

1 Terminologie

1.1 Grundbegriffe

1.1.1 Vorbemerkung

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

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

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

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

1.1.2 Sucht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.3 Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Terminologie

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

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

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

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

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

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

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

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

Tab 1.5: Abhängigkeitssyndrom, Untergruppen (ICD 10)

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

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

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

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

1.1.4 Schädlicher Gebrauch (F11.1 ICD-10)

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

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

1.1.5 Substanzmissbrauch

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

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

Hierbei spielen Versagenszustände am Arbeitsplatz, in der Ausbildung oder auch

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

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

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

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

Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen während der letzten 12 Monate vorgelegen haben:
1 Toleranzentwicklung
2 Entzugssymptom
3 Konsum größerer Mengen der Substanz
4 erfolglose Versuche der Konsumreduzierung oder -kontrolle
5 hoher Zeitaufwand zur Stoffbeschaffung
6 Vernachlässigung von sozialen, beruflichen oder Freizeitinteressen
7 Konsum trotz nachteiliger körperlicher oder psychischer Wirkungen

1.1.6 Toleranzerwerb

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

Tab 1.7: Psychopathologische Erscheinungen bei Drogenkonsumenten

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

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

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

1.1.7 Rausch und Intoxikation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1.8 Depravation

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