist es notwendig, auch über diesen noch recht kontroversiell diskutierten Bereich informiert zu sein, um für etwaige Fragen von Seiten interessierter Schüler/innen entsprechend gerüstet zu sein.

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 der Pädagogin und seiner/ihrer 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 Lehrbehelfs 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 Lehrbehelf 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 der Suchtprävention

Fachleute, die sich mit der Prävention im Drogenbereich auseinandersetzen, meinen, dass Suchtpräventionsprogramme Grundsätzen folgen sollten, damit sie erfolgreich sind (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 (psychoaktive Stoffe) gelöst oder auch nur eingeschränkt werden können. Es muss das Bewusstsein vermittelt werden, dass es sich dabei um *Scheinselösungen* und/oder *Fehlanpassungen* handelt, die geeignet sind, das ursprüngliche Problem oder den grundsätzlichen Konflikt noch zu verstärken.
- In diesem Kontext kann die Prävention nicht bei der Information über diese Zusammenhänge stehen bleiben. Sie muss in der Lage sein, *alternative Lösungsstrategien* anzubieten und einzuüben. Diese wieder gliedern 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 furchterregende, abschreckende, wie moralisierende, tendenziell bestrafende oder sensationalisierende Darstellung sollte vermieden werden. Man darf nicht vergessen, dass man mit Jugendlichen zu tun hat, die 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 Schüler/inne/n und Lehrer/innen eröffnen. Innerhalb dieser Diskussionen sollten die Informationen von den Schüler/inne/n 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 Suchtprävention 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 persönlichkeitsmäßig 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 Angebot der Droge wahrzunehmen. Ihnen muss daher ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden und sie dürfen auf keinen Fall im Kontext der Suchtprävention 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 berücksichtigt werden, dass die Suchtprävention den regionalen Verhältnissen angepasst wird.

Diesen Empfehlungen liegt jenes Verständnis von Prävention zugrunde, das vor allem im mitteleuropäischen Raum als *Suchtprävention* bekannt wurde und im Allgemeinen als Teil der Gesundheitsförderung ver-



standen wird. Das Konzept ist nicht unumstritten, hat jedoch aus Sicht der präventiv Tätigen entscheidende Vorteile, wie auch aus dem Leitbild der österreichischen Suchtpräventionsstellen hervorgeht. Eine umfassende aber zugleich konstruktive Kritik des Konzepts mit Anregungen zur Optimierung veröffentlichte Hafner, 2005.




Innerhalb des letzten Jahrzehnts ergab sich in Europa eine bemerkenswerte Wende in der drogenpolitischen Einstellung, die eventuell auch entscheidende Änderungen in der Ausrichtung und Gestaltung präventiver Massnahmen mit sich bringen wird. Während seit den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts der Fokus der Kontrolle und der präventiven Bemühungen auf die so genannten illegalen Drogen gerichtet war, zeigt sich derzeit mehr und mehr ein verstärktes Problembewusstsein gegenüber dem Gebrauch der „legalen“ Drogen Alkohol und Tabak und eine Tendenz, den Alkohol- und Tabak-bedingten Problemen und Schäden auf (kontroll)politischem Weg entgegen zu wirken.

Diese Entwicklung hat mehrere Ursachen:

drogenfreie Gesellschaft } **1.** ist sie sicherlich von der Utopie einer *drogenfreien Gesellschaft* beeinflusst. In den Kampagnen der internationalen Drogenkontrollbehörden wurde schon seit längerer Zeit kein Unterschied zwischen illegalen Drogen und Alkohol und Tabak gemacht. Der Kampf dieser Behörden war stets gegen den aussermedizinischen Gebrauch aller psychoaktiven Substanzen gerichtet; man muss bedenken, dass globale Kampagnen schon auch deshalb keinen Unterschied zwischen den Substanzen sehen, weil in verschiedenen Kulturen verschiedene Regulierungen und Kontrollzugänge bestehen und verschiedene Substanzen als verboten gelten.

2. Wurden gesundheitsbezogene Aspekte immer deutlicher artikuliert. Die Ereignisse in den Staaten des früheren sowjetrussischen Raumes eröffneten einer neuen Interpretation der Beziehung zwischen Alkoholkonsum und alkoholbezogenen Schäden einen Handlungsraum (Rehn, Room und Edwards, 2001). Diese neue Interpretation besagt, dass die Menge des Alkoholgebrauchs Bedeutung für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung hat und dass jegliche Erhöhung der Menge pro Kopf, negative Effekte auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung mit sich bringt. Daraus wird die Schlussfolgerung abgeleitet, dass jegliche Intervention, die den Alkoholkonsum reduziert, positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben wird. Durch diese Interpretation wird der Schwerpunkt präventiver Massnahmen auf das Trinkverhalten per se gerichtet und nicht, wie in der geläufigen



Theorie der Suchtprävention (Bühringer,) auf die Vermeidung von Abhängigkeit bzw. riskanter oder problematischer Trinkmuster. Gleichzeitig allerdings wird darauf hingewiesen, dass das Ausmass der Schädigung auch von den Trinkmustern, die in einer bestimmten Gesellschaft bestehen, abhängt und dass eine starke einschränkende politische Einflussnahme auf das Trinkverhalten in jenen Ländern besser gerechtfertigt ist, in denen riskante und problematische Trinkmuster vorherrschen (Rehn, Room und Edwards, 2001; S. 41).

3. In Europa kam es durch die Schaffung eines Binnenmarktes zu Entwicklungen, die die traditionellen Kontrollsysteme und Einstellungen, die in den verschiedenen Mitgliedsländern der EU bestehen, relativierten. Von dieser Entwicklung musste sich vor allem die *skandinavische Alkoholpolitik* bedroht sehen. In den skandinavischen Ländern bestehen bereits seit 100 Jahren geringere Toleranz gegenüber dem Alkoholgebrauch und bestehen aus diesem Grund striktere Kontrollsysteme. Wesentliche Pfeiler dieser Kontrollsysteme sind Hochpreispolitik und rationierte Abgabe alkoholischer Getränke. Die großzügige Regelung hinsichtlich des Eigenimports von alkoholischen Getränken im Schengen-Raum lief dieser Politik entgegen und bedrohte ihre Wirksamkeit. So hat z.B. Finnland am 1. 1. 2004 die Beschränkungen für die von Reisenden bei der Einreise aus anderen EU-Staaten mitgeführten alkoholischen Getränke und Tabakwaren aufgehoben. Seither können Privatpersonen ihre in einem anderen EU-Staat erworbenen versteuerten Alkoholherzeugnisse und Tabakwaren zollfrei nach Finnland einführen.

skandinavische Alkoholpolitik

Als Folge dieser wirtschaftlichen Entwicklung war auf jeden Fall zumindest kurzfristig eine starke Zunahme des Alkoholkonsums in verschiedenen skandinavischen Ländern zu beobachten. Als Gegenreaktion kam es zu einer „Skandinavisierung“ der internationalen Alkoholpolitik. Diese Entwicklung ist einflussreichen Schriften internationaler Autoren und Autorinnen zu entnehmen. Als bedeutendste Beispiele bzw. Referenzwerke gelten die Reader *Alkoholkonsum und Gemeinwohl* von Griffith Edwards, 1997, sowie *Alkohol – Kein übliches Konsumgut* von Babor und Mitarbeitern aus dem Jahr 2005.



Die Reduktion der Alkohol und Tabak bedingten Schäden als internationale Aufgabe

Position und Bedeutung der Weltgesundheitsbehörde In dieser Aufgabenstellung kommt der Weltgesundheitsbehörde (WHO) besondere Bedeutung zu. Bereits 1992 ergriff das Regionalbüro für Europa als erstes WHO-Regionalbüro die Initiative zu einem regionsweiten Aktionsplan zum Thema Alkohol. Das Büro hat seither eine wichtige Rolle als Katalysator und Moderator für die Politikformulierung und die Überzeugungsarbeit für mit Alkohol verbundene Gesundheits- und Wohlfahrtsthemen der Mitgliedstaaten gespielt.

Europäischer
Alkohol-Aktionsplan


1993 wurde von der WHO der *erste Europäische Alkohol-Aktionsplan* initiiert. Dieser orientierte sich an der Zielvorstellung, dass bis zum Jahr 2000 die gesundheitsbeeinträchtigende Einnahme von Substanzen, die Abhängigkeit bewirken, wie Alkohol, Tabak und psychoaktiven Drogen, in allen Mitgliederstaaten, signifikant reduziert sein sollte.

Bereits die erste Fassung des Plans setzte Schwerpunkte im strukturellen Bereich. So wurde gefordert, dass gesetzgeberische Massnahmen ein wesentlicher Teil einer umfassenden Alkoholpolitik sein sollten. Wirksame gesetzgeberische Massnahmen sollten das Schutzalter, Preise und Steuermechanismen ebenso einschliessen wie Kontrolle über Werbestrategien und über Zugänglichkeit.

1994 wurde ein Netzwerk aus von den Mitgliedstaaten nominierten nationalen Ansprechpartnern für den Aktionsplan gegründet. Die Zielvorgaben dieses Netzwerks bestanden darin, Erfahrungen auszutauschen, Aktivitäten zu planen, Massnahmen auszuwerten und internationale Unterstützung für Massnahmen auf nationaler und regionaler Ebene zu geben.

Im Kontext des Aktionsplans wurde anlässlich der Europäischen Konferenz über Gesundheit, Gesellschaft und Alkohol, die von der Weltgesundheitsorganisation in Paris im Dezember 1995 veranstaltet wurde, von den Mitgliedsstaaten der EU eine *Europäische Charta Alkohol* verabschiedet (siehe Anhang). Die Charta gibt den Mitgliedstaaten fünf ethische Prinzipien und zehn Strategien für die Entwicklung umfassender Alkoholpolitiken und -programme an die Hand.

1999 erörterte das WHO-Regionalkomitee für Europa die Notwendigkeit,



die Maßnahmen gegen den Alkohol in der Region fortzuführen und unterstützte die dritte Phase des *Europäischen Aktionsplans Alkohol 2000–2005*.

European Alcohol Action Plan 2000–2005 2000 kam es zur Neufassung des Europäischen Alkohol-Aktionsplans. Als Generalziel wurde erneut angegeben, dass der Plan darauf abziele, den Schaden, den Alkohol mit sich bringe, zu reduzieren. Es wurde jedoch auch darauf hingewiesen, dass der individuelle und soziale Alkoholgebrauch nicht von anderen Faktoren abgegrenzt werden sollte, insbesondere nicht vom Gebrauch anderer psychoaktiver Substanzen.

Als besonderes Problem wurde herausgestrichen, dass der Gebrauch von Alkohol in engem Bezug mit einer großen Anzahl von Unfällen und Gesundheitsrisiken stehe und dass die Anzahl der Personen, deren Todesursache alkoholbezogen ist, in enger Beziehung zum allgemeinen Konsum in der jeweiligen Gemeinschaft steht.

Für den Zeitraum 2000–2005 wurden aufgrund dieser Problemlage folgende Aufgabenstellungen formuliert:

- Die Aufmerksamkeit gegenüber alkoholbezogenen Problemen verstärken; Ausbildungsstellen zur Verfügung stellen und Strategien des öffentlichen Gesundheitswesens, die alkoholbezogenen Schäden vorbeugen können, unterstützen.
- Das Risiko alkoholbezogener Probleme zu reduzieren, die in der Wohnung, am Arbeitsplatz, der Gemeinschaft und an den Orten des Trinkens auftreten können;
- Die Reduktion der Breite und Tiefe alkoholbezogener Schäden, wie zum Beispiel von Todesfällen, Unfälle, Gewalt, Kindesmissbrauch und Verwahrlosung und von familiären Krisen;
- Die Versorgung von Personen mit gefährlichem Alkoholgebrauch und mit Alkoholabhängigkeit mit zugänglicher und wirkungsvoller Behandlung;
- Die Bereitstellung von Schutz gegenüber dem Trinkzwang für Kinder, junge Personen und all jene Personen, die sich dafür entscheiden, keinen Alkohol zu trinken.



Begleitforschung zum Aktionsplan – Evaluation

Im Kontext der Umsetzung des Aktionsplanes wurden auch Forschungsinitiativen betrieben, die unterstützendes Material zu den wichtigsten Vorhaben liefern sollten. Wichtige Einzelergebnisse dieser Forschungsprogramme, die während der Laufzeit des Projektes erhoben wurden, lassen sich folgendermassen zusammenfassen.

Europäischer
Aktionsplan Alkohol


Bereits 2001 ließ sich aus den Fakten ableiten, dass der *Europäische Aktionsplan Alkohol* die Aktivitäten in den Mitgliedstaaten verstärkt hatte. Die Trends bezüglich der Konsummengen und Konsumgewohnheiten waren allerdings nicht so eindeutig. Ein Datenvergleich über einen Zeitraum von zehn Jahren zeigte, dass in rund einem Drittel der Länder der Gesamtkonsum rückläufig war, in ungefähr einem Drittel der Länder angestiegen war und in den übrigen Ländern insgesamt relativ konstant blieb.

In den meisten europäischen Mitgliedstaaten gab es 2001 Anzeichen für eine Verringerung der Zahl der alkoholbedingten Verkehrsunfälle. Die vorliegenden Daten über andere mit dem Alkoholkonsum zusammenhängende Schäden zeigten allerdings ein inkonsistentes Bild, d. h. eine Zunahme in einigen Ländern und eine rückläufige Entwicklung in anderen Ländern.

2002 wurde in diesem Kontext das Europäische Alkoholinformationssystem errichtet mit dem Ziel, Informationen zu Alkoholthemen mit Relevanz für die Umsetzung des Aktionsplans zu sammeln, zu analysieren und zu verbreiten. Die Daten werden nach Ländern sowie für bestimmte Situationen und Konzepte im Ländervergleich dargestellt. Pro Land gibt es sieben Datensätze, die Informationen über Einschränkungen des Alkoholkonsums, über Alkohol am Steuer, Verkaufsbeschränkungen, Alkoholwerbung und Behandlung von alkoholbedingten Problemen enthalten. Es enthält auch einen Link zur *GFA(Gesundheit für Alle)*-Datenbank des Regionalbüros in Bezug auf Verbrauch und alkoholbedingte Schäden.

2004 ergab die begleitende Evaluation laut Health Evidence Network folgende Ergebnisse hinsichtlich der epidemiologischen Verhältnisse:

-- Der Alkoholkonsum variiert zwischen den Ländern und zwischen den Bevölkerungsgruppen in den einzelnen Ländern. Das unterschiedliche Trinkverhalten hat Auswirkungen auf die Rate der im Zusammenhang mit Alkohol entstehenden Probleme sowie Implikationen für die gewählten Vorgehensweisen zur Eindämmung des Alkoholkonsums.

- 
- Unter die im Allgemeinen wirksamen Maßnahmen gegen den Alkoholkonsum und die damit einhergehenden Schäden fallen Preisgestaltung und Besteuerung, Kontingentierung von Alkohol, Sperrstunden für dessen Verkauf und eine gesetzliche Altersfestsetzung für den Alkoholkonsum.
 - In den meisten Ländern bestehen wirkungsvolle Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer.
 - Internationale Handelsabsprachen und gemeinsame Märkte erschweren es den Entscheidungsträgern auf Länderebene, für ihre Länder eine Alkohopolitik durchzusetzen.
 - Besonders bemerkenswert sind die in einigen Ländern der Europäischen Union gleichförmigen Tendenzen bei der Besteuerung von alkoholischen Getränken.
 - Europa spielt bei Erzeugung, Verkauf und Verbrauch von alkoholischen Getränken eine wichtige Rolle. Zugleich trägt es eine schwere soziale und wirtschaftliche Last aus alkoholbezogenen Problemen. Schätzungen machen den Alkoholkonsum für rund 10% der gesamten Krankheitslast verantwortlich. Er soll u.a. zu einem erhöhten Risiko für Leberzirrhosen, bestimmte Krebsformen, Bluthochdruck, Schlaganfall und angeborene Fehlbildungen führen. Außerdem beschwört er gesellschaftliche Probleme herauf wie die Auflösung von Familien, Absentismus, eine niedrigere Produktivität, finanzielle Notlagen, unbeabsichtigte Verletzungen, Verkehrsunfälle, kriminelles Verhalten und Gewalt einschließlich Mord und Selbstmord.

2006: Die Studie *Alkohol und Europa*

Erkenntnisse und Empfehlungen hinsichtlich der Effizienz alkoholbezogener Massnahmen

- Es gibt wichtige Belege dafür, dass eine Anhebung der Alkoholpreise den Alkoholkonsum und die damit verbundenen Probleme mindert. In den meisten Ländern und besonders in denen mit niedrigen Alkoholsteuern führen steuerbedingte Preiserhöhungen für alkoholische Getränke zu höheren Steuereinnahmen und zu niedrigeren Ausgaben des Staates für alkoholbedingte Schäden. Die Wirkung erhöhter Alkoholpreise und anderer Gegenmaßnahmen variiert von Land zu Land je nach der vorherrschenden Alkoholkultur und der Unterstützung verschärfter Alkoholbeschränkungen



durch die Öffentlichkeit. Die Wirkung auf die alkoholbedingten Schäden ist jedoch eindeutig und die Kosten sind gering.


-- Wirksam sind außerdem strengere Beschränkungen beim Zugriff, insbesondere durch Mindestaltersgrenzen für den Kauf, Staatsmonopol beim Einzelhandel und die Begrenzung von Verkaufszeiten und Verkaufsstellen, sowie eine Beschränkung der Werbung und anderer kommerzieller Kommunikationsmethoden.

-- Auch die meisten Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer wie Alkoholkontrollen, Atemteststichproben, niedrigere Promillegrenzen, Führerscheinentzug, gestaffelte Fahrerlaubnis für Anfänger/innen und Kurztherapien für Trunkenheitsfahrer/innen sind sehr erfolgreich. Diese Maßnahmen gegen Trunkenheit am Steuer werden gut von der Forschung unterstützt. Sie sind in den meisten Ländern anwendbar.

-- Strategien, die verantwortungsvolle Bewirtung und Durchsetzung von Hausregeln mit Betroffenenmobilisierung kombinieren, versprechen einigen Erfolg ohne viel zu kosten. Sie erfassen jedoch nicht den Alkoholkonsum außer Haus. Die Erziehung der Wirte und Wirtinnen zu verantwortungsvoller Bewirtung wird schwerlich Wirkung zeigen, wenn zu ihrer Unterstützung nicht denen der Entzug der Schanklizenz angedroht wird, die weiter an zu junge oder betrunkene Kunden ausschenken.

-- Wo Jugendalkoholismus als ein besonderes Problem der Alkoholpolitik erkannt ist, kann die Anhebung der Altersgrenze für den Kauf und Verkauf alkoholischer Getränke die unmittelbarste und wirksamste Maßnahme sein. Zur Verminderung des Alkoholkonsums sind unterschiedliche pädagogische Ansätze entwickelt worden. Auch wenn sie an Popularität gewinnen, so ist ihre Wirksamkeit nur wenig belegt. Werbung hat ebenso wie Werbeverbote nach den jüngsten Forschungsergebnissen nur eine begrenzte Wirkung.

In Schlussfolgerungen wird darauf hingewiesen, dass die meisten der genannten Maßnahmen sehr kostenwirksam sind, da sie bei allgemein geringen Kosten mit beträchtlichem Nutzen verbunden sind. Aus der vorliegenden Datenmatrix wurde geschätzt, dass die Kosten, die der EU aus dem Alkoholproblem erwachsen, 2003 125 Milliarden Euro betragen. Das entspricht 1,3% des EU-Brutto-Gesamthaushaltes (GDP – gross domestic product). Die Autoren der WHO-Studie *Alkohol in Europa* schätzen, dass ein



umfassendes und wirksames Massnahmenpaket, das Atemluftkontrollen, Besteuerung, Zugangsbeschränkungen, Werbeverbote und minimale ärztliche Intervention einschliesst, etwa 1,3 Milliarden Euro kosten würde – das heisst lediglich 1% der Kosten, die aus dem Alkoholproblem erwachsen.

Als *wirksamster Ansatz* wird jener bezeichnet, der mehrere Maßnahmen in parallelen Schritten verbindet: Anhebung der Alkoholpreise, erschwerter Zugriff auf Alkohol, Bekämpfung von Alkohol am Steuer und des Alkoholkonsums von Minderjährigen. } *wirksamster Ansatz*

Hingegen wird in diesem Report behauptet, dass Strategien, die auf Erziehung und Information, Kommunikation, Training und Förderung des öffentlichen Problembewusstseins aufbauen nur geringe Effizienz aufweisen. Der Bedeutung dieser Aussagen für die Suchtprävention wird in der Folge noch Aufmerksamkeit zu schenken sein. Die vorhin dargestellten Forderungen entsprechen Empfehlungen, die in die EU-Strategie gegen Alkohol einfließen sollen.

Die Rahmenvorgaben der WHO Vom Europäischen Regionalbüro wurden aufgrund der Ergebnisse der Begleitforschung Rahmenvorgaben entwickelt die konkrete strategische Richtlinien für politische Aktionen einschliessen. Diese Rahmenvorgaben fördern die Entwicklung und Umsetzung von globalen, regionalen, nationalen und lokalen politischen Initiativen, die darauf abzielen, alkoholbedingte Schäden zu verhindern oder zu reduzieren. Aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Datenerhebungen über Alkohol und Europa wurden 10 Aufgabenbereiche identifiziert:

- 1. Information und Erziehung,
- 2. öffentliche und private Umwelten (Environment), sowie die Arbeitswelt,
- 3. Trinken und Lenken von Fahrzeugen,
- 4. Zugänglichkeit alkoholischer Produkte,
- 5. Bewerbung alkoholischer Produkte,
- 6. Behandlung,
- 7. die Verantwortlichkeit der Alkoholindustrie und des Gastgewerbes,
- 8. Fähigkeit der Gemeinschaft auf alkohol-bedingte Schäden zu antworten,
- 9. NGOs,
- 10. die Formulierung, Implementierung und Überwachung politischer Massnahmen.



In Entsprechung zu den Rahmenvorgaben sollten Versuche, die Zugänglichkeit von Alkohol durch eine wirksame Steuerpolitik und durch zeitliche Beschränkungen der Abgabe alkoholischer Produkte zu beschränken, Priorität geniessen. In den Rahmenvorgaben wird auch die Teilnahme der Zivilgesellschaft als essentielle Bedingung für Prävention, Behandlung und die Einschränkung alkoholbedingter gesellschaftlicher Probleme hervorgehoben. Der Zivilgesellschaft kommt auch die Funktion zu, dafür zu sorgen, dass die Mitgliedsstaaten tatsächlich wirksame Alkoholpolitik entwickeln und umsetzen. Eine bedeutsame Rolle und Funktion wird dabei den NGOs zugeordnet.


Es ist vorgesehen, dass alle drei Jahre ein Bericht erstellt wird, der die Umsetzung alkoholpolitischer Massnahmen ebenso wie den aktuellen Problemstand und daraus erwachsende Aufgabenstellungen beschreibt.

Die Internationalisierung des Alkohol-Aktionsplans

Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist nicht auf den Europäischen Raum beschränkt. Alkohol wurde auch auf die globale Agenda der WHO gesetzt. Für die 58. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2005 erstellte das WHO-Sekretariat einen Bericht unter der Überschrift *Public health problems caused by harmful use of alcohol*. Im Anschluss hieran nahm die Weltgesundheitsversammlung eine Resolution zum gleichen Thema an. Die Resolution fordert den Generaldirektor auf, einen Bericht über fundierte Strategien und Interventionen zur Verringerung alkoholbedingter Schäden zu erstellen und auf der 60. Weltgesundheitsversammlung im Jahr 2007 vorzulegen. Dieser Bericht soll auch eine umfassende Einschätzung der Probleme für die öffentliche Gesundheit enthalten, die durch den schädlichen Gebrauch von Alkohol verursacht werden.

Jugend und Alkohol als Schwerpunktthema der Europäischen Union


2001 wurde festgestellt, dass sich in vielen Mitgliedstaaten ein besorgniserregender Trend zu zunehmendem Alkoholkonsum unter Jugendlichen in einem immer jüngeren Alter abzeichnete. Es liess sich beobachten, dass aus dieser Entwicklung beachtliche Schäden resultieren. Eine auf Daten der im Jahr 2000 weltweit durchgeführten WHO-Studie über die globale Last durch Krankheiten ba-



sierende vergleichende Risikoanalyse zeigte beispielsweise, dass in der Europäischen Region jeder vierte Todesfall in der männlichen Bevölkerung der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre dem Alkohol zuzuschreiben ist. Es wurde beschrieben, dass das Lebensumfeld der Jugendlichen sich entsprechend dem kulturellen Wandel geändert habe. Immer stärker würden die Ansichten, Entscheidungen und Verhaltensweisen der Jugend durch die Globalisierung der Medien und Märkte geprägt. Viele Jugendliche hätten heute zwar mehr Möglichkeiten und verfügen über mehr finanzielle Mittel, sind aber durch die (aggressiver gewordenen) Verkaufsmethoden und Marketingtechniken für Verbrauchsgüter und potenziell schädliche Substanzen wie Alkohol stärker gefährdet. Gleichzeitig hat die vorherrschende freie Marktwirtschaft die existierenden Public-Health-Sicherheitsnetze in vielen Ländern durchlässig gemacht und die sozialen Strukturen für junge Menschen geschwächt. Der rasche soziale und wirtschaftliche Wandel, Bürgerkonflikte, Armut, Obdachlosigkeit und Isolation wurde ebenfalls als Ursache dafür erkannt, dass die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass Alkohol und Drogen eine größere und destruktive Rolle im Leben vieler junger Menschen spielen. Anlass zu großer Besorgnis waren weiters die Bemühungen der Alkoholindustrie und des Gastgewerbes, Sport und Jugendkultur durch extensive Förderung und Sponsorentum zu kommerzialisieren.

Als Besorgnis erregende *Haupttrends* der Trinkgewohnheiten junger Menschen wurden zunehmende Alkoholerfahrungen unter Kindern und stärkere Verbreitung von mit hohen Risiken verbundenem Trinkverhalten wie z.B. „Besäufnisse“ (Binge Drinking) und Rauscherfahrungen, vor allem unter Heranwachsenden und jungen Erwachsenen, sowie Mix von Alkohol mit anderen psychotropen Substanzen (Mehrfachdrogenkonsum) geortet. Epidemiologische Untersuchungen erbrachten, dass es unter Jugendlichen eindeutige Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen gibt.

Aus diesen Entwicklungen wurde abgeleitet, dass die gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Kosten von alkoholbedingten Problemen unter Jugendlichen die Gesellschaft erheblich belasten. Die Grundlage dieser Interpretation bildet die Annahme, dass Jugendliche stärker gefährdet sind, körperliche, emotionale und soziale Schäden aufgrund ihres eigenen Alkoholkonsums oder wegen des Alkoholkonsums Dritter zu erleiden und die



Generalisierung der Erkenntnis, dass zwischen riskantem Trinkverhalten und Gewalt, riskantem Sexualverhalten, Verkehrs- und sonstigen Unfällen, dauerhaften Behinderungen sowie Todesfällen ein enger Zusammenhang besteht.


Es wurde die Besorgnis geäußert, dass die Gesundheit und das Wohlergehen vieler Jugendlicher in der heutigen Zeit ernsthaft durch den Konsum von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen gefährdet sind. Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit schien die Botschaft klar: der Umstand, dass es für Kinder und junge Heranwachsende hinsichtlich des Alkoholkonsums keine wissenschaftlichen Belege dafür gibt, welche Trinkmenge als risikolos angesehen werden kann und dass viele Kinder dem Alkoholkonsums anderer Menschen, vor allem anderer Familienmitglieder, zum Opfer fallen, sollte dazu führen, dass Public-Health-Konzepte in Bezug auf Alkohol im Interesse der öffentlichen Gesundheit formuliert werden müssen, ohne dass kommerzielles Interesse dabei eine Rolle spielt.

Diese Erkenntnisse und Überlegungen führten dazu, dass die ministerielle Konferenz der WHO (Stockholm, 19.–21. Februar 2001), deren übergeordnetes Ziel – wie bereits dargestellt – darin bestand, die Umsetzung des *Europäischen Aktionsplans Alkohol* voranzutreiben, unter das Thema *Jugendliche und Alkohol* gestellt wurde.

Es wurde als weiteres Ziel dieser WHO-Ministerkonferenz die Ausarbeitung und Verabschiedung eines Aktionsplanes zur Reduzierung der durch Alkohol bedingten Belastungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene definiert. Dieser zusätzlich geschaffene Plan sollte die Massnahmen der EU im Bereich Alkohol und öffentliche Gesundheit unterstützen und ausbauen. Er wurde schliesslich am 21. Februar 2001 als *Erklärung über Jugend und Alkohol* verabschiedet (siehe *Internationale Dokumente*).

Diese Erklärung enthält folgende Hauptelemente:

- Alkohol wird als wichtiges Problem für die Gesundheit junger Menschen erkannt;
- die Notwendigkeit, eine Gesundheitspolitik/Alkoholpolitik ohne Einflussnahme kommerzieller oder wirtschaftlicher Interessen zu gestalten, wird bestätigt;
- Jugendlichen muss die Möglichkeit geboten werden, sich am politischen Prozess zu beteiligen;



-- auf nationaler und lokaler Ebene müssen Ziele vorgegeben werden, die dazu dienen sollen, die Auswirkungen des Alkohols auf die Gesundheit von Jugendlichen zu mindern.

Die Deklaration beinhaltet Ziele, die bis zum Jahr 2006 erreicht werden sollen. Dazu gehört, dass die Zahl Jugendlicher, die mit dem Alkoholkonsum beginnen, wesentlich verringert werden soll, dass erreicht werden soll, dass Jugendliche erst in einem späteren Alter beginnen, Alkohol zu trinken und dass der auf Jugendliche ausgeübte Druck zum Trinken minimiert werden soll (erwähnt werden explizit: Alkoholverkaufsförderung, Gratisauschank, Werbung, Sponsoring und die Verfügbarkeit von Alkohol, mit speziellem Akzent auf besonderen Events für Jugendliche).

Alkoholpolitische

Maßnahmen In vier großen Bereichen soll ein Bündel von wirkungsvollen alkoholpolitischen Maßnahmen gefördert werden.

1. Schutz Die Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Heranwachsenden vor Alkoholwerbung und Sponsoring sollen verstärkt werden. Es soll sichergestellt werden, dass die Hersteller Kinder und Heranwachsende nicht zur Zielgruppe für Alkoholprodukte machen. Die Verfügbarkeit von Alkohol soll gesteuert werden, indem man Fragen wie den Zugang zu Alkohol, ein Mindestalter und wirtschaftliche Maßnahmen, u.a. Preisgestaltung, die den Alkoholkonsum Minderjähriger beeinflussen, aufgreift.

2. Aufklärung Insbesondere unter jungen Menschen soll das Bewusstsein über die Auswirkungen des Alkohols geschärft werden. Gesundheitsförderungsprogramme sollen erarbeitet werden, die auch auf Alkoholfragen in Settings wie Bildungseinrichtungen, Arbeitsplatz, Jugendorganisationen und Gemeindeeinrichtungen eingehen. Diese Programme sollen Eltern, Lehrer, Peers und für Jugendliche Zuständige befähigen, jungen Menschen zu helfen, Lebensfertigkeiten zu erwerben und zu praktizieren, und die Themen sozialer Druck und Risikomanagement aufzugreifen. Außerdem sollen Jugendliche befähigt werden, als wichtige Mitglieder der Gesellschaft Verantwortung zu übernehmen.


3. Stützendes Umfeld Die Voraussetzungen müssen geschaffen werden, dass Alternativen zur Trinkkultur unterstützt und gefördert werden. Die Rolle der Familie hinsichtlich der Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens junger Menschen muss gestärkt werden. Es soll sichergestellt werden, dass Schulen und andere Bildungseinrichtungen alkoholfrei sind.

4. Schadensminderung Das Bewusstsein über die negativen Folgen des Trinkens für den Einzelnen, die Familie und die Gesellschaft soll verbessert werden. An Orten, an denen getrunken wird, ist das für den Ausschank von Alkohol zuständige Personal entsprechend zu schulen und Regelungen sind vorzusehen/durchzusetzen, die den Verkauf von Alkohol an Minderjährige und betrunkene Personen untersagen. Promillegrenzen und Strafen für Fahren unter Alkoholeinfluss sollen vorgesehen werden. Geeignete Gesundheits- und Sozialdienste für Jugendliche sollen geboten werden, die aufgrund des Alkoholkonsums von Dritten bzw. aufgrund ihres eigenen Alkoholkonsums Probleme haben.

Die Stockholmer Konferenz nahm diese Erklärung über Jugend und Alkohol an. Im September 2001 bezeichnete das WHO-Regionalkomitee in der Resolution EUR/RC51/R4 für Europa die Erklärung als das führende Grundsatzstatement der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation zum Thema Jugend und Alkohol. In Europa wurden in der Folge mehrere Initiativen implementiert, die die in der Erklärung definierten Ziele verfolgen: ENCARE, ELSA etc.

Der Stellenwert der Suchtprävention in den aktuellen Kontrollbestrebungen Einerseits scheinen innerhalb des Massnahmenkatalogs in der Kategorie „Aufklärung“ Hinweise darauf auf, dass präventive Programme, die geeignet sind Eltern, Lehrer/innen, Peers und für Jugendliche Zuständige zu befähigen, jungen Menschen zu helfen, Lebensfertigkeiten zu erwerben und zu praktizieren und die Themen sozialer Druck und Risikomanagement aufzugreifen als Strategien akzeptiert sind. Was jedoch niemals aufscheint, sind Programme, die sich an Jugendliche als Risikopolulation selbst richten.

Dies entspricht der in Babor et. al. zum Ausdruck gebrachten Auffassung,




dass Informations- und Erziehungsprogramme schlecht evaluiert sind und nach Meinung massgeblicher Expert/inn/en relativ wirkungslos und absolut kostspielig sind. Schon Rehn, Room und Edwards, 2001, hatten im WHO-Bericht *Alkohol in der Europäischen Region – Konsum, Schäden und Politik* ihre Zweifel an der Wirksamkeit der schulischen Alkoholerziehung zum Ausdruck gebracht: „Zum gegebenen Zeitpunkt gibt es keine Forschungsevidenz dafür, die unterstützen würde, sie als Strategien erster Wahl zu erkennen oder es rechtfertigen würde, größere Geldmittel schulischer Drogenerziehung oder Kampagnen in Massenmedien zur Verfügung zu stellen, wenn sie nicht in einen weiteren Kontext von Aktivitäten in der Gemeinschaft platziert werden“. Dies nachdem sie erkannt hatten, dass in Europa schulische Erziehungsprogramme weite Verbreitung gefunden hatten. Von 39 Ländern, die dem Bericht ihre Ergebnisse übermittelten, hatten fast 50% gut ausgebaute entsprechende Programme. Pointiert schreiben in diesem Sinn später (2005) Babor et al.: „... die Lehre, die man aus einem Überblick über Erziehungs- und Aufklärungsprogramme zum Alkoholkonsum ziehen könne, sei deren geringe Effektivität. Man könnte der Versuchung erliegen, diese Schlussfolgerung dadurch abzuschwächen, dass man auf die wenigen positiven Ergebnisse der einen oder anderen Studie hinweist. Das Gewicht der negativen Ergebnisse ist aber so überzeugend, dass sie durch die wenigen positiven Ergebnisse nicht aufgewogen werden können“. Diese Kritik schließt explizit schulische Programme und Programme, die an Hochschulen implementiert wurden, ein, und zwar sowohl jene, die die Strategie der sozialen Einflussnahme einschliessen, wie auch speziell die Präventionszugänge „affektive Erziehung“, „Alternative Aktivitäten“, „Widerstandstraining“ und „Normative Erziehung“.

Auch kombinierte Programme, die neben individuellen Erziehungsmaßnahmen auch Interventionen einschliessen, die auf die Familien- oder kommunale Ebene zielen, scheinen nicht in ausreichendem Ausmass in der Lage zu sein, den Konsumeinstieg hinauszuzögern und Effekte zu erzielen, die über das Programmende hinaus wirken. Eine Verringerung des Konsums sei lediglich dann beschrieben worden, wenn die Massnahmen mit kommunalen Interventionen kombiniert wurden und dabei vor allem in Verbindung mit Interventionen, die Alkoholverkäufe und das Alkoholangebot an Jugendliche einschränkten. Dies sei aber nicht erstaunlich, weil ohne-

hin bekannt ist, dass kommunale Präventionsstrategien in Hinblick auf die Verringerung des Alkoholkonsums und der alkoholbezogenen Probleme – auch ohne auf das Individuum gerichtete Bemühungen – wirksam sind.

Auf jeden Fall bewerten die Autoren die Effizienz der Strategien der individualisierten Suchtprävention gegenüber den kontrollorientierten Interventionen als unwesentliche – jedoch kostspielige – Einflussgröße: „Relativ zu anderen Interventionen und Strategien, wie zum Beispiel Strafverfolgung, Einrichtung von Verkaufsverbotszonen, Verbot oder Kontrolle von Verkaufsstellen, Preispolitik und verantwortungsvoller Alkoholausschank sind Erziehungsprogramme teuer und haben nur geringe Auswirkungen auf Konsummenge und alkoholbezogene Probleme. Ihre Verbreitung und Beliebtheit scheint sich demnach nicht, aus ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit bei der Bekämpfung alkoholbezogener Schäden ableiten zu lassen. So bleibt nur die Frage offen, warum wichtige Ressourcen weiterhin in Initiativen mit begrenztem Nutzen investiert werden – in Initiativen, die nur ein begrenztes Potenzial haben, alkoholbezogene Probleme zu verhindern oder zu verringern“

Diese Sätze könnten als Aufruf verstanden werden, die *schulische Suchtprävention*, der die vorliegende Broschüre gewidmet ist, völlig aufzugeben. Andererseits muss man sich wohl auch die Frage stellen, wie es dazu kommen konnte, dass die Suchtprävention, die in den letzten Jahrzehnten entwickelt wurde und der doch in einer Reihe anerkannter und offizieller Publikationen (PompidouGroup; EMCDDA, COST A6) gewisse Bedeutung zuerkannt wird, auf derart vernichtende Weise kritisiert wird. Schließlich wurde auch die Suchtprävention aufgrund wissenschaftlicher Expertisen und Metaanalysen implementiert (Künzel-Böhmer, 1991; Bühringer, 1992; Morgan, ...; COST A6). Die Autoren dieser Position werden allerdings im Band von Babor und Ma. nicht zitiert. Und das führt zu einem Grundproblem der WHO-geleiteten Initiativen zur Kontrolle der alkoholbezogenen Problemlage: sie sind äußerst einseitig von nordeuropäischen und US-amerikanischen Vorstellungen geleitet. Unter den Autoren des Babor-Readers finden sich 5 Amerikaner, 2 kanadische Autoren, ein Autor aus Australien, eine Autorin aus Neuseeland, sowie jeweils ein Autor/eine Autorin aus England, Finnland, Schweden und Norwegen. Der einzige Schweizer Autor hat auch einen Lehrstuhl in Kanada inne. Diese Autorenstruktur schlägt sich auch in



den Zitierungen nieder; Autoren aus anderen Ländern sind hinsichtlich der Zitierungen eindeutig unterrepräsentiert. Autoren und Stellungnahmen aus dem mediterranen Raum sucht man vergeblich. Damit wird das differenzierte Bild, das im europäischen Raum hinsichtlich des Umgangs mit Alkohol und alkohol-assoziierten Problemen traditionell besteht, vernachlässigt.

Weiters wird die Problemdefinition ausschließlich epidemiologisch begründet und die Begründung der Empfehlungen basiert unter anderem auf Generalisation von Beobachtungen, die in singulären Situationen, wie etwa im früheren sowjetrussischen Raum nach dem Zerschlagen dieser Staatengemeinde, gemacht werden konnten.

Wohl auch aufgrund dieser theoretischen Verankerung wird Prävention vorrangig als Aufgabe hinsichtlich der Beschränkung des Angebots gesehen, während die Bedeutung der Präventionsarbeit auf der Nachfrageseite nur wenig Berücksichtigung findet und recht negativ bewertet wird.

Diese Charakteristika des Reports haben mehrfach Kritik ausgelöst und die Frage in den Raum gestellt, inwieweit die Ergebnisse und Schlussfolgerungen etwa auf den deutschen Sprachraum übertragen werden können und welche Massnahmen generell empfohlen werden können. Ich selbst habe schon früher darauf hingewiesen, dass zwischen der (mittel)europäischen und der US-amerikanischen Einstellung zur Prävention von suchtbearbeiteten Problemen große Unterschiede in vielen einstellungsmäßigen, wissenschaftstheoretischen und wohl auch weltanschaulichen Bereichen bestehen, woraus dann die Bevorzugung bzw. Abwertung einzelner Präventionsstrategien entsteht. Charakteristisch für die US-amerikanische Prävention ist eine Bevorzugung struktureller Massnahmen, pönalisierender Massnahmen und eine weitgehende Verwerfung persönlichkeitsbezogener Strategien. Die vorliegenden Texte fordern eine weitgehende Aufgabe der mitteleuropäischen Position zu Gunsten der amerikanischen und skandinavischen Tradition, wobei wenig reflektiert wird, dass die verschiedenen Kulturkreise auch verschiedene Problemlagen aufweisen, die unter anderem auch mit den jeweils regional gewachsenen und dominierenden Kontrollstrategien zusammen hängen. Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse scheint es doch sehr fraglich, ob es tatsächlich wünschenswert ist, die traditionelle österreichische Problemlage gegen die skandinavische oder amerikanische einzutauschen. Bedenken wir etwa, dass in Finnland weniger reiner Alkohol kon-




sumiert wird als im Durchschnitt der mitteleuropäischen Länder, obwohl auch der Landestrend in Finnland steigend ist, während er in Mitteleuropa rückläufig ist. Die Sterbefälle aufgrund von alkoholbedingten psychischen und Verhaltensstörungen liegen jedoch um 50% über dem mitteleuropäischen Durchschnitt. So gehen in Finnland relativ viele Sterbefälle auf chronische Lebererkrankung und Leberzirrhose zurück, wobei auf die alkoholische Leberzirrhose ein hoher Prozentsatz aller Sterbefälle entfällt.

Stehen wir vor einem Paradigmenwandel in der europäischen Suchtprävention?

Zur mittel- und südeuropäischen Tradition gehört es, dass die Prävention in Theorie und Praxis sich nicht nur auf die epidemiologische Datenlage beruft, sondern die Nachfrageseite berücksichtigt und hinsichtlich der jugendlichen Risikopopulation sich psychologischer und pädagogischer Theorien über die Motivationsstruktur des Jugendalters als Bezugsrahmen bedient. In diesem Sinne versteht sie sich als Teil einer umfassenden Erziehung zu einer entscheidungsfreien autonomen Persönlichkeit und versucht auch aus diesem Grund, paternalistische Positionen weitgehend zu vermeiden (Vandendriessche, 1989).

Demgegenüber ist die Primärprävention US-amerikanischen Zuschnitts traditionell oftmals paternalistisch und im Prinzip der normativen Erziehung konservativen Wertvorstellungen verpflichtet (z.B. Hansen). Die Haltung, die bei Babor und Mitarbeitern in den vorhin zitierten Textpassagen und auch in anderen Texten im Kontext der Implementierung des Europäischen Aktionsplans Alkohol zutage tritt ist eindeutig paternalistisch orientiert und entspricht auch sonst der präventiven Einstellung US-amerikanischen Zuschnitts. Fast scheint das Buch ein Versuch, die US-amerikanische und nordeuropäische Präventionsphilosophie in den europäischen Handlungsraum einzubringen und mit den Keulen „evidenzbasiert“ und „kostengünstig“ zu verankern. Aus Deutschland wurde von einer Autorengruppe in Ergänzung zum Babor-Bericht der Standpunkt bezogen, dass schulische Präventionsprogramme auch in Zukunft eingesetzt werden sollten. Sie seien insbesondere auch dafür unerlässlich, dass für einschränkende konsumsteuernde Massnahmen Akzeptanz hergestellt werden kann. Unter dem Gesichtspunkt der Einstellungs- und Meinungsbildung könne und sollte auf



Massnahmen der schulischen Prävention nicht verzichtet werden. Auch diese Haltung scheint allerdings nicht kritisch und selbstbewusst genug. Will man das Prinzip Suchtprävention aufrecht erhalten, muss man wohl darauf hinweisen, dass ihre allgemeinen Entwicklungsziele, wie sie in der Einleitung zu dieser Broschüre vorgestellt wurden, andere sind, als jene, die in epidemiologischen Studien zum Konsumverhalten ihren Niederschlag finden. Andererseits stehen jedoch gerade diese Ziele im Einklang mit der Forderung, die ebenfalls in der Erklärung zu Jugend und Alkohol erhoben wird, dass nämlich Jugendliche befähigt werden, als wichtige Mitglieder der Gesellschaft Verantwortung zu übernehmen. Um dieser Zielvorstellung nachzukommen bedarf es wohl mehr als des durch Kontrollmassnahmen erzwungenen Verzichts auf Alkohol und Tabak. Die Zukunft der schulischen Suchtprävention hängt in nicht geringem Ausmass davon ab, ob man dabei bleibt, der längerfristigen Entwicklung der Persönlichkeit Vorrang gegenüber kurzfristig erreichbaren drogenpolitischen Zielen einzuräumen.

In Österreich sind die Suchtpräventionsstellen, wie ihrem 2002 veröffentlichten Leitbild zu entnehmen ist, an der *Ottawa Charta* der WHO (1986) } Ottawa Charta orientiert. In die gleiche Richtung gehen auch die Präventionskonzepte der *Bundesministerien für Gesundheit und für Unterricht, Kunst und Kultur*.

Demnach kommt individualisierten Präventionsprogrammen und schulischer Suchtprävention, die sich am Gesundheitsförderungs-Ansatz orientieren, neben Gemeinwesen-Aktivitäten ein hoher Rang in der allgemeinen Präventionspolitik zu. Aber daneben existiert auch in Österreich strukturelle und kontrollierende Prävention im Sinne der Schlussfolgerungen und Empfehlungen von Babor und Mitarbeitern. Diesen entsprechen neben den Regeln, die im Verkehrsrecht gelten (Probeführerschein für junge Lenker/innen; Senkung der Promillegrenze auf 0,5 Promille; relativ strenge Überwachung; Nacherziehungsmassnahmen bei Übertretungen und Punkteführerschein) auch Präventionsmassnahmen am Arbeitsplatz, in denen versucht wird, über die Zusammenführung gesundheitsfördernder Konzepte mit betriebsrechtlichen, strukturellen Konzepten – auch auf individueller Interventions-ebene – wirksam zu werden. Ebenfalls in Einklang mit den Forderungen, die in der Erklärung über Jugend und Alkohol enthalten sind und mit den strategischen Vorstellungen von Babor und Mitarbeitern kompatibel sind Versuche, die Gastronomie in Präventionsbemühungen einzubinden und


damit einen Schutzraum für Jugendliche zu schaffen. Beispiele für diese Bestrebungen waren die Projekte *Jugend-OK Partnerbetrieb* in Niederösterreich und *Weiz.rausch.ade*, über die im Rahmen der Tagung *Jugend und Alkohol* am 15. März 2004 berichtet wurde. Ebenfalls im Kontext der Implementierung des Aktionsplanes Jugend und Alkohol sind Initiativen zu verstehen, die sich in den letzten Jahren in Österreich den Kindern aus suchtbelasteten Familien widmeten.

Diese Initiativen entsprechen einer Fortführung der Beteiligung Österreichs am europäischen ENCARE-Projekt.

Tabakpolitik Tabakkonsum gilt als ausserordentliches gesundheitspolitisches Problem. Unter der Annahme, dass dieses Verhalten das bedeutendste einzelne Gesundheitsrisiko und die führende Ursache frühzeitiger Sterblichkeit darstellt, wird geschätzt, dass jährlich in der EU 650 000 Menschen an den Folgen der Nikotindroge sterben. Um diesem Gesundheitsproblem angemessen begegnen zu können, wird eine konzertierte Aktion zur Tabakkontrolle mit unterschiedlichen Bausteinen eines nationalen Tabakkontrollprogramms als notwendig erachtet.

Da angenommen wird, dass bereits ein geringer Rückgang des Tabakkonsums Tausende Leben retten kann, gilt als übergeordnetes Ziel jeder sinnvollen Tabakkontrollpolitik eine deutliche Absenkung des Zigarettenkonsums mit Hilfe von Maßnahmen, deren Wirksamkeit bereits belegt ist. So kann zum Beispiel gemäß einer Studie der Weltbank allein schon ein Werbeverbot die Verbreitung des Rauchens um bis zu sieben Prozent reduzieren.

Die dominierende Kontrollstrategie nutzt verhältnisorientierte Tabakkontrollmaßnahmen als Basis für eine erfolgreiche Absenkung des Rauchverhaltens in allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Zu diesen gehören unter anderem drastische Tabaksteuererhöhungen, Bekämpfung des Zigarettschmuggels, ein umfassendes Tabakwerbeverbot, Abschaffung der Zigarettenautomaten, Durchsetzung des Nichtraucher-schutzes und Schaffung rauchfreier Zonen, Produktregulation von Tabakwaren, umfassende Verbraucher/innen/informationen, große Warnhinweise auf Zigarettenpackungen und Verkaufbeschränkungen mit entsprechenden Kontrollen. Ohne die zeitgleiche Umsetzung dieser Maß-



nahmen mit Maßnahmen, die der individuellen Ansprache dienen, wie zielgruppen- und settingspezifische Medienkampagnen, persönliche Kommunikation sowie Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen zur Tabakentwöhnung scheint eine zeitnahe und nachhaltige Ansenkung des Zigarettenkonsums nicht möglich.

Die gesundheitspolitische Dimension des Problems bringt es mit sich, dass – wie in der Frage der Kontrolle des Alkoholkonsums – der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auch hinsichtlich der Kontrolle des Tabakrauchens eine führende Rolle zukommt. Sie hat bereits im Jahr 1998 die Initiative ergriffen und mit einstimmiger Unterstützung der Weltgesundheitskonferenz in den Folgejahren die *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* als erste weltweit gültige Gesundheitskonvention vorgelegt. Die FCTC wurde einstimmig von der Weltgesundheitskonferenz im Jahr 2003 verabschiedet und im Folgejahr von über 170 Ländern unterzeichnet. Der Ratifizierungsprozess hält gegenwärtig an.

Parallel und zur Unterstützung der FCTC hat die Europäische Kommission mehrere Direktiven vorgelegt, welche den europäischen Mitgliedsstaaten Empfehlungen und Verpflichtungen auferlegen.

In vielen europäischen Ländern wurden in der Folge oftmals recht drastische Gesetzesvorhaben umgesetzt, die das Rauchen einschränken und die Gefahren des Passivrauchens begrenzen helfen sollten.

Am 1. 8. 2005 trat europaweit das Gesetz zur drastischen Einschränkung der Werbung für Tabakdrogen in Kraft. Gemäß EU-Richtlinie darf ab sofort in Zeitungen und Zeitschriften, Radio und Internet nicht mehr für Zigaretten und andere Tabakerzeugnisse geworben werden. Auch das Sponsoring bei grenzübergreifenden Sport- und Kulturereignissen ist nach geltendem EU-Recht ab sofort untersagt.

Anfang 2005 trat in Italien das Rauchverbot am Arbeitsplatz in Kraft. Im Oktober 2005 wurde in Nordirland ein Gesetz beschlossen, Rauchen am Arbeitsplatz und in öffentlichen Gebäuden zu verbieten. Dieses Rauchverbot, das April 2007 in Kraft treten soll, wird sich wie beim Vorbild der Republik Irland auch auf Bars und Restaurants erstrecken. Noch nicht abschließend geklärt ist, ob in Nordirland diese Regelung auch für Gefängnisse und psychiatrische Einrichtungen gelten wird.

In England einigte sich nach langen Debatten 2006 das Parlament auf

ein Rauchverbot am Arbeitsplatz. In England konnte jedoch, anders als auf dem Rest der britischen Inseln, wo überall ein vollständiges Rauchverbot am Arbeitsplatz einschließlich der Gastronomie gilt, dieses Ziel trotz des Einlenkens von Regierungschef Tony Blair nicht erreicht werden. Gaststätten, die keine Speisen servieren, werden somit nicht rauchfrei, gleiches gilt für private Vereins- und Clubräume. Das Gesetz soll im Sommer 2007 in Kraft treten. Innerhalb von drei Jahren wird es einem Bewährungstest unterzogen und eventuell, so hoffen Befürworter/innen eines totalen Rauchverbots am Arbeitsplatz, anschließend noch einmal nachgebessert.


Österreichische

Tabakkontrollpolitik Seit 1995 gibt es in Österreich das Bundesgesetz über das „Herstellen und Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und den Nichtraucherenschutz“. Aufgrund der steigenden Raucher/innen/zahlen und der Nachweise der Gesundheitsgefährdung durch Tabakrauch hat das österreichische Tabakgesetz (Tabakgesetz BGBl. 431/1995) seitdem einige Neuerungen erfahren. Innerhalb der europaweiten Vereinheitlichung der Richtlinien zum Nichtraucherenschutz hat auch Österreich 2004 das Tabakgesetz novelliert.

Seit 1. Jänner 2005 ist in diesem Sinne eine Neuerung des Tabakgesetzes in Kraft. Die Schwerpunkte des österreichischen Tabakgesetzes (Novelle 2004) sind

- Die Erweiterung der bereits bisher vorgesehenen Nichtraucherenschutzbestimmungen: Das Rauchverbot wird generell auf Räume öffentlicher Orte ausgeweitet. Dies dient dem verstärkten Nichtraucher/innen/schutz. Nicht- rauchen soll als „Norm“, Rauchen als Ausnahme gelten.
- Die Einführung eines umfassenden Verbotes der Werbung und des Sponsorings für Tabakerzeugnisse mit entsprechenden Übergangsregelungen.
- Das Verbot des In-Verkehr-Bringens von Einzelzigaretten oder Zigarettenpackungen unter 20 Stück. Die verpflichtende Kennzeichnung von Rauchverboten (ab 1. 1. 2005) samt Sanktionierung, wenn die Kennzeichnungspflicht verletzt wird (ab 1. 1. 2007).

Seit 1. Jänner 2005 besteht ein umfassendes Rauchverbot im Sinne des Nichtraucher-schutzes in Räumen öffentlicher Orte z.B. in Schulen und



Hochschulen, Amtsgebäuden, Museen, Kinos, allen Räumen von Einrichtungen des öffentlichen und privaten Bus-, Schienen-, Flug- und Schiffsverkehrs, Geschäftslokalen, Büroräumen mit Kundenverkehr zu Zeiten, in denen Parteienverkehr stattfindet, sowie in Einkaufszentren. Ausnahmen vom Regelrauchverbot bestehen in „abgedichteten Raucher/innen/räumen“ falls eine ausreichende Anzahl an Räumlichkeiten vorliegt,

Das Tabakgesetz und die Schule Für Schulen und andere Einrichtungen, in denen sich Kinder und Jugendliche aufhalten, gibt es keine Ausnahmestimmungen, für sie ist das absolute Rauchverbot verbindlich. Das Tabakgesetz bezieht sich auf das Schulgebäude selbst, sowie auf etwaige dem Unterricht oder der schulischen Aufgabenerfüllung dienende Nebengebäude. Außerhalb dieser Gebäude ist das Rauchverbot des Tabakgesetzes nicht anwendbar. Für Schüler/innen spricht jedoch §9 Abs.2 der Schulordnung ein für die gesamte Schulliegenschaft und damit auch für die zu ihr gehörenden Freiflächen (Schulhof, Parkplätze, Sportanlagen) geltendes Rauchverbot aus. §9 Abs.2 der Schulordnung gilt nur für Schüler/innen. Lehrer/innen werden von dieser Regelung nicht erfasst. Das Lehrpersonal darf am Schulgelände rauchen, es können aber von Seiten der Schule innerhalb der Hausordnung Vereinbarungen getroffen werden, die auch die Lehrpersonen im Sinne ihrer Vorbildwirkung dazu verpflichten, vom Rauchen Abstand zu nehmen. Eine vergleichbare Regelung kann auch für Schulveranstaltungen und schulbezogene Veranstaltungen erfolgen. Sie müsste allerdings auch für Nichtlehrer/innen (z.B. Eltern oder Erziehungsberechtigte) gelten, die eine solche Veranstaltung begleiten.

Werden Schulen ausschließlich für Erwachsenenbildung genutzt, kann eine Ausnahme im Sinne der „abgedichteten Raucherräumen“ – falls eine ausreichende Anzahl an Räumlichkeiten vorliegt – gemacht werden. Ausgenommen vom absoluten Rauchverbot sind Dienstwohnungen, die sich im schulischen Raum oder innerhalb des Schulgeländes befinden. Diese neue Regulierung ist den Schulen mit einem Rundschreiben Nr. 3/2006 des Unterrichtsministeriums vom 24. Jänner 2006 bekannt gegeben worden.

Tabakgesetz und Gastronomie In gastronomischen Betrieben müssen Nichtraucher/innen/bereiche geschaffen werden (Vereinbarung vom 30.

September 2004). Bis Ende des Jahres 2006 sollen 90% der Speiselokale mit einem Gästebereich über 75 Quadratmeter mit einem Nichtraucher/innen/bereich versehen sein.

Österreich hat mit diesem Gesetz einige Vorgaben der europäischen Tabakpolitik umgesetzt. Kritiker/innen, vor allem auf seiten der befassten Ärzteschaft vertreten den Standpunkt, dass die Regulierungen, zu denen gefunden wurde, im internationalen Vergleich recht konservativ scheinen.


Die heute gebräuchliche Terminologie in der Beschreibung der Substanzeffekte und ihrer Bedingungen sowie der Drogenabhängigkeit geht auf Begriffsbestimmungen zurück, die teilweise bereits in den 1970er Jahren von Expert/inn/en der Weltgesundheitsbehörde geschaffen wurden.

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

Set und Setting Der Substanzeffekt ist nicht ausschließlich auf eine biologische Reaktion zwischen der Substanz und dem Organismus zurückzuführen. Er entspricht vielmehr einem komplexen Bezug zwischen somatischen, psychischen und situativen Einflüssen.

Neurotransmitter Biochemische Stoffe, die die Information an den Synapsen von einer Nervenzelle zu einer anderen Nervenzelle oder zu einem Zielorgan weitergeben. In der Synapse einlaufende elektrische Impulse (Aktionspotentiale) veranlassen die Ausschüttung der chemischen Botenstoffe aus ihren Speicherorten, den Vesikeln, in den synaptischen Spalt, aus dem sie zu den Rezeptoren des nachgeschalteten Neurons diffundieren. Die Wirkung der Aktionspotenziale wird in chemische Informationen weitergereicht, also umgewandelt und gleichzeitig verstärkt. Die Neurotransmitter werden nach ihrer Ausschüttung schnell enzymatisch inaktiviert und abgebaut. Zu den Neurotransmittern zählen das Dopamin, das Noradrenalin, das Acetylcholin, die Gamma-Amino-Buttersäure (GABA), die Endorphine und das Serotonin.

Drogenabhängigkeit Ein seelischer und unter Umständen auch körperlicher Zustand, der aus der Wechselwirkung eines lebenden Organismus mit einer Droge entsteht. Er ist gekennzeichnet 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 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).

Die Arten der Drogenabhängigkeit

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

- *Alkohol-Typ*: Als Droge gelten alle Arten alkoholischer Getränke.
- *Barbiturat-Typ*: Unter diesem Typus werden Schlaf- und Beruhigungsmittel erfasst. Neben den tatsächlichen altbekannten Barbitursäurepräparaten auch neuere Stoffgruppen wie etwa Methaqualon, Meprobamat und Benzodiazepine.
- *Amphetamin-Typ*: Dieser umfasst alle bekannten Arten synthetisch hergestellter zentraler Stimulantien (Weckmittel) und auch die meisten Appetitzügler (Amphetamin, Metamphetamin, Phenmetrazin etc.). Diese Arzneimittel sind im Allgemeinen heute nicht mehr erhältlich. Bekannte Firmennamen waren Pervitin, Preludin, Captagon, Antapentan. Im Szenenjargon 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, das Alkaloid Kokain in kristalliner Form, wie auch rauchbare Zubereitungen (Koka-Paste, Crack) gebraucht.
- *Cannabis-Typ*: Unter diesem Begriff wird der abhängige Gebrauch aller Zubereitungen der Hanfdroge erfasst: Haschisch, Marihuana, Ganja etc.
- *Halluzinogen-Typ*: Dieser Typus umfasst natürliche, halb- und ganz-synthetische Stoffe mit halluzinogener Wirksamkeit: LSD, Mescaline, Peyote (Kakteengift), Psilocybin (Pilzgift), Ololiuqui (Windensamengift), DMT, Harmin und viele andere pflanzliche Stoffe.
- *Opiat-Typ*: Mohnstroh (Kapseln!), Opium, Morphin und alle von dem Morphin abgeleiteten Narkotika (Kodein, Heroin, Fentanyl etc.), sowie synthe-



tische Drogen mit morphinartiger Wirkung (*Agonisten*), wie Methadon, Pethidin (Dolantin), Pentazozin (Fortral) etc.

-- *Inhalantien-Typ*: Mit diesem Typus wird der Gebrauch von verschiedenen Substanzen erfasst, die zwecks Rauscherzeugung „geschnüffelt“, inhaliert werden: Lösungsmittel, Benzol, Benzin, Tetrachlorkohlenstoff, Azeton, Toluol, Klebstoffe und narkotisch wirksame Dämpfe wie Äther, Chloroform, Lachgas.

-- *Khat-Typ* (Khat-Zubereitungen): Dieser Abhängigkeitstyp hat für uns keine Bedeutung. Umso größere Bedeutung kommt dem Umstand zu, dass wir heute als Folge der wachsenden Erkenntnisse über die schweren gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakrauchens auch die Nikotinabhängigkeit als weiteren Typus erfassen:

-- *Nikotin-Typ*: Der Gebrauch aller Arten von Tabakzubereitungen.

Diese verschiedenen, von den gebrauchten Substanzen abgeleiteten Abhängigkeitstypen bewirken verschiedene Ausprägungen der Abhängigkeit. Prinzipiell unterscheiden wir drei verschiedene Dimensionen oder Ebenen der Abhängigkeit:

- eine psychische (seelische),
- eine physische (körperliche)
- eine soziale.

Psychische (seelische)

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/Die Abhängige ist dadurch bereit, auch illegale Mittel einzusetzen, um zu seiner/ihrer Droge zu gelangen und er/sie schreckt auch nicht vor Handlungen zurück, die ihn/sie selbst und/oder andere schädigen. Zu den Merkmalen, die die Diagnose der psychischen Abhängigkeit begründen, zählen:

- Heftiges und gelegentlich unbezwingbares, sehr starkes Verlangen, eine Substanz zu konsumieren mit dem Ziel, positive Empfindungen herbeizuführen oder unangenehme Empfindungen zu vermeiden.
- Betroffene haben über den Beginn und das Ende des Konsums sowie

über die Menge des Substanzgebrauchs nur eine verminderte Kontrolle. Dazu gehören auch Versuche, ein Ende zu erzwingen.

- Die Alltagsaktivitäten sind auf Möglichkeiten und Gelegenheiten zum Substanzkonsum hin ausgerichtet. Der Lebensstil ist eingeeengt auf den Suchtmittelkonsum.
- Soziale, familiäre und berufliche Interessen werden vernachlässigt.
- Trotz auftretender schädlicher Folgen wird der Konsum fortgesetzt.
- Verstöße gegen gesellschaftliche Normen, z.B. Alkoholkonsum am morgen.

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 körperliche Abhängigkeit bewirken, ist diese regelmäßig an die seelische gebunden.

Physische (körperliche) 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 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 gleichbleibender 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 / die einzelne Konsumentin und die Gruppe, in der er/sie sich befindet, eine Fülle von symbolischen und kommunikativen Bedeutungen. Diese Bedeutungen wieder bedingen für viele Konsument/inn/en starke Anreize, den Drogengebrauch fortzusetzen. Soziale und psychische Abhängigkeit treten miteinander in Verschränkung.

Zu solchen sozialen Bedeutungen zählen Gebrauchsrituale, die Beziehungen, die rund um den 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 spielt 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 wird. Schließlich besteht auch noch der sogenannte „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 defacto 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 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 Gebraucher 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/innen selbst akzeptieren den Terminus selbstverständlich nicht. In Diskussionen führt die Verwendung des Begriffs dementsprechend gerne zu einer heftigen Emotionalisierung der Auseinandersetzung. Man tut besser, auf ihn wann immer möglich zu verzichten.

Schädlicher Gebrauch In der Klassifikation der Weltgesundheitsbehörde (ICD-10) kennt man auch diesen Begriff. Darunter versteht man den Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

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 daher auch das Phänomen genetische Toleranz } der *genetischen Toleranz*, die auch *Initiale Sensibilität* genannt wird.


Weiters unterscheiden wir zwischen akuter und chronischer Toleranz:

- akute Toleranz } -- Die *akute Toleranz* tritt bereits beim ersten Kontakt mit der Substanz ein. Zum Beispiel wird bereits beim ersten Alkoholkonsum im Zustand der abklingenden Wirkung ein höherer Blutalkoholspiegel benötigt um ein bestimmtes Symptom (etwa lallende Sprache) zu bewirken, als während des Anflutens der Wirkung.
- chronische Toleranz } -- 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.
- Kreuztoleranz } -- *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.

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/innen, 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 Konsument/inn/en legaler und illegaler Drogen unterscheiden.

Konsument/inn/en illegaler Drogen geraten ja bereits damit in die Delinquenz, dass sie sich ihre Substanzen verschaffen und damit gegen das Suchtgiftgesetz 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/innen zu fungieren oder eventuell auch größere Handelstransaktionen durchzuführen, Eigentumsdelikte zu setzen und der Geheimprostitution 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 andern Ländern. Vor allem ist Wien in dieser Hinsicht andern Großstädten gegenüber begünstigt.

Wegen Überschreitung des Suchtgiftgesetzes 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 Suchtgiftgesetz Angezeigten dem Alterssegment der 14–18jährigen 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 Konsument/inn/en. In den letzten Jah-



ren 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.

Anders gestaltet sich die *Kriminalität des Alkoholikers / der Alkoholikerin*. } Kriminalität

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 Berauschung das delinquente Verhalten bewirkt habe, 22% gaben an, dass sie sich „Mut angetrunken“ hätten. Bekannt ist auch die Beteiligung der alkoholischen Berauschung 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/innen verursacht werden. Dabei ist aber 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 Berauschung und der auch beim „normalen Geselligkeitstrinken“ üblichen alkoholbedingten Einschränkung der Kritikfähigkeit, 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.

Die Definition der Suchtkrankheit in den internationalen Klassifikationsschemata

ICD-10 Die International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen. Ziel der ICD ist die weltweite Erforschung von Morbidität und Mortalität mit einer international einheitlichen Systematik zu ermöglichen. Die aktuelle Ausgabe der ICD wird als ICD-10 bezeichnet.


In dieser Systematik ist die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen in der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)“ enthalten.

Dieser Abschnitt enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung), wobei die einzelnen Substanzen jede für sich kodiert sind. Die Erscheinungsbilder reichen von der Akuten Intoxikation bis zur Polytoxikomanie und schliessen Entzugssyndrome, psychotische Störungen, Restzustände und psychische Verhaltensstörungen ein.

Die physische und psychische Abhängigkeit wird unter dem Begriff Abhängigkeitssyndrom zusammengefasst. Es kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

Abhängigkeitssyndrom Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Als typisch für dieses Syndrom gelten die Kriterien:

- ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen,
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren
- anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen.

- 
- dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben.
 - Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Als diagnostische Leitlinie gilt, dass die Diagnose Abhängigkeit nur gestellt werden darf, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol, zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums.
- Substanzgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung.
- Ein körperliches Entzugssyndrom
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholiker/inne/n und Opiatabhängigen, die Konsument/innen ohne Toleranzentwicklung schwer beeinträchtigen würden oder sogar zum Tode führten).
- Ein eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz wie z.B. die Tendenz, Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer acht zu lassen.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
- Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, oder sozial, wie Arbeitsplatzverlust durch eine substanzbedingte Leistungseinbuße, oder psychisch, wie bei depressiven Zuständen nach massivem Substanzkonsum.

Das DSM-IV DSM-IV ist die Abkürzung für die vierte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen). Dieses Klassifikationssystem wurde zunächst von der American Psychiatric Association (Amerikanische



Psychiatrische Vereinigung) in den USA herausgegeben. Das DSM-IV beinhaltet speziellere und genauere diagnostische Kriterien. Deshalb wird es in der Forschung öfter zum Einsatz gebracht als das ICD-10. Die ICD-10 Diagnostik wird hingegen im Allgemeinen von Kosten- und Leistungsträgern gefordert. Wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Systemen bestehen darin, dass das DSM-IV geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt und dass das ICD-10 die interkulturelle Perspektive stärker berücksichtigt und die Anwendbarkeit in den Ländern der Dritten Welt zum Ziel hat.

Hinsichtlich der Diagnostik und Klassifizierung der substanzbezogenen Gesundheitsprobleme ähneln die ICD-10 und die DSM-IV Diagnostik einander in vielen Belangen, da sie beide auf dem Abhängigkeitssyndrom nach Edwards und Gross (1986) aufbauen. Die substanzbezogenen Störungen werden im DSM-IV unter 291–292.9, die Missbrauchs- und Abhängigkeitskrankheiten unter 303–305.9 codiert.

Wichtig ist, dass im DSM-IV zwischen Substanzabhängigkeit mit und ohne physische Abhängigkeit unterschieden wird, wobei Toleranzentwicklung und/oder Entzugserscheinungen als differentialdiagnostische Kriterien gelten. Die nicht-physiologische Substanzabhängigkeit wird als fehlangepasstes Konsummuster definiert, das zu klinisch signifikanter Beeinträchtigung oder zu Leiden führt, die sich innerhalb eines Jahres in drei oder mehr der folgenden Phänomene äussern:

- 1. Die Substanz wird in höherer Dosierung und über längere Zeit eingenommen als ursprünglich beabsichtigt war.
- 2. Es besteht ein anhaltendes Bedürfnis bzw. erfolglose Versuche den Substanzgebrauch zu reduzieren oder einzustellen.
- 3. Es wird viel Zeit für Aktivitäten aufgewendet, die notwendig sind, um die Substanz zu erwerben, zu gebrauchen und sich vom Substanzeffekt zu erholen.
- 4. Wichtige soziale und berufliche Aktivitäten werden, ebenso wie andere Freizeitaktivitäten, wegen des Substanzgebrauches aufgegeben oder eingeschränkt.
- 5. Weiters gilt auch als bestimmendes Kriterium, dass der Substanzgebrauch aufrecht erhalten wird, obwohl Wissen darüber besteht, dass ein beständiges oder wiederkehrendes körperliches oder psychologisches Problem besteht, von dem angenommen werden kann, dass der Substanzgebrauch es verursachte oder zumindest zum Ausbruch beitrug.

Das 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 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.

internationale Vereinbarungen

Das österreichische Suchtmittelgesetz ist daher ein *Kontrollgesetz*, das auch die Fragen der medizinischen Versorgung auf gesetzlichem 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 Gesundheit, Familie und Jugend hervor, das überwiegend mit der Vollziehung des Gesetzes betraut ist – allein oder in Zusammenarbeit mit anderen Ministerien. Nach dieser Positionierung ist „Vorbeugen 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/innen 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/innen anregt und individuelle Gebrauchsnormen im Sinne des Gesetzes ausrichtet. Jede Art von individuell entwickelten Gebrauchsnormen, die von der staatlich vorgegebenen Zielvorstellung abweicht, ist unter Strafanndrohung untersagt.

Suchtgifte } Als *Suchtgifte* definiert sind alle Zubereitungsformen der Hanfdrogen (Cannabis, Cannabisharz/Haschisch, Marihuana, Ganja etc.), Mohnstroh (z.B. Kapseln des Schlafmohns), Opium, Morphin 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 sogenannten 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.

psychotrope Stoffe } Als *psychotrope Stoffe* definiert sind jene Stoffe, die ohne Suchtgifte im Sinne der „Einzige 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 aufgrund dieser Wirkungen missbräuchlich verwendet werden. Die Substanzen, die dieser Definition entsprechend den Kontrollbestimmungen der „Psychotropen-Überein-

kunft“ 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 unerlaubten Herstellung und damit auch für das Inverkehrbringen von Suchtgiften oder psychotropen Stoffen haben. Als Beispiele können Essigsäureanhydrid für die Herstellung von Heroin aus Morphium, oder Ephedrin als Basisubstanz 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 laufend aktualisiert wird. Derzeit sind folgende Substanzen aufgeführt: Ephedrin, Ergometrin, Ergotamin, Lysergsäure, 1-phenyl-2-propanon, Pseudoephedrin, N-acetylanthranilsäure, 3,4-methylenedioxyphenylpropan-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.

↳ Vorläuferstoffe

Jede/r, der/die 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 verschiedenen 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 Strafandrohung 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/die Täter/in mehr als zwei Jahre älter ist als der/die 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/innen, die im illegalen Drogenhandel führende Funktion innehaben, müssen mit einem Freiheitsentzug von 10–20 Jahren rechnen. In §28 (SMG) wird der Begriff „große Menge“ als Unterscheidungskriterium zwischen Vergehen und Verbrechen eingeführt. Eine 1997 verabschiedete Verordnung sieht die Einführung einer sogenannten „Grenzmenge“ für jedes Suchtgift und jeden psychotropen Stoff bezogen auf die Reinsubstanz vor, z.B. 20 g THC, 5 g Heroin, 15 g Cocain.

Der Gebrauch (Konsum) der 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 in jeder noch so kleinen Dosierung. Nach der internationalen Regelung, die der „Einigen Suchtgiftkonvention“ folgt, und die auch für Österreich gilt, ist dementsprechend der Konsum einer Haschischzigarett 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, das 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 Schüler/inne/n der Verdacht besteht, dass Suchtgift gebraucht wird. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass von seiten der Schule keineswegs unter allen Umständen eine Anzeige erfolgen muss. Die Schulleitung muss zunächst eine schulärztliche Untersuchung veranlassen. Erforderlichenfalls ist auch der schulpsychologische 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/die Schüler/in oder sein/ihr Erziehungsberechtigter die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigern, muss die Schulleitung 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/die Angezeigte bloß eine geringe Menge zum eigenen Gebrauch erworben oder besessen hat und wenn weiters eine Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit im Sinne des §25 eingeholt wurde und von der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde, die feststellt, ob der/die Angezeigte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf. Diese Maßnahmen muss, wenn notwendig, sichergestellt sein und der/die Angezeigte muss sich mit der auferlegten Behandlung einverstanden erklären. Fallen in die Probezeit weitere Verstöße gegen das SGG oder entzieht sich der/die 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 Ober-

sten Gerichtshofes definiert. Wichtig ist, dass diese zulässige Menge auch vom Zustand des/der 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.

Eigenbedarf } 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.

Seit einer Novellierung des Suchtgiftgesetzes im Jahre 1985 besteht außerdem eine weitere Möglichkeit das Prinzip „Therapie statt Strafe“. 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 } 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 §§27–28 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.

2001 kam es zu einer Novellierung des SMG, die einige wesentliche Verschärfungen beinhaltet.

-- Es wurde gefordert, dass Täter/innen nach §§27 und 28 SMG möglichst frühzeitig auf Abhängigkeit untersucht werden müssen, um zu verhindern, dass sie sich selbst als suchtmittelabhängig definieren. Auch Täter/innen, welche der Beschaffungskriminalität verdächtig sind, sollten sich nicht auf eine Suchtmittelabhängigkeit berufen können, die ev. in Wahrheit nicht vorliegt.

-- Die Strafandrohung für das schwerste Verbrechen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG §28 Abs.5) wurde auf lebenslange Freiheitsstrafe ausgedehnt. Davon betroffen sind Drogenhändler, die in einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen zur Begehung des Drogenhandels mit einer großen Menge Suchgift führend tätig sind.

-- Weiters wurde eine differenziertere Handhabung der probeweisen Anzeigenrücklegung (§35 SMG) eröffnet, wenn der/die Täter/in innerhalb offener Probezeit erneut wegen Erwerbs oder Besitzes einer geringen Menge Suchtmittel zum eigenen Gebrauch angezeigt wird.

Weiters wurde auch die *Suchtgift-Grenzmengenverordnung* verändert. Diese Verordnung ist für die Gerichte wesentlich, da in den Strafbestimmungen des Suchtmittelgesetzes auf diese Grenzmengen verwiesen wird und sich daran insbesondere der Strafraum orientiert bzw. Anordnungen von „Therapie statt Strafe“. Die sogenannte „Grenzmenge“ ist die Untergrenze, ab der eine Suchtgiftmenge als „große Menge“ gilt und bildet die Trennmengenzwischen leichteren und schweren Suchtgiftdelikten. Es stellt darüber hinaus aber auch die quantifizierte Trennlinie für den gesamten gesundheitspolitischen Aktionsbereich dar, die das Suchtmittelgesetz unterhalb dieser Grenzmenge für Suchtmittelkonsument/inn/en aber auch für Suchtgiftkranke (besonders für junge Menschen) eröffnet.


Suchtgift-Grenzmengenverordnung

Entsprechend dem Regierungsvorhaben wurde die Grenzmenge für Heroin von bisher fünf Gramm auf drei Gramm abgesenkt. Diese neue Regelung trat am 1. Juni 2001 in Kraft. Daraus ergab sich, dass ab 1. Juni 2001



Personen nach §28 SMG angezeigt werden konnten, deren Strafbestand bis dahin unter §27 SMG geregelt war. Das was früher ein „Vergehen“ war, wurde damit zu einem „Verbrechen“, von einem Strafverfahren konnte nicht mehr abgesehen werden. Mit der vorgenommenen Senkung der Grenzmenge auf drei Gramm wurde der Personenkreis, der „Therapie statt Strafe“ erhalten kann, massiv eingeschränkt. Dies führte zu einer nachgewiesenen verstärkten Kriminalisierung von suchtgiftkranken Personen. Die Verschärfung des Suchtmittelrechts führte zu mehr Anzeigen, U-Haftverhängungen und Verurteilungen mit Haft. Da in der allgemeinen Novellierung des Strafrechts auch das Alter für Strafmündigkeit abgesenkt wurde, waren insbesondere „junge Erwachsene“ betroffen. Die Verhaftungen wegen Drogenkonsums stiegen von 2000 bis September 2002 um 60% an, wobei die Zunahme in erster Linie Jugendliche (plus 60%) und junge Erwachsene zwischen 18 und 21 Jahren (plus 35%) betraf.

Legalize it? 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 Suchtgiftgesetz 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 weitgehende 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 Drogenkonsument/inn/en durch Maßnahmen der Strafverfolgung nicht sinnvoll kontrolliert werden können. Die Nachfrageseite der Drogenproble-



matik 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 gestattet 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 hierzulande. In den letzten Jahren entstanden einerseits Initiativen, die Zahl der Coffee-Shops zu reduzieren und die Abgabe der Droge auf Niederländische Staatsbürger/innen zu begrenzen, andererseits aber auch Anträge auf die Legalisierung des Anbaus, um die Aktivität der Coffee-Shops aus der Grauzone zu holen.

Harte und weiche Drogen

Gerade in den Diskussionen um die Kontrolle der Suchtgifte wird immer 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, 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 wohltuend empfundener Entspannungszustand ein. Der Zustand entspricht einer Kurznarkose.

Toleranz und Abhängigkeit Toleranz wird beobachtet. Geübte Schnüffler/innen 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 chronischen Gebrauches

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 zustande kommt, dass ein Plastiksack über den Kopf und das Gesicht gezogen wird, um die Wirkung der inhalierten Dämpfe zu verstärken.

Schlafmittel (Hypnotika)-abhängigkeit Bis vor nicht allzu langer Zeit verstand man unter diesem Begriff 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 (Tranquilizer) Arzneimittel 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 schlafanstoßenden und krampfhemmenden 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 ei-



ner Entwöhnung ist eventuell die Empfindlichkeit für die Substanz gesteigert, da die früher aufgebaute Toleranz rasch schwindet. Ein weiteres Merkmal der Gewöhnung an diese Substanzen ist der Umstand, dass die Toleranz nicht in gleichem Ausmaß gegenüber alle 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. Am Auftreten von Entzugserscheinungen erkennt man, dass körperliche Abhängigkeit vorliegt.

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* der Alkoholiker verlaufen. Die Barbiturat-Entzüge sind lebensbedrohende Zustände, die ärztlicher Behandlung bedürfen.

Andere Auswirkungen des chronischen Gebrauches 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 führt.

Benzodiazepine und Tranquilizerabhängigkeit

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, regelmäßig aber bei längerfristigem Gebrauch kommt es zur Toleranzentwicklung und zur psychischen und physischen Abhängigkeit.

Entzugerscheinungen 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 Entzugerscheinungen beobachtet.

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

Benzodiazepingebrauch eine Wesensänderung wahrnehmen zu können, die als eine Art *amotivationales Syndrom* (siehe S. 98 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 ausführlicher 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:

-- 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.

-- Bei einem *Blutspiegel von 1,3 bis 3 Promille Alkohol* wird die Berausung auch äußerlich deutlich sichtbar. Sedierung tritt ein, 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, die Sprache wird lallend, 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.

Akute Vergiftung Die akute Alkoholvergiftung führt zu tiefer Bewusstlosigkeit. Der/die Vergiftete ist weder ansprechbar noch erweckbar. Die 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 zutage treten, wenn der/die 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 vorhin beschriebenen Sinn vorliegt. Diese Menge Alkohol ist in etwa drei Flaschen Bier, drei Viertel Wein oder drei 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:


- den/die *Spiegeltrinker/in*, der/die sich des Alkoholkonsums nicht enthalten kann, da er sonst unter Entzugerscheinungen zu leiden hätte. Die Vertreter/innen dieses Typus müssen täglich und regelmäßig trinken. Sie zeigen keine Rauschsymptome.
- den/die *Rauschtrinker/in*, der/die im Verlauf eines Trinkaktes nicht mehr aufhören kann zu trinken, obwohl er/sie 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.
- den/die *Quartaltrinker/in*, der/die in unregelmäßigen Abständen durchbruchsartig kurze Phasen exzessiven Alkoholkonsums erlebt.

Begleit- und Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus

Psychiatrische Folgeerkrankungen

Alkoholdelir }
Delirium Tremens

-- *Alkoholdelir, Delirium tremens*: Dieses Zustandsbild kann bei langdauerndem chronischem Alkoholismus reaktiv bei jeder Veränderung des Trinkstils eintreten. Allerdings werden nur etwa 15% der Alkoholiker/innen 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 4–10 Tage. Das Zustandsbild ist schwer. Unbehandelte Delirien können in 15–30% 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 Fluchtten- denzen 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/innen reagieren häufig mit mas- siver Eifersucht, die sich bis zur wahnhaften Ausprägung steigern kann. Ei- fersuchtsideen können auch innerhalb eines Delirium Tremens auftreten. Oft bestehen jedoch der Eifersuchtswahn unabhängig von einer Grundpsy- chose und bleibt auch in abstinenter Phasen erhalten.

-- *Alkoholische Wesensänderung, psychoorganisches Syndrom*: An Wesens- und Leistungsveränderungen bei chronischen Alkoholiker/innen werden



beschrieben: Störungen des Altgedächtnisses und der Merkfähigkeit, Herabsetzung 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.

Alkoholische Demenz } Andererseits entstehen diese Defizite oftmals auf der Grundlage einer zunehmende alkoholbedingte organische Schädigung des Gehirns. In diesen Fällen zeigt die Wesens- und Leistungsänderung einen progredienten Verlauf und endet in einer *alkoholischen Demenz*, die dann auch unter Abstinenzbedingungen nur mehr bedingt rückbildungsfähig ist.

Neurologische Folgeerkrankungen

- Hirnatrophie } -- *Hirnatrophie* (Erweiterung der Hirnräume, 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 Spontaneität 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/innen 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 Erscheinung treten, die vorher keine Anfallsbereitschaft zeigten und bei de-

nen auch keine anderen Hirnschädigungen bestehen. Diese Gruppe macht ungefähr ein Viertel all jener Alkoholiker/innen 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 der Alkoholiker/innen ist um durchschnittlich 10–15 Jahre verkürzt, die Neigung zum Selbstmord ist 12mal so hoch wie die der Normalbevölkerung.

-- *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 Alkoholiker/innen auch recht häufig. 10–20% aller Alkoholkranken sind von ihr betroffen. 30–50% 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.

Globale Krankheitsbelastung Laut der Global Burden of Disease Studie 2000 (Ezzati et al, 2002) können 4% der globalen Krankheitsbelastung und vorzeitigen Sterblichkeit als alkoholbezogen angesehen werden. Alkohol stellt damit innerhalb von 26 Faktoren, die Krankheitsbelastung repräsentierenden den fünftgrößten dar und liegt auf etwa dem gleichen Niveau wie Tabak. In etablierten Marktwirtschaften war Alkohol



hinter Tabakgebrauch und Hochdruck der drittgrößte Risikofaktor (verantwortlich für 9,2% der gesamten Krankheitsbelastung dieser Länder). Erfasst man die Krankheitsbelastung über behinderungsadjustierte Lebensjahre (DALYs) ergibt sich, dass sich die Hauptbelastung mit ca. 40% aus Unfällen und nicht intendierten Verletzungen ergibt, gefolgt von psychischen Krankheiten und Krankheiten des Nervensystems (38%) und anderen chronischen (somatischen) Krankheiten, wie Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen, Leberzirrhose und bösartigen Tumoren. Diese Kategorien umfassen jeweils 6–8% der globalen alkoholbezogenen Krankheitsbelastung. Männer weisen eine deutlich höhere alkoholbezogene Krankheitsbelastung auf als Frauen, wobei in dieser Ratio jedoch hohe kulturbedingte Schwankungen vorliegen. Konsummenge und Trinkmuster haben einen direkten Zusammenhang mit dem Auftreten alkoholbezogener Krankheiten. Erschwert wird die Festschreibung der ursächlichen Bedeutung des Alkoholkonsums für bestimmte Krankheitsbilder dadurch, dass viele Krankheiten auch durch andere Faktoren mitbedingt werden.

Alkohol und Sexualität Obwohl die Meinung verbreitet ist, dass Alkohol eine Droge ist, die „aphrodisisch“ 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 Konsument/inn/en 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.

Alkoholische Embryopathie Alkohol in der Schwangerschaft und Auswirkungen auf den Foetus: Früher glaubte man, dass alko-

holkranken Väter einen kranken Nachwuchs produzieren. Allerdings konnte man lange Zeit in vielen Untersuchungen keinen *teratogenen* (Missbildungen bewirkend) oder *mutagenen Einfluss* des Alkohols (Schädigung der Nachfolgeneration) feststellen.

Es wurde aber in vielen Untersuchungen festgestellt, dass Alkohol die Plazentaschranke 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 *Alkoholem-*

Alkoholembyopathie

bryopathie 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 *Alkoholembyopathie* gilt als die dritthäufigste angeborene Entwicklungsstörung. Über 40% der alkoholabhängigen Frauen sollen 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/in 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. Oftmals entwickeln sich diese Strategien prozesshaft.

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 Rauchen gegenüber einige aber nicht gegen alle Effekte des Nikotin. Die vorliegenden Beobachtungen hinsichtlich der körperlichen Abhängigkeit und damit verbundener Entzugserscheinungen sind kontroversiell. Einerseits geben starke und chronische Raucher/innen 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.

Kriterien der Tabakabhängigkeit

Tabakabhängigkeit Aufgrund 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 / der Raucherin 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.

Diagnostisches Klassifikationsschema Im *diagnostischen Klassifikationsschema DSM-III* wurden schon in den 80er Jahren folgende Kriterien für Tabakabhängigkeit und Tabakentzug festgeschrieben:

Tabakabhängigkeit

- Der anhaltende Gebrauch von Tabak über mindestens einen Monat.

-- Mindestens eines der folgenden Kriterien wird erfüllt:

- Ernsthafte Versuche, das Tabakrauchen signifikant einzuschränken oder zu beenden waren erfolglos
- Der Versuch mit dem Rauchen aufzuhören, führte zu Entzugserscheinungen
- Das Individuum raucht weiter obwohl sich bereits schwere körperliche Schäden eingestellt haben, von denen er/sie weiß, dass sie durch das Rauchen ausgelöst wurden.

Tabakentzug

- Der Tabakgebrauch hält mindestens einige Wochen lang an und das Individuum gebraucht mehr als 10 Zigaretten pro Tag, wobei jede Zigarette mindesten 0,6 mg Nikotin enthält.
- Der abrupte Stop oder eine deutliche Reduktion des Tabakgebrauches führen innerhalb 24 Stunden zu wenigstens 4 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/innen 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 Nikotins als Motiv für ihr Rauchverhalten an. Tatsächlich hemmt Nikotin das Verlangen nach Süßigkeiten und erhöht den Sättigungswert der Nahrung, indem es die Magen-



entleerung 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 heiß behandelt wird und der Rauch sauer ist und daher das in ihm enthaltene Nikotin nicht bereits zum Teil in der Mundhöhle resorbiert wird. Dadurch wird das Inhalieren des Tabakrauches notwendig und es führt bei jedem Zug zu raschem hohen Anfluten des Nikotins im Gehirn.

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 40–60 mg. Diese Menge kann bereits in zwei Gramm Tabak – dementsprechend in etwa 2 Zigaretten – enthalten sein. Aufgrund 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 aufgrund 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-Darmtraktes. 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. { übermäßiger Konsum

Werden hohe Dosen Nikotin eingenommen – meist als Folge der irrtümlichen oder 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 einem Zeitraum von 5 Minuten bis zu 4 Stunden eintreten. Die Todesursache ist dann Atmungsversagen aufgrund einer Lähmung der Atemmuskulatur. { Einnahme von Insektiziden

Chronische Toxizität Die *chronische Toxizität* des Tabakkonsums ergibt sich nicht ausschließlich aus der *chronischen Toxizität* des Nikotins selbst, sondern auch aus der Sitte die Tabakprodukte zu rauchen. Chronisches Tabakrauchen führt zu Schädigungen an verschiedenen Organsystemen und erhöht das Risiko an bestimmten Krankheiten zu erkranken. Krankheiten, die bei Raucher/inne/n wesentlich häufiger auftreten als bei Nichtraucher/inne/n nennt man *Tabak-assoziierte Krankheiten*.

Tabak-assoziierte Krankheiten

Tabakrauchen und das Atmungssystem Bei chronischen Raucher/inne/n 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. { Atmungssyndrom



Des Weiteren kann Rauchen zu einer *chronischen Bronchitis*, zum *Lungenemphysem* und zu *chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen* führen. Diese treten bei Raucher/inne/n häufiger auf als bei Nichtraucher/inne/n. Sowohl subjektive wie auch objektive Anzeichen einer Beeinträchtigung der Lungenfunktion können schon nach 1–5 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 für jede/n Nichtraucher/in, der/die diesem Leiden zum Opfer fällt, etwa 11 Raucher/innen sterben.

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 Harnblase, 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/innen sterben häufiger als Nichtraucher/innen 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 Raucher/inne/n die Prävalenz von thrombotischen Erscheinungen erhöht ist. Ein 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 wesentlich unklar.

Tabak-bezogene Krankheiten des weiblichen Geschlechts 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.

Das Problem des Passivrauchens Unter Passivrauchen versteht man die Belastung, der selbst nicht rauchende Personen dadurch ausgesetzt sind, dass sie sich in Räumen aufhalten, in denen geraucht wird. Es wurden zahlreiche toxikologische und epidemiologische Studien durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen Passivrauchen und verschiedenen Erkrankungen zu verdeutlichen. Diese Arbeiten belegen, dass Personen, die Tabakrauch ausgesetzt sind, die gleichen akuten und chronischen Erkrankungen wie Raucher/innen erleiden können – wenn auch in geringerem Ausmaß und mit geringerer Häufigkeit. Dazu gehören Augenbrennen mit Tränenentwicklung, Schwellungen und Rötungen der Schleimhäute, Reizungen des Atemtraktes und akute Atemwegssymptome wie Auswurf, Husten, Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit bei kör-



perliche Belastung, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Müdigkeit und Schlafstörungen.

Neben diesen akut auftretenden Beschwerden soll Passivrauchen auch das Risiko für chronische Krankheiten mit Todesfolgen erhöhen. Hierzu gehören in erster Linie Lungenkrebs, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen sowie der plötzliche Tod bei Säuglingen.

In nationalen und internationalen Forschungszentren besteht der wissenschaftliche Konsens, dass Passivrauchen erwiesenermaßen krebserzeugend für den Menschen ist. Die Senatskommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe stuft bereits 1998 das Passivrauchen am Arbeitsplatz in die höchste Gefahrenklasse aller Schadstoffe ein und sah ausdrücklich und dezidiert von der Festlegung unterer Grenzwerte für eine Konzentration von Tabakrauch ab, die noch als tolerabel angesehen werden könnte. Der Ausschuss für Gefahrstoffe der deutschen Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin nahm das Passivrauchen in das von ihm aufgestellte „Verzeichnis krebserzeugender, erbgutverändernder oder fortpflanzungsgefährdender Stoffe“ auf und ordnete es ebenfalls der höchsten Gefahrenstufe zu. In diese Kategorie sind prinzipiell Stoffe einzustufen, „die auf den Menschen bekanntermaßen krebserzeugend wirken“, wobei der Kausalzusammenhang zwischen der Exposition eines Menschen gegenüber dem Stoff und der Entstehung von Krebs ausreichend nachgewiesen sein muss.

Die „International Agency for Research on Cancer“ der Weltgesundheitsorganisation kam in einem umfassenden Bericht über die krebserzeugenden Risiken des Rauchens und des Passivrauchens zu dem Schluss, dass ausreichende Belege für den kausalen Zusammenhang zwischen Passivrauchen und Lungenkrebs vorliegen und stuft gleichfalls Passivrauchen als humanes Kanzerogen der Gruppe 1 (d.h. Stoff oder Stoffgemisch ist krebserregend beim Menschen) ein.

Auf der Grundlage dieses wissenschaftlichen Konsenses und unter Beachtung des höchsten wissenschaftlichen Standards veröffentlichte das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg in Zusammenarbeit mit dem Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster und dem Hygiene-Institut des Universitätsklinikums Heidelberg Ende 2005 erstmals Zahlen für die durch Passivrauchen erhöhte Sterblichkeit für Lun-

genkrebs, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen und den plötzlichen Kindstod für die nichtrauchende deutsche Bevölkerung. Nach dieser konservativ gehaltenen Berechnung sterben in Deutschland jedes Jahr über 3 300 Nichtraucher an den Folgen des Passivrauchens. Vergleichbare Abschätzungen aus anderen Ländern liegen vor und bestätigen, dass eine beträchtliche Anzahl von Todesfällen auf Passivrauchen zurückzuführen ist.

Cannabis (Haschisch, Marihuana) Die Cannabis-Alkaloide sind in allen Bestandteilen verschiedener Sorten der 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 Bezeichnung für Zubereitungen aus den getrockneten Blättern und Blütenständen, ev. unter Einschluss der Samen), 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 / der Konsumentin und von Umwelteinflüssen. Aus diesem Grund ist die Qualität der Wirkung nur schwer vorhersehbar. In bestimmten Fällen treten *averse Reaktionen*, sogenannte „Horror-Trips“ 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/innen 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 Zustandbild, das cha-



rakterisiert ist durch allgemeine *Apathie*, einen Verlust des Antriebs sich in der Arbeitswelt ein- und durchzusetzen, Verlust des sexuellen Interesses und durch sozialem 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 ausgeklint werden können. Des Weiteren kann es in zeitlicher Distanz zum akuten Cannabisgebrauch zu *Nachhall-* oder *Echo-Phänomenen (Flash-Back-Erfahrungen)* kommen. { Flash-Back-Erfahrungen

Es handelt sich dabei um die subjektive Empfindung unter Substanzeinfluss zu stehen und die Effekte der Droge zu erleben, ohne dass aktueller Konsum besteht. Die Ursache dieses Phänomens ist noch nicht geklärt.

Körperlich Körperliche 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 Cannabisraucher/inne/n. Diese Schädigung ist vergleichbar jener, die auch bei Tabakraucher/inne/n auftritt. Es ist jedoch zu bedenken, dass rauchbare Cannabiszubereitungen bis zu 10x mehr Teerstoffe enthalten können als der Rauchtabak. Chronisch und hochdosiert rauchende Cannabiskonsumenten leiden außerdem oftmals unter Reizungen und Entzündungen der *oberen Luftwege* (Rachen-, Luftröhrenkatharrh).



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 infrage zu kommen. Der chronische Gebrauch der Droge kann jedoch bereits bestehende Erkrankungen dieses Systems akzentuieren und auch die Bereitschaft zu Herzrhythmusstörungen fördern.

Die gesundheitliche Risiken frühen Cannabisgebrauchs

Von bestimmten Autoren wird derzeit in der Fachliteratur der Standpunkt vertreten, dass im Jugendalter eine besonderer Vulnerabilität bezüglich gesundheitsschädlicher Effekte des Cannabiskonsums besteht. Der Erstkonsum vor dem 15. Lebensjahr soll viele spätere Gesundheitsrisiken in sich bergen. Im Falle regelmäßigen Konsums werden bei den jungen Klientinnen und Klienten folgende Komplikationen genannt:

- die Ausbildung der späteren Abhängigkeit

- 
- die Entwicklung kognitiver Defizite
 - soziale Folgeschäden
 - die Entwicklung einer später behandlungsrelevanten psychiatrischen Komorbidität.

Allerdings muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass die Behauptung, dass das Kindes- und Jugendalter von den Auswirkungen jeglichen Substanzgebrauchs stärker betroffen ist, keineswegs nur für Hanfdrogen gilt und zum traditionellen Repertoire psychopathologischer Darstellungen gehört, die nicht auf ausreichender Evidenz basieren.

Cannabisabhängigkeit Nachdem epidemiologische Studien regelmäßig aufzeigen, dass der Konsum von Cannabis weiter steigt und auch immer mehr Literatur über psychosoziale und gesundheitliche Folgeschäden veröffentlicht wurde, widmen sich sowohl Suchtforscher/innen wie auch Politiker/innen immer stärker der Frage der Cannabisabhängigkeit. Die meisten der entsprechenden Forschungsprojekte wurden in den USA und in Australien betrieben, wo diese Forschung auch bereits über eine langjährige Tradition verfügt. Das Forschungsinteresse griff jedoch in verstärktem Mass auch auf Europa über. Heute geht man davon aus, dass von der Vielzahl der Cannabiskonsument/inn/en ca. 5–8% eine Cannabisabhängigkeit entwickeln. In Deutschland zum Beispiel wird angenommen, dass vier bis sieben Prozent aller Cannabiskonsument/inn/en abhängigen Gebrauch aufweisen und dass in der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen etwa 5 Prozent einen Cannabismissbrauch betreiben und bereits 2 Prozent nach DSM-IV-Kriterien Symptome der Abhängigkeit von Cannabis aufweisen. Als Prädiktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeit gelten u.a.: männliches Geschlecht, früher und hochfrequenter Konsum, „broken home“ (hochgradig gestörte Familienverhältnisse), Vorliegen einer komorbiden Störung.

Ein Krankheitsgeschehen „Cannabisabhängigkeit“ ist in den internationalen Klassifikationsschemata enthalten und wird anhand der gleichen Kriterien diagnostiziert, die auch für andere Suchtkrankheiten gelten. Demnach spricht man von Cannabisabhängigkeit (ICD-10: F12.25; DSM-IV: 304.30) wenn innerhalb eines Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig erfüllt sind:

- Craving – starkes dranghaftes Verlangen nach Cannabis




- Kontrollverlust
- Entzugssymptome
- Toleranzerscheinungen
- Soziale und berufliche Schwierigkeiten aufgrund des Cannabiskonsums
- Konsum trotz bekannter cannabisbedingter körperlicher oder psychischer Schädigung.

Wenn nur das letzte Kriterium erfüllt ist, wird ein „schädlicher Gebrauch“ angenommen. Genauso wie bei anderen substanzspezifischen Abhängigkeiten existieren keine Laborparameter, die einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit beweisen würden. Im DSM-IV ist die Cannabisabhängigkeit der vorhin dargestellten „nicht-physiologische Substanzabhängigkeit“ zugeordnet.

In der Entwicklung, die im UK ablief, ist eine interessante Dialektik zu finden. Einerseits wurde im Jänner 2004 Cannabis innerhalb der kontrollierten Substanzen von Klasse B zu Klasse C umklassifiziert. Diese Umstellung bedeutet, dass der Substanz ein geringeres Risikopotential zuerkannt wird und sie geringer einschränkenden Kontrollmassnahmen unterliegt. In der politischen Argumentation wurde behauptet, dass dadurch die Polizei mehr Freiraum für den Kampf gegen Heroin und Kokain gewinnen sollte. Andererseits äußerten Vertreter der Suchttherapie und Bürger/innen Besorgnis darüber, dass dieser Schritt Jugendliche dazu verleiten könnte, die Risiken von Cannabis zu unterschätzen. Im gleichen Zeitraum erschienen immer mehr Artikel über Cannabisabhängigkeit und die psychisch disruptiven Effekte der Substanz. So wurde etwa erstmals ein Zusammenhang zwischen Cannabisgebrauch und Depression in der Adoleszenz behauptet.

Phänomenologie und Wirkmechanismen der Cannabisabhängigkeit

Psychische Abhängigkeit von Cannabis Als Zeichen einer psychischen Abhängigkeit gelten: Unruhe, Nervosität und gesteigerte, der Beschaffung dienende Aktivität. Als diagnostische Indikatoren gelten weiter die angenommene Unfähigkeit, sich ohne Cannabis nicht entspannen zu können und die Tatsache, dass wichtige Termine zugunsten der Drogeneinnahme verpasst werden. Je stärker ein Lebensentwurf auf die Droge ausgerichtet scheint, desto näher liegt die Diagnose einer Cannabisabhängigkeit.



Auch zwanghaft erscheinendes Verlangen, Cannabis zu konsumieren und anhaltender Konsum trotz Folgeschäden (z.B. Leberschäden oder Angstzuständen) werden als Indikator für das Vorliegen einer Abhängigkeit angesehen.

Physische Abhängigkeit von Cannabis Überlegungen auf welche Weise man sich eine physische Abhängigkeit von Cannabisprodukten vorstellen kann, werden bereits seit Jahrzehnten angestellt (Hollister, 1986). Die Entdeckung der körpereigenen Cannabinoide hat die Auseinandersetzung um diesen Inhalt beendet. Die physische Abhängigkeit von Cannabis gilt seither als wissenschaftlich erwiesenes Faktum. Für die pathophysiologischen Hintergründe dieser Abhängigkeit bestehen jedoch verschiedene Interpretationen.

Die Ergebnisse der Forschung in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts sprechen dafür, dass die Abhängigkeit selbst nicht so sehr auf den positiv verstärkenden Effekten des zeitweiligen Freizeitgebrauchs aufbaut, als auf den Sekundäreffekten eventuellen Langzeitgebrauchs. Offenkundig sind auch Faktoren des „set und setting“, die zur Sensitivierung beitragen, entscheidend für das Abhängigkeitspotential der Substanz. Die Abhängigkeit, die chronischer Gebrauch von Hanfdrögen bewirkt, wird als graduell leicht und in keiner Weise mit der Opiatabhängigkeit vergleichbar beschrieben. Aufgrund der klinischen Beobachtung über ein leichtes Entzugssyndrom nach dem Absetzen von Cannabis (Hollister, 1986; Abood and Martin, 1992), wurde einst die Schlussfolgerung gezogen, dass das Abhängigkeitspotential des Cannabis mit dem von Alkohol und Tabak vergleichbar sei, nicht aber mit dem der Opiode.

Die Ergebnisse von Tierexperimenten sprechen dafür, dass die Cannabisabhängigkeit relativ milde verläuft. Im Tierexperiment gilt zwanghafte Selbstzufuhr einer Substanz, an die das Tier unter experimentellen Bedingungen gewöhnt wurde, als Indikator für ein hohes Abhängigkeitspotential (Cicero, 1992). Experimente mit Cannabis erbrachten, dass Tiere, denen experimentell Cannabinoide zugeführt werden, kein selbstzuführendes Verhalten entwickeln (Abood and Martin, 1992; Herkenham, 1992; Mansbach, 1994). Daraus ist eben abzuleiten, dass zumindest im Tiermodell dem Cannabis kein ausgeprägtes Abhängigkeitspotential zukommt.



Die Schlüsse, die aus der klinischen Beobachtung und der tierexperimentellen Forschung hinsichtlich des Schweregrades der Abhängigkeit abgeleitet werden, dienen im aktuellen Cannabis-Diskurs als Argumentationshilfe für Bestrebungen, die Zuordnung der Hanfdrogen zu den stärksten kontrollierten Substanzen in den internationalen Klassifikationen und Übereinkommen und die damit verbundenen Kontrollmassnahmen in Frage zu stellen. Entzugserscheinungen:

In der aktuellen Beschreibung besteht das typische Cannabisentzugssyndrom aus:

- Craving,
- Appetitminderung,
- Schlafstörungen,
- Affektlabilität,
- Angst,
- Hyperalgesie,
- Schwitzen (vor allem nachts),
- allgemeiner Irritabilität und Reizbarkeit, bisweilen Aggressivität,
- innerer Unruhe und merkwürdigen Träumen.

Es wird beschrieben, dass es nach anhaltend regelmäßigem Konsum von Cannabis etwa 10 Stunden nach dem Konsumende auftritt und etwa 7 bis 21 Tage anhält.

Empirisch überprüfte Konzepte zur psychotherapeutischen Behandlung Cannabisabhängiger wurden in Australien und den USA veröffentlicht. Besonders psychosoziale Folgeschäden haben dazu geführt, dass dort in den letzten Jahren acht kontrollierte psychotherapeutische Behandlungsstudien durchgeführt wurden.

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*.
 - *Psilocybin*, enthalten in bestimmten Varietäten des Psilocybe-Pilzes.
 - *Muscimol*, enthalten im Fliegenpilz.
 - Außerdem sind jedoch halluzinogen wirksame Stoffe in unzähligen weiteren Blüten, Wurzeln, Samen und anderen Pflanzenbestandteilen enthalten: in der *Muskatnuss* (wirksame Substanz *Myristizin*), bestimmten *Windensarten* (*Ololiuqui*), einer *Salbei-Art*, schließlich auch in den Nachtschattengewächsen *Tollkirsche*, *Bilsenkraut*, *Stechapfel*, *Alraun*, *Nachtschatten*. Die wichtigen Alkaloide, die in den Nachtschattengewächsen enthalten sind, sind das *Atropin* und das *Scopolamin*. Selbstverständlich muss man auch die vorhin beschriebenen *Hanfdrogen* zu den Halluzinogenen zählen.
 - 1943 wurde das wichtigste synthetische Halluzinogen, das *Lysergsäure-Diäthyl-Amid (LSD-25)* von dem Schweizer Pharmakologen Albert Hofmann { LSD im Rahmen von Experimenten mit Mutterkorn-Alkaloiden, entdeckt. Diese Substanz fand innerhalb der Medizin in den späten 1950er Jahren zu Forschungszwecken und als psychotherapeutische Droge recht weite Anwendung. In den 1960er Jahren wurde ihr Gebrauch popularisiert, LSD wurde zur Droge des politischen und künstlerischen Untergrunds. Diese Entwicklung und die Beobachtung psychosozialer Probleme, die sich aus dem weitverbreiteten Gebrauch der Droge unter jungen Menschen ergaben, führte schließlich dazu, dass das LSD und mit ihm auch die meisten anderen Halluzinogene auf die Suchtgiftliste aufgenommen wurden. Pharmakologisch weisen sie mit den echten Suchtgiften keine Verwandtschaft auf.
- Seit den späten 80er Jahren ist in bestimmten sub-/jugendkulturellen Lagen wieder eine erhöhte Tendenz zum Halluzinogen-Gebrauch zu beobachten. Man spricht in diesem Kontext vom „Neo-Psychedelismus der 1980er und 1990er Jahre“.

Akute Wirkung LSD, Mescaline, Psilocybin: Rausch-Dämmerzustand. In besonderer Weise ist die Wahrnehmungssphäre betroffen. Es kommt zu halluzinatorischen Erscheinungen (Trugwahrnehmungen) auf allen sinnlichen Erfahrungsebenen. Neben optischen, akustischen und taktilen (Tastsinn) Halluzinationen treten auch Veränderungen in der Wahrnehmung und dem Empfinden von Raum und Zeit auf. Zu den interessantesten Wirkun-



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 weitgehenden Einschränkung des Bewusstseins.

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

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 die Gebraucher/innen der Droge entgegenbringt, die Stimmung, die die Drogeneinnahme begleitete und der psychische Erfahrungshintergrund und das psychische Reaktionsmuster der Konsument/inn/en. 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 4–6 Stunden.

Dosierung LSD ist äußerst stark wirksam. Die durchschnittliche Wirkungs-dosis beträgt 25 bis 100 Mikrogramm. Für einen Mescaline-Rausch werden hingegen Grammdosen benötigt.

Akute Wirkung der Nachtschattendrogen Sie verläuft als Atropinvergiftung. Dabei liegt ein delirantes Zustandsbild, hohes 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.

Psychiatrische Komplikationen des akuten Gebrauchs Aufgrund 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. { Horror-Trip

Längerdauernde *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 Aufgrund der sehr eingreifend erlebten Wirkungen der Halluzinogene kommt regelmäßiger Gebrauch dieser Stoffe, der längere Zeit hindurch betrieben würde, nur sehr selten vor. Daher ist auch nichts über bleibende Schäden, die intensiverer Gebrauch hinterlässt, bekannt. In den 1970er Jahren wurde verbreitet, dass LSD genetische Schäden bewirken könne. Diese Behauptungen konnten aber nicht bestätigt werden.

Flash-Backs } Als überdauernde Auswirkung von Halluzinogenerfahrungen können jedoch die *Flash-Backs* 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 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. Z.B.:


- 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* oder Depression, ev. auch einer aggressiv-gereizten Verstimmung.

Auswirkungen des chronischen 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 wider, 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 werden. Andere Beeinträchtigungen des körperlichen Zustands sind *indirekte* Folgen des pharmakologischen



Wirkungsspektrums der Opiate. So führt z.B. die analgetische 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 Gewebezzerstörungen zu Tage als auch an den inneren Organsystemen. Besonders häufig werden injizierende Drogengebraucher/innen 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.

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 30–40% dieser Gruppe HIV-positiv, wobei Männer und Frauen betroffen sind. Als Infektionswege kommen sowohl die gemeinsame Verwendung unsterilen Injektionsbestecks wie auch ungeschützter Geschlechtsverkehr vor allem im Kontext von *Beschaffungsprostitution* infrage.

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 zutage 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 *Plazentaschranke* passieren. Dementsprechend entwickelt der Foetus eine körperliche Abhängigkeit, von der 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 Entzugserscheinungen 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 1980er und frühen 1990er Jahre unseres Jahrhunderts. Kokain kommt in verschiedenen Reinheitsgraden und Zubereitungsformen auf den illegalen Drogenmarkt. Eine Form, die seit den 1980er Jahren in den USA viel gebraucht wird und zu schwerwiegenden 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 Depression eintritt, die subjektiv spürbar wird und das Verlangen nach einer weiteren Einnahme 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* (Schutzlosigkeit) auf den ersten Konsum, die völlig dosisunabhängig Todesfolge haben kann. Im Falle einer *Überdosierung* tritt der Tod durch *Atemlähmung* ein.

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. Aufgrund 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 aufgrund des appetitreduzierenden Effekts der Droge.



Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen Da Kokain häufig geschnupft wird, wird der *Nasentrukt* 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 foetalen Kreislauf übertreten. Als Auswirkung davon wurden sowohl eine höhere Rate von *Spontanabortus* und von vorzeitiger Ablösung der Plazenta, wie auch auf seiten der Neugeborenen eine höhere Rate von *Missbildungen* und von *Sterblichkeit* zur Zeit des Geburtstermins beschrieben.

Weckmittel und Appetitzügler (Amphetamine)

Aufgrund 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 Kokains kam es auch bei diesen an- und erregenden Substanzen zu epidemieartig auftretenden Missbrauchswellen. Besonders betroffen von massiven und weiten Bevölkerungskreise erfassendem Amphetaminmissbrauch waren Japan in den späten 1940er und frühen 1950er Jahren und Schweden in den 50er Jahren. Die Amphetamine spielten aber auch in der Jugend- und Pop-Kultur der 1960er 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). Dies ist einerseits eine Folge davon, dass auf dem Schwarzmarkt traditionelle ausschließlich stimulierende Amphetaminderivate fälschlich als Substanzen vom *Ecstasy-Typ* (siehe unten) angeboten

speed kills



werden, andererseits hat sich aber auch eine neue Konsument/inn/engruppe etabliert, die bewusst Amphetamingebrauch betreibt.

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 krankhafte 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 Weckamin-Abhängigkeit zur Entwicklung eines *up and down cycle* **up and down cycle**. Die Gebraucher/innen 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.


Designer-Drogen

Der Begriff „Designer-Jeans“ leitet sich davon ab, dass bestimmte Mode-



schöpfer/innen 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/innen 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, bisweilen aber auch intensivierter oder qualitativ veränderter Wirkung wie die Ausgangssubstanz. Es ist 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/innen. Für die „Designer/innen“ dieser 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, mit verschiedenen Logos und in vielen unüblichen Gestalten angeboten werden. Die Bestrebungen, diese Entwicklung auf internationalem Niveau unter Kontrolle zu bringen, haben zur Etablierung eines „Frühwarnsystems“ geführt. Dieses 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.

Ecstasy oder XTC (MDMA) Die Substanz leitet sich vom Metamphetamin ab. Aufgrund 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 Jugendlicher und junger Erwachsener gebunden, dem seither als *Rave- oder Dance-Kultur* bereits eine gewisse Tradition zukommt.

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

Die erwünschte Wirkung besteht darin, dass der Konsument / die Konsumentin eine vollständige Entspannung und Ruhe empfindet. Weiters entwickelt er/sie das Gefühl, sich selbst und seine Umwelt intensiver wahrzunehmen, seine/ihre 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 Komplikationen

-- 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 exogenreaktive psychotische Zustandsbilder beschrieben. Als kurzfristige Nachfolge des Ecstasygebrauches werden Schlafstörungen, Angstzustände, Appetitlosigkeit, Antriebsarmut und Kreislaufstörungen beschrieben.



Chronische Folgeerscheinungen: Es wird erwogen und von einzelnen Autor/inn/en als gesichert angesehen (z.B. von Thomasius, 1999), dass der Gebrauch von Ecstasy zu überdauernden Schäden im Zentralnervensystem (genauer im limbischen System) führen kann, die sich als Spätfolge im Sinne schwer beeinflussbarer Depressionen und Gedächtnisstörungen äussern können. Diese Annahme steht im Gegensatz dazu, dass von der pharmakologischen und neurophysiologischen Forschung behauptet wird, dass die Toxizität, die Ecstasy innerhalb des serotonergen Systems im Tierversuch ausübt, beim Menschen nicht ausreichend bestätigt werden konnte.

-- *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 aufgrund der Kreislaufveränderungen kommen. Auch Herzinfarkte, Hirn thrombosen und Hirninfarkte sowie akutes, toxisch bedingtes, Leberversagen sind in Einzelfällen zur Beobachtung gekommen.

Ein besonderes Problem ist, dass Komplikationen nicht abhängig von der Dauer des Konsums und der Dosierung 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 schwerwiegende Komplikationen erleben. Ein erhöhtes Risiko erwächst auf jeden Fall Personen, die unter Asthma, Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Regulationsstörungen oder unter Epilepsie leiden.

Auch führt das unkontrollierte Angebot verschiedener Stoffe aus dieser Klasse zu Unsicherheiten im Gebrauch, die sich für die Konsument/inn/en



PMA }
Paramethoxyamphetamin


fatal auswirken können. Die Substanzen ähneln einander 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 beim PMA – die Wirkung später ein, als es ein/e Konsument/in erwartet, der/die 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 1970er Jahren bekannt. STP ist die Abkürzung für „Serenity, Tranquility, Peace“. Es wirkt ähnlich dem LSD, nur hält der bewirkte Rauschzustand länger an. Auch führt es – ganz im Gegensatz zu seinem Namen – recht häufig zu *Horror-Trips*.

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 300 mal wirksamer wie Heroin. Es ist daher kein Wunder, dass diese neuen und den Gebraucher/inne/n unvertrauten Drogen recht oft zu tödlichen Zwischenfällen führen.

PCP-Derivate *Phencyclidin*, eine nicht den Barbituraten zugehörige anästhetisch wirkende Substanz, wurde in den 1920er Jahren entwickelt und in den 1950er Jahren vermarktet. Aufgrund 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.

Angel Dust } Dennoch gelangte es bereits Ende der 60er Jahre unter dem Namen *Angel Dust* in die Drogenszene. Es wurde in der Folge wegen seiner heftigen halluzinatorischen Wirkung zu einem begehrten Ersatzstoff für andere Hallu-



zinogene. 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 *Horror-Trips* und bei längerfristigem Gebrauch zu *toxischen Psychosen*. Außerdem wird dem PCP zugeschrieben, dass es „kriminogen“ wirksam wird, die Gebraucher/innen zu Gewalttaten verleitet. Die Produktion des PCP wurde 1979 eingestellt. Es ist jedoch von einigermaßen geschickten Chemielaborant/inn/en 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.

Prinzipiell stellen die *Designer-Drogen* für die Gebraucher/innen ein erhebliches Risiko dar. 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. Im Tierversuch wurde außerdem 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 Konsument/inn/en zu erwarten ist, ist noch nicht ausreichend bestätigt. Allerdings mehren sich seit den späten 90er Jahren Forschungsberichte deren Autor/inn/en 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 Drogenkonsument/inn/en in der Rave-Szene gewonnen hat. 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.




Gammahydroxybutyrat (GHB) Diese Substanz gelangte ebenfalls in der Rave-Epoche auf den Schwarzmarkt und ist seither ein fester Bestandteil des Katalogs der extrem wirksamen Freizeitdrogen. Es handelt sich dabei um Gamma-Hydroxybutyrat, das ursprünglich als Anti-Craving-Substanz zur Behandlung des chronischen Alkoholismus auf den Markt gebracht worden war. Es ist eine sedierende Substanz, die bei hoher Dosierung zu einem kurzen, aber komaähnlichen Schlaf führt. Eine Vergiftung mit GHB kann weiters zu schwerem Erbrechen führen, den Würgereflex unterdrücken, die Atmungsfunktion dämpfen, Bewusstlosigkeit auslösen und zu Kramp fzuständen führen.

In Kombination mit Alkohol genossen, können ebenfalls schwere Vergiftungen mit schwerer Atemdepression eintreten, die in einigen bekannt gewordenen Fällen tödlich verliefen.

Bei länger anhaltenden regelmäßigen Gebrauch wurde Gewöhnung und die Entstehung einer Abhängigkeit beschrieben, die zu einem Entzugssyndrom führt, das jenem ähnelt, das von Alkohol ausgelöst wird. Es tritt ein bis drei Stunden nach dem Absetzen der Substanz auf und kann dann bis zu 12 Tage lang anhalten. Vegetative Störungen sind im Vergleich zum Alkoholentzug nur mild ausgeprägt, die psychiatrische Symptomatik ist aber schwerwiegend. Sie schliesst Angst und Unruhe, Schlaflosigkeit Tremor, Verwirrtheit, delirante Verstimmung und Halluzinationen ein. Seltener wurden Bauchkrämpfe und Essstörungen, Albträume, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und tonisch-klonische Krämpfe beobachtet.

Ein weiterer Problembereich, der mit der Verbreitung des GHB als Freizeit- und „Lebensstil“-Droge in Verbindung steht, ist ihre Verwendung als „Date Rape Drug“. Substanzen wie der Benzodiazepinabkömmling Rohypnol, Ketamin und eben GHB wurden dafür bekannt, dass sie in Getränke gemischt wurden, um Personen zu willenlosen und gefügigen Opfern sexueller Angriffe und von Vergewaltigungen zu machen. Die Vergewaltigung wird durchgeführt während die Opfer entweder durch den Substanzeinfluss bewusstlos sind oder wenn sie durch den Substanzeffekt in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt sind. Während Substanzen, die offiziell für den Arzneimittelmarkt produziert werden, in einer Weise verändert werden können, dass ihre missbräuchliche Verwendung erschwert wird (z.B. durch Zusatz eines Farbstoffes, der bei der Auflösung der Substanz in einem Ge-



tränk zu einer deutlich merkbaren Verfärbung führt), stehen Substanzen, die aus illegalen Quellen stammen, der sexuellen Delinquenz auch weiterhin zur Verfügung.

Wegen ihres Abhängigkeitspotentials und der Möglichkeit der kriminellen Verwendung ist GHB in mehr als 20 Staaten zur „illegalen Substanz“ erklärt worden.

Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeit) 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 Alkoholranke über. Illegaler Drogengebrauch in der Drogenszene hingegen folgt zumeist dem Muster des *Mischkonsums* und der *Mehrfachabhängigkeit*. Diesem Phänomen liegen mehrere Ursachen zugrunde:

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 kurzen durchgeführten Untersuchung lassen 1–2% der 15- bis 40-Jährigen Österreicher/innen 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 Konsument/inn/en 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 erwerben. Sie sind dazu gezwungen zeitweilig billigere Drogen vergleichbaren Wir-



kungsspektrums zu nehmen oder auf Substanzen auszuweichen, die Entzugsserscheinungen 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 schwerer ausgeprägten und rascher entstehenden körperlichen, geistigen und sozialen Verfall.



Die Diskussion um die Einstiegsdroge

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

Immer wieder wird behauptet, dass der Gebrauch von Hanfdrogen als Schrittmacher für Experimente mit anderen „härteren“ Drogen und schließlich für Abhängigkeit dient. Für diese Interpretation verläuft innerhalb des öffentlichen Diskurses 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 andern Drogen – abgesehen von Alkohol und Nikotin – greift. Aufgrund 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 Frühadolescenz auf Erfahrungen hinsichtlich der Wirkung psychoaktiver Arzneimittel zurückblicken.

Die Einstiegsdrogentheorie gilt als Element des Alltagsverständnisses der Sucht und süchtiger Entwicklungen. Allerdings hat sie auch eine wissenschaftliche bio-psycho-soziale Fassung erhalten. In dieser Form geht sie auf Yamaguchi und Kandel zurück. Die Vertreter/innen der wissenschaftlichen Einstiegsdrogentheorie weisen jedoch darauf hin –und das unterscheidet sie von den Vertreter/inne/n der populistischen Theorie, dass es sich um eine deskriptive Theorie handelt, die keine Voraussagen, insbesondere nicht über einen gesetzmäßigen Verlauf hinsichtlich der sequentiellen Folge der eingenommenen Substanzen, erlaubt. (Yamaguchi and Kandel, 1984)

„Dass eine bestimmte Progredienz in einer sequentiellen Folge vorliegt, bedeutet nicht, dass notwendigerweise ursächliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen Drogen bestehen. Die beobachtete Abfolge kann

auch lediglich die Verbindung der Klassen der Drogen mit verschiedenen Einstiegsaltern und/oder individuellen Eigenschaften widerspiegeln und nicht die spezifischen Effekte des Gebrauchs einer Drogenart auf den Gebrauch einer anderen. Ausserdem muss man immer bedenken, dass auch wenn eine eindeutige Entwicklungssequenz festgestellt werden konnte, der Gebrauch einer Droge zu einem speziellen Zeitpunkt nicht unabänderlich zum Gebrauch einer anderen Droge, die einen höheren Rang in der Sequenz einnimmt, führen muss. Viele Jugendliche hören auf einer bestimmten Stufe auf und beschreiten nicht weiter den Weg des sequentiellen Prozesses“. (Yamaguchi and Kandel, 1984, S. 671)

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 ihrer Freizeit Alkohol und Drogen zu konsumieren als besorgniserregendes gesundheits- und sozialpolitisches Problem. Es wird, wie bereits dargestellt, auch angenommen, dass das Jugendalter besonders anfällig ist für schädliche Auswirkungen dieses Verhaltens.

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

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

Problematische Konsumenten/Konsumentinnen, 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/innen *Funktionen des Gebrauchs:* Nach den Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie und den Erfahrungen, die wir aus dem Umgang mit Adoleszenten (Heranreifenden) sammeln konnten, kann dieses Verhalten weiters für Jugendliche sehr unterschiedliche Funktionen besitzen:

- Ersatzziel } -- 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.
- persönliche Stilwille } -- 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.
- 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 er 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.

- Drogengebrauch kann eine Art sein, *sich erwachsen zu gebärden*. Dies 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/innen/Gegner/innen anerkannt zu werden. { sich erwachsen gebärden
- 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
- Drogengebrauch kann *selbsterstörerischen Motiven* dienen, die in krisenhaft verlaufenden adoleszenten Entwicklungen verschiedenen psychopathologischen Syndromen zugrunde liegen (z.B. der Magersucht). { selbsterstörerische Motiven
- 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 er kann *Angzustände* und *Stresssymptome* unterdrücken. { Bewältigungsstrategie

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 imstande, 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. { aktiver und passiver Stress

Distress-Konzept } 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 Vernichtungsängsten 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 Gefährt/inn/en, Freunde und Freundinnen, Partner und Partnerinnen finden, müssen lernen, sich in Schule und Beruf zu bewähren. Allzuoft 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. Dementsprechend 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 zu sein, 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 und Psychopharmaka –, ändert nichts daran, dass diesem Gebrauch vergleichbare Nöte und Zielvorstellungen zugrunde liegen können, wie dem Gebrauch illegaler Substanzen bei manchen Jugendlichen.

So wurden zum Beispiel von Forscher/innen an verschiedenen Orten an Personen verschiedenen Alters 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.
- 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 imstande scheinen, Spannungen abzubauen und als *Coping-Hilfe* zu funktionieren.

Die Erforschung der Zusammenhänge zwischen Stress und Drogen-

Spannungs-Reduktions-
Hypothese

gebrauch 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:

- Man untersucht die Wechselwirkung zwischen Stress und Drogengebrauch.
- Man untersucht das Ausmaß verfehlter oder problematischer *Anpassungsstrategien* in Bezug zu 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 ausgeklint werden kann. Die Rolle, die das Modellernen, die Übernahme weitverbreiteter 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.



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.

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 derartige Theorien prognostisch für Europa zu verwenden.

Auch die neuen psychophysiologischen Theorien, wie etwa die vielgebrauchte Annahme eines „Suchtgedächtnisses“ sind zwar auf recht hohem abstrakten Konstruktionsniveau, haben aber ebenfalls keinen ausreichenden Voraussagewert.

Diese Schwächen, unter denen die Theorie des Drogenmissbrauches 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 dieses Gebrauchsmuster einer psychoaktiven Substanz an deren spezifischen, pharmakologisch messbaren Effekt. Nach diesem Verständnis kann man dann von Abhängigkeit sprechen, wenn nach fortgesetztem Gebrauch einer Substanz *Entzugserscheinungen* 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 in weiten Anteilen hoch spekulativ, kommt Überlegungen zur Ursache und Entstehung der Opiatabhängigkeit zu.




Das Endorphinsystem und die Opiatabhängigkeit

Rezeptoren } 1973 erkannte man, dass der Organismus die Wirkung der Opiate dadurch ermöglicht, dass er den Opiatmolekülen 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*), wie 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*.

Endorphinforschung } In den nunmehr fast 20 Jahren, die seit diesen Entdeckungen verstrichen sind, wurde die *Endorphinforschung* intensiv betrieben. Sie ist experimentell ausgerichtet und bedient sich zumeist der Methode der Tierversuche. Klinische Forschung am Menschen ist sehr schwierig und sehr teuer.

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 es 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 (1979) eine pharmakologisch/physiologische Theorie formuliert, nach der das Endorphinsystem zwei Arten von Einfluss auf die Opiatsucht haben könnte. Zum einen könnte durch die Zufuhr exogenen Opiats eine Situation geschaffen werden, wie wir sie auch sonst in der Endokrinologie kennen und 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 anderen 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.


Einen besonderen Stellenwert nehmen in dieser Hinsicht Erkenntnisse und daraus abgeleitete Hypothesen hinsichtlich der Bedeutung des Botenstoffes Dopamin für die Entwicklung von Abhängigkeit ein. Dopamin ist ein Stoff, der innerhalb der Evolution frühzeitig auftrat und in vielen lebensnotwendigen Funktionen und Funktionszusammenhängen wirksam wird: dazu zählen Aufmerksamkeit, Motivation, Lernen und Speicherung im Gedächtnis. Vor allem besteht aber eine der Hauptfunktionen des Dopamins darin, natürliche Belohnungen für den Organismus zu identifizieren. Dopamin ist weiters in die unbewusste Speicherung von Signalen, die mit diesen Belohnungen verbunden (assoziiert) sind, eingebunden.

Man nimmt heute an, dass sämtliche Substanzen, die beim Menschen Abhängigkeit auslösen, die Freisetzung von Dopamin in einer spezifischen Hirnregion – dem Nucleus accumbens – verstärken, wobei mit der Theorie der Bedeutung des Dopamins für die Entstehung der Abhängigkeit Theorien über das Belohnungssystem des Gehirns verbunden werden.

Das Belohnungssystem Biologische Theorien zur Suchtgenese machen das mesolimbische System des Gehirns als Sitz des süchtigen Verlangens aus. Dieses System ist in evolutionärer Betrachtung sehr alt und steht mit Regionen wie dem Thalamus und dem Cortex in enger Verbindung. Seine wichtigsten Teile sind der Hippocampus und der Mandelkern (Nucleus amygdala). In diesen Regionen werden alle aus der Umwelt eintreffenden Informationen affektiv gefärbt und bewertet.

Dieses System besitzt enge Verbindungen zum Lustempfinden und wird auch als körpereigenes Belohnungssystem bezeichnet. Es ist für das Überleben des Individuums und der Art wichtig, da es Tätigkeiten wie Essen und Sexualverhalten üblicherweise als lustvoll erlebbar werden lässt. Dopamin ist als Botenstoff für die Funktion dieses System unerlässlich. Durch die Ausschüttung von Dopamin entsteht bei der Stillung lebensnotwendiger bzw. arterhaltender Bedürfnisse ein Gefühl tiefer Befriedigung.

Das Belohnungssystem besteht aus verschiedenen Bestandteilen. Kern-



bereich ist der Nucleus accumbens. Der Nucleus accumbens wird als Schnittstelle aufgefasst, über den limbische und corticale Strukturen, die eine belohnungsbezogene Analyse von sensorischen Signalen vornehmen, Zugang zum motorischen System erhalten. Aufgrund der Verschaltung der beteiligten Transmittersysteme kommt als Informationsüberträger insbesondere der Neurotransmitter Glutamat in Frage. Darüber hinaus erhält der Nucleus accumbens dopaminerge Afferenzen, die an einer Vielzahl von Funktionen der neuronalen Belohnungsprozessierung beteiligt zu sein scheinen. Der N. accumbens besitzt Andockstellen für Dopamin (Rezeptoren), deren Stimulierung als besonders lustvoll empfunden wird.

Diese Art des Belohnungssystems findet man außer beim Menschen auch bei anderen höheren Wirbeltieren. Für die Suchttheorie interessant ist, dass auch Suchtmittel wie Tabak, Alkohol und Drogen das Belohnungssystem aktivieren können. Das High-Gefühl beim Konsum von Drogen, das verstärkte Empfinden von Glück, Freude und Zuversicht wird auf eine verstärkte Ausschüttung von Dopamin zurückgeführt. Man konnte im Tierversuch nachweisen, dass eine Injektion von Drogen in die Strukturen dieses Systems dazu führt, dass eine Selbststimulation stattfindet. Dabei wird eine erhöhte Dopaminkonzentration im Bereich des Nucleus accumbens hergestellt. Diese Stimulation konnte für Opiate, Kokain und Amphetamine gezeigt werden. Andere Drogen bewirken eine Hemmung des Neurotransmitters Noradrenalin. Die Hemmung des Noradrenalins andererseits führt wieder zu einer verstärkten Wirkung von Dopamin. Auch auf diese Weise wird indirekt das Belohnungssystem aktiviert. Vermutlich üben Opiate, Alkohol, Barbiturate und Benzodiazepine diese indirekte Stimulationsfunktion aus. Auch die körpereigenen Endorphine wirken auf diese Weise. Nikotin und Koffein stimulieren ebenfalls das Belohnungssystem. Im Tierexperiment entwickeln Ratten und Mäuse eine Alkohol- bzw. Opiatsucht, d.h. sie ziehen Alkohol- bzw. Opiatlösungen normalem Trinkwasser vor und behalten dieses Verhalten auch nach einer zwangsweisen Abstinenz von mehreren Monaten bei.

Hirnanatomisch sind die vordere tegmentale Region und der Nucleus accumbens jene zwei Strukturen, die im Belohnungssystem für alle Drogen (einschliesslich Alkohol und Nikotin) involviert sind. Allerdings beruht die Funktion bei den verschiedenen Substanzen auf verschiedenen Mechanis-




men, daher können hinsichtlich der Drogenabhängigkeit verschiedene Belohnungssysteme unterschieden werden.

Das Kokain und Amphetamin-Belohnungssystem Es besteht aus dopaminergen Neuronen im ventralen Tegmentum. Diese Neuronen stehen in Verbindung mit dem Nucleus accumbens und anderen Gehinarealen wie der präfrontalen Hirnrinde.

Kokain blockiert die Wiederaufnahme von bestimmten Neurotransmittern wie Dopamin, Noradrenalin und Serotonin. Die Kokainmoleküle binden sich an jene Überträgerstoffe, die normalerweise den Überschuss der Transmitter vom Synapsenspalt abtransportieren und verhindern dadurch, dass diese Transmitter von den Neuronen, die sie freigesetzt haben, wieder aufgenommen werden. Dadurch erhöht sich die Konzentration der Botenstoffe im synaptalen Spalt und der Effekt des Dopamins auf die post-synaptalen Neuronen wird verstärkt. Die dadurch veränderten Neuronen produzieren dann sowohl die Dopamin-bedingte Euphorie, wie auch das Gefühl des Vertrauens, wie es Serotonin hervorrufen kann, als auch die Noradrenalin bedingte energetische Erfahrung. Diese komplexe Kokain-Erfahrung wird noch dadurch verstärkt, dass die noradrenergen Neuronen im Locus coeruleus, einer weiteren spezifischen Hirnstruktur, ihre Axone in das Vorderhirn ausstrahlen, wodurch die kognitive Zuordnung der Erfahrung als Drogeneffekt gebahnt wird.

Bei chronischem Kokainkonsum entsteht eine Adaptation (Gewöhnung) des Gehirns an die Zufuhr der Droge. Die Droge wird gebraucht um das hohe Mass an Lust aufrecht zu erhalten, das ist mit den erhöhten Dopaminspiegeln im Belohnungssystem des Gehirns verbunden. Die postsynaptische Membran kann sich soweit adaptieren, dass selbst neue Rezeptoren produziert werden. Die daraus resultierende erhöhte Sensibilität führt zur Depression und zum Drogenverlangen, wenn Kokain nicht mehr eingenommen wird und sich der Dopaminspiegel wieder auf ein normales Niveau absenkt. Es ist daher anzunehmen, dass die Kokainabhängigkeit als Funktion der Wirkung der Droge auf die Neuronen des Belohnungssystems verstanden werden kann.



Auch Amphetamine erhöhen wie Kokain, aber mittels eines verschiedenartigen Mechanismus, die Konzentration von Dopamin im synaptalen Spalt. Amphetamine weisen selbst eine ähnliche chemische Struktur wie Dopamin auf und können daher sowohl in das präsynaptale Neuron über die Dopaminträgerstoffe eindringen als auch direkt durch die neurale Membran diffundieren. Bestimmte Forschungsergebnisse sprechen dafür, dass Amphetamine auch über andere Mechanismen zur Wirkung kommen. Sie sind sowohl imstande, die Wiederaufnahme von Dopamin zu reduzieren, wie auch in hoher Konzentration/Dosierung das Enzym Mono-Amino-Oxydase A zu hemmen, das den Abbau des Dopamins bewirkt. Darüber hinaus scheinen Amphetamine auch die Erregbarkeit der dopaminergen Neurone zu steigern, indem sie hemmende Prozesse blockieren.

Ecstasy (MDMA) weist eine molekulare Struktur auf, die sowohl den Amphetaminen wie auch dem LSD ähnelt. Dadurch wirkt die Droge gleichzeitig als Stimulans und als Halluzinogen. Wie Amphetamine und Kokain blockiert Ecstasy den Wiederaufnahme-Mechanismus für bestimmte Neurotransmitter und erhöht dadurch deren Spiegel im synaptalen Spalt ebenso wie ihren Effekt auf die Rezeptoren des post-synaptischen Neurons.

Ecstasy erhöht auf diese Weise die Wirksamkeit von Noradrenalin und von Dopamin. Wie alle psychoaktiven Substanzen, die das Gefühl von Lust hervorrufen, erhöht auch Ecstasy die Ausschüttung von Dopamin im Belohnungszentrum. Seine besondere Stellung innerhalb der Rausch- und Suchtmittel gewinnt es jedoch dadurch, dass es eine starke Affinität zu Serotonin-Überträgern aufweist. Der erste Effekt der Droge besteht in einer erhöhten Ausschüttung von Serotonin durch die serotonergen Neuronen. Diese Ausschüttung wird als der typische Ecstasy-Effekt deutlich: das Gefühl erhöhter Energie, Euphorie und der Wegfall bestimmter sozialer Hemmungen. Zusätzlich führt der Serotoninüberschuss, der durch Ecstasy hervorgerufen wird, aber auch indirekt zur Erregung der dopaminergen Neuronen durch die serotonergen Neuronen, die mit ihnen in Verbindung stehen.

Das Alkohol-Belohnungssystem Es schliesst ebenfalls das vordere Tegment und den Nucleus accumbens ein, umschliesst darüber hinaus aber auch die Strukturen, die GABA (Gamma-Aminobutyric




Acid) als Neurotransmitter gebrauchen. GABA kommt in vielen Hirnarealen vor: unter anderem in der Hirnrinde, dem Kleinhirn, dem Hippocampus, dem Mandelkern, dem Nucleus accumbens.

Benzodiazepine, wie Diazepam (Valium), Bromazepam (Lexotanil) und Flunitrazepam (Rohypnol) wirken – wie Alkohol – dadurch, dass sie durch Wirkung am Rezeptor auf indirekte Weise die Wirksamkeit der synaptischen Übertragung des Neurotransmitters GABA erhöhen. Wir wissen heute, dass Benzodiazepine, selbst bei medizinischem Gebrauch und bei normaler Dosierung, Abhängigkeit bewirken können.

Das Opiat-Belohnungssystem Es schliesst ebenfalls die allgemeinen Sucht-Strukturen (vorderes Tegment und Nucleus accumbens) ein. Zusätzlich nehmen Opiate aber auch jene Strukturen in Anspruch, in denen chemische Substanzen wirken, die die Wirkung von Opiaten imitieren. Dieses System schliesst auch andere Hirnareale ein. Der euphorische Effekt der Opiate scheint auch auf einem weiteren Mechanismus zu beruhen, der das GABAergen System in Anspruch nimmt. Exogen zugeführte Opiate reduzieren die Ausschüttung von GABA. Normalerweise reduziert GABA die Menge von Dopamin, die im Nucleus accumbens freigesetzt wird. Dadurch, dass die Opiate diese hemmen, kommt es zum Anstieg der Dopamin-Produktion und dadurch zur Steigerung des Lustempfindens.

Das Cannabis-Belohnungssystem Die Euphorie, die Entspannung und das Empfinden optische und akustische Reize deutlicher wahrzunehmen, die Cannabisrauchen vermittelt, sind vom Effekt der Droge an den Cannabinoid-Rezeptoren (CB1-Rezeptoren) verursacht. Cannabinoid-Rezeptoren, befinden sich in vielen Hirnregionen. Ein endogenes Molekül, das sich an diese CB1-Rezeptoren bindet, wurde identifiziert und Anandamid benannt.

Anandamid ist in viele Prozesse und Funktionen involviert: Stimmungsregulation, Gedächtnis, Appetit, Schmerz, Gefühle und Wahrnehmung. THC, der wirksame Inhaltsstoff des Cannabis kann dementsprechend auf all diese Funktionen Einfluss nehmen. Aufgrund der Bindung von THC an die CB-Rezeptoren und die dadurch ausgelösten Stoffwechselprozesse wird



sowohl die Ausschüttung von Neurotransmittern als auch die allgemeine Erregbarkeit des neuronalen Netzwerks im Gehirn reduziert. Andererseits wird innerhalb des Belohnungssystems mehr Dopamin freigesetzt. Wie auch nach der Einnahme von Opiaten ist dieser paradoxe Anstieg des Dopaminspiegels dadurch verursacht, dass die dopaminergen Neuronen im Belohnungszentrum keine CB-Rezeptoren aufweisen, jedoch normalerweise von GABAergen Neuronen gehemmt werden, die diese CB-Rezeptoren haben. Indem Cannabis diese Hemmung durch die GABAergen Neuronen aufhebt, aktiviert es die dopaminergen Neuronen. Aufmerksamkeitsmängel, Gedächtnisstörungen und eingeschränkte Lernfähigkeit, die als Symptome bei chronischem Cannabisgebrauch beschrieben werden, werden derzeit als Folge des Verlusts von CB1-Rezeptoren in den Gehirngefäßen interpretiert.

Neuere Tierexperimente, die von Hnasko et al., 2005 durchgeführt wurden, erbrachten Hinweise darauf, dass das Dopamin nicht die einzige Substanz ist, die Lust- oder Glückserfahrungen vermittelt und relativieren dadurch die zentrale Bedeutung des Dopamins für die Suchtentstehung. Mäuse, die aufgrund eines Gendefekts nicht in der Lage waren, Dopamin herzustellen, entwickelten keinerlei Appetit. Sie mussten künstlich mit Dopamin versorgt werden, damit sie überhaupt Nahrung zu sich nahmen. Andererseits waren sie ohne Dopamin-Versorgung in der Lage, die Wirkung von Morphin als sehr angenehm zu empfinden. In so genannten Platzpräferenz-Tests suchten sie auffallend häufig diejenige Stelle auf, an der sie die Droge zuvor verabreicht bekommen hatten. Die Autoren interpretierten ihren Befund dahingehend, dass Dopamin zwar wesentliche Bedeutung für morphinbedingte Motorik und eventuell für morphinbedingte Schmerzstillung habe, jedoch offenkundig keine Funktion innerhalb des Morphin-Belohnungssystems aufweisen.

Das Nikotin-Belohnungssystem

Nikotin imitiert die Aktion des natürlichen Neurotransmitters Azetylcholin und bindet sich an spezielle Azetylcholinrezeptoren, die Nikotinrezeptor genannt werden.

Die Tabakabhängigkeit entwickelt sich rasch, weil diese Nikotinrezeptoren auch an den Neuronen des ventralen Tegmentes vorhanden sind, deren Endigungen in den Nucleus accumbens ausstrahlen. Beim Rauchen erhöht daher die wiederholte Zufuhr von Nikotin die Zufuhr von Dopamin in den



Nucleus accumbens. Toleranz gegenüber Nikotin entsteht wohl dadurch, dass in der Zeit, die zwischen dem Rauchen von Zigaretten verstreicht, der Nikotinspiegel ausreicht, um die Rezeptoren zu deaktivieren und ihre Erholung zu verzögern.

Die Unruhe, die Raucher/innen empfinden, wenn sie einige Stunden nicht rauchen, entsteht dadurch, dass der Nikotinspiegel absinkt und an den Nikotinrezeptoren eine hohe cholinerge Neurotransmission auftritt (d.h. es wird verstärkt der Neurotransmitter Acetylcholin ausgeschüttet). Die Raucher/innen wollen dann durch den Griff zur Zigarette diese Unruhe wieder beseitigen. Im Tabakrauch kommt allerdings noch eine weitere Substanz vor, die zu einer Anreicherung des Dopamins im Belohnungssystem und damit zur Entwicklung der Tabakabhängigkeit beiträgt. Es handelt sich dabei um eine Substanz, die das Enzym Monoamino-Oxydase B (MAO B) hemmt, das unter normalen Bedingungen das Dopamin nach seiner Wiederaufnahme abbaut.

Lassen sich diese Ergebnisse in weiteren Forschungsbemühungen bestätigen, muss vieles an der aktuellen biologischen Suchttheorie neu bewertet und verändert werden.

Das Belohnungssystem und das Entzugssyndrom

Koob und seine Mitarbeiter/innen haben ein Prozessmodell entwickelt, um den Mechanismus, der hinter Entzugerscheinungen operiert, verständlicher zu machen.

Diese Symptome könnten eventuell als Defizite in der neuronalen Anpassung, als Sensitivierung der Belohnungssysteme aufgrund der Entwicklung positiver emotioneller Signale (cues) oder beider Mechanismen verstanden werden. Solche überdauernden Defizite können sowohl in der Anpassungsleistung innerhalb eines Systems bestehen (wie jene Anpassungen im Locus caeruleus, die zum Opiatentzug beitragen oder im cholinergen System hinsichtlich des Nikotinentzugs) als auch hinsichtlich der Anpassung zwischen Systemen (wie hinsichtlich der Funktion des Corticotropin-Releasing Factor beim Cannabisentzug).

Das Belohnungssystem und die Einstiegsdrogenese

Yamaguchi und Kandel, 1984,

meinen, dass sogenannte Einstiegsdrogen – etwa Alkohol, Tabak oder Cannabis – eine Person mit den Effekten einer drogeninduzierten Dopaminstimulation vertraut machen. Wenn sich das Individuum an diese Erfahrung gewöhnt hat, zeigt es eine höhere Bereitschaft, auch gefährlichere Dopamin-stimulierende Substanzen, wie Amphetamine, Kokain und Opiate zu gebrauchen. Nach de Fonseca et al., 1997 wieder könnte die Produktion von CRF (Corticotropin-Releasing Factor) in der Folge von Cannabisgebrauch und Cannabisentzug dazu führen, dass eine subtile Störung (Disruption) der hedonischen Systeme im Gehirn entsteht, die dann auf weitere Störungen durch andere Drogen vorbereitet sind.

Das Suchtgedächtnis Ein weiteres pathophysiologisches Konstrukt mit dem wir uns in diesem Kontext beschäftigen müssen, da es im öffentlichen Diskurs über Sucht eine große Rolle spielt und gerne als Beleg für das schädliche Potential von Suchtmitteln herangezogen wird, ist das „Suchtgedächtnis“.

Der Begriff des „Suchtgedächtnisses“ (Böning 1994, 1996, 2000) hat im vergangenen Dezennium eine gewisse Popularität gefunden. Er spielt eine grosse Rolle in der Diskussion über die „Heilbarkeit“ der Suchtkrankheit und gilt als Argument gegen Vorstellungen, dass für die Heilung eines/einer Suchtkranken absolute Abstinenz kein zwingendes Erfordernis verkörpert. Dementsprechend wird seine Existenz von Vertreter/inne/n des „kontrollierten Trinkens“ beharrlich bezweifelt, von Abstinenzbefürworter/inne/n hingegen entsprechend ins Zentrum der Argumentation gerückt.

Das Konzept des Suchtgedächtnisses wurde von Böning aus klinischen und neurobiologischen Einsichten zur Entstehung und Aufrechterhaltung gelernter süchtigen Verhaltens konstruiert. Sucht wird in diesem Konzept grundsätzlich als erlerntes Verhalten begriffen.

Beim „Suchtgedächtnis“ handelt es sich um ein komplexes psycho-neuro-biologisches Konstrukt, in dessen Mittelpunkt der neuronale Netzwerkgedanke bei der synaptischen und molekularbiologischen Organisation von unterschiedlichen „Gedächtnisprozessen“ steht. Unter Bezug auf selektiv integrierende „Regelschleifen“ und „Vergleichssysteme“ neuronaler Informationsverarbeitung wird das jeweils personale *Suchtgedächtnis* als individualspezifisch erworbene „Software“-Störung interpretiert. Als wesent-

↳ Suchtgedächtnis

liche Begründung dient die – interpretierte – klinische Beobachtung, dass bei Rückfallsgefährdeten durch interne und/oder externe sinnesphysiologisch kodierte Kontextsituationen jene Gedächtnisstruktur jederzeit aus der Latenz gehoben werden kann.

Dabei wird angenommen, dass diese Art Gedächtnisbildung in evolutionsgeschichtlich sehr alten Hirnarealen, wie dem basalen Vorderhirn, stattfindet, wo feste Reiz-Reaktions-Muster festgelegt sind. Deshalb bleibt dann, was sich einmal im Suchtgedächtnis eingegraben hat, dauerhaft vorhanden; es ist auf bestimmte Reize hin schnell präsent und de facto unlösbar. Es wird angenommen, dass es so stark verankert ist, dass auch Jahre nach Entgiftung und Entwöhnung bestimmte suchtmittelassoziierte Reize (cues) Reaktionen unabhängig vom Willen des Patienten / der Patientin auslösen können. Solche Reize sollen Geruch oder Anblick des Suchtmittels sein, aber auch Stress oder emotional besonders belastende Ereignisse.

Allerdings soll es sich nicht bei jedem/jeder Suchtmittelkonsumenten/ Suchtmittelkonsumentin entwickeln, sondern nur im Kontext einer bestimmten Konstellation entstehen können. So soll etwa nicht abhängig werden, wer gezwungen wird, Alkohol zu trinken. Abhängig werde nur, wer trinkt, um positive Effekte wie Euphorie zu erreichen oder wer negative Effekte wie Angst oder Stress vermeiden will.

Im Falle der Alkoholabhängigkeit wurde weiters angenommen, dass es im Verlauf der Suchtkarriere eine sensible Phase gibt, in der sich die Wege von Vieltrinker/inne/n und unkontrollierten Trinker/inne/n mit Suchtgedächtnis trennen.

Das Konzept ist einerseits einflussreich, weist aber andererseits Schwächen auf, derer man sich bewusst sein muss:

-- In den Veröffentlichungen über das „Suchtgedächtnis“ finden sich vielfältige Umschreibungen oder Definitionen von „Suchtgedächtnis“ mit erheblicher begrifflicher Unschärfe. Es wird als „biologisch engrammierte“ Grundlage der Sucht und als „Schrittmacher eines späteren Rückfalls“ (Böning 1994, S. 244) definiert, es wird aber mit *Suchtgedächtnis* nicht nur ... „das Lernen der Sucht“, sondern vor allem ... „das Persistieren ... der Affinität gegenüber der Droge über eine Abstinenzphase hinaus“ bezeichnet. 2000 meinte Böning, dass das Suchtgedächtnis ein „von der molekularen Trägerebene über die neuronale Musterebene bis zur psychologischen Be-

deutungsebene besonders im episodischen Gedächtnis etablierter ... Bestandteil der Persönlichkeit“ ist. (Böning 2000, S. 283).

-- Aus der Annahme einer praktisch *unlöslichen Gedächtnisstruktur*, auf } unlösliche Gedächtnisstruktur denen diese Konstrukt aufbaut, ist abzuleiten, dass ihm ein Lernprozess zugrunde liegt, der dem Lorenz'schen Prägungsparadigma entspricht. Diese theoretische Verankerung ist ein wissenschaftstheoretisches Problem, da angenommen wird, dass Prägungslernen beim Menschen ausschliesslich in sehr frühen sensiblen Entwicklungsphasen möglich ist.

-- Grundsätzlich werfen Kritiker/innen dem Konstrukt „Suchtgedächtnis“ vor, dass es eine quasi biologische Interpretation des Suchtmechanismus anbietet, ohne dass die in ihm enthaltenen Annahmen und Behauptungen bewiesen werden können, da kein valides Messinstrument existiert, mit dem dieser Beweis geführt werden könnte.

-- Ein weiteres Problem, das die Theorie mit sich bringt, ist dass aus ihr ein gewisser therapeutischer Nihilismus abgeleitet werden kann. Böning selbst hatte den Standpunkt vertreten, dass einem – von der molekularen Träger-ebene über die neuronale Musterebene bis zur psychologischen Bedeutungsebene – biologisch engrammierten „Suchtgedächtnis“ therapeutisch schwer beizukommen ist. Wenn „Suchtgedächtnis“ als molekular-neuro-nal-psychologisch verankerter „Bestandteil der Persönlichkeit“ (Böning 2000, S. 283) verstanden wird, so taucht bei Kritiker/inne/n die skeptische Frage auf, wie denn ein so fest verwurzelt Persönlichkeitmerkmal überhaupt veränderbar sein soll und ob dementsprechend eine Überwindung der Sucht möglich ist. Die utopische Position Bönings wird daran deutlich, dass es für ihn eine der „größten Herausforderungen zukünftiger Suchtforschung und Suchttherapie“ bedeutet, ein Suchtgedächtnis möglicherweise doch eines Tages kausal durch einen „pharmako-verhaltenstherapeutischen Rückprägungsprozess“ zu löschen. Bislang bestehen keine Hinweise darauf, dass dieses Vorhaben beim Menschen gelingen wird. Eine deutsche Forschergruppe veröffentlichte zwar, dass es im Tierexperiment gelungen sei, das experimentell erzeugte „Suchtgedächtnis“ zu löschen. Die Übertragung der dabei angewandten Therapiemethode auf den Menschen erbrachte allerdings bisher keine positiven Resultate.

-- Als entscheidene Schwäche der Suchtgedächtnis-Theorie orten ihre Kritiker/innen, dass in ihr ein wichtiger „Kategorienfehler“ besteht; die Theo-



rie beruht darauf, dass von biologischen Phänomenen auf psychologische geschlossen wird. Es sei aber nicht möglich Interpretationen zu entwerfen, die gleichzeitig auf molekulare Abläufe („programmiert“) und auf die Freiheit des Entscheidens/Handelns anwendbar sind, da diese beiden Kategorien verschiedenen Betrachtungsperspektiven und wissenschaftlichen Systemen entsprechen. Dass man sich an Vergangenes erinnern kann, sei trivial und belege nicht, dass es ein einheitliches „Suchtgedächtnis“ gebe.

Für Vertreter/innen des therapeutischen Ansatzes des kontrollierten Trinkens ergibt sich aus diesen Schwächen der Theorie, die sich einerseits durch einen hohen Erklärungsanspruch auszeichnet, sich aber andererseits als „abenteuerliche Metaphysik“ erweist.

Genetische Theorien

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/innen häufiger einen ebenfalls alkoholkranken Verwandten aufweisen als Nicht-Alkoholiker/innen. Von besonderem Interesse für das Studium genetischer Einflüsse sind weiters Adoptionsstudien. Mit diesen konnte erfasst werden, dass Kinder von Alkoholiker/inne/n, die zur Adoption freigegeben wurden und in nicht-alkoholbelastetem 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 *Azetalddehyd*, abzubauen. Es wurden in diesem Zusammenhang entsprechende Varianten in den Enzymmustern gefunden, die für verschiedene Abbauraten und damit auch verschieden hohe Azetalde-

hydripiegel 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/innen 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 die 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. Hinsichtlich der Cannabisabhängigkeit wurden hochspekulative Beiträge geliefert. Untersuchungen, u.a. an eineiigen Zwillingen und Adoptivkindern, legen nahe, dass eine Disposition zu süchtigem Verhalten mit höherer Wahrscheinlichkeit vererbbar ist. Es wird aber auch darauf hingewiesen, dass jede Disposition auf entsprechende Umweltbedingungen angewiesen ist, um sich zu äußern.

Außerdem konnte bisher nicht der Nachweis spezieller „Suchtgene“ erbracht werden – wahrscheinlicher ist, dass ein Zusammenspiel mehrerer Gene möglicherweise eine Disposition zur Sucht erzeugt.

Pathophysiologische 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.

exogen bedingte
Veränderungen

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 / der Trinkerin 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 Alkoholiker/inne/n und Nicht-Alkoholiker/inne/n bezüglich des Alkoholabbaus und auch des Abbaues von sogenannten 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 manche Aspekte der Alkoholkrankheit und auch bestimmte Veränderungen der Alkoholeffekte im alkoholkranken Organismus. Derartige pathophysiologische Überlegungen sind sowohl in den Überlegungen zum Suchtgedächtnis wie zur überragenden Bedeutung des Belohnungssystems für alle Abhängigkeitstypen enthalten, in besonderer Weise aber manifestieren sie sich in theoretischen Überlegungen zur Entwicklung einer generellen Suchtheorie.

Eine generelle Suchttheorie Es ist kein Zufall und auch nicht wohlüberlegte 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 zugrunde liegen. Bereits in den 1970er Jahren war entdeckt worden, dass bei chronischem Alkoholkonsum innerhalb des Alkoholabbaus aufgrund einer Kondensationsreaktion von Aldehyden und Katecholaminen (*Noradrenalin*, *Dopamin*) ein neue Klasse von Peptiden – *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 Alkoholiker/innen, aufgrund der Entstehung der Isochinoline, auf das zentrale Nervensystem einen Effekt aus, der identisch ist mit bestimmten Opiatwirkungen.

umfassende Abhängigkeitstheorie

Auch diese Theorie ist allerdings noch nicht bewiesen und Objekt heftiger Kontroversen. Sie ist aber Grundlage intensiver Forschungsbemühungen. In den 1980er 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 einer Droge im Organismus eine motivierende Struktur zur Entwicklung bringe, die dem Lust-Unlust-Prinzip folgend, alle Qualitäten eines Triebes aufweist. *Bejerot*

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 Rado } psychoanalytisch-triebtheoretischen Interpretation, die etwa *Sandor Rado* in den 30er Jahren entwickelte. Auch Psychoanalytiker/innen 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 psychologischen Theorie der Abhängigkeit. Diese sollten nicht als konkurrierende Systeme betrachtet werden. Da sie nicht nur aus verschiedenen theoretischen Zugängen stammen, sondern auch verschiedene Bereiche des menschlichen Seelenlebens und Verhaltens 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 aufwendige 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 sogenannten *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 Zusammenspiel 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“ – erlebte 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 neurobiologische Forschung über die Belohnungssysteme des Gehirns erfahren. Die daraus abgeleiteten geläufigen psychophysiologischen und pathophysiologischen Vorstellungen über den Suchtmechanismus wurden ja bereits früher dargestellt.

Es wurden allerdings von den Verhaltenstheoretiker/inne/n 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*, die der deutsche Psychologe *Lennertz* in den 1970er Jahren entwarf.

Theorie der Drogenbindung }

In einem komplexen lerntheoretischen Modell wird süchtiges Verhalten durch bestimmte Schlüsselsituationen ausgelöst und durch Wiederholung erworben. Schlüsselsituationen sind dabei vor allem die Beobachtung des Verhaltens von Vorbildern und Modellen und deren Nachahmung, wie z.B. der rauchenden Eltern, drogenkonsumierenden Gleichaltrigen, Werbung etc. Wird aus dem nachahmenden Verhalten Genuss gezogen, spricht einiges dafür, dass es in ähnlichen Situationen wiederholt wird. Der Gebrauch kann allmählich zur Gewöhnung und schließlich zur Abhängigkeit führen. Sucht ist die Fixierung auf ein Verhaltensmuster und damit Ausdruck unbefriedigter elementarerer materieller und psychosozialer Lebensbedürfnisse. Der Einstieg in den Suchtmittelkonsum erfolgt daher auch häufig durch Imitation eines Vorbildes, und zwar oft ohne ein originäres Konsumverlangen. Die lustvollen Zustände wirken in der Folge konsumverstärkend und lösen neuerlichen Konsum aus, wobei die durch Drogen erzeugte angenehme Stimmung zusätzlich als Verstärker wirkt. Die Begleitumstände des Konsums – etwa soziale Kontakte oder die Umgebung – können eben-

falls verstärkend wirken oder sogar ins Zentrum des Konsumerlebnisses rücken.

Bedeutung kommt den Lerntheorien außer beim Vorbildlernen vor allem im Zusammenhang mit dem Erziehungsstil der Eltern zu, der als Ursache für süchtiges Verhalten der Heranwachsenden diskutiert wird, wenn Eltern die Bedürfnisse ihrer Kinder nach Liebe und Zuwendung mit materieller Zuwendung beantworten, z.B. Süßigkeiten, und damit eine Verschiebung in der Bedürfnisstruktur hervorrufen. Auch eine Gefährdung durch fehlerhafte Erziehungsstile wird in der Literatur genannt, wobei besonders rigide Haltungen, Überliberalität oder Laissez-Faire, Overprotection oder Anomie-druck betrachtet werden. Des Weiteren sind die massive Verführung zu Suchtmittelkonsum durch Leitbilder und die offene Werbung für Suchtmittel eine Basis für eine lerntheoretische Erklärungsmöglichkeit der Suchtentstehung.

Hintergrundtheorien US-Amerikanischer 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 funktiona-

les 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 und Annahmen/Vorstellungen/Erwartungen vermittelt wird.

Bandura › *Bandura's Theorie des sozialen Lernens*, 1969, geht davon aus, dass Verhalten aus den negativen oder positiven Konsequenzen resultiert, die auf eben dieses Verhalten folgen. 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.

Jessor und Jessor › **Theorie des Problemverhaltens** Die Theorie des Problemverhaltens nach *Jessor und Jessor* stellt genaugenommen 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.

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

Als *Umweltvariable* gelten:

- Unterstützungspotentiale
- sozialer Einfluss
- 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 gewesen 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 Konsument/inn/en und Nichtkonsument/inn/en 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* 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. { Risiko- und Schutzfaktoren

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 imstande sind.

Risikofaktoren } *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:

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

Schutzfaktoren im }
individuellen Bereich

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.

Schutzfaktoren im }
zwischenmenschlichen
Bereich

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

- zumindest *eine* enge Beziehung zu einer erwachsenen Person (Elternteil, Lehrer/in, Verwandte/r etc.), die sowohl eine Leitfunktion übernehmen kann, wie auch imstande 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 imstande 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 Autor/inn/en lediglich Zusammenhänge darin, dass die meisten Gebraucher/innen von illegalen Substanzen auch Alkohol gebrauchten und die Alkoholabstinenten auch häufiger keine andern Substanzen gebrauchten. Andererseits konsumierten die starken Alkoholtrinker/innen nicht notwendigerweise auch andere Stoffe, die PCP-Gebraucher/innen nicht notwendigerweise auch Kokain, die Kokain-Gebraucher/innen 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 aufgrund 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 Jugendliche – selbst wenn sie definierten Risikopopulationen angehören – tatsächlich den Gebrauch psychoaktiver Substanzen aufnehmen werden.

Die verschiedenen Faktoren, denen ein relativ hohes Risiko für Substanz-



gebrauch 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.

Aufgrund 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 soziokultureller Natur sein.

Ursächliche und *stützende Faktoren* bilden eine Kette, die schließlich dazu führt, dass Substanzgebrauch einsetzt, messbar wird und aufrechterhalten 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/die Gebraucher/in) 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 Gesundheitsförderung zugrunde 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* auftritt. Man erwartet von Kindern, dass sie im Lauf ihres Reifungsprozesses sich 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

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

-- 1. *Zwischenmenschliche Zusammengehörigkeit*

-- 2. *Kompetenz*: Das Bedürfnis mit der Umwelt effizient umgehen zu können, imstande 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.

-- 3. *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 negative 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 *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 und Isolation, zu Angst, Unsicherheit und fortgesetzten Autoritätsproblemen.
- Bereits gegen Ende der ersten Grundschulausbildung führen die bestän-

{ positive Feedbackmechanismen



digen 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 verschärft 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 immer 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 damit auch zur ökonomischen 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 *Entwicklungsdefizit*, das der frühen Ich-Entwicklung entspringt, signalisiert 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 Ereignisse verstärkt werden können, 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. Er 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/innen eine schadensbegrenzende Vorgangsweise rechtfertigen und ein möglichst unbeschädigtes *Leben mit der Sucht* als Therapieziel akzeptabel erscheinen lassen.

Realitätsflucht

Leben mit der Sucht

Ein bio-psychologisches Konzept:
 Die Theorie der „Sensationssuche“ *Sensation seeking*. Drogengebrauch stellt oftmals ein beträchtliches Risiko dar. Das bei

weitem bekannteste Erklärungsmodell für die Einstellungs- und Verhaltensdimension „Risikobereitschaft“ ist das bio-psychologische Konstrukt des „Sensation Seeking“. Zuckerman, der dieses Modell 1964 entwickelte, beschrieb die Tendenz, außerordentliche (sensationelle) Erfahrungen zu machen als „das Bedürfnis eines Individuums, ein optimales Erregungsniveau zu erreichen und aufrecht zu erhalten“. Bereits in dieser frühen Studie rückte er den Bezug zum Gebrauch psychoaktiver Stoffe ins Zentrum, indem er den Standpunkt vertrat, dass Menschen, die den Erfahrungstypus des „Sensation-Seekers“ repräsentieren, dazu neigen mit Alkohol oder mit verbotenen Drogen zu experimentieren. In einem späteren Aufsatz, in dem er erstmals den Bezug zwischen *sensation seeking* und Drogengebrauch isoliert behandelte, meinte Zuckerman einen dialektischen Zusammenhang zwischen zunehmender Kontrolle des gesellschaftlichen Raums und dieser Sensationssuche zu erkennen. Um die Messung dieses Persönlichkeitsmerkmals operationalisieren zu können, entwickelte er die „Sensation Seeking Scale“. Untersuchungen, die mit diesem Instrument durchgeführt wurden, erbrachten Zusammenhänge zwischen Sensationssuche und vielen Verhaltens- und Einstellungsparametern: umfassende Sexualerfahrung, Erfahrung mit allen denkbaren illegalen Drogen, Essgewohnheiten und Nahrungspräferenzen, Fahrgewohnheiten, Sportausübung, kognitive und ästhetische Präferenzen (Bevorzugung von Komplexität, Toleranz für Ambiguität, Originalität und Kreativität), reiche Vorstellung- und Traumwelten, berufliche Interessen, liberale, permissive, non-konformistische Einstellung.

Sensationssuche als Motivstruktur des Drogengebrauches Die Annahme, dass Drogengebrauch Ausdruck einer „sensationssuchenden“ Persönlichkeitsstruktur sein kann, wird seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts vertreten. Zu neuer Bedeutung gelangte sie im Kontext der Rave-Bewegung und des Neo-Psychedelismus als es Mode wurde, die Einnahme bestimmter psychoaktiver Substanzen, die extreme psycho-somatische Grenzerfahrungen vermitteln. Der Zusammenhang zwischen Sensationssuche und Drogengebrauch wird in zwei Bereichen angesiedelt: zum einen vermitteln die Drogen sensationelle Erfahrungen aufgrund ihrer eigenen Wirkungen, zum andern vermitteln die Umstände der Drogenbeschaffung

die Erfahrung von Risiko und Illegitimität und damit eine weitere Dimension der Sensation.

Frühe Untersuchungen haben gezeigt, dass „Sensation Seekers“ liberale Einstellungen gegenüber sexueller Aktivität und Drogengebrauch haben. Einiges spricht auch dafür, dass dieser Charakterzug in gewisser Hinsicht sozialisierend wirkt. Donohew et al. haben 1999 beschrieben, wie sich Individuen, die diesen Typus vertreten, zu Gruppen und/oder Subkulturen zusammenschließen.

Das Bedürfnis nach sensationellen Erfahrungen wurde sowohl als Persönlichkeitsmerkmal erfasst als auch in einer umfassenden Theorie als Anteil der allgemeinen Aktiviertheit nach Reizaufnahme. 1984 legte Zuckerman ein biologisches Erklärungsmodell vor. In diesem repräsentieren die „Sensation-Seeker“ einen Typus kortikaler Unterregtheit, die mittels der von ihnen erstrebten Erfahrungen auf das adäquate Erregungsniveau gelangen wollen. Zuckerman nahm an, dass das physiologische Substrat dieser Variante im dopaminergen System zu finden ist. Er meinte, dass Individuen mit hoher Tendenz zur Sensationssuche relativ niedrige tonische Aktivitäten in den dopaminergen Systemen aufweisen und Drogen gebrauchen, um intensive und neuartige Stimulation zu erzielen, die die Aktivität in diesen Systemen erhöht. Auf Seite 134ff wurde dargestellt, dass das mesolimbische dopaminerge System dem zerebralen Belohnungssystem entspricht. Dieser Pfad wird durch bestimmte Aktivitäten bei sensationssuchenden Personen in gleicher Weise stimuliert wie durch Drogeneinnahme. Auch aus Tierexperimenten ist bekannt, dass Reizsuche und die Aufnahme bestimmter Drogen das gleiche dopaminerge System benutzen.

Sozialpsychologische Theorien In sozialpsychologischen Theorien wird der Einfluss der Umgebung auf die Ausprägung süchtigen Verhaltens festgeschrieben. Als Faktoren, die den Prozess der Suchtentwicklung einleiten und aufrecht erhalten gelten u.a.: gesellschaftliche Strukturen, sozioökonomische Bedingungen, Sozialisation, Schichtzugehörigkeit, Marginalisierung, Stigmatisierung, häusliches Milieu, Schulleistungen, Zukunftsperspektive. Die Prävalenz dieser Faktoren für ein späteres Suchtverhalten ist aber je nach Person verschieden und verhält sich nicht additiv. Bestimmend scheint ausserdem die Konstellation der Faktoren.

Der Risikofaktor „Intimes Netzwerk“ In einem komplexen lerntheoretischen Modell wird süchtiges Verhalten durch bestimmte Schlüsselsituationen ausgelöst und durch Wiederholung erworben. Schlüsselsituationen sind dabei vor allem die Beobachtung des Verhaltens von Vorbildern und Modellen und deren Nachahmung, wie z.B. der rauchenden Eltern, drogenkonsumierenden Gleichaltrigen, Werbung etc. Wird aus dem nachahmenden Verhalten Genuss gezogen, spricht einiges dafür, dass es in ähnlichen Situationen wiederholt wird. Der Gebrauch kann allmählich zur Gewöhnung und schließlich zur Abhängigkeit führen. Sucht ist die Fixierung auf ein Verhaltensmuster und damit Ausdruck unbefriedigter elementarerer materieller und psychosozialer Lebensbedürfnisse. Der Einstieg in den Suchtmittelkonsum erfolgt daher auch häufig durch Imitation eines Vorbildes, und zwar oft ohne ein originäres Konsumverlangen. Die lustvollen Zustände wirken in der Folge konsumverstärkend und lösen neuerlichen Konsum aus, wobei die durch Drogen erzeugte angenehme Stimmung zusätzlich als Verstärker wirkt. Die Begleitumstände des Konsums – etwa soziale Kontakte oder die Umgebung – können ebenfalls verstärkend wirken oder sogar ins Zentrum des Konsumerlebnisses rücken.

Bedeutung kommt den Lerntheorien außer beim Vorbildlernen vor allem im Zusammenhang mit dem Erziehungsstil der Eltern zu, der als Ursache für süchtiges Verhalten der Heranwachsenden diskutiert wird, wenn Eltern die Bedürfnisse ihrer Kinder nach Liebe und Zuwendung mit materieller Zuwendung beantworten, z.B. Süßigkeiten, und damit eine Verschiebung in der Bedürfnisstruktur hervorrufen. Auch eine Gefährdung durch fehlerhafte Erziehungsstile wird in der Literatur genannt, wobei besonders rigide Haltungen, Überliberalität oder Laissez-Faire, Overprotection hervorgehoben werden. Auch Anomiedruck wird als ätiologischer Faktor genannt. Darunter versteht man einen Zustand mangelnder individueller Anpassung an neue soziale Tatbestände durch Fehlen entsprechender sozialer Normen. Dabei kann es zu einer Destabilisierung der sozialen Beziehungen und spürbarer Zunahme abweichenden Verhaltens kommen. Derartige Verhältnisse bestehen in besonderer Weise in Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche.

Des Weiteren sind die massive Verführung zu Suchtmittelkonsum durch Leitbilder und die offene Werbung für Suchtmittel Basis für lerntheoretische Erklärungsmöglichkeiten der Suchtentstehung.

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. Aufgrund 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, Einfluss auf Öffnungs- und Abgabezeiten etc.) auch zu einer Steuerung des Konsumverhaltens kommen kann. Epidemiologische Forschung befasst



sich grundsätzlich mit den sozialen Faktoren, die die Nachfrage nach psychoaktiven Substanzen beeinflussen. Wie vorhin dargestellt, hat diese Theorie im aktuellen Diskurs um die Reduktion alkoholbezogener Schäden stark an Einfluss gewonnen.

Die Theorie von Lindesmith, eine soziologische Theorie der Abhängigkeit

Lindesmith } Bereits 1938 formulierte der amerikanische Soziologe *Lindesmith* Gedanken, die für manche seiner Fachkolleg/inn/en bis heute die einzige rein soziologische *Theorie der Abhängigkeit* – also nicht lediglich des Gebrauches – geblieben sind. *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/e Drogengebraucher/in 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/innen.

Becker } Außerdem hat *H.S. Becker* eine vergleichbare Theorie hinsichtlich der Entwicklung des Cannabisrauchens geliefert, indem er diese Sitte als so-

zialen Lernprozess beschrieb, in dem der Einfluss derer, die bereits über Erfahrungen mit der Droge verfügen, größte Bedeutung zukommt. Diese „Expert/inn/en“ 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.

Rollentheorie Der amerikanische Soziologe *Charles Winick* entwarf { Winick

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. 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. { Drogensubkultur

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 Pro-



test- und Fluchtbewegungen der späten 1960er und frühen 1970er 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 Theoretiker/inne/n der Subkultur, lässt heute diese Interpretation allerdings als fragwürdig erscheinen.

Eine weitere subkulturelle Theorie besagt, dass soziale Gruppierungen, die bereits aufgrund 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 ›

Environmentale Theorie

Set und Setting ›

Nach dieser Theorie sind Drogeneinnahme und Drogeneffekt mehr von *Set und Setting* – das heißt, der Erwartung und der Zielvorstellung, die auf seiten des/der Gebrauchers/Gebraucherin dem Drogenkonsum vorangeht und dem sozialen Kontext dieses Konsums – abhängig, als von jedem anderen Einfluss. Selbst die pharmakologischen Eigenschaften der Droge sollen demgegenüber relativ geringere 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.).

Ökonomische Theorien und die Anomietheorie

Nach der Auffassung bestimmter

Soziologen ist abweichender Drogengebrauch (d. h. der Gebrauch illegaler psychoaktiver Substanzen und 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 andern 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 angelegtes abweichendes Verhalten. Dadurch entstehen Muster von Abweichung, 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. { Merton

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 können, 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 fünfziger 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.

Hebdige } *Dick Hebdiges* Buch: *Subculture: the meaning of style* steht am Beginn einer neuen Interpretation der Entstehung und Bedeutung jugend-/subkultureller Entwicklungen. *Hebdige's* Zugang war auch hinsichtlich der Methodik interessant und neuartig. Er erweiterte den Raum der traditionellen soziologischen Interpretation und eröffnete einen Bezugsrahmen, der Kulturtheorie, Literatur und Literaturgeschichte ebenso einschloss, wie Strukturalismus, Semiotik und Politologie. In der Folge befassten sich die wissenschaftlichen Mitarbeiter/innen 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

smart drugs } das Interesse an *smart drugs* und an legalen stimulierenden Substanzen stieg in dieser Zeit deutlich an. Diese Auffassung, die einen positiven selbst-



regulierenden Wert in der Traditionsbildung der jugendlichen Subkulturen erkennt, scheint doch recht bedenkenswert.

Aus den Darstellungen der kulturalistischen Autor/inn/en 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/innen 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 Pop-Kultur und mit jenen Personen, die diese Kultur repräsentieren. Der Lebenswelt von Rockmusiker/inne/n kommt in diesem Kontext dadurch besondere Bedeutung zu, dass sich die Lebensbedingungen und damit auch die Wertvorstellungen der Jugendlichen in den letzten 30–40 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 (bedingtes) 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 zugrunde liegen.



Sucht als Krankheit

Der Behandlung der Alkohol- und Drogenabhängigkeit liegt das medizinische Verständnis, nach dem *Sucht als Krankheit* aufzufassen ist, zugrunde.

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 Suchtproblem es 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 anderen 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.

Weiters sollte das Behandlungsangebot nach dem *Prinzip der therapeutischen Kette* strukturiert sein. Das heißt, dass sowohl ambulante Betreuung, 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 / der Patientin von der einen zur andern therapeutischen Situation ohne Unterbrechung gewährleistet werden kann.

Prinzip der therapeutischen Kette

Die Behandlung der 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 / der Patientin 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

Behandlung der Cannabisabhängigkeit sowie des Cannabisentzugssyndroms

Auf Seite 99 wurde beschrieben, dass im letzten Jahrzehnt ein Umdenken hinsichtlich der Cannabis-Problematik zu erkennen ist. Nachdem die Kriterien des Krankheitsbildes Cannabis-Abhängigkeit identifiziert und breit publiziert worden waren, entstanden in der Folge Programme zur Behandlung dieses Krankheitsbildes. Derartige Programme haben in verschiedenen Ländern wie den USA, Polen, den Niederlanden, Großbritannien und Deutschland eine gewisse Verbreitung gefunden. Sie variieren hinsichtlich der zum Einsatz gebrachten Behandlungsstrategien und der Intensität der therapeutischen Intervention. In vielen Fällen handelt es sich um Versuche, verhaltensauffällige Jugendliche in Kontakt mit dem Behandlungs- und Betreuungssystem zu bringen. In den letzten zehn Jahren wurden in den USA und Australien aber auch kontrollierte psychotherapeutische Behandlungsstudien durchgeführt.

Wie auch bei anderen Suchtkrankheiten richtet sich die Behandlung auf die verschiedenen Manifestationen der Abhängigkeit und Phasen des Abhängigkeitsprozesses.

Behandlung des Entzugssyndroms Das Entzugssyndrom ist selten so schwer ausgeprägt, dass eine pharmakologische Behandlung oder gar eine stationäre Aufnahme notwendig wird. Im Allgemeinen reichen unspezifische allgemeinmedizinische, physikalische und pflegerische Maßnahmen einer qualifizierten Entzugssyndrombehandlung aus. Es wurde auch berichtet, dass Akupunktur beruhigend wirkt und die Entzugssymptome unspezifisch lindern kann. Treten anhaltende Schlafstörungen auf, kann eventuell eine kurzfristige Verordnung von Schlafmitteln notwendig werden.

Ambulante und stationäre Therapie Eine unkomplizierte Cannabisabhängigkeit wird im Allgemeinen ambulant behandelt.

Die Notwendigkeit einer qualifizierten stationären Behandlung richtet sich nach

- der Schwere des Entzugssyndroms
- der Rückfallgefährdung und der ambulanten Therapieresistenz

- der Schwere der komorbiden Störung
- der Schwere der Folgeschäden.

Manche Autoren empfehlen bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der häufig gravierenden psychischen und sozialen Dimension der Suchterkrankung auch im Sinne einer Frühintervention eine stationäre Behandlung.

Psychosoziale Interventionen Zur Behandlung cannabisabhängiger Erwachsener werden aufgrund der Evidenz der bisherigen Datenlage zur psychotherapeutischen Behandlung der Cannabisabhängigkeit Kurzinterventionen empfohlen, die eine Kombination aus motivationsverstärkenden und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen sowie individueller Beratung beinhalten. Zur spezifischen Behandlung Jugendlicher werden darüber hinaus auch milieu- und familientherapeutische Interventionen empfohlen. In einer Therapiestudie wurde eine signifikante Überlegenheit einer längeren Intervention beschrieben.

Die Effektivität einer Selbsthilfegruppe ist bisher nur in einer Studie explizit untersucht worden. In dieser Arbeit wurde die Wirksamkeit von 10 Sitzungen einer Selbsthilfegruppe, die inhaltlich an das 12-Schritte-Programm der *Anonymen Alkoholiker* angelehnt war, mit 10 Sitzungen einer störungsspezifischen kognitiven Verhaltenstherapie verglichen. Beide Interventionen waren ähnlich effektiv.

In den Behandlungsstudien wurde bislang psychiatrische Komorbidität (ca. 70%, insbesondere Persönlichkeitsstörungen, affektive Erkrankungen) nicht berücksichtigt. Patient/inn/en, die an einer behandlungsbedürftigen psychiatrischen komorbiden Störung leiden, wurden in den bisherigen Untersuchungen in der Absicht, zunächst spezifisch auf die Cannabisabhängigkeit ausgerichtete Interventionen zu überprüfen, bewusst ausgeklammert. Für die Zukunft wird diskutiert, ob sich nicht möglicherweise die Abstinenzraten und die Lebensqualität auch durch ein gezieltes und frequentes Nachsorgeprogramm einschließlich psychoedukativer Maßnahmen optimieren lassen.

Suchttherapeutische Zielvorstellungen

In der Behandlung von Personen, die von illegalisierten Drogen abhängig geworden sind, lassen sich grundsätzlich



zwei Ansätze unterscheiden. Der eine orientiert sich an der totalen Drogenabstinenz als therapeutisches 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 hochgesteckte 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 Patient/inn/en, 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 Patient/inn/en infrage, 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 Patient/inn/en recht lange ist. Es gibt Einrichtungen, die *mittelfristige Behandlung* anbieten, die dann etwa 6–8 Monate dauert, und solche, die das Prinzip der *Langzeitbehandlung* verfechten. In diesen kann die Aufenthaltsdauer dann oft auch 1 bis 2 Jahre betragen. Im Allgemeinen wird in diesen Einrichtungen daran gearbeitet, den Patient/inn/en 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

mittelfristige Behandlung }>

Langzeitbehandlung }>

auch arbeitstherapeutische Methoden ein und geben den Patient/inn/en Hilfestellungen für berufliche Ausbildungen und Umschulungen.

Die Patient/inn/en, 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 Patient/inn/en, 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 infrage 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 / die Partnerin 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 Medikaments *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 5–10 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. Wei-


⌋ Antabus



ters werden Atembeschwerden, Übelkeit und Erbrechen, Schmerzen in der Brust, Schwindel, Blutdruckabfall, Schwäche, kurzfristige Bewusstlosigkeit (*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/die alkoholranke Patient/in mit diesen Symptomen vertraut gemacht wird und dass er/sie dann die Substanz täglich zu sich nehmen muss. Will er /siedem Azetaldehyd-Syndrom entgehen, muss er/sie auf Alkohol verzichten.

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

Substitutionsbehandlung Als arzneimittel-gestützte Methode gilt auch die *Substitutionsbehandlung* für Opiatabhängige, die darauf abzielt, injizierende Opiatkonsument/inn/en „von der Nadel wegzubringen“ und sie auf die Einnahme einer individuellen Minimaldosis eines legal erhältlichen Opiats oder Ersatzmittels in trinkbarer Form umzustellen. Für diese Behandlung stehen derzeit drei Substanzen zur Verfügung: Methadon, verzögert freigesetzte Morphinpräparate und Buprenorphin. Die Art und Weise dieser Behandlung ist von seiten des Bundesministeriums für Gesundheit auf dem Erlassweg geregelt worden. Es bestehen Richtlinien, welche Patient/inn/en für diese Methode infrage kommen und wie die Verordnung und Abgabe der Ersatzdroge vor sich gehen soll. Prinzipiell kommen nur Suchtkranke in den Genuss der Substitutionsbehandlung, die bereits längerfristig gesichert opiatabhängig sind und drogenfreie Therapieversuche erfolglos hinter sich gebracht haben. Bevorzugt wurden außerdem anfänglich 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 wie auch Hilfestellungen in sozialen Belangen: bei der Arbeitssuche, bei Schuldenregulierungen, beim Umgang mit Behörden.

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/einer 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 Drogengebraucher/inne/n 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




niedrigschwellige Beratungs-
und Behandlungsangebote }

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/innen 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 werden nunmehr *niedrigschwellige Beratungs- und Behandlungsangebote* entwickelt, die den/die Abhängige/n 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 *Nadeltausch* 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.

Alles in allem wurde es möglich, in größerem Umfang als bisher, nicht direkt abstinenzierte Behandlungsmethoden zur Anwendung zu bringen, deren wichtigste die vorhin beschriebene *Substitutionsbehandlung* für Opiatabhängige ist.

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/der 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/der 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 Grundvorausset-



zung 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.

Ebenfalls aufgrund internationaler Erfahrungen ist aber auch anzunehmen, dass ein recht hoher Prozentsatz der Klient/inn/en der Substitution sich nicht aus der Abhängigkeit lösen kann und über lange Zeiträume, wenn nicht lebenslang, der medizinischen Opiatverschreibung bedarf.

In der aktuellen Behandlung der *Tabakabhängigkeit* kommen ebenfalls sowohl abstinenzorientierte wie auch schadensbegrenzende Überlegungen zum Tragen. Zum einen wird versucht, die Raucher/innen 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 Klient/inn/en 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, entwöhnungswillige Raucher/innen Selbstkontrollmethoden zur Bewältigung des Rauchverhaltens wie auch zur Rückfallsvermeidung zu vermitteln. Raucher/innen sollen sozusagen lernen, ihre eigenen „Therapeut/inn/en“ zu werden. Zur Palette des Therapieangebotes gehört darüber hinaus die Verwendung einer ursprünglich als Antidepressivum vermarkteten Substanz, die bei dem/der Abhängigen die Begierde nach Nikotin beschränken kann (*Anticraving-Substanz*). Auch ein Impfstoff auf der Basis eines Nikotin-spezifischen Antigens wird erprobt.

Tabakabhängigkeit

Multi-Komponententherapie



Biologische

Therapiemethoden

Experimente mit dem CB1-Cannabinoid-Rezeptor-Antagonisten (SR141716) haben das Ergebnis erbracht, dass mit dieser Substanz sowohl die Euphorie als auch die substanzbedingte Tachykardie von gesunden Probanden während der Cannabisintoxikation reduziert werden kann. Die Proband/inn/en berichteten von einer Abnahme des „high“ um 50 bis 75 Prozent. Möglicherweise könnte diese Substanz pharmakologisch zur Rückfallprophylaxe eingesetzt werden, analog dem antagonistischen Konzept bei der Behandlung von Opiatabhängigen. Kontrollierte Studien zur Pharmakotherapie der Cannabisabhängigkeit gibt es weltweit bisher nicht. Vielleicht ergeben sich aus Studien mit Cannabisrezeptorantagonisten hilfreiche Therapieansätze.

Pharmakokinetische Behandlung Eine pharmakokinetisch ausgerichtete Behandlung kann sich verschiedener Mechanismen bedienen: sie kann wirken, indem sie a) verhindert, dass eine Droge ins Gehirn übertritt oder b) den Abbau der Droge so verändert oder beschleunigt, dass sie nicht wirksam werden kann. Letzteres kann entweder durch direkte Beeinflussung der am Abbau beteiligten Enzyme erfolgen oder durch Immunisierung.

In den USA und England wird an der Entwicklung einer Immunotherapie der Abhängigkeitskrankheiten gearbeitet. In den USA werden diese Bemühungen vom National Institute on Drug Abuse (NIDA) gefördert. Diese neuen Behandlungskonzepte bauen darauf auf, dass Produkte in den Körper eingebracht werden, um eine Immunreaktion auszulösen, die entweder als aktive Immunisierung (Impfung) oder als passive Immunisierung (Bildung monoklonaler Antikörper) ablaufen kann. Derartige Immunotherapien werden derzeit gegen die Effekte von Kokain, Metamphetamin, Phenzyklidin (PCP) und Nikotin entwickelt und erprobt.

Als erste haben Kim Janda und Rosio Carrera im Scripps Research Institute in La Jolla, Kalifornien einen Impfstoff gegen Kokain entwickelt, der im Tierversuch das Immunsystem der Tiere in die Lage setzen soll, die Droge zu neutralisieren. Die Immuntherapie nutzt dabei das natürliche Verteidigungssystem der Antikörper. Es wurde eine Methode entwickelt, die im Blut über einige Wochen hinweg in einem Prozess aktiver Immunisierung spezifische Antikörper als effiziente Impfstoffe gegen die Droge entwickelt

Diese Antikörper verhindern dann, dass das Kokain die Blut-Liquor Schranke überwindet, seine Rezeptorenwirkung und seine Wirkung im Belohnungszentrum ausübt. Wird nach dieser aktiven Immunisierung Crack geraucht oder Kokain geschnupft, dann baut das Immunsystem die Droge ab und diese kommt nicht oder in sehr abgeschwächter Weise zur Wirkung. Ungefähr zwei Monate hält die Schutzimpfung bisher vor.

Entsprechende Impfstoffe werden von der pharmazeutischen Industrie erprobt und könnten in nächster Zukunft bereits auf den Markt gebracht werden. So hat zum Beispiel die britische Erzeugerfirma für biotechnische Produkte Xenova in Versuchen mit einer Anti-Kokain-Impfung festgestellt, dass 58% der Versuchsklient/inn/en bei einer Kontrolluntersuchung, die drei Monate nach der Impfung stattfand, kokainfrei waren.

Janda's Forschungsteam hat auch einen Antikörper entwickelt, der, wenn man ihn ausreichend hoch dosiert verabreicht, die toxischen Effekte einer Kokain-Überdosierung reduziert.

Hinsichtlich der Nikotinabhängigkeit konnte im Tierversuch konnte beobachtet werden, dass auf dem Wege aktiver Immunisierung nikotin-spezifische Antikörper produziert werden können, die das Nikotin im arteriellen Blut binden, und die Konzentration ungebundenen Nikotins ebenso reduzieren, wie die Anflutung und Verteilung des Nikotins im Gehirn.

Präventive Impfungen? In England wurde von einem Expert/inn/enkomitee ein nationales Impfschema gegen Drogen entwickelt. Es wird diskutiert, ob es nicht möglich und sinnvoll wäre, Kinder, die das Risiko haben von Tabak oder anderen Drogen abhängig zu werden, präventiv zu impfen. Man stellt sich dabei vor, dass aktive Immunisierung dazu beitragen kann, dass im Erwachsenenalter keine Euphorie beim Konsum von Kokain oder Heroin auftritt und deshalb die Nachfrage nach derartigen Substanzen entscheidend reduzieren helfen kann. Im Fall der Nikotinabhängigkeit erwartet man sich, dass aktive Immunisierung dazu beitragen kann, Rückfälle zu vermeiden.

Neben der Impfung von Kindern und Jugendlichen wird auch die Immunisierung von Personen in bestimmten Risikosituationen, wie etwa von Schwangeren, erwogen. Die ethische, menschenrechtliche, demokratiepolitischen und pädagogische Problematik, die derartige Vorhaben mit sich bringen, sind bislang noch nicht ausführlich diskutiert worden.



Selbsteilung 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 Selbsteilung, 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 Klient/inn/en dann in der Altersgruppe der 35 bis 45-Jährigen. Die Selbsteilungstendenz 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.

Auswahl aus
den benutzten Materialien

- Babor, Th.** und **Ma.** *Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut*. Göttingen: Hogrefe, 2005
- Bandura, A.** *Social cognitive theory of personality*. In: Pervin, L.A. und John, O.P. (Hg.). *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
- Beubler E.; Haltmayer, J.; Springer, A. (Hg.)** *Opiatabhängigkeit*. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Wien: Springer, 2003
- Bieri, P.** *Unser Wille ist frei*. Der Spiegel, Nr. 2, 2005. S. 124–125
- Bonnet, U.** und **Scherbaum, N.** *Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit*. Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 48 vom 2. 12. 2005. S. A-3334
- Böning, J.** *Warum muss es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Psychopathologische Empirie und neurobiologischer Zugang*. In: Trabert, W. und Ziegler, B. (Hg.). *Psychiatrie und Zeitgeist*. München: Profil, 1994. S. 53–64
- Böning, J.** *Warum muss es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente*. Sucht 40, 1996. S. 244–252
- Böning, J.** *Stellungnahme zu den kritischen Anmerkungen zum Konstrukt „Suchtgedächtnis“*. Sucht 46, 2000. S. 281–283,
- Brosch, R.** und **Juhnke, G. (Hg.)** *Jugend und Sucht*. Wien: Orac, 1995
- Compton, D.R.; Dewey, W.L.; Martin, B.R.** *Cannabis dependence and tolerance production*. Advances in Alcohol and Substance Abuse. 1990. 9: S. 129–147
- Crowley, T.J.; Macdonald, M.J.; Whitmore, E.A.; Mikulich, S.K.** *Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcing effects among adolescents*. In: Bühringer, G. *Drogenabhängig*. Freiburg im Breisgau: Herder, 1992
- Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ).** *Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*. Rote Reihe, 2005
- Dickerson, T.J.** und **Janda, K.D.** *Recent Advances for the Treatment of Cocaine Abuse: Central Nervous System Immunopharmacotherapy*. AAPS Journal. 2005. 07(03): S. 579–586
- Edwards, G.** und **Ma.** *Alcohol policy and the public good*. Oxford: Oxford Univ. Press, 1994. Deutsche Version: Enke-Verlag, 1995

Ezzati, M. und Ma. *Selected major risk factors and global and regional burden of disease.* Lancet 360, 2002. S.1347–1360

Feuerlein, W. (Hg.) *Theorie der Sucht.* Berlin: Springer, 1986

Freitag, M. und Hurrelmann, K. (Hg.) *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. (Hg.) *Preventing Adolescent Drug Use: From Theory to Practice.* OSAP Prevention Monograph – 8. Rockville, 1991

Gutzwiller, F.; Wydler, H.; Stähli, R. *Grundlagen der Suchtprävention. und Ziele und Aufgaben der Suchtprävention.* Beide in: Uchtenhagen, A. und Zieglgänsberger, W. (Hg.). Op. cit. Kap. 6, S. 235–250

Hafen, M. *Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen.* Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 2005

Hebdige, D. *Subculture. The Meaning of Style.* London: Methuen, 1979

Hnasko, T.S.; Sotak, B.N.; Palmiter, R.D. *Morphine reward in dopamine-deficient mice.* Nature, 438, 2005. S. 854–857

Institut Suchtprävention Linz (Hg.) *Vom Gebrauch der Drogen.* Gesellschafts- und sozialpolitische Texte, Nr 15, Linz, 2005

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. (Hg.). *Drogenabhängigkeit. Ursachen und Verlaufsformen.* Weinheim: Beltz, 1983

Keup, W. (Hg.) *Biologie der Sucht.* Berlin: Springer, 1985

Künzel-Böhmer, J.; Bühringer, G.; 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.; Wallenstein Pearson, H. *Theories on Drug Abuse. Selected Contemporary Perspectives.* NIDA Research Monograph, 30, Rockvill, 1980

Lindesmith, A.R. *Addiction and Opiates.* Chicago: Aldine, 1972

Lorion, R.P.; Bussell, D.; Goldberg, R. *Identification of Youth at High Risk*



for Alcohol and Other Drug Problems. In: Goplerud, E.N. (Hg.). *OSAP Prevention Monograph*, 8. Op. cit. S. 127–181

Miotto, K. und **Roth, B.** *GHB withdrawal syndrome*. Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse. 2001

Müller, R. *Gesundheitserziehung in der Schule*. Drogalkohol, Jg. 4., Nr. 1, 1980

Müller, R. *Die Wirksamkeit der Drogenerziehung*. Wr. Z. für Suchtforschung, Jg. 5, 1982

Rado, S. *The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction)*. Psychoanalytic Quarterly, Vol. 2, 1933. S. 1–23

Redhead, St. (Hg.) *Rave Off. Politics and Deviance in Contemporary Youth Culture*. London: Routledge, 1993

Rehn, N.; Room, R.; Edwards, Gr. *Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies*. WHO Regional office for Europe, 2001

Rocío, M.; Carrera, A.; Ashley, J.A.; Wirsching, P.; Koob, A.; Janda, K.D. *A second-generation vaccine protects against the psychoactive effects of cocaine*. PNAS, 13, 2001. Vol. 98, No. 4, 1988–1992

Schaps, E. und **Battistich, V.** *Promoting Health Development Through School-Based Prevention*. In: Goplerud, E.N. (Hg.). *OSAP Prevention Monograph*, 8. Op. cit. S. 127–181

Schur, E. M. *Crimes Without Victims*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall, 1965

Springer, A. *Jugendkultur und Drogengebrauch*. In: Brosch, R. und Juhnke, G. (Hg.). *Jugend und Sucht*. Wien: Orac, 1995

Springer, A. *Die Bedeutung der Tiefenpsychologie für den Umgang mit den modernen Suchtphänomenen*. In: Ladewig, D. (Hg.) *Drogen und Alkohol*. Lausanne: ISPA-Press, 1986

Springer, A.; Uhl, A.; Hahn, M.; Tebbich, H.; Kopf, N.; Zentner, M.; Kobrna, U. *Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen*. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 24, Nr. 3–4, 2001. S. 17–44

Springer, A. *Pleasure and death-deadly pleasures*. In: Brosch, R. und Mader, R. (Hg.). *Sucht und Suchtbehandlung. Problematik und Therapie in Österreich*. Wien: LexisNexis, 2004

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

Tagungsbericht AKIS-Tagung. *Jugend und Alkohol*. Wien: AKIS, 2004

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

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

Tretter, F. *Anmerkungen zum Konstrukt „Suchtgedächtnis“*. *Sucht*, 46, 2000. S. 276–280

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

Uhl, A. und Springer, A. *Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leit-bildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention*. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, 2002

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

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

Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences and Educati-on; Board on Health Promotion and Disease Prevention; Board on Neuroscience and Behavioral Health; Institute of Medicine. *New Treatments for Addiction: Behavioral, Ethical, Legal and Social Questions*. 2004

United Nations Publications. *Resource Book on Measures to Reduce Il-licit 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



COST A6 (Aktion der Europäischen Kommission)

EMCDDA (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht)

Pompidou-Group des Europarates

WHO-Regional Office for Europe (Weltgesundheitsorganisation –
WHO-Regionalbüro für Europa)



Europäische Charta Alkohol 1995


Ethische Prinzipien und Ziele

Zur Förderung des Europäischen Aktionsplans „Alkohol“ fordert die Konferenz von Paris alle Mitgliedstaaten auf, umfassende alkoholpolitische Konzepte zu erarbeiten und Programme umzusetzen, die – unter Berücksichtigung der unterschiedlichen kulturellen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten – den folgenden ethischen Prinzipien und Zielen Ausdruck verleihen, wobei davon ausgegangen wird, dass aus diesem Dokument keine Rechtsansprüche hergeleitet werden können.

- 1. Alle Bürger haben das Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.
- 2. Alle Bürger haben das Recht auf korrekte, unparteiische Information und Aufklärung – von früher Jugend an – über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, die Familie und die Gesellschaft.
- 3. Alle Kinder und Jugendlichen haben das Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Folgen des Alkoholkonsums und soweit wie möglich vor Alkoholwerbung geschützt werden.
- 4. Alle alkoholgefährdeten oder alkoholgeschädigten Bürger und ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.
- 5. Alle Bürger, die keinen Alkohol trinken möchten oder die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen keinen Alkohol trinken dürfen, haben das Recht, keinem Druck zum Alkoholkonsum ausgesetzt zu werden und in ihrem abstinenten Verhalten bestärkt zu werden.

Zehn Strategien für alkoholbezogene Maßnahmen

Untersuchungen und Erfolgsmeldungen in den Ländern lassen erkennen, dass ein signifikanter gesundheitlicher und wirtschaftlicher Nutzen für die Europäische Region erzielt werden kann, wenn in Hinsicht auf die Verwirklichung der vorstehend genannten ethischen Prinzipien und Ziele bei alkoholbezogenen Maßnahmen die folgenden zehn Gesundheitsförderungs-Strategien in Einklang mit den unterschiedlichen kulturellen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten in jedem Mitgliedstaat umgesetzt werden.

- 
- 1. Information der Bürger – von früher Jugend an im Rahmen von Aufklärungsprogrammen – über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, Familie und Gesellschaft und über wirkungsvolle Maßnahmen, die zur Vorbeugung oder weitestgehenden Minderung von Schäden ergriffen werden können.
 - 2. Förderung eines vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschützten öffentlichen, privaten und beruflichen Umfelds.
 - 3. Erlass und Durchführung von wirkungsvollen Gesetzen gegen Alkohol im Straßenverkehr.
 - 4. Gesundheitsförderung durch Einschränkung der Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken, z.B. für Jugendliche, und durch Einwirkung auf ihren Preis, beispielsweise über die Steuern.
 - 5. In Anbetracht der in einigen Ländern bereits bestehenden Beschränkungen oder Werbeverbote strikte Regeln für die direkte und indirekte Werbung für alkoholische Getränke und Sicherstellung, dass sich keine Form der Werbung spezifisch an Jugendliche richtet, beispielsweise durch eine Verbindung von Alkohol und Sportsausübung.
 - 6. Für alkoholgefährdete oder alkoholgeschädigte Personen und ihre Familienangehörigen Sicherstellung des Zugangs zu effizienten Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen mit geschultem Personal.
 - 7. Förderung des ethischen und rechtlichen Verantwortungsbewusstseins derjenigen, die für die Vermarktung oder den Ausschank von alkoholischen Getränken zuständig sind, Gewährleistung von strikten Kontrollen der Produktsicherheit und Umsetzung angemessener Massnahmen gegen illegale Alkoholherstellung und illegalen Verkauf.
 - 8. Durch Schulungsmassnahmen für Fachkräfte in verschiedenen Sektoren – beispielsweise im Gesundheits-, Sozial-, Erziehungs- und Rechtswesen – sowie durch Stärkung der Entwicklung und Initiative im Gemeindeframework bessere Befähigung der Gesellschaft, mit Alkohol umzugehen.
 - 9. Unterstützung von nichtstaatlichen Organisationen und Selbsthilfeinitiativen, die gesunde Lebensweisen fördern, speziell solcher, die die Prävention oder Reduzierung von alkoholbedingten Schäden zum Ziel haben.
 - 10. Formulierung von breit gefächerten Programmen in den Mitgliedstaaten, unter Berücksichtigung der vorliegenden Europäischen Charta Alko-



hol; Vorgabe klarer Ziele und Ergebnisindikatoren; Fortschrittsmessung sowie regelmäßige Aktualisierung von Programmen auf der Grundlage einer Evaluierung.

Erklärung über Jugend und Alkohol

2001 *Die von den Mitgliedstaaten 1995 verabschiedete Europäische Charta Alkohol beschreibt die Leitprinzipien und Zielvorgaben zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit und des Wohlergehens aller Bürger in der Region. Die vorliegende Erklärung zielt darauf ab, Kinder und junge Menschen davor zu schützen, einem Druck zum Alkoholkonsum ausgesetzt zu werden, sowie auf eine Minderung des ihnen direkt oder indirekt durch Alkohol zugefügten Schadens. Die Erklärung bekräftigt die fünf Prinzipien der Europäischen Charta Alkohol.*

- Alle Bürger haben das Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.
- Alle Bürger haben das Recht auf korrekte, unparteiische Information und Aufklärung – von früher Jugend an – über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, die Familie und die Gesellschaft.
- Alle Kinder und Jugendlichen haben das Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Folgen des Alkoholkonsums und so weit wie möglich vor Alkoholwerbung geschützt werden.
- Alle alkoholgefährdeten oder alkoholgeschädigten Bürger und ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.
- Alle Bürger, die keinen Alkohol trinken möchten oder die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen keinen Alkohol trinken dürfen, haben das Recht, keinem Druck zum Alkoholkonsum ausgesetzt zu werden und in ihrem abstinenten Verhalten bestärkt zu werden.

Begründung Gesundheit und Wohlergehen sind ein grundlegendes Recht jedes Menschen. Schutz und Förderung der Gesundheit und des Wohlergehens von Kindern und Jugendlichen sind ein zentrales Anliegen der Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes und ein wesentlicher Teil des WHO-Rahmenkonzepts *Gesundheit21* sowie der Mission von

UNICEF. In Bezug auf Jugendliche und Alkohol identifiziert der Europäische Aktionsplan Alkohol (2000–2005) der WHO die Notwendigkeit, im häuslichen Bereich, in Bildungseinrichtungen, am Arbeitsplatz und in der örtlichen Gemeinschaft ein unterstützendes Umfeld zu bieten, um Jugendliche vor einem Druck zum Alkoholkonsum zu schützen und die vielfältigen alkoholbedingten Schäden zu verringern. Ferner bietet sich demnächst eine wichtige Gelegenheit, den Fragenkomplex Jugend und Alkohol auf die politische Agenda zu bringen, da sich die Regierungen weltweit auf die Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen zum Thema Kinder vorbereiten, die im September 2001 stattfindet und für die UNICEF die Sekretariatsfunktion wahrnimmt.

Das Lebensumfeld der Jugendlichen

Die Globalisierung der Medien und Märkte prägt die Ansichten, Entscheidungen und Verhaltensweisen der Jugend immer stärker. Viele Jugendliche haben heute zwar mehr Möglichkeiten und verfügen über mehr finanzielle Mittel, sind aber durch die (aggressiver gewordenen) Verkaufsmethoden und Marketingtechniken für Verbrauchsgüter und potenziell schädliche Substanzen wie Alkohol stärker gefährdet. Gleichzeitig hat die vorherrschende freie Marktwirtschaft die existierenden Public-Health-Sicherheitsnetze in vielen Ländern durchlässig gemacht und die sozialen Strukturen für junge Menschen geschwächt. Der rasche soziale und wirtschaftliche Wandel, Bürgerkonflikte, Armut, Obdachlosigkeit und Isolation haben die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Alkohol und Drogen eine größere und destruktive Rolle im Leben vieler junger Menschen spielen.

Trends der Trinkgewohnheiten

Die Haupttrends der Trinkgewohnheiten junger Menschen sind: zunehmende Alkoholerfahrungen unter Kindern und stärkere Verbreitung von mit hohen Risiken verbundenem Trinkverhalten wie z.B. „Besäufnisse“ (Binge Drinking) und Rauscherfahrungen, vor allem unter Heranwachsenden und jungen Erwachsenen, sowie Mix von Alkohol mit anderen psychotropen Substanzen (Mehrfachdrogenkonsum). Unter Jugendlichen gibt es eindeutige Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen.



Die Kosten des Alkoholkonsums von Jugendlichen

Jugendliche sind stärker gefährdet, körperliche, emotionale und soziale Schäden aufgrund ihres eigenen Alkoholkonsums oder wegen des Alkoholkonsums Dritter zu erleiden. Zwischen riskantem Trinkverhalten und Gewalt, riskantem Sexualverhalten, Verkehrs- und sonstigen Unfällen, dauerhaften Behinderungen sowie Todesfällen besteht ein enger Zusammenhang. Die gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Kosten von alkoholbedingten Problemen unter Jugendlichen belasten die Gesellschaft erheblich.

Public Health

Die Gesundheit und das Wohlergehen vieler Jugendlicher in der heutigen Zeit sind ernsthaft durch den Konsum von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen gefährdet. Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit ist die Botschaft klar: Beim Alkoholkonsum gibt es keine wissenschaftlichen Belege dafür, welche Menge als risikolos angesehen werden kann – vor allem nicht für Kinder und junge Heranwachsende, die die am meisten gefährdeten Gruppen darstellen. Viele Kinder werden auch Opfer des Alkoholkonsums anderer Menschen, vor allem anderer Familienmitglieder – das Resultat ist familiäre Zerrüttung, wirtschaftliche und emotionale Armut, Vernachlässigung, Missbrauch, Gewalt und verpasste Gelegenheiten. Public-Health-Konzepte in Bezug auf Alkohol müssen im Interesse der öffentlichen Gesundheit formuliert werden, ohne dass kommerzielles Interesse dabei eine Rolle spielt. Anlass zu großer Besorgnis geben die Bemühungen der Alkoholindustrie und des Gastgewerbes, Sport und Jugendkultur durch extensive Förderung und Sponsorentum zu kommerzialisieren.

Erklärung

Mit dieser Erklärung fordern wir die Teilnehmer der Europäischen ministeriellen Konferenz der WHO über Jugend und Alkohol, alle Mitgliedstaaten, zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen sowie andere Interessenvertreter auf, aktiv für die Gesundheit und das Wohlbefinden junger Menschen einzutreten und darin zu investieren, um für diese eine gute Lebensqualität und eine verheißungsvolle Zukunft im Arbeitsleben, bei der Freizeitgestaltung, im Familien- und Gesellschaftsleben sicherzustellen.

Auf junge Menschen ausgerichtete alkoholpolitische Konzepte sollten Bestandteil einer breiteren gesellschaftlichen Reaktion sein, da der Alkoholkonsum Jugendlicher weitgehend die Einstellung und das Verhalten der Erwachsenen widerspiegelt. Jugendliche sind eine Ressource und können konstruktiv zur Lösung alkoholbedingter Probleme beitragen.

Als Ergänzung der breiteren gesellschaftlichen Reaktion – wie in dem Europäischen Aktionsplan Alkohol (2000–2005) ausgeführt – ist es jetzt erforderlich, spezifische Ziele, Grundsätze und unterstützende Maßnahmen für junge Menschen vorzusehen. Die Mitgliedstaaten werden, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen kulturellen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Gegebenheiten:

1. Die folgenden Ziele vorgeben, die bis zum Jahr 2006 erreicht werden sollen

- die Zahl Jugendlicher, die mit dem Alkoholkonsum beginnen, wesentlich verringern;
- erreichen, dass Jugendliche erst in einem späteren Alter beginnen, Alkohol zu trinken;
- die Verbreitung und Häufigkeit von mit hohen Risiken verbundenen Trinkgewohnheiten unter jungen Menschen, vor allem unter Heranwachsenden und jungen Erwachsenen, wesentlich verringern;
- sinnvolle Alternativen zum Alkohol- und Drogenkonsum bieten und/oder ausweiten und Personen, die mit jungen Menschen zusammenarbeiten, besser aus- und fortbilden;
- Jugendliche in jugendbezogene Programme, insbesondere in Bezug auf Alkoholfragen, stärker einbeziehen;
- Jugendliche über Alkohol besser aufklären;
- den auf Jugendliche ausgeübten Druck zum Trinken minimieren, das gilt insbesondere in Hinsicht auf die Alkoholverkaufsförderung, den Gratisauschank, die Werbung, das Sponsoring und die Verfügbarkeit von Alkohol, mit speziellem Akzent auf besonderen Events;
- Maßnahmen gegen den illegalen Verkauf von Alkohol unterstützen;
- den Zugang zu Gesundheits- und Beratungsdiensten sicherstellen und/oder verbessern, speziell für Jugendliche mit Alkoholproblemen und/oder alkoholabhängigen Eltern oder Familienangehörigen;




-- alkoholbedingte Schäden, insbesondere Unfälle, Überfälle und Gewalttätigkeiten mit speziellem Blick auf Jugendliche wesentlich reduzieren.

2. In vier großen Bereichen ein Bündel von wirkungsvollen alkoholpolitischen Maßnahmen fördern

Schutz Die Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Heranwachsenden vor Alkoholwerbung und Sponsoring verstärken. Sicherstellen, dass die Hersteller Kinder und Heranwachsende nicht zur Zielgruppe für Alkoholprodukte machen. Die Verfügbarkeit von Alkohol steuern, indem man Fragen wie den Zugang zu Alkohol, ein Mindestalter und wirtschaftliche Maßnahmen, u.a. Preisgestaltung, die den Alkoholkonsum Minderjähriger beeinflussen, aufgreift. Schutz und Unterstützung für Kinder und Heranwachsende bieten, deren Eltern und Familienangehörige alkoholabhängig sind oder die sonstige alkoholbedingte Probleme haben.

Aufklärung Insbesondere unter jungen Menschen das Bewusstsein über die Auswirkungen des Alkohols schärfen. Gesundheitsförderungsprogramme erarbeiten, die auch auf Alkoholfragen in Settings wie Bildungseinrichtungen, Arbeitsplatz, Jugendorganisationen und Gemeindeeinrichtungen eingehen. Diese Programme sollen Eltern, Lehrer, Peers und für Jugendliche Zuständige befähigen, jungen Menschen zu helfen, Lebensfertigkeiten zu erwerben und zu praktizieren, und die Themen sozialer Druck und Risikomanagement aufgreifen. Außerdem sollen Jugendliche befähigt werden, als wichtige Mitglieder der Gesellschaft Verantwortung zu übernehmen. Stützendes Umfeld: Die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Alternativen zur Trinkkultur unterstützt und gefördert werden. Die Rolle der Familie hinsichtlich der Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens junger Menschen stärken und fördern. Sicherstellen, dass Schulen und, nach Möglichkeit, andere Bildungseinrichtungen alkoholfrei sind.

Schadensminderung Das Bewusstsein über die negativen Folgen des Trinkens für den Einzelnen, die Familie und die Gesellschaft verbessern. An Orten, an denen getrunken wird, das für den Ausschank von Alkohol zuständige Personal entsprechend schulen und Regelungen vorsehen/durch-



setzen, die den Verkauf von Alkohol an Minderjährige und betrunkene Personen untersagen. Promillegrenzen und Strafen für Fahren unter Alkoholeinfluss vorsehen. Geeignete Gesundheits- und Sozialdienste für Jugendliche bieten, die aufgrund des Alkoholkonsums von Dritten bzw. aufgrund ihres eigenen Alkoholkonsums Probleme haben.

3. Einen breiten Prozess zur Umsetzung der Strategien und Erreichung der Ziele etablieren:

- Politisches Engagement erreichen durch Entwicklung von umfassenden landes-weiten Plänen und Strategien – unter Einbeziehung junger Menschen – mit dem Ziel, den Alkoholkonsum und alkoholbedingte Schäden zu verringern, insbesondere in den verschiedenen Kategorien der jugendlichen Bevölkerung, und (mit Jugendlichen) die diesbezüglichen Fortschritte evaluieren.
- Entwicklung von Partnerschaften, insbesondere mit jungen Menschen, durch geeignete Netzwerke auf lokaler Ebene. Betrachtung junger Menschen als Ressource und Förderung von Möglichkeiten für Jugendliche, an Entscheidungen, die ihr Leben betreffen, mitzuwirken. Ein spezieller Akzent sollte auf die Verringerung von Ungleichheiten, insbesondere in gesundheitlicher Hinsicht, gelegt werden.
- Entwicklung eines umfassenden Ansatzes zur Behandlung der sozialen und gesundheitlichen Probleme junger Menschen im Zusammenhang mit Alkohol, Tabak, Drogen und verwandten Problemen. Förderung eines intersektoralen Ansatzes auf nationaler und lokaler Ebene, um eine nachhaltige und effizientere Politik sicherzustellen. Bei den Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens junger Menschen Berücksichtigung ihres unterschiedlichen sozialen und kulturellen Hintergrunds, das gilt insbesondere für Gruppen mit speziellen Bedürfnissen.
- Stärkung der internationalen Zusammenarbeit unter Mitgliedstaaten. Viele politische Maßnahmen müssen auf internationaler Ebene verstärkt werden, um volle Wirkung zu haben.
- Die WHO übernimmt eine führende Rolle durch Aufbau geeigneter Partnerschaften und durch Inanspruchnahme ihrer Kooperationsnetze in der gesamten Europäischen Region. In dieser Hinsicht ist die Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission von besonderer Relevanz.



-- Das WHO-Regionalbüro wird – über sein Europäisches Alkohol-Informationssystem – den Verlauf der Entwicklung in der Europäischen Region hinsichtlich der Erreichung der in dieser Erklärung enthaltenen Verpflichtungen beobachten, (unter Einbindung von Jugendlichen) evaluieren und darüber berichten.

The Charter Against Tobacco 1988

Fresh air free from tobacco smoke is an essential component of the right to a healthy and unpolluted environment.

Every child and adolescent has the right to be protected from all tobacco promotion and to receive all necessary educational and other help to resist the temptation to start using tobacco in any form.

All citizens have the right to smoke-free air in enclosed public places and transport.

Every worker has the right to breathe air in the workplace that is unpolluted by tobacco smoke.


Every smoker has the right to receive encouragement and help to overcome the habit.

Each citizen has the right to be informed of the unparalleled health risks of tobacco use.

To make it possible for every person in Europe to enjoy the rights set out in the Charter, the Conference participants recommended ten strategies to be followed.

Ten strategies for a smoke-free Europe

- 1. Recognize and maintain people's right to choose a smoke-free life.
- 2. Establish in law the right to smoke-free common environments.
- 3. Outlaw the advertising and promotion of tobacco products and sponsorship by the tobacco industry.
- 4. Inform every member of the community of the danger of tobacco use and the magnitude of the pandemic.
- 5. Assure the wide availability of help for tobacco users who want to stop.
- 6. Impose a levy of at least one per cent of tobacco tax revenue to fund specific tobacco control and health promotion activities.

- 
- 7. Institute progressive financial disincentives.
 - 8. Prohibit new methods of nicotine delivery and block future tobacco industry marketing strategies.
 - 9. Monitor the effects of the pandemic and assess the effectiveness of countermeasures.
 - 10. Build alliances between all sections of the community that want to promote good health.

Die Erklärung von Warschau: Für ein tabakfreies Europa *19. Februar 2002*

- In der Erkenntnis, dass es sich beim Tabak um eine toxische und suchterzeugende Substanz handelt und die Tabakepidemie in der Europäischen Region der WHO eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit darstellt, weshalb die Region gemeinsam darauf reagieren muss,
- nachdrücklich darauf hinweisend, dass die Anti-Tabak-Maßnahmen unter den Mitgliedstaaten in unterschiedlichen Teilen der Region zunehmend auseinander klaffen,
- angesichts der Tatsache, dass trotz erfolgreicher Beispiele in der Region eine Reihe von Mitgliedstaaten erst noch eine umfassende Politik zur Bekämpfung des Tabakkonsums aufbauen muss,
- in Anerkennung dessen, dass heutige und künftige Generationen rauchfreie Luft und Schutz vor der unfreiwilligen Belastung durch das Passivrauchen sowie vor den negativen gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen des Tabakgebrauchs verdienen,
- unter Hinweis darauf, dass Raucherentwöhnungsmaßnahmen stark zu einer Senkung der Prävalenz des Rauchens beitragen,
- aufbauend auf den Grundlagen der ersten Europäischen Konferenz über Tabakpolitik (Madrid, 1988) und den drei fortlaufenden, den Zeitraum 1987–2001 umfassenden Aktionsplänen für ein tabakfreies Europa,
- in Unterstützung der zentralen Rolle, die den Regierungen hinsichtlich der Vereinbarung, Überprüfung und Stärkung ihrer nationalen Aktionspläne zukommt, in denen die Beiträge der Regierung, von nichtstaatlichen Organisationen und Gesundheitsfachkräften vereint sind,




- in Hervorhebung der Kompetenz und Führungsposition, die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im System der Vereinten Nationen auf dem Gebiet der Anti-Tabak-Maßnahmen inne hat,
- in Würdigung der Tatsache, dass die Stärkung regionaler Partnerschaften und der regionalen Solidarität für effiziente, sich gegen den Tabakkonsum richtende Maßnahmen erheblichen Wert besitzt,

sind wir, die Minister und Vertreter der Staaten, die an der europäischen ministeriellen Konferenz der WHO: für ein tabakfreies Europa teilnehmen, ernsthaft besorgt über die vom Rauchen ausgehende, fortgesetzte weltweite Bedrohung der öffentlichen Gesundheit.

Entsprechend

1. verpflichten wir uns, die europäische Strategie zu Anti-Tabak-Maßnahmen (den Vierten Aktionsplan für ein tabakfreies Europa) in Übereinstimmung mit den folgenden Leitgrundsätzen zu erarbeiten und anzunehmen:

- Anti-Tabak-Maßnahmen stehen an der Spitze unserer Public-Health-Prioritäten,
- die Bekämpfung der Tabakepidemie ist von hoher Bedeutung für den Schutz der Gesundheit des einzelnen Menschen, vor allem von Kindern und Jugendlichen, die angemessen über den suchterzeugenden und tödlichen Charakter des Tabakkonsums und die Rekrutierungstaktik der Tabakindustrie aufzuklären sind,
- umfassende Konzepte mit messbarem Einfluss auf die Verringerung des Tabakkonsums sind wirksam in der gesamten Region umzusetzen. Die wichtigsten Elemente solch umfassender Maßnahmen sind: eine hohe Besteuerung, Verbote in der Tabakwerbung, der Sponsortätigkeiten für Tabakerzeugnisse und der direkten Verkaufsförderung, der Schutz vor unfreiwilliger Belastung durch Passivrauchen in öffentlichen Räumen und an Arbeitsplätzen, Zugang zu Entwöhnungsmaßnahmen und strenge, sich gegen den Tabakschmuggel richtende Kontrollmaßnahmen,
- in der neuen, sich auf die Ergebnisse bisheriger Aktionspläne stützenden Strategie sollten klare und konkrete Vorgaben festgelegt werden, die in der Region bis zum Jahr 2007 zu erfüllen sind,

- 
- die Aufmerksamkeit muss sich vorrangig und gezielt auf die beunruhigenden Trends des Tabakkonsums unter Jugendlichen und Frauen und unter anfälligen sozioökonomischen Gruppierungen und Minderheiten richten,
 - der Schutz der öffentlichen Gesundheit hat Vorrang vor der Tabakproduktion, weshalb tragfähige wirtschaftliche Alternativen zur Tabakproduktion sowie die schrittweise Umleitung von Subventionen für den Tabakanbau auf andere Aktivitäten gefördert werden sollten,
 - eine Tabakpolitik sollte bei allen Aspekten von Anti-Tabak-Maßnahmen geschlechtsspezifische Anliegen und Perspektiven berücksichtigen,

2. erklären wir unsere starke Unterstützung für die Ausarbeitung eines umfassenden WHO-Rahmenübereinkommens zur Bekämpfung des Tabakkonsums (Anti-Tabak-Rahmenkonvention) und fordern alle Mitgliedstaaten der Europäischen Region und die Europäische Kommission eindringlich auf:

- zu betonen, dass der Schutz der öffentlichen Gesundheit Vorrang hat, und aktiv zur Ausarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung einer starken und wirksamen Anti-Tabak-Rahmenkonvention beizutragen,
- auf integrierte Anti-Tabak-Maßnahmen und eine Einigung über internationale Reaktionen auf die Tabakepidemie hinzuarbeiten,

3. bitten wir die Mitgliedstaaten und zwischenstaatlichen Organisationen eindringlich, das partnerschaftliche Zusammengehen und die Solidarität bei Anti-Tabak-Maßnahmen in Europa zu stärken, indem sie:

- einen geeigneten zwischenstaatlichen Mechanismus für den regelmäßigen Austausch von fachlichen, wissenschaftlichen und rechtlichen Informationen über Anti-Tabak-Maßnahmen schaffen,
- die zwischen den unterschiedlichen Teilen von Europa bei Anti-Tabak-Maßnahmen bestehenden Lücken durch die Ausnutzung der in erfolgreichen Programmen gewonnenen Erfahrungen schließen,
- die Hilfe bei der Ausarbeitung einer einzelstaatlichen Anti-Tabak-Politik für Länder, in denen besondere Verhältnisse herrschen, wie z.B. für die im wirtschaftlichen Umbruch befindlichen Mitgliedstaaten, erleichtern,
- bei der Arbeit an der europäischen Strategie zu Anti-Tabak-Maßnahmen

die Rolle von nationalen WHO-Ansprechpartnern, die ein wichtiges Netzwerk für effiziente Anti-Tabak-Maßnahmen in der Region darstellen, stärken,

-- sich darum bemühen, alle Teile der Gesellschaft in den Kampf gegen den Tabakkonsum einzubeziehen,

4. bitten wir den WHO-Regionaldirektor für Europa:


-- der Beratung und Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Entwicklung und Umsetzung von umfassenden Anti-Tabak-Maßnahmen einen hohen Stellenwert beizumessen,

-- die europäische Strategie zu Anti-Tabak-Maßnahmen weiterzuentwickeln und sie dem WHO-Regionalkomitee für Europa im Jahr 2002 zur Beschlussfassung vorzulegen,

-- angesichts der Tatsache, dass das Problem im östlichen Teil der Region besonders gravierend ist, diesen Mitgliedstaaten zu helfen, für die Entwicklung und Umsetzung von Anti-Tabak-Maßnahmen die Unterstützung von Entwicklungs- und Spenderorganisationen zu gewinnen,

-- zwischen den Mitgliedstaaten und einschlägigen zwischenstaatlichen und nichtstaatlichen Organisationen Partnerschaften, die dem koordinierten Vorgehen gegen die Tabakepidemie in der Europäischen Region dienen, zu erleichtern,

-- Systeme für die standardisierte Überwachung der Muster, Determinanten und Konsequenzen des Tabakgebrauchs auf- und auszubauen und dafür, insbesondere für die im wirtschaftlichen Umbruch befindlichen Länder, die erforderlichen finanziellen und operativen Ressourcen zu beschaffen.



Schulische Suchtprävention ist eine heikle und schwierige, aber auch wieder 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