



## **BACHELORARBEIT**

### **THEMA:**

**„URSACHEN FÜR DEN KONSUM VON ALKOHOL, CANNABIS UND KOKAIN – DIE  
BEDEUTUNG VON UNTERSCHIEDEN UND GEMEINSAMKEITEN DER JEWEILIGEN  
KONSUMENTEN“**

von Sophie Bierstedt

Hochschule Magdeburg-Stendal

Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen

1. Gutachterin                      Vertr. Prof. Dr. Anette Mulkau

2. Gutachter                        Prof. Dr. Rainer Diehl

Studentin:                         Sophie Bierstedt

Matrikel-Nummer:                20092871

Fachsemester/Studiengang:    6. Fachsemester Soziale Arbeit (BA)

Kontaktdaten:                    E-Mail: [sophie-md@gmx.de](mailto:sophie-md@gmx.de)

Tel.: 0391/9904132

Bandwirkerstrasse 19, 39114 Magdeburg

Abgabedatum:                    03.07.2012

---

## Inhaltsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| 1 Einleitung.....   | 5  |
| 1.1 Problemaufriss.....                                   | 5  |
| 1.2 Fragestellung.....                                    | 6  |
| 1.3 Vorgehensweise.....                                   | 7  |
| 2 Droge.....  | 9  |
| 2.1 Alkohol.....  | 10 |
| 2.2 Cannabis.....   | 12 |
| 2.3 Kokain.....   | 14 |
| 3 Drogenkonsum und Abhängigkeit.....                      | 18 |
| 3.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede.....              | 22 |
| 3.2 Kontrollierter Konsum.....                            | 24 |
| 4 Ursachen von Sucht.....                                 | 26 |
| 4.1 Ursachentheorien.....                                 | 26 |
| 4.1.1 Psychologische Ursachentheorien.....                | 26 |
| 4.1.2 Soziologische Theorien.....                         | 29 |
| 4.1.3 Philosophische Theorien.....                        | 29 |
| 4.1.4 Physiologische/Biologische/Genetische Theorien..... | 29 |
| 4.2 Das biopsychosoziale Modell.....                      | 31 |
| 4.3 Weitere Bedingungsfaktoren.....                       | 34 |
| 5 Gründe für die Wahl der Droge.....                      | 39 |
| 6 Stereotype von Konsumenten.....                         | 43 |
| 7 Veränderung des Konsumenten durch die Droge.....        | 46 |
| 8 Auswertung von Konsumenteninterviews.....               | 52 |
| 8.1 Alkoholkonsument.....                                 | 52 |
| 8.2 Cannabiskonsument.....                                | 54 |
| 8.3 Kokainkonsument.....                                  | 56 |
| 9 Auswertung von Experteninterviews.....                  | 58 |
| 10 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung.....   | 64 |
| 11 Fazit.....   | 75 |
| 12 Quellenverzeichnis.....                                | 79 |

---

---

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 12.1 Literatur.....       | 79 |
| 12.2 Internetquellen..... | 82 |
| Anlagen.....              | 85 |

---

---

## **Abkürzungsverzeichnis**

|          |  |
|----------|--|
| BzgA -   | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung              |
| THC -    | Tetrahydrocannabinol                                       |
| MVZ -    | Medizinisches Versorgungszentrum                           |
| ICD 10 - | Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision |
| WHO -    | Weltgesundheitsorganisation                                |
| ADHS -   | Aufmerksamkeits Defizit Hyperaktivitäts Störung            |

# 1 Einleitung

## *1.1 Problemaufriss*

Der Konsum psychotroper Substanzen ist aus der Geschichte der Menschheit nicht wegzudenken. Bereits lange vor der christlichen Zeitrechnung gehörten psychoaktive Substanzen als Genuss- oder Rauschmittel zu religiösen und kultischen Ritualen sowie zu festlichen oder spirituellen Traditionen (Jungblut 2004, 23). Auch der medizinische Einsatz von Drogen, wie bspw. Opium, ist ein weltweites Phänomen. Häufig werden nur die illegalen Rauschmittel als Drogen bezeichnet. Kaffee- oder Alkoholkonsumenten<sup>1</sup> sowie Raucher können sich oft nicht mit dem Begriff anfreunden, jedoch zählen diese Alltags- und Genussmittel ebenfalls als Drogen und werden in dieser Arbeit so bezeichnet. Im Wandel der Zeit veränderten sich die Muster und Verwendungszwecke des Drogengebrauchs sowie auch dessen Bewertung. Damals wie heute bedeutet der Konsum nicht nur Rausch, sondern auch damit verbundene Folgen und Abhängigkeit. Was damals in Rituale eingebunden war, ist heute teilweise verboten. Drogenkonsum ist trotz des teilweise gesetzlichen Verbotes ein Thema von zentralem, gesellschaftlichem Interesse. Das Experimentieren mit Drogen, sei es legal oder illegal, ist in unserer Gesellschaft Bestandteil eines Entwicklungsprozesses (Bergmann 2002, S. 506). Der Konsum kann nach dem Ausprobieren wieder eingestellt werden oder bis zum süchtigen Verhalten gesteigert werden. Legale Drogen wie Alkohol werden von breiten Schichten der Bevölkerung unreflektiert benutzt, um Bewusstseinszustände zu ändern, der Realität zu entfliehen, die Stimmung zu beeinflussen oder einfach um dazu zu gehören. Illegale Drogen wie z.B. Cannabis, Heroin, Kokain oder Amphetamine werden ebenfalls von unterschiedlichen Personengruppen zu verschiedenen Zwecken missbraucht und bilden mit ihrem hohen Abhängigkeitspotential eine Gefahr, die Kontrolle an die Droge zu verlieren, aber auch die Gefahr der körperlichen und sozialen Folgen. Die besondere gesellschaftliche Relevanz besteht demnach ohne Zweifel.

Zum Stand der Forschung, insbesondere was die Ursachen von Sucht betrifft, ist festzuhalten, dass es eine Vielzahl an Studien gibt. Diese sind jedoch meist sehr allgemein gehalten und beziehen sich generell auf die Ursachen der Entstehung von abhängigem Verhalten.

---

1 Der besseren Lesbarkeit halber wird im Folgenden das generische Maskulinum verwendet.

Zusätzlich bezieht sich der Großteil der Literatur auf ältere Forschungsergebnisse (vgl. hierzu bspw. Jellinek 1942, 1946, Cloninger 1981 & Schuckit 1985, Edwards & Gross 1976), in denen es hauptsächlich um Alkohol geht. Vor allem in den letzten Jahren gab es viele Studien zu Cannabiskonsum und -abhängigkeit. Bezüglich illegaler Drogen insgesamt oder zu einer bestimmten illegalen Droge wird weniger Forschung betrieben.

Weiterhin gibt es eine Vielzahl von Erkenntnissen, weshalb Menschen Drogen konsumieren, warum sie süchtig werden und wie die Drogen auf den Einzelnen wirken. Eine zwingende, allumfassende Antwort, die stets gültig ist, wurde jedoch bis heute nicht gefunden und kann wohl auch nicht gefunden werden. Eine Person, die bestimmte Umstände erlebt, wird süchtig, eine andere Person wiederum, in der selben Lebenslage, nicht.

## ***1.2 Fragestellung***

Was unterscheidet die eine Person, die nicht süchtig wird, von der anderen, die unter ähnlichen Prämissen der Sucht erliegt? In der Beantwortung dieser Frage liegt das Hauptinteresse der vorliegenden Arbeit.

Diese soll sich mit den individuellen Ursachen von Drogenkonsum- und abhängigkeit auseinandersetzen. Es soll herausgefunden werden, ob die Ursachen des Drogenkonsums zum größten Teil etwas mit Leidensdruck, traumatischen Erlebnissen oder einer „schlechten“ Kindheit zu tun haben, die Konsumenten neugierig sind und einfach „Bock haben“, Rausch zu erleben oder ob die Benutzer durch die Gesellschaft bzw. soziale Gruppen zum Konsum angeregt werden.

Am Beispiel von drei ausgewählten Drogen (Alkohol, Cannabis und Kokain) soll untersucht werden, ob es Unterschiede zwischen den Konsumenten der einzelnen Drogen gibt, die die Wahl der „Hauptdroge“ beeinflussen. Diese Unterschiede könnten im Charakter, der Sozialisation sowie der Lebensgeschichte des Konsumenten, also in genetischer und lebensgeschichtlicher Disposition, liegen.

Die Auswahl der Drogen erfolgte nach folgenden Überlegungen: Alkohol als legale Droge ist frei zugänglich und „Volksdroge Nummer eins“. Cannabis, als illegale Droge, wird ebenfalls von breiten Schichten konsumiert und gilt als Einstiegsdroge. Den Konsumenten werden oftmals Stereotype zugeschrieben, wie bspw. die typische „Kiffermentalität“ (faul,

vergesslich, antriebslos, gelassen). Kokainkonsumenten unterscheiden sich in den Vorstellungen vieler von dem „typischen Kiffer“. Kokain, ebenfalls eine illegale Droge, steht für Leistung, Sex und Geld, ist eine Lifestyle-Droge und wird von vielen Prominenten gebraucht.

Die Fragestellungen der Arbeit, mit Hilfe welcher dieses Kenntnisinteresse bearbeitet werden soll, sind:

1. Was ist eine Droge?
2. Was zeichnet die ausgewählten Drogen Alkohol, Cannabis und Kokain aus? Was sind Eigenschaften, Verwendungsformen sowie Wirkungen der Droge und welche Folgen hat der Konsum?
3. Was ist Drogenabhängigkeit?
4. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede beim Drogengebrauch?
5. Gibt es einen kontrollierten Konsum?
6. Was sind Ursachen von Drogenabhängigkeit?
7. Was sind Faktoren die vor der Entwicklung einer Abhängigkeit schützen?
8. Gibt es Gründe für die Wahl einer bestimmten Droge?
9. Gibt es typische Merkmale/ Stereotype von Konsumenten?
10. Verändern sich Konsumenten durch den Drogenkonsum? Wenn ja, wie?

Erfolgt demnach die Auswahl der Droge durch den Charakter des Benutzers, oder verändert sich der Charakter durch die Droge, sodass die Stereotype eines Drogenbenutzers, wie z.B. der „typische Kiffer“, entstehen?

### ***1.3 Vorgehensweise***

Nach der Einleitung mit der Klärung der Fragestellungen der Arbeit, werden die einzelnen Suchtmittel vorgestellt und hinsichtlich ihrer Eigenschaften, Verwendung, Wirkung und Risiken beschrieben. Im Folgenden wird auf die verschiedenen Formen des Drogenkonsums sowie Abhängigkeit eingegangen. Da sich die ausgewählten Suchtmittel in ihrem Abhängigkeitspotenzial unterscheiden, wird auf jedes einzeln eingegangen. Hier sollen auch

geschlechtsspezifische Unterschiede der Konsummuster berücksichtigt werden. Zusätzlich wird die Frage geklärt, ob ein kontrollierter Konsum der drei Substanzen möglich ist. Anschließend werden Ursachenmodelle und Ursachentheorien von Konsum, Missbrauch sowie Abhängigkeit vorgestellt. Die Ursachenmodelle für die Entstehung von Sucht untersuchen vor allem die Faktoren Droge, Sozialfeld und Individuum. Die Ursachentheorien werden in psychologische, soziologische, physiologische und philosophische Theorien unterschieden, welche unterschiedliche Vorstellungen von der Entstehung von Sucht beinhalten. Zusätzlich werden einige weitere Bedingungsfaktoren, wie der jugendliche Drogengebrauch, beleuchtet. Daneben sollen salutogenetische Faktoren bzw. Faktoren die vor einer Suchterkrankung schützen erwähnt werden.

Weitere Kapitel sind Gründe für die Wahl der Droge, Stereotype von Konsumenten und Veränderungen des Konsumenten durch die Droge.

Um die Theorie überprüfen bzw. veranschaulichen zu können, werden anschließend persönliche Interviews mit jeweils einem Konsumenten der angeführten Drogen sowie drei Interviews mit Therapeuten und dem Chefarzt einer Tagesklinik in Magdeburg in zusammengefasster Form dargestellt. Inhalt der Interviews sind die bereits aufgeführten Fragen und Annahmen. Die Patienten der Klinik werden außerdem zu ihrer Biografie und ihrer „Drogenkarriere“ befragt. In der zusammenfassenden Beantwortung der Fragestellung soll herausgefunden werden, ob Theorie und Praxis übereinstimmen, ob neue Erkenntnisse gewonnen werden konnten oder ob die Theorie sogar teilweise widerlegt werden kann. Im Fazit werden abschließend die Erkenntnisse der Arbeit zusammengefasst.



## 2 Droge

Das Wort Droge stammt aus dem Französischen von „drogue“, was soviel wie „trocken“ bedeutet, und ist die ursprüngliche Bezeichnung für getrocknete Pflanzenteile, die als Heilmittel benutzt wurden (Blum 2002, S. 79). Heute werden als Droge chemische Substanzen oder Pharmaka bezeichnet, welche eine psychoaktive bzw. psychotrope (die Psyche des Menschen beeinflussende) Wirkung hervorrufen und zu einer Abhängigkeit führen können (R. Müller 2000, 30). Diese Wirkung kann sich in der Stimmung, der Wahrnehmung oder dem Denken bemerkbar machen (uni-protokolle). Kaffee bspw. wirkt anregend, Alkohol fördert die Selbstüberschätzung und Cannabis kann dämpfend, beruhigend oder euphorisierend wirken.

Es gibt mehrere Versuche die einzelnen Drogen zu klassifizieren, unter Anderem in legale und illegale, harte und weiche, verkehrsfähige und verkehrsunfähige, verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Drogen. Weiterhin gibt es die Unterscheidung nach der Wirkung, der Gefährlichkeit sowie nach Stoffklassen. Der Konsum derjenigen Drogen, die unter die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes fallen, ist illegal. Drogenkonsum wird in unserer Gesellschaft also unterschiedlich bewertet. Der Konsum von Alkohol, Tabak oder Medikamenten ist gesellschaftlich akzeptiert und somit weit verbreitet. Das zeigen auch die Ergebnisse der Repräsentativerhebung der BZgA aus dem Jahr 2010 sowie Ergebnisse der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Etwa drei Viertel (72,3 Prozent) der 12 bis 17 Jährigen haben schon einmal Alkohol getrunken (nationaler REITOX-Knotenpunkt 2011, 43). Bei den 18 bis 25 Jährigen haben fast alle einen mindestens einmaligen Alkoholkonsum (96,6 Prozent). Der Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol (Verbrauch je Einwohner) liegt in Deutschland 2010 bei 9,6 Liter reinen Alkohols (DHS e .V. 2012). Anders ausgedrückt sind das 107,4 Liter Bier, 20,5 Liter Wein, 3,9 Liter Schaumwein und 5, 4 Liter Spirituosen. Einen problematischen Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten vor der Befragung hatten laut epidemiologischem Suchtsurvey 2009 32,4 Prozent der Männer und 8, 9 Prozent der Frauen, d.h. insgesamt 21,1 Prozent der deutschen Bevölkerung von 18 bis 64 Jahren. Der Konsum illegaler Drogen wie Haschisch, Kokain, Heroin, Speed, Ecstasy usw. wird nicht gebilligt und wirft deshalb für den Konsumenten eine Reihe von Problemen auf. Die Ergebnisse des epidemiologischen Suchtsurveys (nationaler REITOX-Knotenpunkt 2011, 24) von 2009

besagen, dass ca. ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands Erfahrungen mit illegalen Drogen hat (ebd.). Etwa fünf Prozent konsumierten in den letzten 12 Monaten Drogen und weniger als drei Prozent haben in den letzten 30 Tagen Drogen konsumiert. Die am häufigsten konsumierte illegale Droge ist Cannabis, gefolgt von Kokain, Amphetaminen, Ecstasy und Pilzen. Schlusslicht der Liste bilden Heroin, LSD und Crack. Bei den unter 30 jährigen Konsumenten illegaler Drogen liegt die 12-Monats-Prävalenz (vorkommender Drogenkonsum in den letzten zwölf Monaten) bei 14 Prozent, bei den Älteren nur noch bei etwa zwei Prozent (ebd., 41). Daraus ist erkennbar, dass der Konsum illegaler Drogen vor allem in jüngeren Altersgruppen auftritt.

Neben den meist positiv empfundenen Wirkungen der Drogen, aus denen der Konsum oftmals resultiert, bringen diese jedoch auch negative Folgen mit sich. Der Konsum aller Drogen, also illegaler sowie legaler, birgt gesundheitliche Risiken für den Konsumenten (R. Müller 2000, 30). Diese Risiken sind abhängig von der Art der Droge, der Anwendungsart und von der Reinheit des Stoffes. Die Beimischungen und Verunreinigungen bei illegalen Drogen sind häufig problematisch. Die sozialen Folgen rühren vor allem aus der Illegalität der Drogen und nicht aus den Drogen selbst. Zusammenfassend zählen zu den Folgen die Vernachlässigung anderer Interessen, häufig eine Aneinanderreihung von krisenhaften Lebenssituationen, familiären Schwierigkeiten, Gewalt, Unfällen, Arbeitsverlust oder Problemen auf der Arbeit, bis hin zu Schulden, Scheidung, Obdachlosigkeit und Verurteilungen (Bergmann 2002, S. 506). Da der Erwerb sehr kostspielig ist, kommt es nicht selten zu kriminellen Handeln wie Diebstahl, Betrug, Rezeptfälschungen usw. Hinzuzufügen ist hier, dass es auch einen Drogenkonsum gibt, der ohne einschlägige Folgen verläuft.

Die nächsten Punkte beschäftigen sich nacheinander mit der Verwendung, der Wirkung und den Folgen von Alkohol, Cannabis und Kokain.

## ***2.1 Alkohol***

Im Folgenden wird die Verwendung von Alkohol auf die als Genuss- bzw. Rauschmittel beschränkt. Der Gebrauch alkoholischer Getränke spielt eine große Rolle in unserer Gesellschaft (Bierstedt 2012). Zu jedem Anlass, sei es eine Geburt, eine Beerdigung oder eine errungene Leistung, gehört in breiten Bevölkerungsschichten ein alkoholisches Getränk. Die Motive sind so vielschichtig wie die Gelegenheiten. Man trinkt um auf etwas anzustoßen, um

der Gemütlichkeit halber, zur Entspannung, aus Geschmack oder Gewohnheit. Die scheinbar positiven Eigenschaften stellen für die meisten Alkoholkonsumenten die Problematik der Abhängigkeit sowie die Folgeerscheinungen in den Schatten. Als frei zugängliches Genussmittel, erschwinglich für jeden Geldbeutel, ist Alkohol die „Volksdroge Nummer eins“.

Alkohol bezeichnet umgangssprachlich den zur Gruppe der Alkohole gehörenden Äthylalkohol (DHS e .V. 2012). Dieser wird durch Vergärung von Zucker aus unterschiedlichen Grundstoffen gewonnen. Alkohol gehört zu den Suchtmitteln und hat als Nahrungs-, Genuss- und Rauschmittel eine Jahrtausende alte Tradition. Der Genuss von Alkohol beruht auf der meist angenehm empfundenen, anregenden und stimmungssteigernden Wirkung eines mäßigen Alkoholkonsums. Bei größeren Trinkmengen kann diese Stimmung jedoch schnell in Gereiztheit, emotionale Unzugänglichkeit sowie in Aggression und Gewalt umschlagen. Alkohol verteilt sich über die Blutbahn im Körper (drugcom.de). Nach einigen Minuten erreicht er das Gehirn, wo er eine ganze Reihe von Transmittersystemen beeinflusst. Unter anderem wird Dopamin freigesetzt, welches eine wichtige Rolle für das Belohnungssystem spielt. Zudem wird die hemmende Wirkung des Neurotransmitters GABA verstärkt, was eine angstlindernde und beruhigende Wirkung zur Folge hat. Die erlebte Wirkung von Alkohol hängt von der getrunkenen Menge, der körperlichen und seelischen Verfassung sowie der Gewöhnung ab. Alkohol ist in Deutschland praktisch unbegrenzt verfügbar und besitzt weitgehend gesellschaftliche Anerkennung. Gesetzlich eingeschränkt wird das Trinken lediglich durch das Jugendschutzgesetz (ebd.). Dieses schreibt vor, dass an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren keine alkoholischen Getränke abgegeben werden dürfen. Für Spirituosen gilt dieses Verbot bis zum 18. Geburtstag. Neben einem gesellschaftlich tolerierten Konsum gibt es den Alkoholmissbrauch sowie die Abhängigkeit.

Exzessiver Alkoholkonsum erhöht das Risiko des Auftretens von verschiedenen Krankheiten. Zu diesen zahlreichen Krankheiten gehören vor allem „die Veränderungen der Leber (Fettleber, Leberentzündung, Leberzirrhose), der Bauchspeicheldrüse, des Herzens (Erweiterung des Herzmuskels) sowie des zentralen und peripheren Nervensystems (Hirnatrophie, Polyneuropathie) und der Muskulatur (Muskelatrophie)“ (DHS e .V. 2012). Außerdem besteht durch den Konsum von Alkohol ein erhöhtes Krebsrisiko (Mund-, Rachen-, Speiseröhrenkrebs, bei Frauen Brustkrebs). Alkoholkonsum während der

Schwangerschaft kann zu schweren Schädigungen des ungeborenen Kindes führen. Schwere Entzugserscheinungen wie ein Krampfanfall oder ein Delirium tremens, die jedoch erst bei einer ausgeprägten Abhängigkeit auftreten, können ebenfalls beeinträchtigend für die Gesundheit sein und im schlimmsten Fall tödlich verlaufen. Jährlich wird von über 73.000 Todesfällen ausgegangen, die auf alkoholbezogene Gesundheitsstörungen zurückzuführen sind (ebd.). Zwischen 35 und 65 Jahren sind gut ein Fünftel aller Todesfälle alkoholbedingt. Durch die Beeinträchtigung der Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit, der Wahrnehmung und der Urteilskraft ergibt sich eine erhöhte Unfallgefahr, welche ebenfalls schwerwiegende, wenn nicht gar tödliche Folgen für Konsumenten und Unbeteiligte haben kann (Stimmer u. a. 2000, 378). Die volkswirtschaftlichen Kosten durch die Folgen des Alkoholkonsums wurden 2007 auf 26,7 Mrd. Euro geschätzt (DHS e .V. 2012).

Neben den physischen gibt es auch psychische Folgen wie z.B. Stimmungsschwankungen, Angstzustände, Depressionen, Schlafstörungen, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen bis hin zum Korsakoff-Syndrom und soziale Folgen wie Aggressivität und Delinquenz, Familienprobleme usw., auf die aber im Kapitel 8 „Veränderung des Konsumenten durch die Droge“ explizit eingegangen werden soll (Stimmer u. a. 2000, 378).

## **2.2 Cannabis**

Hanf ist die weltweit am häufigsten konsumierte illegale Droge (Ulrich u. a. 2000, 52). Ein Grund dafür ist, dass es oftmals als harmlos bezeichnet wird und somit die Einstiegsdroge für viele Drogenbenutzer darstellt. Cannabis ist der botanische Name der Hanfpflanze (N. Schmidt 2002, 228). Neben der Verwendung von Hanf als Nutzpflanze gibt es auch eine medizinische Verwendung. Beim Drogenkonsum wird in zwei Hauptnutzformen Cannabis und Haschischharz unterschieden. Cannabis wird in Form von getrockneten Blüten und Blattspitzen, vor allem der weiblichen Pflanze Marihuana, konsumiert. Haschisch ist das zu Platten oder Blöcken gepresste Harz der Pflanze. Eine weitere Form ist das Haschischöl, welches jedoch selten konsumiert wird. Der Konsum erfolgt meist über Rauchen eingerollt in einen Joint, mit einer Pfeife, der Bong oder seltener mit einem Eimer und einer Flasche/einem Tetrapack. Weiterhin können Haschischkekse gebacken werden oder das Haschisch wird in Kakao oder Tee aufgelöst.

Der Hauptwirkstoff der Droge ist Delta-9-Tetrahydrocannabinol kurz THC. Die Wirkung sowie der Verlauf des Rausches wird von der momentanen Stimmungslage sowie Erwartungshaltung und der Umgebung, der herrschenden Atmosphäre beeinflusst (Ulrich u. a. 2000, 52). Es verstärkt die vorhandenen Gemütszustände. Meist wird die Wirkung als angenehm empfunden, es können aber auch Angstzustände, Horrortrips, Verwirrung, Apathie, Visionen, Aggressionen oder Übelkeit auftreten (ebd., 54). Die am häufigsten beschriebenen Wirkungen sind Heiterkeit, Euphorie, Entspannung, intensive Sinneswahrnehmungen, Erhöhung der Sensibilität, verstärktes Hungergefühl, Verlangsamung der Zeitwahrnehmung sowie ein tagtraumähnlicher Zustand. Die Aufmerksamkeit richtet sich nach dem Konsum auf Teilaspekte oder Assoziationen. Da Cannabinoide im Fettgewebe gespeichert werden, und sie erst nach mehreren Tagen restlos ausgeschieden werden, können subtile Auswirkungen auch über das Rauschempfinden hinweg anhalten (ebd., 52). Die Dauer des Rausches hängt von der Dosis ab und erstreckt sich meist über ein paar Stunden (Lindberg u. a. 2005, 22). Bei oral eingenommenen Cannabisprodukten dauert die Wirkung doppelt so lange an.

Cannabis wird vor allem von jungen Menschen (15 bis 34 Jahre) konsumiert (nationaler REITOX-Knotenpunkt 2011, 49). Die höchsten 12-Monats-Prävalenzraten lassen sich unter den 15 bis 24 Jährigen feststellen. Außerdem ist der Cannabiskonsum bei Männern in der Regel höher als bei Frauen. Um auch hier ein paar Zahlen zu nennen, die das Ausmaß des Konsums verdeutlichen sollen: Von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen der aktuellen Repräsentativerhebung der BZgA zum Cannabiskonsum haben im Alter von 12 bis 17 Jahren 7,4 Prozent, und im Alter von 18 bis 25 Jahren 35,0 Prozent mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert (nationaler REITOX-Knotenpunkt 2011). 5,0 sowie 12,7 Prozent konsumierten auch in den letzten 12 Monaten vor der Befragung. In den letzten 30 Tagen vor der Befragung haben 1,7 Prozent der Jugendlichen und 5,3 Prozent der jungen Erwachsenen Cannabis konsumiert. Bei vielen der Konsumenten bleibt es allerdings beim einmaligen oder nur gelegentlichen Gebrauch (ebd., 47). Rund zwei Millionen Menschen in Deutschland konsumieren regelmäßig Cannabis, etwa 600.000 von ihnen weisen einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum auf (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011a).

Aus diesem, aber auch aus moderatem Konsum, entstehen wie auch bei anderen Drogen gesundheitliche sowie soziale Probleme. Das Gesundheitsrisiko im Zusammenhang mit Cannabiskonsum ist im Allgemeinen niedriger als das mit dem Konsum anderer Drogen

(EBDD 2011, 56). Da diese Droge jedoch von größeren Teilen der Bevölkerung konsumiert wird als andere illegale Rauschmittel, können sich trotzdem signifikante Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit ergeben. So wurden zahlreiche akute und chronische Gesundheitsprobleme, wie Angstzustände, Panikreaktionen oder auch psychotische Symptome ermittelt. Zu den chronischen Auswirkungen zählen neben einer Abhängigkeit auch verschiedene Atemwegserkrankungen. Eine sehr häufig verbreitete Auswirkung sind Schlafstörungen (Lindberg u. a. 2005, 24). Auf die psychotischen Veränderungen durch den Cannabiskonsum und die am meisten diskutierte Folge, das amotivationale Syndrom, wird ebenfalls im Kapitel 8. eingegangen.

### **2.3 Kokain**

Kokain ist in Europa die am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge (EBDD 2011, 73). Es gehört zur Gruppe der Alkaloide und wird aus Blättern des Kokastrauches gewonnen (N. Schmidt 2002, 228). Die Blätter wurden in Südamerika bereits 3000 v. Chr. gekaut und waren bei den Indios und Inkas als leistungssteigerndes sowie Durst und Hunger stillendes Mittel bekannt (Treeck 1997, 207). 1859 gelang es erstmals das kristalline Kokain aus den Blättern zu isolieren (Freye 2005, 14). Fortan wurde es in der Medizin in verschiedensten Medikamenten, bspw. gegen Kopf-, Glieder- und Zahnschmerzen, Husten oder bei Verdauungsschwäche, Depressionen, Trunksucht und zur Morphinenzugkur sowie als Lokalanästhetikum verwendet (ebd., 15). In den zwanziger Jahren war es unter Künstlern und Intellektuellen sehr beliebt, in den Achtzigern galt es als „Managerdroge“. Seit Anfang der neunziger Jahre ist Kokain auch in der „Partyszene“ beliebt, da es billiger geworden ist. Der Konsum erfolgt meist über sniefen also durch die Nasenschleimhaut, weitere Anwendungsformen sind die intravenöse Injektion, das Rauchen, Inhalieren und selten das Essen (N. Schmidt 2002, 229). Die rauchbare Kokainform Crack wird durch Erhitzen einer Kokainlösung mit Backpulver gewonnen (Ulrich u. a. 2000, 64).

Die psychischen Wirkungen von Kokain bezeichnet man als Kokainrausch (Stimmer u. a. 2000, 367). Dieser beginnt mit dem euphorischen Stadium, in dem eine allgemeine positive Erlebnisumgestaltung erfolgt. Dazu zählen die euphorische Stimmung, eine Antriebssteigerung und die damit einhergehende vermehrte Aktivität, der Abbau von Hemmungen, eine Kontaktverbesserung, ein erhöhtes Selbstwertgefühl und eine

Libidovermehrung. Die Konsumenten empfinden eine übermenschliche Stärke und Intelligenz und nehmen sich selbst übersteigert positiv wahr (Ulrich u. a. 2000, 66). In höheren Dosierungen können auch optische und akustische Halluzinationen auftreten. Da die Dauer der Wirkung nur relativ kurz anhält (ca. 30 Minuten) und schnell abklingt, mündet der Rausch häufig in ein depressives Stadium, welches durch Angst, Unruhe, Depressionen, Getriebenheit, Suizidgedanken und paranoide Erlebnisumformungen geprägt ist (Stimmer u. a. 2000, 367). Bei einem regelmäßigen Konsum wird es immer schwieriger, den Zustand der Euphorie zu erreichen. Zusätzlich wird die Depression, die dem Konsum folgt, immer tiefer. Daraus ist auch die Dosissteigerung und die Häufigkeitszunahme des Konsums schlusszufolgern (Freye 2005, 47). Im körperlichen Bereich wird die Pulsfrequenz, der Blutdruck, die Körpertemperatur und die Atemfrequenz gesteigert und es kommt zur motorischen Hyperaktivität (drugcom.de). Der Körper wird auf eine höhere Leistungsfähigkeit eingestellt, welche allerdings vielmehr durch Verbrauchen seiner Kraftreserven und nicht durch die Ausschüttung neuer Energie geschieht. Diese aufputschende Wirkung beruht auf der vermehrten Ausschüttung körpereigener Neurotransmitter wie Dopamin, Noradrenalin und Serotonin, wodurch es zu einer massiven Stimulation des zentralen Nervensystems kommt. Die körperliche Beanspruchung kann eine Übererregung, Verwirrtheit, Bewusstseinsstörungen, gesteigerte Aggressivität, paranoide Wahnvorstellungen, Halluzinationen, eine erhöhte Körpertemperatur, Herzklopfen, Bluthochdruck, Atemkreislaufversagen, bis hin zum Herzinfarkt zur Folge haben.

Die Konsummuster unterscheiden sich wie bei anderen Drogen auch hier. Es gibt „Gelegenheitskonsumenten, regelmäßige Konsumenten, die jedoch sozial integriert sind und hauptsächlich Kokainpulver schnupfen, und eher marginalisierte und häufig abhängige Konsumenten, die Kokain injizieren oder Crack konsumieren“ (EBDD 2011, 73). Allerdings fehlen in der Beschreibung die Süchtigen, welche Kokainpulver schnupfen und teilweise nicht sozial integriert sind. Um auch hier einige Zahlen anzuführen: 4,3 Prozent der Erwachsenen Europäer im Alter zwischen 15 und 64 Jahren haben mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert (ebd., 75). Bei den jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 34 Jahren sind es 5,9 Prozent. In dieser Altersgruppe beträgt der 12-Monats-Konsum von Kokain im Durchschnitt schätzungsweise 2,1 Prozent und der Konsum in den letzten 30 Tagen 0,8 Prozent. 1,2 Prozent der europäischen Bevölkerung haben in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert. Die aktuellsten nationalen Erhebungen schätzen die 12-Monats-Prävalenz zwischen 0,0 und 2,7

Prozent. Die Schätzung für den Konsum in den letzten 30 Tagen entspricht etwa 0,5 Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Verschiedene Umfragen zeigen, dass in Freizeitmilieus der Kokainkonsum eng mit dem Konsum von Alkohol verbunden ist und auch mit dem Konsum anderer illegaler Drogen in Verbindung gebracht werden kann (ebd., 78). Das British Crime Survey von 2009/2010 ergab, dass 89 Prozent der erwachsenen Kokainkonsumenten (16-59 Jahre), auch andere illegale Drogen konsumiert hatten. Bei den Cannabiskonsumenten lag dieser Anteil nur bei 42 Prozent (EBDD 2011).

Die gesundheitlichen Folgen von Kokainkonsum werden oftmals unterschätzt (ebd., 79). Regelmäßiger Konsum kann mit kardiovaskulären (das Herz und das Gefäßsystem betreffend), neurologischen und psychischen Erkrankungen sowie mit einer erhöhten Unfallgefahr einhergehen. Auch das Risiko für die Übertragung von Infektionskrankheiten durch ungeschützten Geschlechtsverkehr und die gemeinsame Nutzung von Schnupfröhrchen 2008 steigt an (ebd.). Ein relativ großer Anteil der Herzprobleme bei jungen Menschen steht ebenfalls mit dem Konsum von Kokain in Verbindung (EBDD 2011). Eine aktuelle Umfrage aus Spanien hat ergeben, dass drei Prozent der plötzlichen Todesfälle auf den Konsum von Kokain zurückzuführen sind (ebd., zit. n. Lucena et al., 2010). Ebenfalls bei den gesundheitlichen Risiken zu nennen ist der Fakt, dass Konsumenten aufgrund der Streckung des Kokainpulvers meist eine Mischung aus verschiedenen pharmakologisch wirksamen Substanzen zu sich nehmen (ebd.). Das Gemisch aus Schmerz- und Betäubungsmitteln kann in höheren Dosierungen oder bei einer längeren Einnahme schwere Nebenwirkungen verursachen. Weitere Langzeiteffekte chronischen Kokainmissbrauchs sind unter anderem Schlafstörungen, Nasenseptumperforation (die Herausbildung eines Loches in der Nasenscheidewand), ein Lungenemphysem (abnorm gesteigerter Luftgehalt der Lunge, der mit einer Zerstörung des Lungengewebes einhergeht) oder paranoide und psychotische Manifestationen, wie Verhaltensabnormalitäten mit Depressionen, eine gesteigerte psychische Irritabilität, Halluzinationen bis hin zum Verfolgungswahn (Freye 2005, 47). Die psychotischen Zustände können einer Schizophrenie ähneln oder eher von exogener Gestalt sein und Delirien oder dem Korsakow-Syndrom ähnlich sein (Stimmer u. a. 2000, 368). Häufige Folge ist ebenfalls allgemeiner Juckreiz, welcher bei anhaltendem Konsum und durch die „zentralnervöse paranoide Wirkung“ zu dem für die Kokainpsychose typischen „Zoonosenwahn“ (Insektenwahn) führen kann (Seidenberg 2004). Hierbei halluzinieren die



Betroffenen krabbelndes Kleingetier vor allem auf und in der Haut. Weitere psychische Folgen und Veränderungen der Persönlichkeit durch den Konsum finden sich ebenfalls im 8. Kapitel.

### 3 Drogenkonsum und Abhängigkeit

In Zusammenhang mit Drogenkonsum gibt es einen gesellschaftlich tolerierten Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. Alkohol bspw. wird von der Mehrheit der Menschen den gesellschaftlichen Normen entsprechend konsumiert. Alkoholmissbrauch bezieht sich auf die Menge und die Häufigkeit des Konsums von Alkohol, den Ort, die Zeit und die konsumierende Person (L. Schmidt 1999, 26). Dieser Gebrauch, der von gesellschaftlich anerkanntem Gebrauch abweicht, ist z.B. Alkoholkonsum bei unpassender Gelegenheit (beim Autofahren, während der Arbeit oder der Schwangerschaft), bis zum Rausch oder bis zu anderen Intoxikationen, häufig in großen Mengen, zur Beseitigung gestörter psychischer Befindlichkeit sowie Alkoholkonsum, der zu körperlichen, psychischen oder sozialen Schäden führt. Solange keine Abhängigkeit besteht, kann der Missbrauch jeder Zeit beendet werden. Bei den illegalen Drogen Cannabis und Kokain sprechen wir immer von einem Missbrauch, da es keinen gesellschaftlich tolerierten Gebrauch gibt.

Aus Missbrauch kann sich eine physische sowie eine psychische Abhängigkeit entwickeln. Dieser Begriff wird in den offiziellen Diagnosesystemen, dem ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), welches von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wird, und dem DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) definiert (drugcom.de). Von einer Abhängigkeit spricht man, wenn mindestens drei der nachfolgenden sechs Kriterien innerhalb des letzten Jahres erfüllt sind ("Diagnostische Leitlinien für das Abhängigkeitssyndrom" nach dem ICD 10):

- ein starker Wunsch oder Zwang, das Suchtmittel zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms
- Nachweis einer Toleranz, d.h. es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen
- andere Vergnügungen oder Interessen werden zugunsten des Konsums zunehmend vernachlässigt

- Fortsetzung des Konsums trotz Nachweises körperlichen, seelischen oder sozialen Schadens.(DIMDI)

Ursachen für den Übergang in die Abhängigkeit, liegen teilweise im Bereich der Übertragungssubstanzen (Neurotransmitter) des Gehirns und ihres Transportsystems (Kielstein 1990, 70). Das Abhängigkeitspotential wird durch die unmittelbare psychoaktive Wirkung, welche zur psychischen Abhängigkeit führt und durch die Entwicklung der physischen Abhängigkeit bestimmt, an welcher wiederum neuronale und hormonelle Systeme beteiligt sind. Das Suchtpotential hängt auch von der konsumierten Droge ab (Freye 2005, 1). Durch die Freisetzung der Endorphine, die euphorisierend, schmerzstillend, angstlösend und enthemmend wirken, sowie von Dopamin, welches im Belohnungssystem des Hirns ein Wohlgefühl auslöst und dieses im Gedächtnis mit der Droge verankert, wird die Suchtentwicklung weiter verfestigt.

In der Studie eines britischen Forschungsteams von der University of Cambridge wurde bspw. bei Kokainkonsumenten ein vergrößertes Hirnareal gefunden, welches für das Belohnungssystem von Bedeutung ist (drugcom.de 2011a). Es gab jedoch keinen Zusammenhang zwischen dem Konsummuster und dem vergrößerten Hirnareal, weshalb die Forscher dieses Ergebnis als Hinweis darauf deuten, dass der strukturelle Unterschied möglicherweise schon vor Beginn des Kokainkonsums vorhanden war. Diese Personen könnten somit empfänglicher sein für die belohnende Wirkung des Kokains, weil ihr Gehirn besonders stark auf dieses reagiert. Das könnte ein Hinweis sein, warum manche Menschen eher eine Drogenabhängigkeit entwickeln als andere. Wahrscheinlich lassen sich die Ergebnisse auch auf andere Drogen mit einer ähnlichen Wirkung beziehen.

Für eine körperliche Abhängigkeit gelten im DSM-IV-TR Toleranzentwicklung und Entzugerscheinungen als Indikatoren (drugcom.de). Durch den dauerhaften Konsum passt sich der Stoffwechsel des Körpers an, sodass der Organismus die Droge irgendwann braucht, um funktionieren zu können. Die psychische Abhängigkeit beinhaltet ein unwiderstehliches Verlangen nach der Droge, auch Craving genannt. Dieses kaum steuerbare Verlangen, sowie der dauerhafte Verlust der Fähigkeit, den Stoff kontrolliert benutzen zu können, zeichnen den Kontrollverlust aus (L. Schmidt 1999, 30). Ein Alkoholiker bspw. kann demnach nie wieder kontrolliert trinken, er bleibt sein Leben lang alkoholkrank. Bei der körperlichen Abhängigkeit treten zunehmend Entzugssymptome auf. Physische Entzugsmerkmale sind

bspw. Schwitzen, Zittern, Erbrechen bis hin zum epileptischen Anfall oder Halluzinationen. Innere Unruhe, Nervosität das Verlangen nach dem Suchtmittel, Schlaflosigkeit, depressive Verstimmungen und Ängste können zu den psychischen Entzugerscheinungen gezählt werden. Weitere Merkmale sind das ständige Denken an die Droge sowie das Leugnen des Konsums.

Doch wann geht ein missbräuchlicher Konsum in die Abhängigkeit über? Alkoholabhängigkeit tritt dann auf, wenn ein langfristig erhöhter Alkoholkonsum (mehrere Jahre) und die individuelle genetische Disposition zusammenwirken (DHS e .V. 2012). Illegale Drogen machen häufig schon nach wenigen Konsumeinheiten psychisch abhängig. Bis vor einigen Jahren ging die Forschung davon aus, dass es bei Cannabiskonsum keine Abhängigkeit gebe oder diese sich nur auf die psychische beschränke. Auch den Konsumenten fehlt oft das Bewusstsein für die Abhängigkeit, da keine starken Entzugssymptome vorhanden sind (N. Schmidt 2002, 228). Durch eine immer stärkere Züchtung des THC-Gehalts entwickeln Patienten heutzutage bei einem regelmäßig hohen Gebrauch, entgegen den älteren Forschungsmeinungen, jedoch eine Abhängigkeit mit Entzugssymptomatik. Hierbei spielt nach neueren Erkenntnissen Nikotin eine wichtige Rolle (Quensel). Es erhöht nicht nur das Krankheitsrisiko, vor allem im Lungenbereich, sondern kann zugleich wegen seines hohen Abhängigkeitspotentials auch eine Cannabisabhängigkeit fördern. Dafür spricht auch die jüngst bei Ratten entdeckte Entzugssymptomatik, sobald eine hohe THC-Gabe abrupt durch Blocker gestoppt wurde. Die Abhängigkeit entsteht, wie bei Alkohol, durch einen langfristigen, regelmäßigen und häufigen Konsum, ist jedoch nicht so stark ausgeprägt wie bspw. bei Opiaten oder bei Alkohol (Lindberg u. a. 2005, 34). Entzugerscheinungen treten bei etwa 17 Prozent der Konsumenten auf.

Bei einem Dauerkonsum von Kokain, so ist sich fast die gesamte Forschung einig, kommt es sehr schnell zur psychischen Abhängigkeit (Stimmer u. a. 2000, 368). Diese besteht aus einer starken psychischen, jedoch keiner körperlichen Abhängigkeit. Das Merkmal einer Abhängigkeit, die Tendenz zur Dosissteigerung, ist hier sehr stark ausgeprägt.

Das Alter bei Beginn eines regelmäßigen Konsums von Suchtmitteln beeinflusst ebenfalls die Entwicklung einer Abhängigkeit (Küstner u. a. 2007, 44). Der frühe Konsum stellt eine besondere Gefahr hierfür dar, da das Gehirn in der Entwicklung für Abhängigkeiten noch besonders anfällig ist.

Abhängig ist jedoch nicht gleich abhängig und Konsument ist nicht Konsument. Es gibt verschiedene Konsummuster und Einteilungen von Suchtkranken. Die wohl bekannteste Einteilung von Alkoholkonsumenten in verschiedene Typen stammt von Jellinek, der 1960 durch statistische Untersuchungen an etwa 2000 Alkoholkranken typische Alkoholismusformen nachweisen konnte (Lothar Schmidt 1986, 25). Er unterschied in Alpha-Trinker (Konflikt- und Problemtrinker), Beta-Trinker (Gewohnheitstrinker), Gamma-Alkoholiker (süchtiger Trinker), Delta-Alkoholiker (Spiegeltrinker) und den Epsilon-Alkoholiker (Quartalstrinker). In anderen Beiträgen wurden biologische und genetische Variablen mit in die Untersuchungen einbezogen. So unterschied Schuckit et. al. 1985 zwischen primären und sekundären Alkoholismus (Soyka 1999, 134). Primärer Alkoholismus meint hier Alkoholabhängigkeit vor dem Auftreten anderer psychiatrischer Störungen, sekundärer Alkoholismus dagegen bezeichnet die Entwicklung der Abhängigkeit bei verschiedenen psychischen Grunderkrankungen. Cloninger u. A. erarbeiteten 1981 eine Typologie mit Hilfe von Familien- und Adoptionsstudien (ebd.). In dieser Untersuchung unterschied Cloninger Typ I, der eher von Umweltfaktoren abhängig ist und welcher sich erst später entwickelt, von einem stark genetisch abhängigen Typ II mit eher ungünstigem Verlauf, der im wesentlichen nur bei Männern auftritt. Diese Einteilungen könnten teilweise auch auf Konsumenten von illegalen Drogen bezogen werden, denn auch bei Drogenkonsumenten gibt es deutlich sichtbare Unterschiede (Böhnisch u. a. 2002, S. 43). Nicht jeder Konsument konsumiert abhängig. Es gibt hier ebenso einen experimentellen Gebrauch, einen Konsum aus sozialen, stimulierenden oder entspannenden Motiven, oder den situationsabhängigen Gebrauch, welcher nur bei bestimmten Anforderungen im persönlichen oder beruflichen Leben stattfindet.

Der phasenhafte Charakter der Suchtentstehung wird im Phasenkonzept der Suchtkarriere beschrieben (Stimmer u. a. 2000, 266). Hier wird unterschieden in die *Einstiegsphase*, welche von Neugierde und Risikobereitschaft geprägt wird, in die *Entscheidung zur Fortsetzung und Gewöhnung* und in die *eigentliche Phase der Sucht*. Diese entsteht, wenn die zuvor erlernte Problemlösung durch Drogen alternative Bewältigungskompetenzen verdrängt oder nun selbst zum Problem wird.

### ***3.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede***

Das Suchtlexikon von 2000 besagt, dass der Konsum von psychotropen Substanzen in allen Industrieländern mit dem Geschlecht variiert. Männer konsumieren im Vergleich zu Frauen mehr Alkohol sowie illegale Drogen (ebd., 295), Frauen nehmen mehr psychotrope Medikamente wie Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva etc. (ebd., 296) Diese Sucht fällt bei den Frauen zusätzlich weniger auf, da sie sozial gut angepasst sind. Auch aktuellere Daten bestärken dies. Die Geschlechterverteilung bei den Abhängigkeiten in Deutschland sehen wie folgt aus (Stöver 2011, S. 5):

- Alkohol wird zu 1/3 von Frauen und zu 2/3 von Männern konsumiert.
- Illegale Drogen werden zu 1/3 von Frauen und zu 2/3 von Männern konsumiert.
- Medikamente werden zu 2/3 von Frauen und zu 1/3 von Männern konsumiert.

Erklärungsmodelle für dieses Phänomen liegen in den Unterschieden in der Sozialisation (Stimmer u. a. 2000, 297). Demnach lernen Mädchen und Jungen die Funktionen der verschiedenen Substanzen mit den jeweils unterschiedlichen Seiten, Bedeutungen und Verwendungszwecken kennen. Zur weiblichen Geschlechtsrolle gehört eher der kontrollierte weiche, zur männlichen der unkontrollierte harte Umgang mit Drogen (z.B. hochprozentige Spirituosen, harte illegale Drogen wie z. B. Kokain oder harte Verhaltensweisen wie sich besaufen). Frauen können ebenso dieses Muster annehmen, was in dem Fall eine Rebellion darstellt. Die Rollenmodelle, von denen die Kinder den Umgang lernen, stellen hauptsächlich die Eltern dar. Weitere Einflüsse finden sich im Kindergarten, in der Schule, der Peergroup und vor allem in den Medien.

Neben den erlernten Verhaltensmustern spielen auch die Konsummotive eine Rolle. Frauen reagieren bspw. stärker auf Störungen in ihrem familiären Umfeld, Männer reagieren dagegen stärker als Frauen auf Probleme im Berufsleben (ebd., 298).

Frauen konsumieren häufiger heimlich oder zusammen mit einem Partner Alkohol, um Funktionsfähigkeit herzustellen oder um negative Stimmungen zu kompensieren (Quinten 2002, S. 174). Sie versuchen Ängste, Depressionen, Einsamkeits- bzw. Minderwertigkeitsgefühle zu beseitigen und aggressive Reaktionen und Abgrenzungen zu ermöglichen (ebd., S. 176, Zit. n. Gaidetzka 1999). Abhängige Frauen illegaler Drogen sind

im Gegensatz zu Alkohol- oder Medikamentensüchtigen jünger und „haben häufiger eine abgebrochene Schulausbildung bzw. eine schlechtere berufliche Laufbahn, werden häufiger durch Partner und Freunde an Drogen herangeführt, hatten häufiger massiv traumatisierende Erfahrungen in Kindheit und Jugend und sind auch im Erwachsenenalter vermehrt sexueller und körperlicher Gewalt ausgesetzt“ (ebd., S. 175, Zit. n. Franke 1999). Bemerkenswert ist auch, dass Frauen vergleichsweise kurze Suchtepisoden durchlaufen, also häufig früher aus dem Konsum aussteigen als Männer (Stimmer u. a. 2000, 299).

Männer weisen einen früheren Einstieg in den Drogenkonsum auf als Frauen und konsumieren Alkohol und illegale Drogen häufiger in größeren Mengen, in risikoreicheren Gebrauchsmustern und sozial auffälliger als weibliche Personen (Stöver 2011, S. 6). Ihr Rauschleben steht häufig in Zusammenhang mit Macht, Drohung und Empfinden von Kollektivität (ebd., S. 7). Männliche Attribute sind z. B. „ein ganzer Kerl“ oder „trinkfest“ zu sein, was wieder das harte Konsummuster spiegelt.

Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied ist, dass Frauen stärker auf Drogen reagieren und schneller abhängig werden als Männer (Stimmer u. a. 2000, 298).

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich die Geschlechtsunterschiede bei der Prävalenz des Drogenkonsums verringern, Männer jedoch immer noch die riskanteren Konsummuster besitzen (Stöver 2011, S. 6).

Es wäre vermutbar, dass sich das Verhältnis bezogen auf die jüngeren Drogenbenutzer aktuell annähert, da unsere Gesellschaft immer offener wird und die geschlechtsspezifischen Zuschreibungen immer weniger eine Rolle spielen.

### ***3.2 Kontrollierter Konsum***

Hier ist zu untersuchen, ob es einen kontrollierten Konsum gibt oder ob jeder Drogenbenutzer nach längerem Konsum süchtig wird und weiterhin was die Unterschiede zwischen den Konsumenten sind. Es gibt Meinungen, die besagen, Drogenkonsum sei nur für Menschen mit Problemen riskant, da diese mit Hilfe der Drogen vor den Problemen flüchten (Lindberg u. a. 2005, 32). Auch diejenigen, die anfangs nur zum Spaß, aus Neugier oder Gruppenzwang konsumieren, können aber mit der Zeit lernen, ihre Probleme mit dem Rausch zu verdrängen,

insofern sie irgendwann Probleme erleiden. Nun stellt sich die Frage: hat nicht jeder Mensch Probleme? Und können auch Menschen abhängig werden, die aus anderen Motiven konsumieren?

Das Abhängigkeitspotential hängt von der Droge ab. Bei Alkohol dauert es relativ lange, bis die Grenze zur Abhängigkeit überschritten ist. Tatsache ist, dass ein Großteil der Alkoholkonsumenten nicht abhängig trinkt. Somit ist klar, dass es einen kontrollierten Konsum von Alkohol gibt. Bei Cannabis gibt es unterschiedliche Ansichten. Man hört immer wieder, dass Cannabis wenn überhaupt nur eine psychische Abhängigkeit auslöse. Neuere Ergebnisse widerlegen wie schon erwähnt die Aussage und berichten auch von einer körperlichen Abhängigkeit. Wann diese eintritt, kann jedoch niemand genau sagen. Es gibt keine messbaren Variablen „so lange oder so oft musst du kiffen, damit du abhängig wirst“. Gerade dieser Umstand macht die Sache gefährlich. Es gibt keine Anleitungen wie für ein kontrolliertes Trinken bei den illegalen Drogen. Die Abhängigkeit kommt schleichend und einige entwickeln sie irgendwann, andere nicht. An einzelnen Konsumenten kann man allerdings sehen, dass ein sporadischer, kontrollierter Cannabiskonsum ohne eine Abhängigkeitsentwicklung möglich ist.<sup>2</sup> Viele Konsumenten hingegen steigern ihren Konsum in Bezug auf Menge und Häufigkeit und entwickeln so eine Abhängigkeit.

Auch bei Kokain gibt es bezüglich eines kontrollierten Konsums konträre Meinungen. Entgegen der oftmals vertretenen Meinung, Kokain würde sehr schnell abhängig machen, betonen andere wiederum (Zurhold & Degkwitz 2007; Decorte 2000; Kemmesies 2000d; Hess & Behr 2004) dass sich der Konsum von Kokain, wie auch der von Alkohol oder Cannabis, nicht zwangsläufig zuspitzt und für eine Mehrheit der Konsumenten episodisch (mit einzelnen exzessiven Phasen) bleibt (Zurhold u. a. 2007, S. 211). Einige der intensiveren Konsumenten, so meinen sie, kommen sogar in Phasen eines unkontrollierten, problematischen Konsums, der auch im klinischen Sinne abhängig ist, können diesen in der Regel jedoch selbst wieder einschränken (ebd., S. 323).

Risiken für einen Kontrollverlust liegen in sozialen, situativen und personalen Faktoren und sind unter anderem: eine „übermäßige persönliche Bindung an die Drogenerfahrung als ein Bewältigungs-Mechanismus oder als ein Weg der Lebensführung“ (ebd., S. 210), die Zugriffsnähe, ausreichend finanzielle Mittel zum Drogenerwerb (ebd., S. 328), eine positive

---

2 Beobachtungen in einer Tagesklinik mit Suchtschwerpunkt



Substanzwirkung, zunehmende Involvierung in ein Umfeld von stärkeren Konsumenten, die Ausdehnung der ritualisierten Konsumphasen, erschwerte Umstände z.B. im Beruf oder Privatleben und psychosoziale Belastungssituationen (ebd., S. 326).

Protektive Faktoren sind z. B. die Reflexion von Problemen, eigenen Zielen, Prioritäten und von bemerkten Folgen des Drogenkonsums, Lebens- und Bewältigungsstile, die dem Drogenkonsum einen begrenzten Platz zuweisen und verhindern, dass der Konsum zum zentralen Bezugspunkt des Lebensführung wird, das Erfüllen von Anforderungen und Einhalten von Verpflichtungen, berufliche Karrierepläne und partnerschaftliche sowie familiäre Beziehungen (Zurhold u. a. 2007). Die genannten Umstände wie beruflicher Erfolg oder familiäre bzw. freundschaftliche Kontakte spielen insofern eine Rolle, dass sich positive Erfahrungen nicht nur auf den Drogenkonsum beziehen. Je mehr also das Leben eine Person befriedigt, desto eher wird sie den Drogenkonsum in Grenzen halten können (ebd., S. 328, zit. n. Hess & Behr 2004).

Viele der Konsumenten, die vorzugsweise am Wochenende, auf Partys oder zu anderen besonderen Gelegenheiten konsumieren, geben weiterhin an, ihren Konsum zu kontrollieren, indem sie sich selbst Regeln aufstellen, welche die Menge, die Häufigkeit oder die Begleitumstände des Konsums betreffen (EBDD 2011, 78, Zit. n. Reynaud-Maurupt und Hoareau, 2010).

## 4 Ursachen von Sucht

Die Ursachen von Sucht und Abhängigkeit sind sehr vielschichtig. Es gibt eine fast unüberschaubare Vielzahl an Erkenntnissen, warum Menschen süchtig werden. Bisher wurden jedoch keine eindeutigen Prädiktoren einer Suchtentstehung oder eine zum Drogenkonsum neigende Persönlichkeitsstruktur gefunden (Stimmer u. a. 2000, 136). Im Folgenden sollen verschiedenen Suchttheorien und das multikausale Entstehungsmodell vorgestellt werden.

### 4.1 Ursachentheorien

Die verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, unter anderem die Psychologie, die Soziologie, die Philosophie und die Biologie, haben jeweils unterschiedliche Theorien mit unterschiedlichen Erklärungsansätzen, die die Entstehung einer Drogenabhängigkeit beleuchten. Hier sollen die verschiedenen Fachrichtungen mit ihrem Ansatz in kurzer Form beschrieben werden.

#### 4.1.1 Psychologische Ursachentheorien

Im Folgenden werden die Entstehungstheorien einer Abhängigkeit in die einzelnen Schulen der Psychologie untergliedert.

Die **Psychoanalyse** führt Drogenabhängigkeit auf psychosexuelle Entwicklungsstörungen zurück (Böhnisch u. a. 2002, S. 41) und erklärt das Verhalten der Sucht oder Abhängigkeit anhand von drei Erklärungsmodellen (Veltrup 2002, S. 233):

Das Triebmodell sieht Sucht als den Versuch einen Triebkonflikt zu lösen, das Trinken z.B. gilt als Regression auf die orale Phase. Dadurch soll Unlust verhindert und Lust maximiert werden.

Das Ich- oder Strukturpsychologische Modell besagt, die Droge soll einen Defekt in der Persönlichkeitsstruktur kompensieren (Selbstheilungscharakter) und Affekte dämpfen oder regulieren.

Das Objektpsychologische Modell stellt den Selbstzerstörungscharakter der Sucht in den Vordergrund.

Die **Tiefenpsychologie**, die aus der Psychoanalyse hervorgegangen ist, besagt weiterhin, dass ein Mensch oberflächliche Ebenen seiner Selbst befriedigt, wenn er im Innern unerfüllt ist (Jenner 1997, 114). Das Suchtmittel soll Gefühls- und Stimmungslagen ausgleichen, eine vermeintlich schmerzhaft wirkliche Wirklichkeit verkennen, aufgrund eines gestörten Selbstwertempfindens das Größenselbst aufrichten, Wut, Scham oder Zurückweisung sowie narzistische Kränkungen kompensieren oder wird als selbstaggressives Verhalten dargestellt. Süchtige haben nach dieser Theorie oft eine mangelnde Affekt- und Frustrationstoleranz.

In der **Individualpsychologie** gilt Sucht als Kompensation von Gefühlen der Schwäche und Ohnmacht (Wölfle 1997, 129). Hier spielt der Begriff „Minderwertigkeitsgefühl eine große Rolle, das z.B. bei emotional vernachlässigten, abgelehnten, hart erzogenen, verwöhnten oder behinderten Kindern entstehen kann. Das Scheitern in den wichtigen Lebensaufgaben wie Familie, Liebe und Arbeit wird nach dieser Theorie durch die Sucht kompensiert, welche als Schein von Stärke, Kontrolle, Macht und Gemeinschaft sowie als Abwehr unzulänglicher Realität gilt. Eine weitere Ursache ist die Ausrichtung der Person nach dem Lustprinzip, häufig egozentrisches Handeln und eine eingeschränkte Beziehungsfähigkeit (U. Lehmkuhl u. a. 2002, S. 243 f). Den Grund hierfür sieht Adler, der Begründer dieses Paradigmas, in negativen frühkindlichen Erfahrungen in Zusammenhang mit einer „körperlichen erblichen Belastung“. Hier wurde auch die Familienbelastung als Milieufaktor mit einbezogen. Man ging von dem Weitergeben der Gewohnheiten, mit Suchtmitteln umzugehen, aus.

Der **Behaviorismus** besagt, dass das süchtige Verhalten aufgenommen und aufrecht erhalten wird, da es zuvor ein Mal befriedigt hat (Günther u. a. 1997, 163 ff.). Das elterliche Trinkverhalten sowie die Peergroup beeinflussen über Modelllernen das Trinkverhalten. Sucht ist demnach ein erlerntes Verhalten. Nach dem Behaviorismus gibt es positive Erwartungen, z.B. dass Alkohol Spannungen abbaue, Selbstsicherheit gebe oder dass er den Trinker sozial kompetenter erscheinen lässt. Die Erwartungshaltungen sowie die Konditionierung (mit dem Alkohol gekoppelte Reize, die ein Verlangen nach Alkohol auslösen, das zum Rückfall führt), halten das Trinkverhalten aufrecht. Ein positiver Verstärker kann z.B. der Anblick des Ortes sein, wo normalerweise konsumiert wird (Stimmer u. a. 2000, 424). Negative Verstärker sind bspw. die Entzugserscheinungen. Häufig liegen der Sucht auch psychische Probleme, wie Ängste, Depressionen, sexuelle oder Partnerprobleme, Defizite im Umgang mit Emotionen sowie in der sozialen Kompetenz zugrunde.

Die Systemische Psychologie bezieht die Familie und das soziale Umfeld in die Theorie mit ein und beschreibt ein zirkuläres Bedingungsgefüge (die Ursache des Trinkens liegt im Verhalten einer anderen Person bspw. des Partners oder die Person selbst erzeugt mit ihrem Verhalten die Umstände/ Verhältnisse) (Tretter 2005, 49).

Die **Psychopathologie**, eine Anwendungsdiziplin der Psychologie, bringt vor allem zwei Störungsbilder mit Sucht in Zusammenhang, die an der Entstehung beteiligt sein können (Stimmer u. a. 2000, 442). Zum einen die Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASPD), welche durch eine schwere Störung des Sozialverhaltens, durch fehlende dauerhafte Tätigkeiten oder stabile Beziehungen, Reizbarkeit, Aggressivität, Gesetzeskonflikte, Lügen, Betrug und fehlende Gewissenskonflikte gekennzeichnet ist. Etwa 14 Prozent aller Alkoholabhängigen und sogar 18 Prozent aller Drogenabhängigen erfüllen die Kriterien für diese Störung. Die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung süchtigen Verhaltens liegt bei Personen mit ASPD sogar bei 84 Prozent. Eine weitere Persönlichkeitsstörung, die häufig in Zusammenhang mit Sucht auftritt, ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung (ebd., 443). Vor allem das Risiko für eine Alkohol- oder Kokainabhängigkeit soll hier erhöht sein. Diese Störung ist ein Grenzgebiet zwischen Psychose, Neurose und Persönlichkeitsstörung (Faust). Häufig findbare Merkmale dieses Störungsbildes sind hypochondrische Reaktionen, chronische Langeweile und sogar innere Leere, auf der anderen Seite jedoch die Neigung zu vielfältigen Ängsten, Beziehungsstörungen im zwischenmenschlichen Bereich, das Gefühl der Isolierung, Stimmungsschwankungen, eine ausgeprägte Unsicherheit was Berufswahl, zwischenmenschliche Aspekte und die Geschlechtsrolle anbelangt sowie die Neigung zur Selbstbeschädigung.

Auch bei ADHS-Betroffenen des Kindes- und Jugendalters findet man eine erhöhte Suchtgefährdung. Bis zu 50 Prozent derjenigen, mit ins Erwachsenenalter hineinreichenden Symptomen, entwickeln eine Substanzabhängigkeit insbesondere von Nikotin und Kokain (Havemann-Reinecke 2007, S. 95 f.). Symptome sind hier vor allem körperliche Unruhe, Impulsivität, Aufmerksamkeitsschwäche, sowie emotionale Störungen.

Ein weiteres Teilgebiet der Psychologie, das zu den Grundlagendisziplinen gehört, ist die Sozialpsychologie. **Sozialpsychologische Theorien** stellen die Beziehungen zu Bezugsgruppen, also der Familie, der Peergroups usw. in den Vordergrund (Friedrichs 2002, 123). Wenn das psychische Wohlbefinden eng an eine Gruppe geknüpft ist und in dieser

Gruppe konsumiert wird, ist nach dieser Sichtweise eine Anfälligkeit für die Suchtentwicklung gegeben. Dieser Ansatz ist gekennzeichnet durch eine Prozessorientierung. Ursachen werden nicht ausschließlich in der Vergangenheit und der Persönlichkeit des Individuums gesucht, sondern das Verhalten wird als komplexes Zusammenspiel von Individuum und situativen Faktoren betrachtet.

#### **4.1.2 Soziologische Theorien**

Soziologische Theorien besagen, Drogenprobleme seien jugend-, schicht- und geschlechtsspezifisch sowie gruppengebunden (ebd., 99). Diese Theorie stellt das Vorhandensein und die Zugänglichkeit der Drogen, die Entwicklung subkultureller Systeme als Ursache des Konsums und die Sozialisationsbedingungen in den Vordergrund (ebd., 128). Neben Persönlichkeitsmerkmalen werden hier der Lebensstil, Einstellungen, Werthaltungen, soziale Netzwerke im Freundeskreis, der Familie und der näheren und weiteren Umgebung (Stimmer u. a. 2000, 176) aber auch Alter, Geschlecht, Stadt-Land-Unterschiede oder Schichtzugehörigkeit mit in die Analyse aufgenommen (ebd., 553).

#### **4.1.3 Philosophische Theorien**

Die Existenzanalyse sieht einen Sinnmangel im Leben als wichtigen Ausgangspunkt für Sucht (Längle 1997, 151 f.). Durch einen Sinnmangel entsteht eine existentielle Frustration. Die Betroffenen sind jedoch oft passiv und wünschen sich eine bessere Situation, ohne etwas dafür zu tun. Sie versuchen Leid zu vermeiden und sehen es nicht als zum Leben dazugehörig. Eine weitere suchtfördernde Haltung ist die Inauthentizität. Die Personen leiden an einer inneren Spannung, weil sie nicht ehrlich zu sich selbst sind bzw. nicht zu dem süchtigen Verhalten stehen. Dahinter kann ein negativer Selbstwert oder ein unsicherer Grundwert stehen, d.h. die Süchtigen sind sich oftmals nicht einmal sicher, ob sie überhaupt leben wollen oder was sie in ihrem Leben erreichen wollen.

#### **4.1.4 Physiologische/Biologische/Genetische Theorien**

Hier werden vor allem die neurobiologischen Grundlagen der Sucht untersucht (Röthlisberger u. a. 1998). Sie erklären das Phänomen durch Prozesse der Sensitivierung, Desensitivierung und Konditionierung in suchtrelevanten neurobiologischen Systemen des Gehirns, die durch

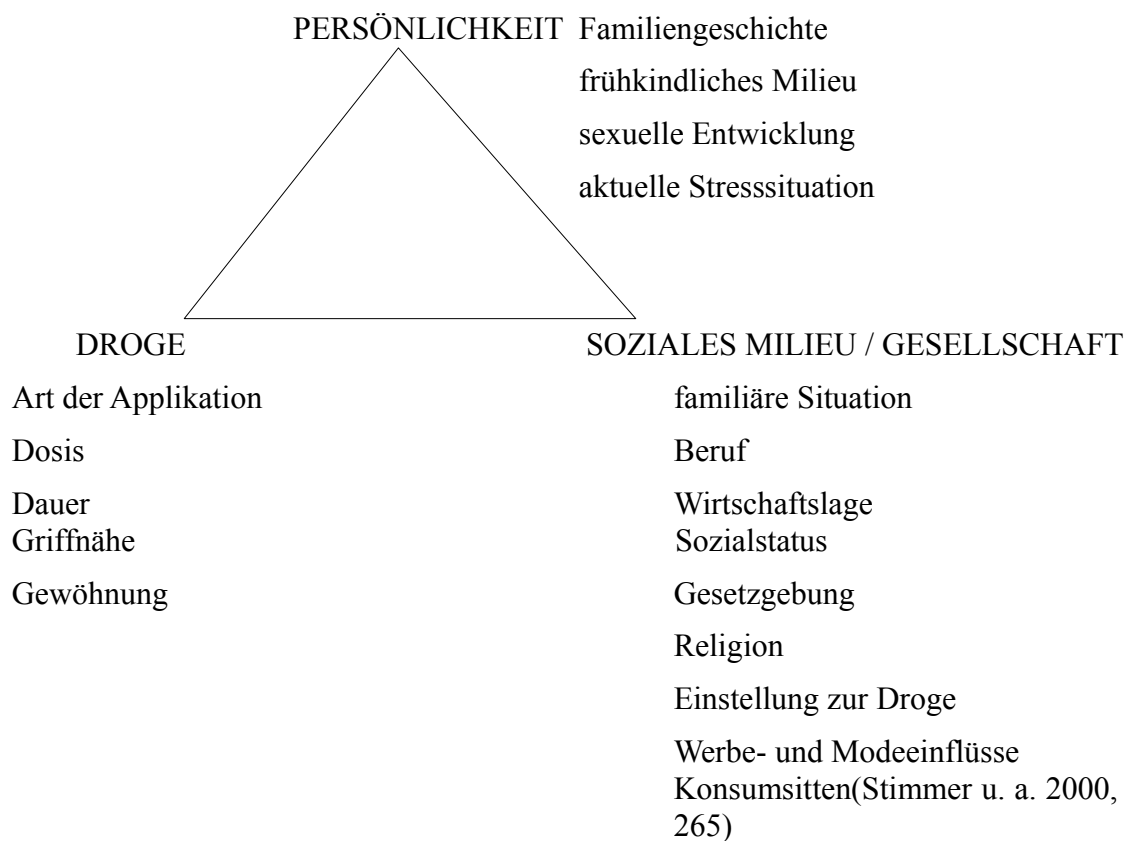
genetische Vulnerabilität und durch die Umwelt bedingten Risikofaktoren in Gang gesetzt werden (Stimmer u. a. 2000, 422). Ein Bedingungsfaktor ist die Bildung von morphinähnlichen Substanzen durch Drogenkonsum (ebd., 429). Unser Körper besitzt selbst körpereigene Morphine (Endorphine), welche im limbischen System auf die gleiche Art aufgenommen und verarbeitet werden, wie von außen zugeführte Opioide (ebd., 361). Die Ausschüttung eben dieser führt zur Blockierung von Schmerz und Angst und bewirkt euphorische Zustände und intensive Glücksgefühle. Ein angeborener Mangel dieser physiologischen Substanzen, die im Körper vorkommen, kann zu einem Drogenverlangen führen, weshalb diese Menschen Drogen als „Glücklichmacher“ konsumieren (Kielstein 1990, 68 ff.).

Ebenso die Verträglichkeit der Drogen spielt eine bedeutende Rolle. Einigen Menschen geht es schon nach verhältnismäßig geringen Mengen schlecht, weshalb sie wenig trinken, kiffen usw. (ebd.). Andere können hingegen Cannabis konsumieren oder bis zum Vollrausch trinken, ohne zu erbrechen oder Übelkeit zu erleiden. Auch der Kater am Folgetag nach einem Exzess ist einigen Menschen wohl bekannt und anderen völlig fremd. Diejenigen, die keine negativen Konsequenzen spüren, werden wahrscheinlich häufiger konsumieren als die vom Kater gequälten.

Ebenfalls von großer Bedeutung ist die genetische Disposition. Heute besteht kein Zweifel mehr, dass Sucht familiär gehäuft auftritt (Stimmer u. a. 2000, 422). Verschiedene Studien (Zwillingsstudien, Adoptionsstudien, Metaanalysen etc.) ergaben, dass z.B. einer von drei Alkoholkranken zumindest einen alkoholkranken Elternteil hat oder Sucht durch einen genetischen Anteil zwischen 30 und 60 Prozent bei der Alkoholabhängigkeit und bei dem Einstieg in den Cannabiskonsum bei Männern zu 51 und bei Frauen zu 40 Prozent durch die Gene bestimmt wird (drugcom.de 2010a). Die Zahlen zeigen, dass Umwelt- und erbliche Faktoren etwa gleich großen Einfluss auf die Abhängigkeitsentwicklung haben. Auf den Umstand der familiären Häufung von Abhängigkeitserkrankungen wird weiterhin gesondert im Punkt 4.3 eingegangen.

#### 4.2 Das biopsychosoziale Modell

Die oben genannten Fachrichtungen liefern jeweils ihre Erklärungen für die Entstehung einer Drogenabhängigkeit. Die Ursachen oder die Entstehung sind jedoch komplexer und können nicht ausschließlich auf eine Komponente beschränkt werden (Friedrichs 2002, 99). Die neuere Literatur ist sich weitgehend einig, dass sich Sucht/Abhängigkeit nicht monokausal erklären lässt, sondern dass sie multifaktoriell und multiperspektivisch verstanden werden muss (Stimmer u. a. 2000, 552). Treffend ist hier das biopsychosoziale Modell von Engel. Es besagt, dass eben nicht nur biologische, psychologische oder soziale Faktoren eine Krankheit entstehen lassen, sondern immer alle drei Umstände die Krankheitsentwicklung beeinflussen (Wilhelm Feuerlein 2008, 18). Ein einfaches Modell zur Entstehung von Sucht, das eben diese Gedanken aufgreift, ist das Dreiecksmodell mit den Faktorengruppen Individuum, Sozialfeld und Droge (W. Feuerlein 1999, 40).



Die individuellen, im Punkt Persönlichkeit gebündelten Faktoren, hängen von den angeborenen und erworbenen körperlichen und seelischen Eigenschaften des Menschen ab. Hier sind unter anderem die genetische Disposition, die Einstellung der Person gegenüber

Drogen, Charaktereigenschaften, z.B. Kontaktarmut, Passivität, Ziel- und Interessenlosigkeit (Lothar Schmidt 1986, 103), Bedürfnisse, ungünstige Temperamentfaktoren wie leichte Irritierbarkeit, negative Gefühlszustände und impulsives Verhalten, emotionale Belastungen (Depressionen, Ängste) sowie Verhaltensprobleme (Hyperaktivität, Aggressivität) als den Drogenkonsum beeinflussende Faktoren zu nennen (Funke u. a. 2002, S. 16). Unbefriedigte Bedürfnisse der Person z.B. nach Liebe, Geborgenheit, Kontakt zu Menschen, usw. können zunächst auch durch Drogen kompensiert werden. Ebenso spielt das Alter und der Beginn des Konsums eine Rolle. Bei frühem Beginn des Missbrauchs kommt es offenbar schneller zur Entwicklung einer Abhängigkeit (W. Feuerlein 1999, 42). Auch die Lebensumstände einer jeden Person müssen mit einbezogen werden. Es gibt Menschen, die mit bestimmten Erlebnissen oder Lebensumständen, sozialen Umbrüchen wie der politischen Wende 1989/90 usw. nicht fertig werden. Sie versuchen durch den Drogenkonsum der Realität oder ihren Problem zu entfliehen. Je häufiger wir Problemen ausweichen und je mehr Erfolg wir damit haben, desto schneller werden wir uns an dieses ausweichende Verhalten gewöhnen und desto eher kann sich eine Abhängigkeit entwickeln (Stimmer u. a. 2000, 582). Hinzuzufügen ist, dass nicht jeder Drogen konsumiert, weil er ein Problem hat. Auch Lebensfreude oder eine Steigerung der Lebensfreude können ein Grund dafür sein (Hannes 2004, 9). Drogen können gute Gefühle bereiten und schlechte vermindern, das sind die wichtigsten Aspekte, um diese Problematik zu verstehen.

Um die individuellen Wünsche und Bedürfnisse zu befriedigen, Ersatzbefriedigung zu erreichen oder die gewünschte Wirkung zu erhalten, sucht sich das Individuum die für sich passende Droge aus. Alkohol mit seiner bspw. lustbringenden, ausgleichenden, erleichternden, entspannenden, enthemmenden, euphorisierenden und angstmindernden (Lothar Schmidt 1986, 49) Wirkung wird somit von den Betroffenen zur Stimmungsänderung, zum Entfliehen aus der Realität, zum Stressabbau oder zum Entspannen benutzt. Durch das angenehme Gefühl nach dem Konsum bzw. durch die angenehme Wirkung der Droge, kann eine unersättliche Lust auf Wiederholung entstehen. Einige bringen auch den Aspekt des Genuss-Konsumierens mit ein und sagen sie trinken oder kiffen nur aus Geschmack und rutschten so in die Abhängigkeit. Das Konsumieren in den Massen, die eine Abhängigkeit erzeugen können, ist jedoch nicht als Genuss zu bezeichnen.



Als letzter Faktor bestimmt das Sozialfeld, also das nähere Umfeld der Person, die Familie, Freunde, Bekannte, Arbeitskollegen aber auch die Gesellschaft generell die Suchtentstehung mit. Die Ursprungsfamilie bestimmt die Einstellung eines Jeden zum Drogenkonsum mit. Ein Kind kann bspw. völlig abgeschreckt sein von den trinkenden Eltern und deshalb völlig abstinent leben, die Muster der Eltern übernehmen und trinken oder aus Ekel vor Alkohol zu illegalen Drogen greifen. In der Jugend beeinflussen Gleichaltrige, Vorbilder und Gruppendruck den Umgang mit Drogen (ebd., 53 ff.). Im späteren Alter sind häufig immer noch Bekannte oder nun der Partner ausschlaggebend für das Konsumverhalten. Auch Einsamkeit ist eine Ursache für viele Personen Drogen zu konsumieren. Die Berufswahl kann ebenfalls das Verhalten beeinflussen. Berufe in denen häufig getrunken wird sind bspw. Montageberufe, Lastkraftwagenfahrer, Bauberufe, Braumeister etc. Langeweile, Unterforderung, Stress oder belastende Situationen z. B. Schichtarbeit können ebenso förderlich für einen Drogenmissbrauch sein. Auch Rituale oder Gewohnheit, z.B. ein Bier oder ein Glas Wein zum Abendessen bzw. zum Feierabend, beim Grillen oder im Sportverein, Kiffen bei jedem Treffen mit den Freunden oder zu Konzerten sowie Pillen schmeißen auf Partys sind bei vielen Menschen im Alltag verankert. Da der Konsum legaler und illegaler Drogen unterschiedlich bewertet wird, spielt bei Alkohol auch die Werbung und die ständige Verfügbarkeit eine Rolle. Sogar ein Vollrausch ist in unserer Gesellschaft nicht verpönt und wird oftmals sogar belächelt. Der Konsum illegaler Drogen dagegen wird von dem Großteil der Bevölkerung negativ bewertet und geht mit Ausgrenzung und Stigmatisierung einher (Heckmann 2005, S. 208). Durch den Gebrauch von illegalen Drogen kann sich eine Person oder eine Gruppe aber auch selbst von der Gesellschaft sowie den herrschenden Normen und Werten distanzieren und Zugehörigkeit oder Identität ausdrücken (Friedrichs 2002, 37).

Die aufgeführten Faktoren gelten jedoch näher betrachtet nicht für die Entwicklung einer Abhängigkeit, sondern schlicht für den Konsum von Drogen. Wie sich die Abhängigkeit schließlich entwickelt, wurde in Kapitel drei beschrieben.

### ***4.3 Weitere Bedingungsfaktoren***

#### *Ursachen jugendlichen Drogengebrauchs*

Wie bereits im zweiten Kapitel erwähnt und anhand von Zahlen verdeutlicht, ist die Affinität Jugendlicher und junger Erwachsener zum Drogenkonsum besonders hoch. Gruppenzwang, Neugier und Experimentierfreude spielen in diesem Alter eine besonders große Rolle. Das Haupteinstiegsalter für den Konsum illegaler Drogen liegt bei dem 16. Lebensjahr (Heckmann 2005, S. 208). Verschiedene Auffassungen sehen den Konsum als Austesten des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen oder betrachten ihn als Kompensierung von Problemen (ebd.). Probleme gibt es wohl in der Jugendzeit, vor allem in der pubertären Phase, genug. Dies können hohe Leistungsanforderungen der Schule oder Ausbildung, Leistungsversagen, ein niedriges Selbstwertgefühl, Kontaktprobleme gegenüber Gleichaltrigen oder wenig Zukunftsperspektiven sein (Hurrelmann 2002, S. 260). Ebenfalls charakteristisch für dieses Alter sind Identitätskrisen, Verwirrung und Frustration der Pubertät. Das Verlassen von Familie und Schule, Lehrstellensuche, Berufsausbildung, Arbeitsplatzsuche und die Distanzierung vom Elternhaus können belastend und überfordernd für Jugendliche wirken. Wenn sie bemerken, dass der Drogenkonsum die Alltagsprobleme z.B. Liebeskummer, Prüfungsangst oder Schüchternheit dämpft, kann sich das abweichende Verhalten manifestieren (Hurrelmann 2002). Risikofaktoren sind weiterhin ein häufiger Aufenthalt an Orten mit Suchtmittelverfügbarkeit, eine starke Einbindung in suchtmittelkonsumierende Gruppen, das Bemühen um Konformität in der Gruppe, ein starker Drang nach Non-Konformität in Bezug auf Andere, häufiges Erleben von Langeweile, eine starke Konsumbereitschaft, der Wunsch nach Spaß, die Tendenz zum Abreagieren, mangelnde emotionale Anbindung sowie geringe Problembewältigungsfähigkeiten (Quinten 2002, S. 176). Zusätzlich kann der Konsum als Statushandlung oder Reifensymbol sowie als Demonstration des Erwachsenseins verstanden werden (ebd., S. 178). Natürlich entwickelt nicht jeder Jugendliche, der Drogen ausprobiert, eine Abhängigkeit. Die Mehrzahl der Konsumenten stellt den Probierkonsum wieder ein.

#### *Kinder suchtkranker Eltern*

Kind eines Suchtkranken zu sein, ist ein erheblicher Risikofaktor für das Entstehen einer Abhängigkeit. Dass Abhängigkeit familiär gehäuft auftritt, wurde bereits in der Arbeit erwähnt. Derzeit leben in Deutschland etwa 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung, also Missbrauch oder Abhängigkeit, aufweist und weitere 40.000 Kinder und Jugendliche mit einem drogenabhängigen Elternteil

(nationaler REITOX-Knotenpunkt 2011, 78). Aber warum werden die Kinder der Suchtkranken proportional häufiger abhängig? Zu Erklären ist dieser Umstand einerseits durch die genetische Disposition und die Lernprozesse, die ein Kind durchläuft, und andererseits durch häufig extreme Erfahrungen, wenn Vater oder Mutter abwechselnd schuldbewusst, gleichgültig und teilweise auch gewalttätig sind (drugcom.de 2003). Diese Kinder erleben mehr Streit, Stimmungsschwankungen, Unberechenbarkeit und Loyalitätskonflikte der Eltern als andere Kinder, ihnen ist weniger Verlässlichkeit und Klarheit gegeben und sie werden häufiger Opfer von Misshandlungen und Vernachlässigung (Klein 2002, S. 279 ff.). Weiterhin sind die Lebensumstände drogenabhängiger Eltern häufig von Armut und sozialer Benachteiligung geprägt, was zusätzlich einen Risikofaktor darstellt. Die daraus resultierenden Konsequenzen fördern ebenfalls einen Suchtmittelmissbrauch, da diese Kinder im Jugend- oder Erwachsenenalter oftmals nicht mit ihrem Leben zurecht kommen. Sie weisen häufiger Diagnosen im psychischen Bereich, starke Hyperaktivität, Impulsivität, Aggressivität sowie Defizite im schulischen Leistungsbereich auf und haben oftmals keine ausreichende Kontrolle über eigene Handlungsfolgen (ebd., S. 281). Der Zwiespalt zwischen dem Bedürfnis nach Liebe und der ständigen Zurückweisung in der Kindheit kann bspw. Auswirkungen auf spätere Beziehungen haben (Kolitzus 2000, 86). Kinder von Suchtkranken suchen sich häufig einen Partner, der sie zurückstößt, da Beziehungen für sie mit Ablehnung verbunden sind (ebd., 65). Des Weiteren leiden sie durch das Vorspielen "alles ist in bester Ordnung", obwohl sie die Missstände natürlich erkennen, oftmals unter Problemen der Realitätswahrnehmung. Sie misstrauen ihrer Entscheidungsfähigkeit, ihren Gefühlen und fühlen sich machtlos.

In Zusammenhang damit ist hier abschließend zu erwähnen, dass die Kinder Suchtkranker, genau wie die Eltern auch, eine Behandlung benötigen. Jedoch wird dieser Umstand selten realisiert.

#### *Armut und Arbeitslosigkeit als Risikofaktor*

Auch Arbeitslosigkeit in Verbindung mit Armut stellt ein erhöhtes Risiko für die Manifestation einer Abhängigkeit dar. Über die Hälfte der Patienten in stationären Einrichtungen der Suchthilfe und 35 Prozent im ambulanten Bereich sind ohne Arbeit (Stimmer u. a. 2000, 49). Auch die Muster der Abhängigkeit unterscheiden sich. Bei Arbeitslosen wurden häufiger schwerere oder fortgeschrittenere Stadien der

Alkoholabhängigkeit diagnostiziert (ebd.). Da in unserer Gesellschaft Arbeit materielle und soziale Absicherung, das Selbstwertgefühl und die gesellschaftliche Wertschätzung bestimmt (ebd., 51) und Arbeitslosigkeit, vor allem Langzeitarbeitslosigkeit mit materieller Armut sowie mit psychosozialen Risiken verbunden ist (ebd., 49), kann das Fehlen von Arbeit zu einem Konsum von Suchtmitteln beitragen. Armut wird in diesem Zusammenhang als unzureichende Ausstattung mit ökonomischen Ressourcen definiert (Walter-Hamann 2002, S. 50). Verbunden mit Arbeitslosigkeit ist meist Langeweile, Sinn- und Perspektivlosigkeit, mangelnde Strukturierung des Tagesablaufes, Unterbrechung sozialer Beziehungen z.B im Kollegenkreis und in Folge des Geldmangels auch die Verkleinerung des privaten Sozialfeldes. Da die privaten sozialen Unterstützungssysteme wegfallen, kann es zu einer sozialen Isolierung kommen, woraus wiederum eine Wert- und Hilflosigkeit entsteht. Alkohol wird nun allein zu Haus getrunken, es können leichter riskante Formen des Gebrauchs entstehen oder Drogenkonsum entwickelt bzw. verfestigt sich. Der Kreislauf der sich hier entwickelt, ist fatal. Wenn süchtiges Konsumieren sich manifestiert hat, ist es schwer möglich einfach damit aufzuhören und wieder eine Arbeit anzunehmen. Im schlimmsten Fall, wenn die Wohnungslosigkeit eingetreten ist, kann sich die Person ganz den Drogen hingeben und gleichgültig werden, sich überfordert und handlungsunfähig fühlen, sodass sie sich keine neue Wohnung oder einen Job sucht.

#### *Personen mit Migrationshintergrund*

Da Migrationsprozesse eine Vielzahl von psychosozialen Belastungen bergen, die eine Suchtentstehung begünstigen, sind Migranten einem besonders hohen Risiko ausgesetzt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011b). Sie haben vielleicht Krieg oder Verfolgung erlebt, müssen sich nun in der neuen Heimat zurecht finden, mussten Familienangehörige verlassen, verstehen die neue Sprache nicht, dürfen nicht arbeiten und müssen somit von Sozialhilfe leben etc. Drogenabhängigkeit steht bei Migranten in Deutschland an dritter Stelle psychischer Störungen und wird nur von psychosomatischen und depressiven Syndromen übertroffen (nationaler REITOX-Knotenpunkt 2011, 55). Die jugendlichen russlanddeutschen Spätaussiedler bilden eine besondere soziale Risikogruppe, die überproportional oft desintegrierte Lebensläufe aufweist. Ein weiterer Risikofaktor ist das im Vergleich zur deutschen Bevölkerung niedrigere Bildungs- und Einkommensniveau der Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Die Bildungsunterschiede sind jedoch auch zwischen den

Immigranten sehr groß (ebd., 75 ff.). Kommunikationsprobleme, Informationsdefizite oder die Angst vor aufenthaltsrechtlichen Sanktionen bilden zusätzlich noch Zugangsbarrieren zum Hilfesystem. Studien, die Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen von Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei und einheimischen Deutschen untersucht haben, besagen außerdem, dass es unterschiedliche Verständnisse von Abhängigkeit gibt, die dazu beitragen nach unserem Verständnis eine Abhängigkeit zu entwickeln.

### **Exkurs: Salutogenetische Faktoren**

Weiterhin zu bemerken ist, dass es Personen gibt, die trotz der beschriebenen Risikofaktoren und vielleicht sogar dem Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren keine Abhängigkeit entwickeln. Es stellt sich also die Frage nach protektiven Faktoren, die vor der Entwicklung einer Suchterkrankung schützen. In diesem Teil der Arbeit sollen diese erläutert werden. Die Ausführungen bezieht sich hauptsächlich auf die Untersuchungen des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky. Er begründete den Begriff der Salutogenese, welcher die Entstehung und Bewahrung von Gesundheit beschreibt (Tress u. a. 2002, S. 463). Salutogenese fragt danach, warum Menschen trotz belastender Faktoren gesund bleiben (Schulz u. a. 2007). Nach Antonovsky haben alle Menschen unterschiedliche Anpassungsfähigkeiten oder Strategien mit Stressoren oder Spannungszuständen umzugehen. Stressoren können von außen kommen, wie starke Belastungen durch Arbeit, soziale Diskriminierung etc., wir können uns aber auch selbst unter Druck setzen und somit stressen (Fischer 2009, 21). Einige besitzen mehr Ressourcen als andere und haben somit mehr „generalisierte Widerstandsquellen“ in ihrer eigenen Person oder ihrer Umwelt (Schulz u. a. 2007). Diese Widerstandsquellen sind in erster Linie zumindest eine liebevolle Bezugsperson in der frühen Kindheit, später „ein intimer Lebenspartner mit dem Lebensführung, Lebensplanung, Kameradschaft, Schicksalsgemeinschaft und körperliche Intimität geteilt werden“ oder zumindest ein guter Freund mit dem wir unser Leid und unsere Freude teilen können (ebd.). Drogen bilden zunächst einen Ersatz für diese liebevollen Beziehungen oder die Bezugsperson in der Kindheit. Weitere Widerstandsquellen sind z.B. Wissen und Intelligenz, Ich-Identität, Flexibilität und Weitsichtigkeit beim Lösen von Problemen, soziale Unterstützungssysteme, intakte Sozialstrukturen, Wertschätzung der eigenen Gesundheit, positive Vorbilder, Teilnahme an prosozialen Aktivitäten, an Sport- und Glaubensgemeinschaften usw. (Böhnisch

u. a. 2002, S. 47) Ob der Mensch bereit ist, diese Ressourcen zu nutzen, hängt von der Stärke seines Kohärenzgefühls ab (Fischer 2009, 21). Kohärenz bedeutet für Antonovsky die Fähigkeit, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können und das Erkennen der Sinnhaftigkeit des Lebens (Schulz u. a. 2007). Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl können in stressigen Situation Widerstandsreserven mobilisieren oder sehen die Situation nicht als so belastend an, wie es andere Menschen tun würden.

## 5 Gründe für die Wahl der Droge

Zu dem Erkenntnisinteresse dieser Arbeit gehört die Frage, was Gründe für die Wahl oder das Beibehalten einer bestimmten Droge sind. Die meisten Drogenbenutzer haben eine Hauptdroge, die sie am liebsten konsumieren. Wenn diese nicht verfügbar ist, greifen sie gelegentlich auf andere Substanzen zurück.<sup>3</sup> Weshalb allerdings die Droge von der Person ausgewählt wird, ist unklar. Eine eigene naheliegende Vermutung bei der Auswahl der Droge ist unter anderem das Angebot. Ich kann nur eine Droge konsumieren, die ich auch erwerben kann. Weiter spielt das Umfeld eine Rolle, was ich kenne und was meine Freunde oder Bekannten konsumieren. Neben diesen situativen Faktoren wäre das Zusammenspiel des Charakters, der Persönlichkeitseigenschaften oder der Bedürfnisse des Konsumenten mit der Wirkung möglich. Je nach dem was eine Person erreichen möchte, wird sie eine andere Droge wählen. Zu diesem Thema lässt sich leider nicht genügend Material finden, um die Frage ausführlich zu beantworten. Einige Erkenntnisse bestätigen jedoch die Vermutungen.

Untersuchungen in Amerika haben verschiedene Entwicklungsstadien des jugendlichen Konsums von legalen und illegalen Drogen herausgefunden (Stimmer u. a. 2000, 178, Zit. n. Kandel 1978). Als erstes werden demnach Bier und Wein konsumiert, auf der nächsten Stufe Tabak und hochprozentige Getränke. Die legalen Drogen erwiesen sich als notwendige Zwischenstufen zwischen Abstinenz und dem Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen. Der Konsum anderer illegaler Drogen erfolgt wiederum mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit, wenn nicht vorher mit Cannabis experimentiert wurde. Einige Konsumenten bleiben bei den Substanzen Tabak oder Alkohol. Gründe dafür sind nach Kandel einerseits gesellschaftlicher Art (Anerkennung, Legalisierung), Angst vor Abhängigkeit und die Verfügbarkeit. Wenn man niemanden kennt, der illegale Drogen konsumiert oder verkauft, wird man wahrscheinlich eher Alkohol konsumieren. Welche Drogen das Interesse geweckt haben, hängt von allgemeinen sozio- und subkulturellen Gegebenheiten ab. Hier werden also gruppenspezifische Interessen, Werte und Normen wichtig. In der Techno- oder Partyszene bspw. stellen Cannabis, Speed und Ecstasy die am häufigsten konsumierten illegalen Drogen dar (nationaler REITOX-Knotenpunkt 2011, 55).

---

<sup>3</sup> Beobachtung in einer Tagesklinik mit Suchtschwerpunkt.

Ein weiterer Grund ist die Zufriedenheit mit der Substanz und deren Wirkung. Wenn eine Person verschiedene Drogen ausprobiert und erkennt, dass eine bestimmte Droge sie mehr befriedigt als die anderen, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass sie diese Droge den anderen vorzieht.

Alkohol wirkt geselligkeits- und kontaktfördernd. Der Konsument wird mutiger und enthemmter, was auf Partys, in der Disco oder generell bei Gruppengeschehen positiv besetzt ist. Auch die angstmindernde Wirkung wird häufig erwünscht. Die Motive sind hier noch vielschichtiger als bei den illegalen Drogen. Aufgrund der gesellschaftlichen Anerkennung wird Alkohol zu vielen Anlässen und Gelegenheiten benutzt. Die Motive sind bspw., wie teilweise auch bei den anderen Drogen, zur Entspannung, aus Geschmack oder Gewohnheit, um Gefühle zu betäuben, Probleme zu verdrängen, um Spaß zu haben oder einfach um dabei zu sein. Die größte Rolle spielt bei dieser Droge allerdings das Angebot und die Akzeptanz. Da Alkohol in fast jeder Familie konsumiert wird und Kinder sogar aus der Werbung lernen, Bier fördere den isotonischen Ausgleich oder schütze den Regenwald, ist es selbstverständlich ihn zu trinken. Alkohol gehört bei vielen einfach zum Abendbrot oder zum Feierabend dazu. Hier spielt nicht nur der „Gruppenzwang“ im Freundeskreis eine Rolle, sogar bei einigen Berufen ist es fast unumgänglich Alkohol zu trinken. Allein die Legalität macht Suchtmittel für einige Menschen attraktiv. Auch die ständige Verfügbarkeit vereinfacht den Konsum.

Cannabis hat außerdem bei den meisten Jugendlichen ein positives Image und gilt im Gegensatz zu „Chemie“ als natürlich, ungefährlich, nicht abhängig machend und weniger schädlich (Lindberg u. a. 2005, 28). Es ist im Vergleich zu anderen illegalen Drogen relativ günstig und der Konsum wird weitgehend akzeptiert und ist den meisten Jugendlichen vertraut, da fast jeder jemanden kennt, der Cannabis konsumiert. Es gibt Personen, die chemische Drogen generell ablehnen und nur pflanzliche Substanzen konsumieren. Wenn man die Wirkung als Faktor für die Wahl der Droge betrachtet, fallen hier als gewichtige Punkte die Entspannung, das Auftreten von Glücksgefühlen und die Dämpfung unerwünschter Gefühle auf. Gerade in der Pubertät, wo die Jugendlichen eine Reihe von Problemen haben oder Liebeskummer, Ärger mit den Eltern und Schulstress ins Gewicht fallen, kann diese Wirkung Erleichterung schaffen.



Darüber hinaus gibt es noch vereinzelte Theorien. Studien zeigen bspw., dass es unter sozial ängstlichen Menschen, die Angst haben sich ungeschickt oder peinlich zu benehmen, einen besonders hohen Anteil an Cannabiskonsumenten gibt (drugcom.de 2012a). Zu erklären ist das Verhalten durch die Besänftigung der Angst, da die Personen anderen signalisieren können, dass das von ihr als lächerliche bewertete Verhalten auf die Cannabiswirkung zurückzuführen ist. Hier könnte allerdings nachgehakt werden, ob dieser Umstand nicht auch für andere Drogen zutreffen würde.

Überdies stellt sich die Frage, ob Personen die ruhig, weniger motiviert und antriebsarm sind und die sich von Natur aus gern zurück ziehen, eher als andere Cannabis konsumieren (drugscouts.de). Der Cannabisrausch wäre hier der passende Rausch, um die vielleicht schon vorhandene Langeweile erträglicher zu machen. Entgegen der Vermutung eine Person suche sich möglicherweise die passende Substanz zu ihrem Gemütszustand, wählen viele antriebsarme, demotivierte oder gelangweilte Personen auch psychoaktive Stoffe, wie Kokain oder Amphetamine, die ihre psychische Grundstimmung in das Gegenteil verkehren soll, die sie aufputschen soll.

Kokain wird zudem häufig bei Leistungsdruck gewählt, da durch den Konsum kurzfristig eine Leistungssteigerung eintritt. Eine gesteigerte Leistungsfähigkeit kann bspw. bei der Arbeit, beim Sport oder beim Feiern erwünscht sein. Weitere Konsummotive sind der Wunsch Probleme zu vergessen, sich besser zu fühlen und Schüchternheit zu überwinden, da durch den Konsum eine euphorische Stimmung eintritt, die Kontaktfähigkeit verbessert wird, Hemmungen abgebaut werden und das Selbstwertgefühl erhöht wird (Die Stelle für Suchtprävention im Kanton Zürich 2009). Aufgrund von Mythen, die behaupten, Kokain würde die Potenz steigern und den Sex verbessern, wird die Droge auch in diesem Zusammenhang konsumiert. Die Hauptursache für den Konsum stellt jedoch Erlebnisorientierung und Stressbewältigung dar (Kemmesies 2002). Kokain gilt oder galt weiterhin in den Vorstellungen vieler Menschen als „Modedroge“, „Managerdroge“ oder „Promidroge“, weshalb gesagt werden könnte, dass es bei einigen Gruppen „in“ ist. Der Preis, der im Vergleich zu anderen Drogen ziemlich hoch ist, regelt maßgeblich die Verfügbarkeit. Kokain kann jemand nur konsumieren, wenn er ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung hat, die durch Arbeit oder delinquentes Verhalten zustande kommen können.

Die Suchtmittel haben demnach Gemeinsamkeiten in den Konsummotiven z.B. den Stressabbau oder die Gefühlsdämpfung, aber auch unterschiedliche Ursachen für die Auswahl der Droge, wie bspw. das Angebot oder Neugier.

## 6 Stereotype von Konsumenten

Wahrscheinlich hat jeder ein Bild vor Augen, wenn er an einen Kiffer oder Alkoholiker denkt, auch wenn wir wissen, dass diese Drogen von allen Gesellschaftsschichten konsumiert werden. Im Prozess der Arbeit kam die Frage auf, ob es typische Eigenschaften gibt, die Alkohol-, Cannabis- und Kokainkonsumenten häufig erfüllen. Das können Verhaltensweisen, Äußerlichkeiten, soziale Merkmale wie Status, Alter, Familienstand etc. sein, die bereits vor dem Konsum zutreffen, oder erst durch den Konsum entstehen.

Einen typischen Alkoholkonsumenten oder eine Person, die zu Alkoholkonsum neigt, gibt es nicht. Alkohol ist in unserer Gesellschaft so weit verbreitet, dass man keine typischen Eigenschaften eines Konsumenten ausmachen kann. Die Eigenschaften, die ihnen zugeschrieben werden könnten, wie eine mangelnde Frustrationstoleranz, das Bedürfnis nach Berausung oder der Wunsch nach Zugehörigkeit etc. treffen nicht nur für Alkohol- sondern generell für Drogenkonsumenten zu.

Cannabis ist nicht ganz so weit verbreitet wie Alkohol und wird von weniger Menschen konsumiert. Da die Hürde für den Konsum etwas größer und die Gruppe der Konsumenten kleiner ist, kann man ihnen vielleicht ein paar Eigenschaften zuordnen. Vorausgesetzt ist, dass diese Eigenschaften nicht auf jeden Cannabiskonsumenten zutreffen, sondern nur häufig zu beobachtende Phänomene sind. Im Suchtlexikon werden Cannabisbenutzer als „meist schüchterne, reservierte junge Menschen von geringer Dominanz“ beschrieben, die häufig aus „Neugier, Nachahmungstrieb und Gruppendynamik“ konsumieren (Stimmer u. a. 2000, 82). Auch eine andere Studie beschreibt den Cannabiskonsumenten als größtenteils männlich und sehr jung (Gisin u. a. 2009, 12). Weiterhin ist der Konsum unter bestimmten Gruppen junger Menschen, die bspw. regelmäßig Nachtclubs, Pubs oder Musikveranstaltungen besuchen, sehr weit verbreitet (nationaler REITOX-Knotenpunkt 2011, 53). Aktuelle Untersuchungen in Belgien, der Tschechischen Republik, den Niederlanden, Litauen und dem Vereinigten Königreich bestätigen diese Aussage. Ein weiterer Standpunkt ist, dass Cannabisbenutzer verhältnismäßig oft Misserfolgserfahrungen im Bildungsbereich, problematische Familienhintergründe z.B. Alkoholprobleme der Eltern und Probleme in der Beziehungsfähigkeit aufweisen. Eine Hamburger Schülerbefragung ergab allerdings, dass 16. bis 17. Jährige aus „gutem Hause“ mehr Cannabis konsumieren, als sozial benachteiligte

Jugendliche, die in einem sozial schwachen Stadtteil wohnen (Lindberg u. a. 2005, 27). Die unterschiedlichen Ergebnisse zeigen, dass Kiffen ein gesellschaftsübergreifendes Massenphänomen ist und nicht auf das Bildungsniveau beschränkt werden kann.

Das Interview mit einem Streetworker aus Zürich zeigt, dass auch Kokain nicht mehr nur von bestimmten Szenen, sondern querbeet konsumiert wird (B. Müller 2009, 9). Trotzdem können auch hier wenige Stereotype genannt werden: Kokainkonsumenten sind häufig Personen, die ein mangelndes Selbstbewusstsein haben, verunsichert sind und ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen aufweisen (ebd.). Die Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main besagen, dass die Konsumenten zu zwei Dritteln männlich und überwiegend zwischen 20 und 29 Jahre alt sind (C Haasen u. a. 2007, S. 32, Zit. n. Aust et. al. 2002). Die Konsumentinnen sind etwas jünger und sozial schwächer und haben häufig eine weitere psychische Problematik (ebd., zit. n. Powis et al 2000). Die Ergebnisse der Studie zeigen weiterhin, dass der Großteil der untersuchten Konsumenten allein lebt, ledig ist, einen niedrigeren Schulabschluss als den Realschulabschluss hat, keine Ausbildung absolvierte und erwerbslos ist (Schütze 2007, S. 181 ff.). Sehr erstaunlich ist, dass jeder von ihnen durchschnittlich 14.100 Euro Schulden besitzt. Auch andere bringen mit Kokain kriminelle Delikte und jüngere, unverheiratete, arbeitslose Menschen mit niedrigem Bildungsstand in Zusammenhang (C Haasen u. a. 2007, S. 32). Einen weit geringeren Anteil der Kokainkonsumenten machen 25. bis 36. jährige hoch ausgebildete, in beruflicher Verantwortung stehende Personen aus (Kemmesies 2002). Zu anderen Ergebnissen sind Andrea Oswald und Stefanie Wächter-Ockel vom Rechtsmedizinischen Institut in Zürich gekommen (Gisin u. a. 2009, 12). Sie untersuchten die Entwicklung in einer großen Studie von 1987 bis 2004 und in einer Studie von 2003 bis 2005 mit 179 Personen. Von den untersuchten Personen waren ebenfalls zwei Drittel männlich und zwischen 26 und 40 Jahre alt, die Mehrheit war jedoch sozial und insbesondere auch beruflich integriert (80 Prozent). Auch hier wird wieder deutlich, dass man den Konsumenten nicht in Schubladen stecken kann.

Weiterhin beschreibt das Freundeskreis Journal, eine Zeitschrift der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, anhand von Schwächen, die Menschen ausgleichen wollen und anhand der Art und Weise, wie sie glücklich werden wollen, verschiedene Suchttypen (Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe - Bundesverband e.V. 2001, 34). Hier wird unter anderem der „Relaxer“

genannt, der Entspannung sucht, aus dem Alltag aussteigen will, der die Drogen als Problemlöser, Seelentröster und Fluchtmittel einsetzt und Alkohol, Cannabis und teilweise auch Heroin bevorzugt. Der „Puscher“ ist dagegen ziemlich ehrgeizig, braucht aber künstliche Mittel um kreativ und leistungsfähig zu sein. Er bevorzugt harte Drogen, vor allem Kokain, teilweise aber auch Alkohol. Der „Perfektionist“ steht ständig unter Anspannung und hat klare Idealvorstellungen von Aussehen, der Karriere und Anerkennung. Er bevorzugt übermäßiges Essen, aufputschende Medikamente und illegale Drogen. Der „Gehemmte“ hingegen ist schüchtern, mut- und kraftlos, braucht einen Anschub, um aus sich herauskommen zu können, trinkt sich Mut an, hat Angst vor Kritik und eine eher pessimistische Lebenshaltung. Er bevorzugt Alkohol aber auch illegale Drogen. Weiterhin gibt es den „Zocker“, „Kicksucher“, „Powerman“ und den „Angepassten“.

## 7 Veränderung des Konsumenten durch die Droge

Vorherige Kapitel haben sich mit den Drogen und ihren Verwendungsformen, Wirkungen und Folgen beschäftigt. Diese wurden dabei weitgehend auf die körperlichen beschränkt. In diesem Kapitel sollen typische Veränderungen der Alkohol-, Cannabis- und Kokainkonsumenten, die durch den Drogenkonsum entstanden sind, beschrieben werden. Auch die Veränderungen einer Person durch Drogenkonsum sind meist nur generell beschrieben und nicht auf die einzelnen Drogen spezialisiert. Deshalb besteht die Hoffnung, mit Hilfe der Interviews, neue Erkenntnisse gewinnen bzw. vorhandene Erkenntnisse bestärken zu können. Zunächst sollen die theoretischen Ergebnisse dargestellt werden.

Eine Folge von Drogenkonsum ist die zunehmende Gleichgültigkeit gegenüber der Außenwelt (Stimmer u. a. 2000, 299). Drogenabhängige vereinsamen häufig oder bleiben unter sich. Die emotionale Wahrnehmungsfähigkeit kann ebenfalls verringert werden (drugcom.de 2010b). Ein spanisches Forschungsteam um Antonio Verdejo-García hat in einer Studie mit 65 Drogenabhängigen ohne weitere psychiatrische Erkrankungen und einer Kontrollgruppe ohne Abhängigkeit, aber mit vergleichbarem Bildungshintergrund, herausgefunden, dass besonders negative Emotionen von Drogenbenutzern schlechter erkannt werden. Vor allem Kokain sei vermutlich für die schlechte Erkennung von negativen Emotionen verantwortlich. Die Defizite im Erkennen von Emotionen können zu zwischenmenschlichen Problemen führen, da Konsumenten ihr soziales Umfeld nicht richtig einschätzen oder nicht gemäß der Stimmung des Gegenübers reagieren können. Des Weiteren beklagen Drogenabhängige auch häufig Defizite in der eigenen Wahrnehmung von Emotionen. So konnte anhand von Tierstudien und Untersuchungen am Menschen, z.B. unter dem britischen Forschungsteam um Studienleiter John Fisk, nachgewiesen werden, dass sich der Konsum von Stimulanzien wie Ecstasy und Kokain ungünstig auf das prospektive Gedächtnis oder Erinnern auswirkt (drugcom.de 2010c). Diese Einbußen machen sich auch im Alltag der Konsumierenden bemerkbar. Bspw. vergessen sie Dinge, die sie sich gemerkt haben, um sie in der Zukunft zu erledigen wie etwas Bestimmtes einzukaufen oder jemanden anzurufen. Neuere Studien, unter anderem eine Untersuchung des Forschungsteams um Studienleiter Christian Schütz, zeigen, dass auch moderater Drogenkonsum Spuren im Gehirn, wie leichte Einschränkungen in der

Merkfähigkeit und der Aufmerksamkeit, hinterlässt (drugcom.de 2009). Als moderat galten bspw. für Ecstasy bis zu 50 Konsumgelegenheiten im Leben und für Cannabis 365 Gelegenheiten.

Neben den Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitseinschränkungen können zumindest alle in dieser Arbeit ausgewählten Drogen folgende Veränderungen nach sich ziehen: Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Angstzustände, Depressionen sowie Schlafstörungen.<sup>4</sup>

Die suchttypische Veränderung der Persönlichkeit wird auch Depravation genannt (Stimmer u. a. 2000, 442). Sie hängt unter anderem von der Art der Substanz ab und kommt bei Alkohol relativ häufig vor. Depravation meint die „Entdifferenzierung und Einebnung der Persönlichkeitsgesamt mit Beeinträchtigung von Intelligenz, Kognition und ethischen Normen“. Schrappe nennt 1980 bspw. Eigenschaften wie Egozentrismus, Haltlosigkeit, Unzuverlässigkeit und Verwahrlosung, die mit der Depravation einhergehen. Diese Form der Persönlichkeitsveränderung tritt allerdings erst nach sehr langem, intensivem Konsum auf.

Die psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol ist mit 333.800 Behandlungsfällen die dritthäufigste Einzeldiagnose der Krankenhausstatistik des Jahres 2008 (DHS e .V. 2012). Diese Störungen durch Alkoholabhängigkeit sind auf die psychopharmakologische Wirkung des Alkohols und hirnorganische Schäden zurückzuführen (Lothar Schmidt 1986, 154). Sie werden aber zusätzlich von Verletzungen des Selbstwertgefühls durch Niederlagen bei dem Versuch kontrolliert zu trinken oder aus Diskriminierungen durch das Umfeld verstärkt. Durch diese Schwächung des Selbstwertgefühls kommt es zu dem Isolierungswunsch, einer erhöhten Empfindlichkeit, mangelhafter Impulskontrolle, Stimmungslabilität, aber auch Aggressionen oder ähnlichem Verhalten.

Die Gedächtnisstörungen durch Alkoholkonsum können sich bis hin zur Alkoholdemenz, dem Korsakow-Syndrom entwickeln (Stimmer u. a. 2000, 20). Gerade bei Jugendlichen ist Alkohol bezogen auf die kognitive Leistungsfähigkeit sehr gefährlich (drugcom.de 2011b). Da das Gehirn Jugendlicher sich noch in der Entwicklung befindet, kann Alkohol genau wie andere Substanzen, nachhaltige Hirnveränderungen nach sich ziehen. Vor allem das Rauschtrinken, welches in den Medien seit einigen Jahren unter dem Namen binge-drinking,

---

4 besonders häufig genannte seelisch-geistige Veränderungen durch Drogenkonsum in der Tagesklinik

Komasaufen oder Flatrate-Trinken Schlagzeilen macht, führt zu Gedächtnisdefiziten. Außerdem kommt es infolge von Alkoholkonsum häufig zu Aggression und Gewalt. Ein Großteil aggressiver Straftaten werden unter Alkoholeinfluss begangen. Alkohol lässt einen Menschen takt- und schamlos werden (Lothar Schmidt 1986, 148). Der Alkoholkranke wird zunehmend disfunktional und kann seiner Rolle in der Familie oft nicht mehr gerecht werden. Durch Aggressivität und Passivität isoliert er sich häufig selbst von seinen Familienangehörigen. Die Erziehung der Kinder sowie die Beziehung zum Partner leiden entsprechend unter dem Konsum. Auch die berufliche und wirtschaftliche Situation wird durch Alkoholkonsum geschädigt, der mit Arbeitsunfällen, Arbeitsausfällen sowie Abnahme der Qualität der Arbeit einhergeht und bis zur Kündigung führen kann.

Bei Cannabiskonsumenten ist die bekannteste Persönlichkeitsveränderung die Antriebsminderung. Das amotivationale Syndrom soll einen durch dauerhaften Cannabiskonsum erzeugten Zustand der Antriebslosigkeit, Gleichgültigkeit und des allgemeinen Desinteresses beschreiben, womit ein Nachlassen der Leistungsfähigkeit und des Verantwortungsgefühls bei dem Konsumenten einher geht (drugscouts.de). Dieses Phänomen wird aber stark diskutiert. Die neuere Forschung ist sich relativ einig, dass dieses Syndrom nicht existiert bzw. zumindest nicht nachgewiesen werden kann, da klinische Studien zu widersprüchlichen Ergebnissen führten. Es gibt sogar Studien und Experimente, die keine Unterschiede im Arbeitsverhalten und Verdienst bei 12.000 Erwerbstätigen oder eher höhere Leistungen bei der Lösung stupider Aufgaben gefunden haben (Quensel). Durch intensiven, regelmäßigen Konsum einmal bis mehrmals täglich kommt es oftmals zu einer mangelnden Fähigkeit, Planungen vornehmen oder komplexe Zusammenhänge analysieren zu können, zu fehlender Flexibilität, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, der Schwierigkeit sich sprachlich ausdrücken zu können, einer geminderten Reaktionsfähigkeit sowie einer Beeinträchtigung der Koordination der sensorischen Motorik (Lindberg u. a. 2005, 26). Weiterhin haben Cannabiskonsumenten Schwierigkeiten verschiedene Dinge gleichzeitig zu bewältigen (ebd., 24). Der dauerhafte Konsum und vor allem der frühe Einstieg haben einen bedeutsamen Einfluss auf die Häufigkeit von kleinen Fehlleistungen oder Aufmerksamkeitsstörungen im Alltag, wie Dinge nicht wieder zu finden, Verabredungen zu vergessen, Verkehrsschilder zu übersehen, unbeabsichtigt andere Personen anzurempeln usw. (drugcom.de 2012b) In einer 2001 veröffentlichten Untersuchung konnten jedoch Harrison Pope und sein Team zeigen, dass sich die kognitiven Leistungen auch nach jahrelangem



Kiffen spätestens nach einem Monat Abstinenz wieder auf einem normalen Niveau bewegen. Daraus ist erkennbar, dass wahrscheinlich keine unwiderruflichen Nervenschäden durch das Kiffen verursacht werden. Eine Vielzahl an Studien weist aber darauf hin, dass der frühe Einstieg, also der Einstieg vor dem 16. Lebensjahr, dauerhafte Hirnveränderungen nach sich ziehen kann, da sich das Gehirn Jugendlicher gerade in einer Umbruchphase befindet und entscheidende Reifungsprozesse vollzieht. Die Folgen des frühen Kiffens machen sich nicht nur in der Lernfähigkeit bemerkbar, sondern auch in der Fähigkeit gedanklich schnell umschalten zu können oder Veränderungen in der Lebensumwelt zu erkennen und sein Verhalten entsprechend anzupassen zu können. Eine weitere Folgeerscheinung ist die emotionale „Abstumpfung“ (drugcom.de 2011c). Den wissenschaftlichen Hintergrund bilden Belege dafür, dass körpereigene Cannabinoide an der Vermittlung von Angstsignalen im Gehirn beteiligt sind. Allerdings ist die Befundlage zur Wirkung von Cannabis nicht eindeutig, da Cannabis andererseits vorhandene Ängste auch verstärken und sogar psychoseähnliche Symptome hervorrufen kann. Ob Kiffen Ursache oder Folge einer Depression ist, wird unter Wissenschaftlern kontrovers diskutiert (drugcom.de 2011d). Auch hier spielt das Eingreifen des Wirkstoffs THC in das körpereigene Cannabinoid-System, das wiederum an der Emotionsregulation beteiligt ist, eine Rolle. Eine Studie aus den Niederlanden unter Otten und Engels, in der mehr als 300 Jugendliche über vier Jahre zu ihrem Cannabiskonsum sowie zu depressiven Symptomen befragt wurden und weiterhin auch die Eltern, Geschwister sowie erstmals genetische Unterschiede mit einbezogen wurden, ergab, dass der Konsum von Cannabis zwar signifikant das Risiko, depressive Symptome zu entwickeln erhöhte, jedoch nur bei jenen Personen, die den entsprechenden Genotyp aufwiesen. Einen Hinweis darauf, dass Cannabis zur Selbstmedikation eingesetzt wird, fanden die Forscher nicht. Langfristig führt der Konsum weiterhin zu einer Verschärfung der depressiven Symptomatik. Ebenso wie Cannabis, bei Vorhandensein einer genetischen Disposition, die Wahrscheinlichkeit depressive Symptome zu entwickeln erhöht, erhöht es die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychotischer Symptome. Wer in jungen Jahren mit dem Kiffen anfängt, hat ein doppelt so hohes Risiko, psychotische Symptome zu entwickeln, wie abstinente Personen (drugcom.de 2011e). Durch einen regelmäßig hohen Konsum können sich die psychotischen Symptome verfestigen. Der Konsum ist jedoch auch hier nicht alleinige Ursache, sondern einer von vielen Faktoren. Ein gesunder Mensch ohne Disposition zur Psychose würde womöglich trotz Cannabiskonsum keine Psychose entwickeln. Andere

Studien besagen, dass 10 bis 15 Prozent der Cannabiskonsumenden psychotische Symptome wie paranoide Ideen, Ich-Störungen, Stimmenhören oder Verfolgungswahn entwickeln, die jedoch meist nach Konsumbeendigung wieder abklingen (Lindberg u. a. 2005, 23). Aus den genannten Folgen können soziale Probleme mit Mitmenschen, also Freunden, Bekannten oder Partnern, aber auch mit Vorgesetzten, Kollegen, Lehrern, Ausbildern usw. entstehen, die Beziehungen sowie Schule, Ausbildung und Beruf betreffen können. Auch hierzu gibt es statistische Belege: Eine Forschergruppe um Lynskey hat den Zusammenhang zwischen regelmäßigem Cannabiskonsum und frühem Schulabbruch untersucht (drugcom.de). Sie sind dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass Schüler, die wöchentlich Cannabis konsumieren, bis zu 5,6-mal häufiger vorzeitig ihre Schullaufbahn beenden als ihre gleichaltrigen Schulkameraden. Weitere Faktoren, von denen angenommen wird, dass sie mit vorzeitigen Schulabbrüchen in Zusammenhang stehen wie beispielsweise Scheidung der Eltern, Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum, antisoziales Verhalten, psychiatrische Auffälligkeiten etc. wurden dabei ebenfalls berücksichtigt. Da Cannabiskonsum meist an jüngeren Menschen untersucht wird, da diese die größte Konsumentengruppe bilden, ist dieses Ergebnis wahrscheinlich auch auf Erwachsene und auf Arbeitslosigkeit oder einen Arbeitsverlust anzuwenden.

Neben den Folgen dauerhaften Kokainkonsums, wie paranoiden und psychotischen Manifestationen, Verhaltensabnormalitäten mit Depressionen, einer gesteigerten psychischen Irritabilität, Halluzinationen und Verfolgungswahn sind Lethargie, Antriebsverlust, Konzentrationsstörungen, Libidoverlust und ein sozialer Verfall zu nennen (Stimmer u. a. 2000, 368). Laut einer aktuellen Studie der University of Pittsburgh um Yuriori Goto und Anthony Grace verändert Kokainkonsum wichtige Verbindungen zwischen Gehirnarealen, die für das Lernen zuständig sind (drugcom.de 2005). Das könnte erklären, warum sich Kokainabhängige häufig unangepasst und auffällig verhalten, sich eher an Vergnügen orientieren als an anderen Zielen und warum sie in ihrer Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, beeinträchtigt sind. Auch ein Rückgang an Hirnmasse im Bereich des Vorderhirns, welches maßgeblich für die Entscheidungsfindung und die Kontrolle unserer Handlungen zuständig ist, ist durch Kokainkonsum zu verzeichnen (drugcom.de 2011a). Wenn das Vorderhirn in seiner Funktion gestört ist, zeigt sich dies in besonders impulsivem und unkontrolliertem Verhalten. Auch bei sporadischem Konsum muss man mit Einbußen in den Hirnfunktionen rechnen, die die Fähigkeit zur schnellen kognitiven Anpassung betreffen (drugcom.de 2010d).

Ob sich das Gehirn wieder erholt, wenn der Kokainkonsum eingestellt wird, untersuchte die US-amerikanische Forscherin Colleen Hanlon (drugcom.de 2011f). Die Ergebnisse der Studie zeigten eine teilweise Erholung auf, allerdings waren die Ergebnisse bei den ehemaligen Konsumenten noch nicht auf dem Niveau der drogenfreien Kontrollpersonen. Soziale Folgen gehen mit der Wesensveränderung, der Isolation und der Ausrichtung des Alltags um die Droge einher.

## **8 Auswertung von Konsumenteninterviews**

In den im Anhang befindlichen Interviews wurden jeweils ein Konsument von Alkohol, Cannabis und Kokain zu seiner Biografie und Suchtkarriere befragt. Sie sollen dem Abgleich von Theorie und Praxis dienen. Die Patienten befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews in einer tagesklinischen Suchtbehandlung in Magdeburg. Die Auswahl der Befragten erfolgte nach Freiwilligkeit. Es wurden demnach keine Patienten ausgewählt, die besonders „typische“ Merkmale aufweisen.

Die durchgeführten Interviews wurden auf Grundlage von einem zuvor erarbeiteten Leitfaden durchgeführt. Die Methode des Leitfadenterviews ist als Kompromiss zwischen einem hoch standardisierten Fragebogen und einem gänzlich offenem narrativen Interview zu sehen. So können die für die Arbeit relevanten Fragen detailliert gestellt und in einem angemessenen Rahmen beantwortet werden. Die vorliegenden Antworten wurden inhaltsbezogen ausgewertet.

In der Auswertung der Interviews werden hauptsächlich die Schutz- und Risikofaktoren des Einzelnen, die negativen und positiven Eigenschaften, Wirkungen und Folgen des Konsums, die von den Konsumenten genannte Hauptursache für ihren Konsum, Gründe für die Wahl der Droge, der Konsum anderer Drogen, die Funktion und Wirkung sowie die Veränderung durch den Konsum, also Charakterveränderungen oder seelisch-geistige Veränderungen beschrieben. Weiterhin soll alles, was in den Interviews auffällig, ist eine Rolle spielen.

### ***8.1 Alkoholkonsument***

Herr X wurde 1961 in Magdeburg geboren und ist mit 51 Jahren älter als die meisten Konsumenten der illegalen Drogen. Die Auswahl der Befragten erfolgte nach Freiwilligkeit, jedoch lag der Altersdurchschnitt der sich zu dem Zeitpunkt in der Tagesklinik befindlichen Alkoholabhängigen ungefähr bei seinem Alter. Dieser Umstand beeinflusst auch die Wahl der Droge. Herr X konsumierte niemals etwas anderes, weil er dadurch eine schnell eintretende Abhängigkeit fürchtete. In dieser Generation und generell bei Personen, die in der DDR aufwuchsen, ist das sehr häufig der Fall, da sie mit illegalen Drogen schreckliche Schlagzeilen von Drogentoten usw. assoziierten und da sie Respekt vor dem Unbekannten hatten. Hier wurde oftmals auf Alkohol zurückgegriffen. Weitere Gründe für die Wahl der Droge sind die

Übernahme der Verhaltensmuster der Mutter, das Angebot, die Gruppendynamik und die Wirkung (Stimmungsaufhellung, Heiterkeit, verdrängen und vergessen von Problemen/traumatischen Erlebnissen).

Als Risikofaktoren für die Alkoholabhängigkeit sind zu nennen: der Tod des Vaters, die schlechten Kindheitserinnerungen (Vernachlässigung, ständig betrunkene, laute Mutter, Prügel von den größeren Geschwistern), die genetische Disposition (Sucht in der Familie vorhanden), Modelllernen, der Tod der Mutter und die damit einhergehenden Schuldgefühle, die Gleichaltrigen, die Gruppendynamik, der früh begonnene (zwölftes Lebensjahr) und sehr schnell heftige Konsum, die Perspektivlosigkeit in der Jugend (es gab nichts anderes außer die Kneipe), mangelhafte Erziehung, Unterstützung und Halt, vielleicht eine fehlende männliche Bezugsperson und die Wirkung des Alkohols, dass er vergessen konnte und Spaß hatte. Im späteren Alter, sind hier Eheprobleme und der Verlust der Kumpels zu nennen, wobei sich die Sucht zu dem Zeitpunkt wahrscheinlich schon manifestiert hatte.

Die positiv erlebten ersten Lebensjahre, als der Vater noch am Leben war, sind als Schutzfaktoren zu nennen. Weitere protektive Faktoren in der Kindheit oder Jugend lassen sich schwer finden. Trotz allem versuchte Herr X ein geregeltes Leben zu erreichen. Er beendete die Schule, absolvierte eine Ausbildung, heiratete, bekam eine Tochter und hat einen festen Arbeitsplatz. Diese Faktoren könnten als Schutzmechanismen verstanden werden, die ihn davor bewahren, sich aufzugeben und die ihn dazu veranlassten eine Therapie zu besuchen.

Als positive Wirkungen und Eigenschaften des Alkoholkonsums, welche auch gleichzeitig die Funktion des Alkoholkonsums darstellen, nennt er die Geselligkeit, den Spaß in der Jugend und das Vergessen, die Verdrängung der Kindheitserinnerungen sowie aktueller Probleme. Als negative Eigenschaften oder Folgen des Konsums nennt er die Kopfschmerzen und das Unwohlsein nach dem Trinken, seine schlechte Schulleistung, die Eheprobleme und das Abwenden der Tochter, das Auffälligwerden auf Arbeit, den Führerscheinentzug, die Isolation, Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmungen, Antriebslosigkeit, Reizbarkeit und generell, dass er viel durch das Trinken kaputt gemacht hat.

Bemerkenswert ist auch, dass Herr X trotz der schrecklichen Erinnerungen an die betrunkene Mutter Alkohol konsumierte. Viele würden vielleicht denken, dass er doch abgeschreckt sein müsste von ihrem Verhalten. Entgegen dieser Vermutung findet man die Weitergabe des Bewältigungsmusters jedoch sehr häufig.

Ebenfalls auffällig ist, dass seine Partnerin sehr selten, fast nie Alkohol trinkt. Sie lies sich also aus unbekanntem Gründen nicht vom Trinkverhalten ihres Mannes dazu verleiten, trennte sich aber auch nicht von ihm, sondern tolerierte seinen Konsum weitgehend.

Herr X stellte bei sich selbst seelisch-geistige Veränderungen, wie Depressionen, Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit und Reizbarkeit fest. Man kann jedoch nur vermuten, ob diese zum größten Teil aus dem Alkoholkonsum rühren oder auch ohne diesen aufgetreten wären. Tatsache ist, dass Alkohol Depressionen verstärkt und häufig die eben genannten Veränderungen herbeiführt. Trotz allem beschreibt er sich als eher fröhlichen, glücklichen Menschen, erst als die Eheprobleme aufkamen und seine Familie zu zerbrechen drohte, änderten sich diese Charakterzüge.

Als Hauptursache seiner Krankheitsentwicklung sieht Herr X die traumatischen Erlebnisse in der Kindheit, dann erst die Gruppe. Auch ohne die Freunde wäre er in der Sucht gelandet, sagt er selbst.

## ***8.2 Cannabiskonsument***

Herr Y ist 23 Jahre alt und somit jünger als Herr X und im Gegensatz zu ihm in der BRD aufgewachsen.

Seine Risikofaktoren für die Suchtentwicklung sind: der frühe Tod der Eltern, kein Kontakt zum leiblichen Vater und somit eine fehlende männliche Bezugsperson, die genetische Disposition (Sucht in der Familie mehrmals vorhanden), ein niedriges Bildungsniveau (obwohl dieses zum Teil auch durch den Konsum nicht besser bewältigt wurde), der früh einsetzende Konsum (seit dem 12. Lebensjahr), eine fehlende Partnerbindung, das Milieu, der Freundeskreis und die Gruppendynamik. Man kann nur mutmaßen, dass die Großmutter, bei der er aufwuchs, vielleicht nicht konsequent genug war oder sich nicht genügend durchsetzen konnte.

Schutzfaktoren sind andererseits trotzdem die Großmutter, zu der er ein gutes Verhältnis hat, die Schwester und deren Kinder, die gut verlebten ersten Lebensjahre, der Stiefvater, der intakte Freundeskreis und die Tätigkeit im Fußballverein.

Die Hauptursache für seinen Drogenkonsum sieht er selbst im Umfeld und dem Angebot, dann erst in den Lebensumständen. Vorstellbar wäre allerdings, dass Herr Y, wenn er in einem anderen Umfeld aufgewachsen wäre, vielleicht angefangen hätte zu trinken oder ein anderes Bewältigungsmuster gefunden hätte.

Die positiven Eigenschaften, aus denen heraus er konsumierte, sind Stress und Trauer bewältigen zu können, Geselligkeit, er wurde ruhiger und entspannter und konnte Probleme verdrängen. Der Zustand des „breit sein“ war für ihn angenehm. Negative Folgeerscheinungen sind der Verlust des Zeitgefühls und des Antriebs, dass er extrem faul und träge wurde, der Geldmangel, aus dem heraus er anfing zu Dealen, wodurch er wiederum Ärger mit anderen Konsumenten bekam, Streit innerhalb der Familie, die negative Beeinflussung des beruflichen Werdeganges und die Veränderung seiner Persönlichkeit.

Die Charakterveränderungen sind in diesem Fall schwer abzuschätzen, da er sehr früh mit dem Konsum begann und in der Kindheit mehrere Schicksalsschläge erleiden musste. Vor und während des Konsums schätzt sich Herr Y selbst als nicht fröhlichen Menschen ein. Seit dem er clean ist (seit drei Monaten), fühlt er sich fröhlicher und aktiver. Durch den Konsum wurde er allerdings mehr und mehr unruhig, aggressiv, wenn er nichts zu kiffen hatte, kühl, verschlossen, pessimistisch und ließ niemanden mehr an sich ran. Weiterhin bemerkte Herr Y paranoide Verhaltensänderungen, die zu Angst und Isolation führten. Er wurde misstrauisch, fühlte sich verfolgt und unwohl unter Menschen.

Die Antriebslosigkeit und die Vernachlässigung anderer Dinge durch den Cannabiskonsum kann man an diesem Fallbeispiel sehr gut sehen. Herr Y schaffte keinen Schulabschluss, brach zwei Ausbildungen ab bzw. wurde herausgeworfen, machte Schulden und kümmerte sich um nichts mehr.

Die Abneigung gegen Alkohol, welche sich durch abschreckende Erlebnisse mit der Mutter und dem Onkel herausbildete, der Freundeskreis, der Cannabis konsumierte sowie die Wirkung der Droge, die ihm Erleichterung brachte, sind die Gründe für die Wahl der Droge. Weshalb er gerade Cannabis benutzte, beantwortete er selbst mit: „weil es am geilsten war“.

Anfangs konsumierte auch er zusammen mit Kumpels oder auf Partys, später zog er sich wie Herr X mehr zurück und kiffte allein. Aus den Konsummotiven, die eine bestimmte Wirkung erzielen, wurde schnell ein regelmäßiger Gebrauch, der aus Gewohnheit erfolgte und nötig war, um überhaupt zu funktionieren. Nach mehrjährigem Dauerkonsum stellte Herr Y zunehmend Entzugserscheinungen bspw. Schwitzen und innere Unruhe fest. Er fühlte sich selbst als abhängig und ist auch nach den Kriterien des ICD 10 so einzustufen. Auch der nächtliche Konsum zeigt den körperlichen Drang nach der Droge.

Kurzzeitig konsumierte er neben Cannabis auch Speed und Pilze, stellte dieses Verhalten jedoch schnell wieder ein, da ihn diese Substanzen nicht so sehr befriedigten und er zusätzlich negative Folgeerscheinungen aus dem Konsum heraus bemerkte (Gewichtsverlust). Nun könnte man sagen, dass er durch den Cannabiskonsum ebenfalls negative Folgen spürte, die ihn jedoch nicht zum Einstellen der Einnahme veranlassten. Diese traten erst nach der Gewöhnung der Droge auf und überwogen nicht den Nutzen oder die Wirkung, die er durch das Kiffen erlangte.

### ***8.3 Kokainkonsument***

Herr Z wurde 1980 geboren. Er ist jünger als Herr X und älter als Herr Y, was ebenfalls dem Durchschnitt der Altersverteilung in der Tagesklinik entspricht.

Sehr auffällig ist seine normal bzw. gut verlaufene Biografie. Er hatte eine gute Kindheit, schloss die Schule ab, absolvierte eine Lehre und eine Meisterausbildung, arbeitet seit dem in einer Firma, lebt in einer festen Beziehung und ist Vater eines dreijährigen Sohnes. Materielle Probleme gibt es keine. Auch Suchterkrankungen lassen sich in der Familie nicht finden. Die Schutzfaktoren sind demnach reichlich vorhanden. Risikofaktoren sind: das Milieu, in dem er sich in seiner Jugend aufhielt, das Umfeld und die Bezugsgruppe. Inwiefern seine charakterlichen Eigenschaften eine Bedeutung für die Wahl der Droge haben, kann man nur vermuten. Ein mangelndes Selbstwertgefühl könnte hier z. B. eine Rolle spielen.

Warum er Kokain ausgewählt hat, beantwortete Herr Z mit folgendem Satz: „Weil es das gemacht hat, was ich wollte, weil ich mich besser gefühlt habe, klüger, selbstsicherer, euphorisch...“. Als Hauptursache nennt er die Wirkung der Substanz und das Milieu (Freunde und Bekannte in der Jugend). Fortgesetzt hat er den Konsum aus anderen Motiven („...nur wegen der Vorfreude und wegen der Sucht“). Hier nannte Herr Z einen sehr aussagekräftigen



Satz: „Man freut sich die ganze Woche auf den Tag, an dem man sich was holt, besonders auf die erste Line, die ist Bombe. Wenn man es dann aber hat oder die erste Line gezogen ist, fühlt man sich wieder scheiße. Das ist ein angespanntes Gefühl, eher aufbrausend, ich kann dann auch mal ausrasten. Trotzdem konsumiert man alles was da ist, das macht die Sucht aus.“. Die Vorfreude, so sagte er, ist der entscheidende Punkt, der die größte Bedeutung für die Sucht hat. An diesem Zitat ist sehr gut die psychische Abhängigkeit zu erkennen.

Auch Herr Z probierte andere Substanzen aus. Er trank Alkohol und kiffte ein paar Mal. Den Beikonsum stellte er jedoch ein, da ihm dieser nichts brachte und ihm schlecht davon wurde. Auch wenn er die Möglichkeit gehabt hätte, wollte er nichts anderes probieren.

Als positive Eigenschaften des Kokainkonsums nennt er neben der Vorfreude die irren Gedankengänge, das Gefühl der Überlegenheit und der übermäßigen Intelligenz, das starke Auftreten, das gesteigerte Selbstwertgefühl, abschalten zu können, Entlastung und Entspannung zu erreichen, andererseits die Antriebssteigerung, den Hemmungsabbau und die euphorische Stimmung.

Die positive Wirkung wurde nach und nach von der negativen verdrängt. Das Selbstwertgefühl wurde immer kleiner, er wurde steifer, konnte nicht mehr schlafen, fühlte sich schlecht, grübelte ständig, hatte Angst vor Problemen und schob diese vor sich her, konnte seinen Alltag und die Arbeit nicht mehr adäquat bewältigen, die Gedanken waren nur noch negativ, er wurde zunehmend unruhig und unzufrieden, schämte sich für den Konsum, machte sich Vorwürfe und litt an Angst, depressiven Verstimmungen, einer emotionalen Abstumpfung, einem Antriebsverlust und an einer undeutlichen Aussprache. Vor der Drogenkarriere beschreibt es sich als positiven, fröhlichen Menschen. Weitere negative Konsequenzen des Kokainkonsums sind der Zeitmangel am Wochenende für die Familie, die Einengung der Interessen und häufige Spannungen in der Beziehung. Er zog sich immer mehr zurück und wollte allein sein.

## 9 Auswertung von Experteninterviews

Die Experteninterviews wurden mit drei Therapeuten und dem Chefarzt einer Suchtklinik in Magdeburg durchgeführt. Ziel der Interviews ist ebenfalls der Abgleich von relevanten Themen für diese Arbeit in Theorie und Praxis. Da die befragten Experten langjährige Erfahrungen im Bereich der Drogenabhängigkeit besitzen und auch häufig in der Praxis vorkommende Muster beobachten können, scheinen sie für die Fragestellung, aus welchen Gründen Konsumenten eine bestimmte Droge konsumieren oder wie sie sich durch den Konsum verändern, wichtige Informationen liefern zu können. Vor der Befragung wurde ihnen kurz der Zweck des Interviews, das Erkenntnisinteresse der Arbeit und die ausgewählten Drogen mitgeteilt, sodass sie insbesondere am Beispiel dieser die Fragen beantworten können.

Die durchgeführten Experteninterviews wurden ebenfalls auf Grundlage von einem zuvor erarbeiteten Leitfaden durchgeführt. Die vorliegenden Antworten wurden in gleicher Weise wie die Konsumenteninterviews inhaltsbezogen ausgewertet. In der Auswertung der Interviews werden die Aussagen der Einzelnen bezogen auf die Fragestellungen verglichen.

### Ursachen

Die Experten sind sich einig, dass die Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung sehr komplex und vielschichtig sind und dass hier unterschiedliche Faktoren zusammen spielen. Experte 3 sieht als Hauptursache das Bedürfnis der Menschen nach verbesserter Stimmung, nach gehobenem Lebensgefühl, nach Lebenslust und Lebensfreude und das schnelle, einfache Erreichen dieser Zustände durch die Drogen. Experte 4 gibt als Hauptursache die Nachahmung in der Familie, der Gleichaltrigengruppe und gesellschaftliche Regeln und Rituale an und nennt auch das Vorhandensein der psychotropen Substanzen als Voraussetzung diese überhaupt konsumieren zu können. Weiterhin erwähnt er die Schutzmechanismen des Gehirns, die bei einigen mehr und bei einigen weniger ausgeprägt sind. Darüber hinaus sind sie sich weitgehend einig (der eine fügt dies hinzu, der andere das), dass die weiteren Faktoren z. B. die genetische Disposition, ein mangelndes Selbstbewusstsein, Unzufriedenheit, Kummer, Sorgen, Stress, Perspektivlosigkeit, die schwierigen Umstände der Pubertät und in diesem Zusammenhang auch die Instabilität der gefährdeten Leute, mit kritischen Lebenssituationen umzugehen, eine Rolle spielen. Die Personen nutzen die Stoffe,

um für sich etwas positives zu erreichen, um sich zu entlasten, innere Zufriedenheit zu erlangen, die Grundbedürfnisse zu befriedigen oder zu kompensieren, der Realität zu entfliehen und auch um einfach auszuscheren und sich auszuprobieren. Experte 2 betonte zudem, dass es keine Rolle spielt, aus welcher Schicht man kommt, er nannte einen Satz, der sehr treffend ist: „Das finde ich auch wesentlich, weil es kennzeichnet, dass es sich um eine Krankheit handelt. Ein Virus fragt ja auch nicht aus welcher sozialen Schicht du kommst, sondern du hast ihn dann.“

### **Gründe für die Wahl der Droge**

Experte 1 sieht als Grund für den Konsum einer bestimmten Droge die Gruppe und das Angebot, aber auch die passende Wirkung der Droge zum Charakter, da diese die eigenen Persönlichkeitsmerkmale noch verstärkt. Bei Alkohol nennt er als Veranlassung die Bewältigung und das Verdrängen von Kummer, Sorgen und einer unzulänglichen Realität, bei Cannabis sieht er eher das Phänomen des Ausklinkens aus dem Alltag gepaart mit einer Null-Bock-Stimmung und bei Kokain den Drang Party zu machen, Highlights zu erleben und sich eine Scheinwelt zu erbauen.

Experte 2 sieht den Grund vor allem in der Verträglichkeit. Weiterhin bezieht er mit ein, womit jemand konfrontiert ist, was er kennt und wozu er Zugang hat.

Experte 3 und 4 nennen beide, ähnlich wie Experte 1, das gezielte Benutzen der Wirkung einer Droge als Grund für den Konsum ebendieser. Sie unterscheiden hier in die zwei Hauptwirkungen, die aufputschende bei Kokain oder Amphetaminen und die dämpfende Wirkung, die bspw. bei Alkohol oder Cannabis gegeben ist. Experte 4 schreibt Kokain Personen zu, die meinen Leistung erbringen zu müssen (auf Party/ Arbeit) oder die Action brauchen. Cannabiskonsum assoziiert er mit Personen, die ihre Ruhe haben und es sich gemütlich machen wollen. Die Konsumenten der beruhigenden Mittel sind seiner Meinung nach häufig angepasst, die autonomen Extrovertierten nehmen oft extremere Drogen, also z.B. Kokain.

Er sieht hier auch die Konsumgewohnheiten der Menschen als mitverantwortlich. Einige haben z.B. etwas gegen illegale Drogen, Jugendliche verabscheuen nicht selten Alkohol, da sie eine schlechte Vorbildwirkung der Eltern kennen gelernt haben und konsumieren lieber illegale Drogen. Als Hauptursache nennt er jedoch die Nachahmung der Gleichaltrigen.

Auf die Nachfrage, ob Konsumenten oftmals auch eine andere „Hauptdroge“ nehmen würden, wenn sie in ein anderes Umfeld kommen oder den Zugang dazu hätten, antwortet er, dass dies von der Attraktivität abhängt, also je nach dem was die Person von dem Wechsel hätte und dass es beides gäbe, das Beibehalten und den Wechsel.

### **Geschlechtsspezifische Unterschiede**

Bei den geschlechtsspezifischen Unterschieden sind die Experten geteilter Meinung. Experte 1 und 4 sagen, es gibt heutzutage kaum oder keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, da die Welt offener geworden ist und Frauen selbstverständlicher mit Dingen umgehen. Bei illegalen Drogen sehen sie noch weniger einen Unterschied als bei Alkohol, vielleicht auch weil die Konsumenten von illegalen Drogen jünger sind und in dieser modernen Gesellschaft aufgewachsen sind.

Experte 2 und 3 empfinden Alkohol und Mischkonsum von illegalen Drogen eher als Männerdomäne, Medikamente, Essstörungen und Verhaltenssüchte wie Kaufsucht, demnach verborgene Süchte, eher als Frauengebiet. Experte 3 konkretisiert sogar weiter und sagt dreiviertel der Alkohol- und Mischkonsumenten seien Männer, dreiviertel der Medikamentenabhängigen seien Frauen.

Experte 2 räumt ein, dass die Geschlechtsverteilung bei illegalen Drogen schon eher durchwachsen ist, die Männer aber, vor allem für die euphorisierenden Substanzen, eher gefährdet sind, da der Konsum meist schon in jungen Jahren beginnt und junge Männer ein „seltsames Risikoverhalten“ aufweisen. Weiterhin tragen sie das Konsumverhalten häufig an ihre Freundinnen weiter, so berichtet er.

Einig sind sich alle vier Experten, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede, ob wenig oder stark ausgeprägt, mit Traditionen und der gesellschaftlichen Bewertung und Stigmatisierung von Konsum zu tun haben. Männern billigt man eher das Bild eines Trinkers zu und Frauen schämen sich eher für die Sucht, so dass sie heimlich konsumieren.

### **Typische Eigenschaften von Konsumenten**

Experte 3 gibt an, dass es keine typische Suchtpersönlichkeit gibt und nennt erst in der nächsten Frage typische Zuschreibungen, die jedoch erst durch den Konsum der Drogen entstehen. Experte 1 betont, dass Alkoholabhängigkeit alle Bandbreiten der Gesellschaft trifft. Mit Drogenkonsumenten suggeriert er häufig einen geringen Bildungsstand. Kokain jedoch

erscheint ihm als Modedroge, die eher von der „erfolgreicheren Szene“, die den Konsum schick findet oder von Leuten, die eine derartige Vorstellung damit verbinden, konsumiert wird. Sexualität spielt hier oft eine Rolle, meint er. Cannabis z. B. konsumieren der Ansicht von Experte 2 nach eher jüngere Menschen, die den Konsum nur vereinzelt weitertragen. Experte 4 verbindet im Großen und Ganzen auch ältere Patienten mit Alkohol und jüngere mit illegalen Drogen. Er nennt ebenfalls die schulische Bildung, die berufliche Entwicklung und zusätzlich die familiäre Einbindung als relevant für einen Drogenkonsum. Er nimmt Unterschiede im Konsumverhalten von Singles und Leierten oder Verheirateten wahr. Die Konsumenten, die sich in einer Partnerschaft befinden, regulieren häufig ihren Konsum. Kokain, so sagt er, werde eher durch eine berufliche Veränderung oder eine Umgestaltung der sozialen Gruppe verändert.

### **Veränderungen durch die Droge**

Bei dieser Frage sind sich alle Experten einig, dass es eine Veränderung der Persönlichkeit oder der Lebensumstände des Konsumenten durch Drogenkonsum gibt. Bei der Fragestellung sowie bei den Antworten der Experten war klar, dass diese Veränderungen nicht bei jedem Konsumenten bzw. zwangsläufig auftreten, sondern dass es häufig beobachtbare Phänomene sind.

Experte 2 nennt als eine Gemeinsamkeit aller Konsumenten, dass sie einsamer werden.

Weiterhin stimmen die Experten im Groben überein und weisen den einzelnen Drogen bestimmte Veränderungen zu. Alkoholiker werden nach Experte 1 oft verantwortungslos und vernachlässigen ihre Familie, ihre Beziehung und den Beruf. Experte 2 verbindet mit Alkoholabhängigkeit häufig etwas ältere Konsumenten, die, wenn sie eine lange andauernde Trinkkarriere haben, dröge und abgestumpft sind. Experte 3 bezeichnet sie als geradeaus und nennt den Begriff wurschtig, also gleichgültig, uninteressiert und abgestumpft. Experte 4 unterscheidet noch einmal in zwei mögliche Grundrichtungen. Er meint, sie werden entweder immer ruhiger, stiller und unsichtbarer oder immer lauter, aggressiver und gefährlicher. Der Alkohol verflacht die Persönlichkeit, berichtet er weiterhin, macht immer gleichgültiger und lässt Konsumenten unangemessen reagieren.

Bei Cannabis haben Experte alle Experten den gleichen Tenor. Die (Dauer-) Konsumenten werden ihrer Meinung nach sehr häufig lahmarschig, antriebsschwach, müde, wenig zu begeistern, lethargisch, immer flacher in der Lebensgestaltung und der Emotionalität und verlieren irgendwann nicht selten den Lebensbezug. Die Mischkonsumenten oder die Konsumenten von illegalen Drogen bezeichnet Experte 2 als eher verrückter und flippiger.

Kokain schreiben sie ebenfalls ähnliche Eigenschaften zu. Experte 1 erklärt diese am Beispiel von Konstantin Wecker, einem Musiker, Liedermacher, Komponisten und Schauspieler, der seiner Meinung nach die Bodenhaftung verlor, sehr viele Ansprüchlichkeiten an das Leben stellte, zu einem ziemlichen „Gockel“ wurde und ohne die Droge nicht mehr glücklich mit der Welt war.

Experte 3 empfindet Kokainkonsumenten meist als getrieben. Er bezieht auch die äußerliche Komponente mit ein („Wenn ich sehe da kommt einer rein mit 'ner Glatze und so'n bisschen getrieben wie 220 h/km und so'n bisschen flott angezogen, also manchmal auch ein bisschen schäbig, aber irgendwie so'n bisschen was flottes, dann weiß ich schon, der nimmt Kokain.,,).“

Experte 4 beschreibt Kokainabhängige ebenfalls emotional verflacht, völlig überdreht, überspannt, unzuverlässig, unstet, streitsüchtig, unausgeglichen, manchmal aggressiv und unfähig Beziehungen oder Bezugspunkte aufrecht zu halten.

Schlussendlich betont Experte 1, dass jede Droge die Persönlichkeit verändert, seiner Meinung nach allerdings nicht im positiven Sinne.

### **Gibt es einen kontrollierten Konsum?**

Bei dieser Frage vertreten sie auch einen sehr ähnlichen Standpunkt. Generell ist kontrollierter Drogenkonsum bis zu der Grenze, der Schwelle zu Abhängigkeit möglich. Experte 2 und 3 führen hier die internationale Klassifikation an, die in risikoarmen, riskanten und schädlichen Gebrauch sowie die Abhängigkeit unterscheidet. Nach der Abhängigkeitsentstehung ist kein kontrollierter Konsum mehr möglich. Bei Alkohol sind sie sich einig, dass der Großteil der Konsumenten diesen kontrolliert verwendet. Auch bei Cannabis stimmen sie weitgehend überein, dass es Personen gibt, die bis ins hohe Alter ab und zu kiffen. Hier spielt die Konsumintensität eine Rolle. Experte 2 betont auch das Einstiegsalter, welches für die

Abhängigkeitsentwicklung eine Rolle spielt. Um so jünger ein Konsument ist, um so schneller kann sich die Abhängigkeit entwickeln. Experte 1 ist sich bei Cannabis jedoch nicht sicher, ob man diesen Stoff über einen längeren Zeitraum kontrolliert benutzen kann.

Bei Kokain sind sie sich wieder einig, dass ein kontrollierter Konsum über einen langen Zeitraum kaum möglich ist, da sich hier schnell eine psychische Abhängigkeit herausbildet.

Insgesamt ist auffällig, dass sich die Experten häufig sehr einig sind und ähnliche Dinge nennen. Auch wenn sie nicht genau dasselbe nennen, ist der Tenor meist gleich. Nur in wenigen Sachen unterscheidet sich ihre Meinung.

## **10 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung**

In diesem Punkt werden die Ergebnisse der Literaturrecherche und der Interviews mit den Konsumenten und den Experten zusammengefasst, um die Fragestellungen der Arbeit umfassend beantworten zu können. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Experten größtenteils mit der Literatur übereinstimmen. In einigen wenigen Punkten vertreten sie jedoch eine andere Meinung (z. B. kontrollierter Konsum von Kokain). Auch die Konsumenteninterviews veranschaulichen die in der Literatur beschriebenen Befunde.

### **Was sind Ursachen von Drogenabhängigkeit?**

Die Literatur und die Experten vertreten die Meinung, dass Ursachen von Sucht und Abhängigkeit sehr komplex und vielschichtig sind und dass hier individuelle und gesellschaftliche bzw. umfeldbedingte Faktoren sowie die spezifischen Eigenschaften der Droge zusammen wirken. Sie gehen weiterhin mit der Theorie überein, dass die Konsumenten mit den Drogen etwas Positives erreichen, sich bspw. entlasten oder der Realität entfliehen wollen. Die angeborenen und erworbenen Faktoren wie Sozialstatus, Beruf, Religion, Lebensstil, Einstellungen, Werthaltungen, Alter, Geschlecht, Stadt-Land-Unterschiede, genetische Disposition sowie die Lebensgeschichte stellen die individuellen Risikofaktoren dar. Drogenkonsum kann ebenso aus psychischen Problemen, wie Ängsten, Depressionen, sexuellen oder Partnerproblemen, Defiziten im Umgang mit Emotionen sowie in der sozialen Kompetenz, aus Kummer, Sorgen, Stress, Konflikten, Unzufriedenheit, Minderwertigkeitsgefühlen, Einsamkeit oder unbefriedigten Bedürfnissen sowie schlechten Stimmungen resultieren. Im Gegensatz zu diesen Kriterien können die Motive jedoch häufig auch Lebensfreude, Spaß oder Geselligkeit sein. Die spezifischen Eigenschaften der Droge, welche den Konsumenten beeinflussen, sind bspw. die Wirkung, die Art der Applikation, die Dosis, die Verfügbarkeit, die Gesetzgebung (legal oder illegal) und bei den legalen Drogen wie Alkohol auch Werbe- und bei den illegalen Drogen Modeeinflüsse. Auf der Seite des Sozialfeldes beeinflussen Konsumsitten der Gesellschaft, das elterliche Trinkverhalten, die Peergroup, Freunde, Bekannte, Kollegen oder Vorbilder über Modelllernen das Trinkverhalten. Drogenkonsumenten distanzieren sich selbst von der Gesellschaft sowie den herrschenden Normen und Werten und können sich durch den Konsum distanzieren und



Zusammengehörigkeit oder Identität ausdrücken. Zusätzlich bilden erschwerte Lebenslagen, wie Jugend/Pubertät, Immigration, Arbeitslosigkeit oder der Umstand Kind eines Suchtkranken zu sein Risikofaktoren für eine Suchtentwicklung.

Mit Hilfe der Interviews kann versucht werden eine subjektive Gewichtung der Ursachen vorzunehmen. Als Hauptursachen für Drogenkonsum wurde von den Experten das Bedürfnis nach verbesserter Stimmung, nach Lebenslust und Lebensfreude, die Nachahmung in der Familie, der Gleichaltrigengruppe und von gesellschaftlichen Regeln und Ritualen sowie das Vorhandensein der Substanzen genannt. Der Risikofaktor Umfeld wurde ebenfalls von den Konsumenten selbst als Hauptursache bewertet. Ausschließlich Herr X (Alkoholkonsument) zieht dem Umfeld die traumatischen Erlebnisse in der Kindheit vor. Herr Z nennt neben dem Umfeld die positive Wirkung der Droge als Hauptursache. Bei Herrn X und Herrn Y kommen familiäre Belastungssituationen, traumatische Erlebnisse (Prügel/Tod der Eltern), ein niedriges Bildungsniveau und die genetische Disposition sowie das Modelllernen von der Mutter hinzu. Herr Z verlebte eine Kindheit ohne auffällige Risikofaktoren. Neben dem Umfeld könnten bei ihm Charaktereigenschaften wie Minderwertigkeitsgefühle oder ein angeborener Endorphinmangel entscheidend sein.

Ein angeborener Endorphinmangel, die Verträglichkeit (auch in den Konsumenteninterviews sichtbar) und der Fakt, dass eine Suchtentwicklung zwischen 30 und 60 Prozent durch die Gene bestimmt wird, verdeutlichen die Relevanz der genetischen Disposition. Die Zahlen zeigen, dass Umwelt- und erbliche Faktoren etwa gleich großen Einfluss auf die Abhängigkeitsentwicklung haben.

Die Ursachen scheinen allein für sich nur selten eine Drogenabhängigkeit zu verursachen. In der Kombination ergibt sich jedoch ein Ursachenkomplex, der das Risiko einer Abhängigkeit entscheidend vergrößert. Der wichtigste Aspekt für die Entwicklung einer Suchterkrankung ist der Fakt, dass Rauschmittel gute Gefühle bereiten und schlechte vermindern. Der Satz von Herr Z „Weil es das gemacht hat, was ich wollte, weil ich mich besser gefühlt habe, klüger, selbstsicherer, euphorisch...“ trifft ziemlich genau das Hauptmotiv von Drogenkonsum. Er verbessert die Stimmung eines jeden, was wohl jeder Mensch genießt. Hinzu kommen als wichtige Faktoren die genetische Disposition, das Modelllernen in der Familie und Gruppendruck/dynamik. Es können jedoch keine immer zutreffenden Aussagen getroffen werden, die eine Sucht auslösen oder nicht. Jeder Mensch ist unterschiedlich, empfindet

bestimmte Umstände unterschiedlich belastend und konsumiert aus unterschiedlichen Gründen. Bisher wurden keine eindeutigen Prädikatoren einer Suchtentstehung oder eine zum Drogenkonsum neigende Persönlichkeitsstruktur gefunden. Die zuvor beschriebenen Ursachen und Ursachengefüge stellen lediglich häufige Risikofaktoren dar.

### **Was sind Faktoren die vor der Entwicklung einer Abhängigkeit schützen?**

Jede Person erlebt Kummer, Stress oder Ähnliches, einige können damit allerdings besser umgehen als andere. Sie weisen demnach unterschiedliche Anpassungsfähigkeiten oder Strategien auf, mit Stressoren oder Spannungszuständen umzugehen. Einige besitzen mehr Ressourcen als andere und haben somit mehr „generalisierte Widerstandsquellen“ in ihrer eigenen Person oder ihrer Umwelt. Dies kann eine liebevolle Bezugsperson in der frühen Kindheit, später „ein intimer Lebenspartner oder zumindest ein guter Freund, mit dem wir unser Leid und unsere Freude teilen können, Wissen und Intelligenz, Ich-Identität, Flexibilität und Weitsichtigkeit beim Lösen von Problemen, soziale Unterstützungssysteme, intakte Sozialstrukturen, Wertschätzung der eigenen Gesundheit, positive Vorbilder, Teilnahme an prosozialen Aktivitäten, an Sport- und Glaubensgemeinschaften oder Ähnliches sein. Ob der Mensch bereit ist diese Ressourcen zu nutzen, hängt von der Stärke seiner Fähigkeit, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen, die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können und die Sinnhaftigkeit des Lebens zu erkennen ab. Auch die befragten Konsumenten weisen einige Schutzfaktoren auf. Insbesondere Herr Z (Kokainkonsument) erlebte eine gute Kindheit, ist in Arbeit, lebt in einer Partnerschaft, hat weder materielle noch sonstige Nöte, entwickelte jedoch trotz dessen eine Abhängigkeit. Demzufolge kann ebenfalls nicht gesagt werden, dass bestimmte Schutzfaktoren generell vor einer Abhängigkeit bewahren.

### **Gibt es Gründe für die Wahl einer bestimmten Droge?**

Es gibt Menschen, die nur eine Droge ausprobieren und dabei bleiben. Ausschlaggebend dafür ist die Verträglichkeit, die Zufriedenheit mit der Substanz und deren Wirkung, aber auch die Gruppe, das Angebot, Werte und gesellschaftliche Normen (vgl. Herr X - Alkoholkonsument). Einige Personen probieren weiter und behalten jene Droge bei, deren Wirkung ihnen am besten gefällt, die verfügbar ist oder die von ihrer aktuellen Bezugsgruppe konsumiert wird. Die Droge wurde auch bei Herrn Y und Herrn Z nach ihren positiven und negativen Eigenschaften, der Wirkung und ihrem Nutzen, aber auch nach gruppenspezifischen Gegebenheiten selektiert.

Die Experten betonen einerseits insbesondere die Nachahmung in der Gruppe und das Angebot, welche/s ihrer Meinung nach einen großen Einfluss auf die Wahl der Droge hat. Auch die Theorie stellt hier sozio- und subkulturelle Gegebenheiten in den Vordergrund. Hierfür spricht auch die Gruppendynamik bei den Konsumenten. Durchweg wurde ihre Auswahl der Droge zuallererst durch das Umfeld, Gruppendynamik und das Angebot bestimmt.

Andererseits nennen sie mehrheitlich die gezielte Benutzung der Wirkung der Droge als Grund für die Auswahl. Auch die Literatur und die Konsumenten bestätigen die Aussage, dass sich das Individuum die für sich passende Droge auswählt. Wenn die Aussagen der Literatur und der Experten zusammengenommen werden, wird Alkohol z. B. die häufige Verwendung als Bewältigung oder als Verdrängen von Kummer und einer unzulänglichen Realität, die angstmindernde, enthemmende, entspannende sowie kontakt- und geselligkeitsfördernde Wirkung oder die Motive des „Dazugehörens“, der Gewohnheit sowie des Geschmacks zugeschrieben. Die größte Rolle spielt bei dieser Droge allerdings das Angebot und die Akzeptanz. Allein die Legalität macht Suchtmittel für einige Menschen attraktiv. Auch die ständige Verfügbarkeit vereinfacht den Konsum.

Als Grund für Cannabiskonsum wird hier das Auftreten von Glücksgefühlen und die Dämpfung unerwünschter Gefühle genannt, welche/s gerade in der Pubertät Erleichterung schaffen kann. Cannabis hat außerdem bei den meisten Jugendlichen ein positives Image und gilt im Gegensatz zu „Chemie“ als natürlich, nicht abhängig machend und weniger schädlich. Es ist im Vergleich zu anderen illegalen Drogen relativ günstig und der Konsum wird weitgehend akzeptiert. Grundsätzlich gibt es zwei Arten bei der Auswahl der Droge. Sie soll die physische Grundstimmung noch verstärken oder umkehren. Mit Cannabis entspannen sich viele aufgedrehte Konsumenten und werden ruhiger, mit Kokain können sich antriebsarme, demotivierte oder gelangweilte Personen aufputschen.

Kokain wird weiterhin der Drang hin Party zu machen oder der Glaube Leistung erbringen zu müssen zugesprochen. Weitere Konsummotive sind der Wunsch Probleme zu vergessen, sich besser zu fühlen und Schüchternheit zu überwinden, da durch den Konsum eine euphorische Stimmung eintritt, die Kontaktfähigkeit verbessert wird, Hemmungen abgebaut werden und

das Selbstwertgefühl erhöht wird. Die Hauptursache für den Konsum stellt jedoch Erlebnisorientierung und Stressbewältigung dar. Der Preis, der im Vergleich zu anderen Drogen relativ hoch ist, regelt zusätzlich die Verfügbarkeit.

Herr X und Herr Y konnten mit Alkohol und Cannabis ihre Stimmung aufhellen und Probleme sowie traumatische Erlebnisse verdrängen und zumindest kurzzeitig vergessen. Herr Z konnte durch den Kokainkonsum abschalten, entspannen, sein Selbstwertgefühl aufrichten und Hemmungen abbauen.

Experte 4 hebt weiterhin die Konsumgewohnheiten der Menschen (Abneigung gegen illegale Drogen durch gesellschaftliche Anerkennung oder gegen Alkohol aufgrund von schlechten Vorbildern) hervor und geht mit dieser Aussage mit der Literatur sowie mit den Aussagen von Herrn X und Herrn Y konform.

Die Suchtmittel haben demnach Gemeinsamkeiten in den Konsummotiven z.B. den Stressabbau oder die Gefühlsdämpfung, aber auch unterschiedliche Ursachen für die Auswahl der Droge, wie bspw. das Angebot oder Neugier. Je nach dem was eine Person erreichen möchte, wird sie eine andere Droge wählen. Die wichtigsten Auswahlkriterien sind wohl die Verträglichkeit, eine positiv erlebte Wirkung, das Angebot und das Umfeld.

### **Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede beim Drogengebrauch?**

Grundlegend konsumieren Männer im Vergleich zu Frauen mehr Alkohol sowie illegale Drogen. Frauen nehmen mehr psychotrope Medikamente wie Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva etc. Alkohol und illegale Drogen werden zu zwei Dritteln von Männern und zu ein Drittel von Frauen konsumiert. Die Erklärung für dieses Phänomen liegt in den Unterschieden in der Sozialisation und der unterschiedlichen Bewertung bzw. Stigmatisierung von Drogenkonsum. Wenn die Geschlechterverhältnisse unter den befragten Konsumenten bzw. den Patienten in der Tagesklinik hinzugezogen werden, könnte der Aussage zugestimmt werden. Alle drei Patienten sind männlich, was ebenfalls die Mehrheit der Tagesklinikpatienten darstellt. Zum Zeitpunkt der Befragung befanden sich dort 22 Männer und vier Frauen. Allerdings muss auch der Umstand berücksichtigt werden, dass Frauen sich für den Konsum eher schämen und deshalb oftmals nicht in die Öffentlichkeit treten und sich Hilfe suchen. Die Dunkelziffer ist folglich bei den Frauen größer.

Neben den erlernten Verhaltensmustern spielen auch die Konsummotive eine Rolle. Frauen reagieren bspw. stärker auf Störungen in ihrem familiären Umfeld, Männer reagieren dagegen stärker als Frauen auf Probleme im Berufsleben.

Ein weiterer geschlechtsspezifischer Unterschied ist, dass Frauen stärker auf Drogen reagieren und schneller abhängig werden als Männer..

Zwei von den Experten vertreten allerdings die Meinung, es gebe kaum Unterschiede bzw. die Unterschiede verringern sich immer mehr. Bei den Konsumenten illegaler Drogen sehen sie diese noch weniger als bei Alkoholkonsumenten.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich die Geschlechtsunterschiede bei der Prävalenz des Drogenkonsums verringern, Männer jedoch immer noch die riskanteren Konsummuster besitzen. Es ist zu vermuten, dass sich das Verhältnis bezogen auf die jüngeren Drogenbenutzer aktuell annähert, da unsere Gesellschaft immer offener wird und die geschlechtsspezifischen Zuschreibungen immer weniger eine Rolle spielen.

### **Gibt es typische Merkmale/ Stereotype von Konsumenten?**

Auch wenn es keine typischen Suchtpersönlichkeiten gibt, kann man den Konsumenten der einzelnen Drogen einige Eigenschaften zuschreiben, welche sich häufig bei ihnen finden lassen. Alkohol wird von allen Gesellschaftsschichten konsumiert. Weder die Literatur, noch die Experten können konkrete Eigenschaften von Alkoholkonsumenten benennen. Zwei der Experten verbinden mit Alkoholabhängigen jedoch eher ältere und mit Drogenabhängigen eher jüngere Personen. Die Literatur und der Altersdurchschnitt der befragten Konsumenten sowie in der Tagesklinik generell bestätigt diese Aussage. Cannabisbenutzer sind meist sehr jung bzw. beginnen sehr jung und tragen den Konsum zum Teil bis in höhere Altersklassen fort. Kokainkonsumenten sind meist etwas älter, die Konsumentinnen sind etwas jünger und sozial schwächer und haben häufig eine weitere psychische Problematik. Herr Z, der Kokainkonsument, liegt mit 32 Jahren ebenfalls in der beschriebenen Hauptaltersklasse der Konsumenten (26 bis 40 Jahre).

Einige Forschungsergebnisse unterstellen Cannabiskonsumenten einen niedrigen Bildungsstand, andere Quellen widerlegen diese Aussage. Auch Kokainkonsumenten sind nach den Ergebnissen der Literaturrecherche nicht ausschließlich erfolgreich oder nicht erfolgreich bzw. bestimmten Szenen zuzuordnen. Sie werden entweder mit kriminellen

Delikten in Zusammenhang gebracht und als jüngere, unverheiratete, arbeitslose Menschen mit niedrigem Bildungsstand bezeichnet oder als sozial und insbesondere auch beruflich integrierte, häufig in hoher Verantwortung stehende Personen beschrieben. Herr Y, der Cannabiskonsument, weist einen niedrigen Bildungsstand auf, Herr Z (Kokainkonsument) absolvierte nach seiner Lehre noch eine Meisterausbildung und hat somit einen mittleren bis höheren Bildungsstand. Wie bereits erwähnt, sagen diese Einzelfälle jedoch nichts über den Großteil der Konsumenten aus.

Cannabisbenutzer sind weiterhin „meist schüchterne, reservierte junge Menschen von geringer Dominanz“, die häufig aus „Neugier, Nachahmungstrieb und Gruppendynamik“ konsumieren. Kokainkonsumenten sind häufig Personen, die ein mangelndes Selbstbewusstsein haben, verunsichert sind und ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen aufweisen. Um die Charaktereigenschaften der Konsumenten abschätzen zu können, fehlt es an Informationen. Herr Z erfüllt jedoch teilweise die in der Literatur beschriebenen Stereotype z. B. ein mangelndes Selbstbewusstsein, das Alter und Geschlecht.

Die im Kapitel 6 (Stereotype von Konsumenten) beschriebenen Suchttypen können ebenfalls auf die befragten Konsumenten bezogen werden. Herr X und Herr Y entsprechen dem „Relaxer“, welcher aus dem Alltag aussteigen will, die Drogen als Problemlöser, Seelenröster und Fluchtmittel einsetzt und Alkohol und Cannabis bevorzugt. Herr Z (Kokainkonsument) bildet eine Mischung aus verschiedenen Typen. Er weist Merkmale des „Puschers“ (Ehrgeiz, bevorzugte Droge Kokain) und des „Perfektionisten“ (ständige Anspannung, Idealvorstellungen von Aussehen, Karriere und Anerkennung, bevorzugte Drogen aufputschende Medikamente bzw. illegale Drogen) auf.

Hier wird wieder deutlich, dass Drogenkonsum ein gesellschaftsübergreifendes Massenphänomen ist. Es gibt sowohl hoch ausgebildete, sowie kriminelle Personen mit einem niedrigen Bildungsstand. Das am häufigsten vorkommende Alter sowie Persönlichkeitseigenschaften lassen sich pauschalisieren, es gibt allerdings fraglos "Ausreißer", welche keins der Klischees erfüllen.

### **(Wie) verändern sich Konsumenten durch den Drogenkonsum?**

Experte 2 nennt als Veränderung, die für jedes Suchtmittel zutrifft, die Vereinsamung. In den Konsumenteninterviews wie auch in der Literatur bestätigt sich diese Aussage zweifelsohne. Die Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Experteninterviews und der Literatur beschreibt Alkoholiker als dröge (langweilig, öde, ohne jeden Reiz, uninteressant, unscheinbar), abgestumpft, häufig verantwortungslos, gleichgültig und uninteressiert. Eigenschaften wie die Schwächung des Selbstwertgefühls, ein Isolierungswunsch, eine erhöhte Empfindlichkeit, mangelnde Impulskontrolle und Aggressionen werden ebenfalls langjährigen Alkoholikern zugeschrieben. Die alkoholtypische Depravation weist zusätzlich Eigenschaften wie Egozentrismus, Haltlosigkeit, Unzuverlässigkeit, Beeinträchtigung von Intelligenz, Kognition und ethischen Normen sowie Verwahrlosung auf. Experte 4 unterscheidet noch weiter in zwei Grundrichtungen, den immer stiller und den immer aggressiver werdenden Alkoholiker. Herr X, der Alkoholkonsument teilt diese Eigenschaften nur teilweise, er ist in Bezug auf seine Familie nicht abgestumpft, sondern kämpft um seine Frau und die Tochter und ist aufgrund der Zurückweisung sehr verletzt. Seine Tätigkeit als Müllwerker konnte er bis jetzt aufrecht erhalten, auch wenn er dort durch mangelhafte Leistung aufgefallen ist. Insgesamt veränderte sich seine Persönlichkeit, indem er ruhiger wurde und sich mehr zurückzog, es passiert dennoch, dass er aggressiv oder reizbar ist.

Den Cannabiskonsumenten werden von den Experten Eigenschaften wie Antriebsschwäche, Müdigkeit, Lethargie, Emotionslosigkeit und Ähnliches zugeschrieben. Diese Eigenschaften als mögliche Folge des Cannabiskonsums, in der Literatur beschrieben als amotivationales Syndrom mit Antriebsminderung, Gleichgültigkeit, Desinteresse, Nachlassen der Leistungsfähigkeit usw., werden stark diskutiert, immer wieder benannt, mit Studien versucht nachzuweisen und doch nicht eindeutig belegt. Herr Y beklagte jedoch genau diese Symptome. Weiterhin sind Folgen fehlende Flexibilität, die Schwierigkeit sich sprachlich ausdrücken zu können, eine geminderten Reaktionsfähigkeit sowie eine Beeinträchtigung der Koordination der sensorischen Motorik. Cannabiskonsumenten haben meist Schwierigkeiten verschiedene Dinge gleichzeitig zu bewältigen und weisen häufig kleine Fehlleistungen oder Aufmerksamkeitsstörungen im Alltag auf. Die Folgen des frühen Kiffens machen sich nicht nur in der Lernfähigkeit bemerkbar, sondern auch in der Fähigkeit gedanklich schnell umschalten zu können oder Veränderungen in der Lebensumwelt zu erkennen und sein

Verhalten entsprechend anzupassen zu können. Eine weitere Folgeerscheinung ist die emotionale Abstumpfung, vorhandene Ängste können jedoch auch verstärkt werden, es können sogar Psychose-ähnliche Symptome hervorgerufen werden. Kiffen erhöht demnach das Risiko, depressive sowie psychotische Symptome zu entwickeln, allerdings nur bei Personen, die den entsprechenden Genotyp aufwiesen. Die beschriebenen Symptome treffen fast vollzählig auf Herrn Y zu.

Kokain macht die Konsumenten der Meinung der Experten nach überspannt, überdreht, emotional verflacht, jedoch unglücklich mit der Welt, unstet, getrieben, gehetzt, streitsüchtig, unausgeglichen, häufig unfähig Beziehungen und Bezugspunkte aufrecht zu erhalten und teilweise auch aggressiv. Experte 3 schreibt ihnen weiterhin ein „flottes Aussehen zu“, das teilweise auch schäbig sein kann und assoziiert mit Kokainkonsumenten glatzköpfige Männer. Dieser Umstand scheint womöglich abwegig, trifft aber völlig auf Herrn Z zu, der vom äußerlichen diesem Klischee entspricht und auch die Eigenschaften (gehetzt, getrieben, überspannt) aufweist. Es selbst berichtete zusätzlich von der emotionalen Abstumpfung, depressiven Phasen, Aggressionen und Reizbarkeit. Überdies bestätigt die Literaturrecherche ein häufig unangepasstes, auffälliges und impulsives Verhalten. Neben den Folgen dauerhaften Kokainkonsums, wie paranoiden und psychotischen Manifestationen, Verhaltensabnormalitäten mit Depressionen, einer gesteigerten psychischen Irritabilität, Halluzinationen und Verfolgungswahn sind Lethargie, Antriebsverlust, Konzentrationsstörungen, Libidoverlust und ein sozialer Verfall zu nennen. Kokain verändert wichtige Verbindungen zwischen Gehirnarealen des Vorderhirns, welches maßgeblich für die Entscheidungsfindung und die Kontrolle unserer Handlungen zuständig ist sowie in Bereichen, die für das Lernen zuständig sind. Das könnte erklären, warum sich Kokainabhängige häufig unangepasst und auffällig, besonders impulsive und unkontrolliert verhalten, sich eher an Vergnügen orientieren und warum sie in ihrer Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, beeinträchtigt sind.

Die von den Konsumenten beschriebenen negativen Folgen durch den Drogenkonsum sind sich bei allen recht ähnlich und lassen sich ebenfalls in der Literatur wieder finden. Alle drei Konsumenten berichteten von einem Rückzug, einer zunehmenden Isolation und familiären Konflikten. Auch die Schul- bzw. Arbeitsleistung wurde bei jedem von ihnen beeinträchtigt. Weiterhin beklagen sie seelisch-geistige Veränderungen (depressive Verstimmungen,



Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Gleichgültigkeit, emotionale Abstumpfung, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Unzuverlässigkeit, Schwächung des Selbstwertgefühls, Einengung der Interessen) Herr Y (Cannabiskonsument) bewegte sich zudem in einem kriminellen Milieu und bemerkte paranoide Verhaltensänderungen

Mit der Wesensveränderung, der Isolation und der Ausrichtung des Alltags um die Droge gehen soziale Probleme mit Mitmenschen, also Freunden, Bekannten oder Partnern, aber auch mit Vorgesetzten Kollegen, Lehrern, Ausbildern usw. einher, die Beziehungen sowie Schule, Ausbildung und Beruf betreffen können.

Studien zeigen allerdings, dass sich die Folgen von Drogenkonsum nach einer längeren Abstinenz zurückbilden. Untersuchungen mit Kokain zeigten jedoch nur eine teilweise Erholung auf. Der frühe Drogenkonsum bspw. vor dem 16. Lebensjahr kann jedoch dauerhafte Veränderungen des Gehirns nach sich ziehen.

### **Gibt es einen kontrollierten Konsum?**

In Zusammenhang mit Drogenkonsum gibt es einen gesellschaftlich tolerierten Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. Nicht jeder Konsument konsumiert abhängig. Es gibt hier ebenso einen experimentellen Gebrauch, einen Konsum aus sozialen, stimulierenden oder entspannenden Motiven, oder den situationsabhängigen Gebrauch, welcher nur bei bestimmten Anforderungen im persönlichen oder beruflichen Leben stattfindet.

Das Abhängigkeitspotential hängt von der Droge ab. Bei Alkohol dauert es relativ lange, bis die Grenze zur Abhängigkeit überschritten ist. Ein Großteil der Alkoholkonsumenten trinkt nicht abhängig. Somit ist klar, dass es einen kontrollierten Konsum von Alkohol gibt. Sporadischer, kontrollierter Cannabiskonsum ist ebenfalls möglich. Bei Kokain gibt es bezüglich eines kontrollierten Konsums konträre Meinungen. Entgegen der oftmals vertretenen Meinung, Kokain würde sehr schnell abhängig machen, betonen andere wiederum dass sich der Konsum von Kokain, wie auch der von Alkohol oder Cannabis, nicht zwangsläufig zuspitzt und für eine Mehrheit der Konsumenten episodisch (mit einzelnen exzessiven Phasen) bleibt. Ob sich bei diesen Konsumenten bei fortgesetztem Konsum noch eine Abhängigkeit entwickelt, kann nicht vorausgesagt werden, ist aber eine mögliche Variante. Die befragten Experten besitzen hier erstmalig eine widersprüchliche Meinung. Sie

denken, dass ein kontrollierter Kokainkonsum kaum möglich ist. Die Therapeuten und der Chefarzt der Suchtklinik kennen allerdings fast ausschließlich Patienten mit einer Abhängigkeit. Auch Herr Z konnte seinen Konsum nach eigenem Empfinden mehrere Jahre kontrollieren, wofür auch das Einstellen des Konsums unter der Woche spricht.

Risiken für einen Kontrollverlust liegen in sozialen, situativen und personalen Faktoren und sind unter anderem: eine „übermäßige persönliche Bindung an die Drogenerfahrung als ein Bewältigungsmechanismus oder als ein Weg der Lebensführung“ die Zugriffsnähe, ausreichend finanzielle Mittel zum Drogenerwerb, eine positive Substanzwirkung, zunehmende Involvierung in ein Umfeld von stärkeren Konsumenten, die Ausdehnung der ritualisierten Konsumphasen, erschwerte Umstände z.B. im Beruf oder Privatleben und psychosoziale Belastungssituationen.

Bei den Konsumenten lassen sich als Risiken eine übermäßige Bindung an die Drogenerfahrung als ein Bewältigungsmechanismus, die Zugriffsnähe, ausreichend finanzielle Mittel für den Drogenerwerb und eine positive Substanzwirkung finden.

Aus den zuvor beschriebenen Fakten kann geschlussfolgert werden, dass ein kontrollierter Konsum aller Drogen möglich ist. Der Kontrollverlust hängt zum Teil von dem Abhängigkeitspotential der Droge ab und wird weiterhin von der Menge und der Häufigkeit des Konsums beeinflusst. Diese wird wiederum auch von sozialen, situativen und personalen Faktoren bestimmt.

## 11 Fazit

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit Ursachen ausgewählter Drogen (Alkohol, Cannabis und Kokain) sowie mit der Relevanz von Unterschieden und Gemeinsamkeiten der jeweiligen Konsumenten. Das Erkenntnisinteresse lag in der Frage, was die Konsumenten unterscheidet, weshalb einige abhängig werden und andere nicht. Daneben interessierten Eigenschaften der Drogenbenutzer, welche bereits vor dem Konsum bestehen und welche durch den Konsum entstehen.

Die Methoden, anhand derer die Fragestellung bearbeitet wurde, sind die Literaturrecherche, das Ausführen und Auswerten von Konsumenten- und Experteninterviews sowie die zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung mit Hilfe eines Vergleiches der Rechercheergebnisse und der Interviews. Die Hauptfragen der Arbeit wurden mit Hilfe der Unterfragen so weit wie möglich beantwortet.

Die Ergebnisse zeigen, dass es keine Merkmale oder Ursachen gibt, die zwangsläufig eine Abhängigkeit hervorrufen. Andersherum gibt es ebenso wenig Faktoren, die zwangsläufig davor schützen. Drogenabhängigkeit hat ein komplexes Entstehungsgefüge und der Verlauf ist bei jedem Konsumenten anders. Es gibt also keine typische Suchtpersönlichkeit. Die Entstehung wird bedingt durch biologische, psychologische und soziale Faktoren, die sich gegenseitig beeinflussen. Wichtige Ursachenfaktoren für die Entstehung einer Abhängigkeit sind das Umfeld, das Angebot, die genetische Disposition oder Modelllernen von den Eltern und von Gleichaltrigen. Weiterhin sind Probleme, Trennungen, Arbeitsverlust, Stress, traumatische Erlebnisse, Konflikte, aber auch Neugier, Experimentierfreude, Lebensfreude, Gewohnheit oder Rituale Risikofaktoren für die Herausbildung einer Abhängigkeit.

Eine weitere Erkenntnis ist, dass die Unterschiede der Konsumenten in der genetischen Disposition, der Sozialisation, der Lebensgeschichte und insbesondere im Umfeld, in den Bedürfnissen und den Charaktereigenschaften des Menschen liegen.

Die Auswahl der Droge hängt meist davon ab, was eine Person kennt, was ihr zugänglich ist und was ihr Umfeld konsumiert. Die Charaktereigenschaften wie z.B. Introversion und Extraversion beeinflussen ebenfalls die Wahl. Je nach dem, ob eine Person entspannen, aufdrehen, kontaktfreudiger sein oder Probleme verdrängen will, wird sie sich eine passende

Droge auswählen, mit der sie diese Bedürfnisse erreichen kann. Ebenso müssen geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt werden. Frauen wählen häufiger Medikamente oder leiden an Verhaltenssüchten wie Kauf-, Mager-, Brech- oder Esssucht, Männer konsumieren häufiger Alkohol und illegale Drogen.

Die unterschiedlichen Konsumenten besitzen unterschiedliche Schutz- und Risikofaktoren, die nicht unbedingt die Wahl der Droge, jedoch die Abhängigkeitsentwicklung beeinflussen. Auch der Beziehungs- und der berufliche Status spielen hier eine Rolle. Die genetische Disposition sowie Schutzmechanismen im Gehirn sind von Konsument zu Konsument unterschiedlich und können zu einer Abhängigkeitsentwicklung beitragen oder davor schützen. Jedes Gehirn reagiert zusätzlich unterschiedlich empfänglich auf bestimmte Stoffe und deren Wirkungen und entwickelt unterschiedlich schnell eine Abhängigkeit.

Ob die Auswahl der Droge durch den Charakter des Benutzers erfolgt, oder ob sich der Charakter durch den Drogenkonsum verändert, sodass die Stereotype eines Drogenbenutzers entstehen, kann nicht zugunsten einer der beiden Möglichkeiten beantwortet werden. Die Auswahl erfolgt sowohl durch die bereits vorhandenen Eigenschaften des Konsumenten, die Eigenschaften werden aber auch durch den Konsum verändert.

Aus den Interviews ist zudem zu erkennen, dass bspw. die Ursachen für den Drogenkonsum, Gründe für die Wahl der Droge, Folgen des Drogenkonsums usw. sich in Theorie und Praxis ähneln, jedoch jeder Konsument unterschiedliche Gründe für und Veränderungen durch den Konsum aufweist. An dieser Stelle muss jedoch hinzugefügt werden, dass die in der Literatur beschriebenen Folgen weitgehend mit denen der Konsumenten übereinstimmen. Man kann nicht grundsätzlich verallgemeinern, dass z.B. Kokainkonsumenten ein niedriges Selbstbewusstsein haben oder Alkoholkonsumenten Problemen und ihrer Realität entfliehen wollen. Da nur jeweils ein Konsument zu den Drogen befragt wurde, können die Interviews nicht die breite Masse repräsentieren bzw. es können daraus keine Schlüsse gezogen werden, ob bspw. die Theorie stimmt, Kokainkonsumenten seien eher jung, arbeitslos und kriminell oder eher etwas älter, im Berufsleben und in hoher Verantwortung. Es gibt auch immer Konsumenten, die „aus der Reihe schlagen“. In diesem Ergebnis liegt die Haupteckdaten der Arbeit. Drogenkonsum ist ein schichtübergreifendes Massenphänomen.

Die gestellten Fragen konnten größtenteils beantwortet werden. Auch wenn keine neuen Forschungsergebnisse gefunden wurden, konnte anhand der Interviews eine subjektive Gewichtung der Ursachen von Drogenkonsum vorgenommen werden, die so in der Literatur nicht zu finden ist. Das Zusammenspiel der Literatur, der Konsumenteninterviews und der Interviews mit den Experten, welche aus langjähriger Arbeit im Suchtbereich eine Vielzahl an praktischen Erfahrungen besitzen, konnte Theorie und Praxis verbinden und so unterschiedliche Denkweisen, Facetten und Blickwinkel veranschaulichen.

Dass einige Fragen nicht eindeutig beantwortet werden können (anstatt entweder – oder sowohl als auch), war teilweise schon vor der Bearbeitung dieser klar. Es wurde wiederholt aufgezeigt, dass Sucht/Abhängigkeit ein komplexes Phänomen ist, welches bei jeder Person unterschiedlich verläuft. Zumindest konnten die „Gibt es...-Fragen“ mit „ja“ beantwortet werden. Ob eine befriedigende Antwort auf die Fragestellungen „Gibt es Gründe für die Wahl einer bestimmten Droge?“ und „Gibt es Stereotype von Konsumenten?“ gefunden werden kann, war vor der Bearbeitung des Themas nicht eindeutig erkennbar. Desto erfreulicher war der Prozess der Themenherausarbeitung und der Beantwortung der Fragestellung, als erkennbar wurde, dass es einige Faktoren und Stereotype gibt.

Bemerkenswert ist der Umstand, dass die genetische Disposition einen so großen Einfluss auf die Entwicklung einer Abhängigkeit hat (30 bis 60 Prozent). Unverständlich und hinderlich für die Bearbeitung der Fragestellung war die Tatsache, dass Studien völlig widersprüchliche Ergebnisse liefern. Das Bildungsniveau, das Milieu und der soziale Status von Cannabis- und Kokainkonsumenten lässt sich in verschiedenen Ausprägungen finden. Weiterhin ergeben sich Fragen zu dem amotivationalen Syndrom. Die Experten nannten die Eigenschaften, die dem Syndrom zugesprochen werden. Der Konsument beklagte genau die Symptome und die breite Masse verbindet die Eigenschaften wie Antriebslosigkeit und Ähnliches mit einem Kiffer. Trotzdem kann das Syndrom nicht eindeutig nachgewiesen werden. Hierin besteht ein weiteres Forschungsinteresse.

Studien könnten zusätzlich in einem umfangreichen Rahmen die Gewichtung der Ursachen erforschen und somit Erkenntnisse für eine bessere Prävention liefern. In der Hirnforschung könnten ebenfalls weitere Untersuchungen betrieben werden. Viele Studien liefern nur vorläufige Ergebnisse und mutmaßen „damit könnte man das erklären“, „daraus könnte das

resultieren“ und „vielleicht kann man die Ergebnisse auch auf andere Drogen anwenden“. Außerdem werden Studien häufig mit einer kleinen Teilnehmerzahl (unter 100) durchgeführt, was wahrscheinlich dem finanziellen Rahmen geschuldet ist.

Die Bedeutung und Relevanz der Arbeit bezieht sich vor allem auf die Prävention. Aus den Ergebnissen der Arbeit können Verbesserungsmöglichkeiten in der Prävention resultieren, da die Ursachen und Risikofaktoren aufgezeigt werden. Von staatlicher Seite könnte bspw. Verhältnisprävention (die Einschränkung der Spirituosen) versuchen die Zahl der Alkoholiker oder Alkoholmissbräucher einzudämmen. Aus dem Ergebnis, dass Arbeitslosigkeit oder auch Stress und Überforderung auf der Arbeit oder in der Schule ein Risikofaktor für Drogenkonsum ist, müsste der Einbezug der Arbeitssuche in die Therapie Abhängiger erfolgen. Der Umgang mit Stress und Problemen könnte durch präventive Maßnahmen geschult werden. Die Arbeit mit Kindern Suchtkranker sollte ebenfalls mehr Platz einnehmen, damit der Kreislauf unterbrochen wird.

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich die Fragestellung der Arbeit zwar mit Stereotypen von Konsumenten beschäftigt und einige dieser hervorgebracht hat. Andererseits konnte allerdings gezeigt werden, dass Klischees, Stereotype und Typisierungen auch im Bereich der Sucht meist wenig zutreffend sind. Drogenabhängigkeit kann den delinquenten Jugendlichen gleichermaßen wie den erfolgreichen Manager oder die Hausfrau betreffen, denn die Bereitung guter Gefühle sowie die Verminderung von schlechten ist Bedürfnis eines Jeden.

## 12 Quellenverzeichnis

### 12.1 Literatur

- Bergmann, R., 2002: Soziale Veränderungen bei Sucht, in: J. Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung - Beratung - Therapie - Prävention, Landsberg/Lech, S. 506–509.
- Bierstedt, S., 2012: Ursachen von Alkoholabhängigkeit in Theorie und Praxis (unveröffentlichte Hausarbeit).
- Blum, C., 2002: Drogenarten, in: Helmut Arnold (Hg.), Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention□: Handlungsfelder, Handlungskonzepte, Praxisschritte, Weinheim□; München, S. 79–99.
- Böhnisch, L. und H.-J. Schille, 2002: Drogengebrauch als Risiko- und Bewältigungsverhalten, in: H. Arnold und H.-J. Schille (Hg.), Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder, Handlungskonzepte, Praxisschritte, Weinheim; München, S. 41–50.
- EBDD, 2011: Stand der Drogenproblematik in Europa - Jahresbericht 2011, Luxemburg.
- Feuerlein, W., 1999: Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus, in: M. V. Singer und S. Teyssen (Hg.), Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen Diagnostik Therapie, Heidelberg.
- Feuerlein, W., 2008: Alkoholismus□: Warnsignale - Vorbeugung - Therapie, München.
- Fischer, M., 2009: Jugend und Sucht - Analysen und Auswege□: Patientenprofile und Empfehlungen für die pädagogisch-therapeutische Behandlung in Psychiatrie und Jugendhilfe, Opladen.
- Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe - Bundesverband e.V., 2001: Puscher und Relaxer: Welcher Suchttyp kommt dir am nächsten?, in: Freundeskreisjournal 1/2001.
- Freye, E., 2005: Kokain, Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen, Ebelsbach.
- Friedrichs, J., 2002: Drogen und soziale Arbeit, Opladen.
- Funke, W. und D. Garbe, 2002: Alkohol, in: J. Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung - Beratung - Therapie - Prävention, Landsberg/Lech, S. 11–18.
- Gisin, P. und M. Mauerhofer, 2009: Ein gefährlicher trend? Kokain im Straßenverkehr, in: laut & leise - Magazin der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich 1/2009.
- Günther, V. und S. Gritsch, 1997: Lerntheoretische Aspekte der Sucht, in: E. Fleisch, R. Haller und W. Heckmann (Hg.), Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie, Basel.
- Haasen, C und J. Kalke, 2007: Internationaler Erkenntnisstand zum Kokainkonsum, in: H. Zurhold und O. Müller (Hg.), Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main, Freiburg im Breisgau, S. 29–40.

- Hannes, R., 2004: Wenn Trinken zum Problem wird □: Alkoholprobleme lösen, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle.
- Havemann-Reinecke, U., 2007: ADHS und Suchterkrankungen, in: U. Havemann-Reinecke und R. Gaßmann (Hg.), Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen, Freiburg im Breisgau, S. 95–108.
- Heckmann, W., 2005: Drogenabhängigkeit, in: D. Kreft und I. Mielenz (Hg.), Wörterbuch Soziale Arbeit - Aufgaben, Praxisfelder, begriffe und Methoden der Sozialenarbeit und Sozialpädagogik, Weinheim, S. 205–211.
- Hurrelmann, K., 2002: Jugendliche, in: J. Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung - Beratung - Therapie - Prävention, Landsberg/Lech, S. 259–264.
- Jenner, C., 1997: Tiefenpsychologische Aspekte der Sucht, in: E. Fleisch, R. Haller und W. Heckmann (Hg.), Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie, Basel.
- Jungblut, H.-J., 2004: Drogenhilfe □: eine Einführung, Weinheim.
- Kielstein, V., 1990: Alkoholismus □: Folgen, Schäden, Lösungswege, Berlin.
- Klein, M., 2002: Kinder von Abhängigen, in: J. Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung - Beratung - Therapie - Prävention, Landsberg/Lech, S. 279–287.
- Kolitzus, H., 2000: Die Liebe und der Suff ... □: Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie, München.
- Küstner, U. und G. Beckmann-Többen, 2007: Bekifft und abgedreht □: wenn Cannabis zum Problem wird, Bonn.
- Längle, A., 1997: Existenzanalytische ASpekte der Sucht, in: E. Fleisch, R. Haller und W. Heckmann (Hg.), Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie, Basel.
- Lehmkuhl, U. und G. Lehmkuhl, 2002: Individualpsychologie, in: J. Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung - Beratung - Therapie - Prävention, Landsberg/Lech, S. 243–247.
- Lindberg, L. und C. Haasen, 2005: Wenn Cannabis der Seele schadet □: Hilfe bei Sucht und psychischen Störungen, Düsseldorf.
- Müller, B., 2009: Kokain ist keine Strassendroge. Interview mit Alexander Bücheli, Streetworker, in: laut & leise - Magazin der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich 1/2009.
- Müller, R., 2000: Die gesundheitlichen Schäden des Gebrauchs illegaler Drogen, in: Ulrich, Waldemar und Hannes Abplanalp (Hg.), Drogen. Grundlagen, Prävention und Therapie des Drogenmissbrauchs.
- Quinten, C., 2002: Frauenspezifische Suchtentwicklung, in: J. Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung - Beratung - Therapie - Prävention, Landsberg/Lech, S. 174–179.
- nationaler REITOX-Knotenpunkt, Tim, 2011: Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD DEUTSCHLAND - Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen - Drogensituation 2010/2011, Berichte des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD.
- Röthlisberger, C. und J. Zuppinger, 1998: Clean bleiben □: eine salutogenetische



- Untersuchung über hilfreiche Faktoren im Ausstiegsprozess aus der Drogenabhängigkeit.
- Schmidt, L., 1999: Begriffsbestimmung, in: M. V. Singer und S. Teysen (Hg.), Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen Diagnostik Therapie, Heidelberg.
- Schmidt, L., 1986: Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch□: Definition, Ursachen, Folgen, Behandlung, Prävention, Stuttgart.
- Schmidt, N., 2002: Illegale Drogen, in: J. Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung - Beratung - Therapie - Prävention, Landsberg/Lech.
- Schütze, C., 2007: Analyse der COMBASS-Daten, in: H. Zurhold und O. Müller (Hg.), Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main, Freiburg im Breisgau, S. 172–195.
- Soyka, M., 1999: Klinisch-psychiatrische Diagnostik des Alkoholismus, in: M. V. Singer und S. Teysen (Hg.), Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen Diagnostik Therapie, Heidelberg.
- Stimmer, F. und P. Andreas-Siller, 2000: Suchtlexikon, München.
- Stöver, H., 2011: Risiko, Rausch und Männlichkeit, in: 13. Bayerisches Forum Suchtprävention der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (Hg.), Männlichkeiten und Sucht, Augsburg, S. 3–15.
- Treack, B. v., 1997: Partydrogen□: alles Wissenswerte zu Ecstasy, Speed, LSD, Cannabis, Kokain, Pilzen und Lachgas, Berlin.
- Tress, W. u. a., 2002: Salutogenese, in: J. Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung - Beratung - Therapie - Prävention, Landsberg/Lech, S. 463–467.
- Tretter, F., 2005: Der humanökologische Ansatz in der Theorie der Sucht, in: B. Dolligner und W. Schneider (Hg.), Sucht als Prozess - Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, Berlin.
- Ulrich, W. und H. Abplanalp, 2000: Drogen□: Grundlagen, Prävention und Therapie des Drogenmissbrauchs, [Bern]; [Lausanne].
- Veltrup, C., 2002: Illegale Drogen (Psychotherapie), in: J. Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung - Beratung - Therapie - Prävention, Landsberg/Lech, S. 233–237.
- Walter-Hamann, R., 2002: Armut, in: J. Fengler (Hg.), Handbuch der Suchtbehandlung - Beratung - Therapie - Prävention, Landsberg/Lech, S. 49–55.
- Wölfle, R., 1997: Individualpsychologische Aspekte der Sucht, in: E. Fleisch, R. Haller und W. Heckmann (Hg.), Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie, Basel.
- Zurhold, H. und P. Degkwitz, 2007: Modul 4: Extremgruppenvergleich, in: H. Zurhold und O. Müller (Hg.), Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main, Freiburg im Breisgau, S. 195–329.

## 12.2 *Internetquellen*

- DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information Psychische und Verhaltensstörungen, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2012/block-f10-f19.htm>.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2011a: Drogen und Sucht - Situation in Deutschland, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/illegale-drogen/cannabis/situation-in-deutschland.html>.
- , 2011b: Migration und Sucht, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/suchtstoffuebergreifende-themen/migration-und-sucht.html>.
- drugcom.de, 2003: Kinder abhängigkranker Eltern besonders gefährdet, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2003/28-02-2003-kinder-abhaengigkranker-eltern-besonders-gefaehrdet/>.
- , 2005: Kokain verschlechtert Lernfähigkeit, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2005/23-08-2005-kokain-verschlechtert-lernfaehigkeit/>.
- , 2009: Auch moderater Drogenkonsum hinterlässt Spuren im Gehirn, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2009/03-07-2009-auch-moderater-drogenkonsum-hinterlaesst-spuren-im-gehirn/>.
- , 2010a: Ist Cannabiskonsum genetisch bedingt?, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2010/24-09-2010-ist-cannabiskonsum-genetisch-bedingt/>.
- , 2010b: Verminderte Wahrnehmung von Emotionen durch Drogenkonsum, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2010/19-03-2010-verminderte-wahrnehmung-von-emotionen-durch-drogenkonsum/>.
- , 2010c: Drogenkonsum hat Folgen für den Alltag, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2010/11-06-2010-drogenkonsum-hat-folgen-fuer-den-alltag/>.
- , 2010d: Kokainkonsum beeinträchtigt mentales Umschalten, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2010/12-11-2010-kokainkonsum-beeintraechtigt-mentales-umschalten/>.
- , 2011a: Veränderte Hirnstruktur bei chronischem Kokainkonsum, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2011/?idx=822>.

- , 2011b: Rauschtrinken mindert kognitive Leistungsfähigkeit, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/20-05-2011-rauschtrinken-mindert-kognitive-leistungsfahigkeit/>.
- , 2011c: Zu coole Kiffer?, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2011/?idx=807>.
- , 2011d: Genetische Veranlagung macht Kiffer depressiv, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2011/?idx=814>.
- , 2011e: Langzeitstudie: Cannabis fördert psychotische Symptome, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2011/11-03-2011-langzeitstudie-cannabis-foerdert-psychotische-symptome/>.
- , 2011f: Gehirn erholt sich von Kokain, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2011/?idx=811>.
- , 2012a: Kiffen aus Angst vor anderen, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/?sid=2012&idx=828>.
- , 2012b: Kiffen und die Folgen im Alltag, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/topthema/?sub=141>.
- Alkohol, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-a/alkohol/>.
- Kokain, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-k/kokain/> (20.6.2012b).
- Abhängigkeit, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-a/abhaengigkeit/>.
- Regelmäßiger Cannabiskonsum erhöht das Risiko für vorzeitigen Schulabbruch, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.drugcom.de/aktuelles-aus-drogenforschung-und-drogenpolitik/archiv/archiv-jahr-2003/14-07-2003-regelmaessiger-cannabiskonsum-erhoeht-das-risiko-fuer-vorzeitigen-schulabbruch/>.
- drugscouts.deAmotivationales Syndrom/Amotivationssyndrom, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://drugscouts.de/de/lexikon/amotivationales-syndromamotivationssyndrom>.
- DHS e .V., Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2012: Alkohol, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> (26.5.2012).
- Faust, V.Borderlinestörung, in: Psychosoziale Gesundheit - von Angst bis Zwang , Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/seele/borderline.html>.
- Kemmesies, U. E., 2002: Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main, Frankfurt am Main, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/download/MoSyD-Szenestudie-Endbericht-2002.pdf>.

- Quensel, S.: Überblick über den Stand der Cannabis-Forschung, Bremen, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.bisdro.uni-bremen.de/quensel/InternetReader/Einleitung.pdf>.
- Schulz, J. und U. Wiesmann, 2007: Zur salutogenetischen Denkweise bei der Betrachtung des Menschen, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.salutogenese.net/>.
- Seidenberg, A., 2004: Kokain Memo, Zürich, Abgerufen am 01. Juli 2012 von [http://www.seidenberg.ch/media/Merkblatt\\_Kokain.pdf](http://www.seidenberg.ch/media/Merkblatt_Kokain.pdf).
- Die Stelle für Suchtprävention im Kanton Zürich, 2009: Kokain, in: laut & leise - Magazin der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich 1/2009, Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.brigitta-garcia-lopez.com/verschiedenes/lautleise/lautleise.pdf>.
- uni-protokolle Psychoaktive Substanz, in: uni-protokolle , Abgerufen am 01. Juli 2012 von <http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Psychoaktiv.html>.

---

## Anlagen

### a) Konsumenteninterviews

Alkoholkonsument  
Cannabiskonsument  
Kokainkonsument

### b) Experteninterviews mit einem Chefarzt und drei Therapeuten einer Suchtklinik

Erstes Interview  
Zweites Interview  
Drittes Interview  
Viertes Interview

### c) Selbstständigkeitserklärung

## *Konsumenteninterviews*

### **Alkoholkonsument**

1 Herr X wurde 1961 in Magdeburg geboren, er hat vier Brüder und eine Schwester. Seine  
2 frühkindliche Entwicklung verlief normal. Bis zum Tod des Vaters verlebte er eine gute  
3 Kindheit, danach trank die Mutter und wurde alkoholkrank. Sie schrie sehr häufig herum und  
4 vernachlässigte die Kinder. Herr X ist oft von zu Hause abgehauen. Die älteren Brüder haben  
5 die jüngeren Geschwister oft verprügelt. Insgesamt hat er schlechte Kindheitserinnerungen.  
6 Zu den Geschwistern besteht teilweise Kontakt, die Mutter ist verstorben. Herr X leidet  
7 zudem an Schuldgefühlen wegen dem Tod der Mutter, weil diese beim Kochen für die Kinder  
8 ums Leben gekommen ist, da sie das Gas angelassen hat. Ein Bruder ist ebenfalls  
9 alkoholkrank. Herr X absolvierte den Hauptschulabschluss, und eine Lehre zum  
10 Betriebsschlosser. Er ist seit 20 Jahren verheiratet und hat eine 19 jährige Tochter. Seine  
11 aktuelle Tätigkeit ist Müllwerker. Bekannte hat Herr X kaum.  
12 Mit 12/13 Jahren trank er erstmals Alkohol und war nach eigenen Angaben „gleich heftig  
13 versunken“. Es kam schnell zu einem regelmäßigen Konsum, fast täglich trank er mit  
14 Freunden in einer Kneipe erst drei bis vier Bier, später 20 Bier á 0,3 Liter und 10 bis 15  
15 Kurze. Er beklagte häufige Filmrisse und einen totalen Kontrollverlust. Nach der Wende sind  
16 die Kumpels abgehauen, ab dem Zeitpunkt konsumierte er nur noch allein, um Sorgen

---

---

18 wegzutrinken und des Geschmacks halber. Zeitweilig betrug die Trinkmenge eine Flasche  
19 Schnaps und 10 Bier täglich, in letzter Zeit 0,2 bis 0,7 Liter Schnaps. Er litt zunehmend an  
20 Entzugserscheinungen und einem prädeliranten Verhalten (ab und zu Schatten sehen). Sein  
21 Verhalten unter Alkohol beschreibt er früher enthemmter, später meist sehr depressiv, bei  
22 Streit auch laut. Die Funktion des Alkohols beschreibt er anfangs als Freizeitgestaltung,  
23 Geselligkeit und Spaß, die Kumpels haben getrunken und ihn verleitet mitzutrinken, was  
24 anderes gab es nicht. Später dann war die Funktion des Alkohols Vergessen, Kopf ausschalten  
25 sowie Verdrängung aktueller Probleme und der Kindheit. Als seelisch-geistige Veränderungen  
26 nennt er Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit und Reizbarkeit. Nach einer Therapie  
27 2009 war Herr X anderthalb Jahre abstinent. Dann folgte ein Rückfall wegen Eheproblemen.  
28 Seine Partnerin trinkt sehr selten. Die Probleme haben sich bis jetzt gehalten, sodass er stark  
29 getrunken und vor kurzem einen Suizidversuch begangen hat (mit Moped gegen Baum). Als  
30 soziale Folgen benennt Herr X Eheprobleme, das auffällig werden auf Arbeit, die Tochter  
31 wendet sich langsam ab, den Führerscheinentzug, Isolation (kaum Freunde, Bekannte) und  
32 dass er generell viel kaputt gemacht hat. Ohne das Verleiten in der Jugend hätte er sicherlich  
33 auch angefangen zu trinken, berichtet er, als Hauptursache nennt er selbst aber die  
34 traumatischen Erlebnisse in der Kindheit, dann erst die Gruppe. Auf Arbeit wurde auch  
35 getrunken. Er beschreibt sich trotzdem selbst als eher fröhlichen, glücklichen Menschen, erst  
36 als die Familienprobleme angingen, wurde er traurig. Positive Erfahrungen mit dem Alkohol  
37 beschränkt er auf die Lustigkeit des Momentes, dass sie früher viel gelacht haben. Als  
38 negative Erfahrungen nennt er Kopfschmerzen, Schulversagen, den Führerscheinentzug und  
39 die Eheprobleme. Andere Drogen hat er nie konsumiert, obwohl er früher die Chance gehabt  
40 hätte, da er Leute kannte, die Drogen genommen haben. Er wollte und würde jedoch aus  
41 Angst vor schneller Abhängigkeit niemals etwas illegales probieren. Deshalb konsumierte er  
42 Alkohol.

---

---

## **Cannabiskonsument**

43 Herr Y ist 23 Jahre alt und das zweite von zwei Kindern. Er hat eine Schwester, welche  
44 ebenfalls zwei Kinder hat. Zu ihr hat er ein super Verhältnis. Zum leiblichen Vater besteht  
45 kein Kontakt, zu seinem Ziehvater hatte Herr Y ein sehr gutes Verhältnis. Dieser verstarb  
46 jedoch 1992. Die Mutter verstarb 2001, seitdem lebt er bei seiner Oma, zu der ebenfalls ein  
47 gutes Verhältnis besteht. Die frühkindliche Entwicklung verlief normal, Herr Y hat ein  
48 Abgangszeugnis der neunten Klasse, absolvierte ein berufsvorbereitendes Jahr und fing zwei  
49 Ausbildungen im Metallbereich an, wurde allerdings jedes Mal rausgeworfen. Er durchläuft  
50 momentan ein Insolvenzverfahren wegen 11.000 Euro Schulden, die durch Handyverträge  
51 usw. entstanden sind. In seiner Freizeit spielt Herr Y aktiv Fußball im Verein, sein  
52 Freundeskreis ist nach eigenen Angaben stabil, besteht aber fast ausschließlich aus  
53 Cannabiskonsumenten. Eine Partnerschaft hat er nicht. In der Familie gab es bereits  
54 Suchterkrankungen, ein Onkel und die Mutter haben getrunken, daher resultiert seine  
55 Abneigung gegen Alkohol.

56 Herr Y konsumiert seit dem elften Lebensjahr Cannabis, ab dem 12 regelmäßig bzw. täglich.  
57 Der Konsum erstreckt sich nun bereits über elf Jahre. Er wuchs nach eigenen Angaben in  
58 einem Milieu auf, wo es an der Tagesordnung war, dass die Polizei kam oder es Schlägereien  
59 gab. All seine Kumpels konsumierten bereits damals Drogen. Er fing an zu kiffen, um  
60 Stresssituationen und die Trauer über den frühen Tod der Eltern bewältigen zu können. Später  
61 dann konsumierte er aus Gewohnheit, auf Partys, eigentlich überall, auch morgens bzw. wenn  
62 er in der Nacht aufwachte drei bis vier Gramm pro Tag. Durch den Konsum wurde er ruhiger  
63 und konnte zumindest kurzfristig die Trauer bewältigen. Die ersten drei bis vier Jahre fühlte er  
64 sich nicht süchtig, dann gestand er sich ein, abhängig zu sein. Als positive Eigenschaften oder  
65 Wirkungen des Cannabis beschreibt er die Problemverdrängung, das breit sein, ruhig sein,  
66 runterfahren zu können, dass einen nichts aufregt, dass man nicht aggressiv wird und sich für  
67 Kleinigkeiten interessiert. Negatives, das er mit dem Konsum verbindet, ist kein Zeitgefühl  
68 mehr zu haben, extrem faul und träge zu sein, Ärger mit anderen Konsumenten, da er  
69 zeitweise auch gedealt hat, Streit mit der Familie, der berufliche Werdegang, die zwei  
70 abgebrochenen Ausbildungen, Geldmangel, Unruhe und Aggression, wenn kein Stoff  
71 vorhanden war und schlussendlich die seelisch-geistigen Veränderungen bzw. die  
72 Veränderungen der Persönlichkeit/des Charakters wie kühl, verschlossen und pessimistisch zu  
73 sein, nichts an sich ran zu lassen, nur noch sein eigenes Ding zu machen und antriebs- und

---

---

74 lustlos zu sein. Auch paranoide Verhaltensänderungen sind bei Herrn Y aufgetreten. Er fühlte  
75 sich nachts unwohl, dachte es könnte jemand kommen oder ihn verfolgen. In die Stadt ging er  
76 nicht mehr gerne, weil er dachte, alle Leute würden gucken und bemerken, dass er breit sei.  
77 Seinen Kumpels geht es ebenso. Oftmals, so berichtet er, ist er auf einer bestimmten Person  
78 „hängen geblieben“, wenn diese geredet hat oder wenn er in der Straßenbahn oder im  
79 Supermarkt jemanden angeschaut hat. Beikonsum hatte Herr Y ab und zu mit Pilzen und  
80 Speed, ließ diesen jedoch irgendwann ganz weg und konsumierte nur noch Cannabis, da er  
81 beim Ziehen negative Folgen z.B. Gewichtsverlust bemerkte. Auch Herr Y berichtet von  
82 Entzugserscheinungen wie Schwitzen, innerer Unruhe, Appetitlosigkeit und Schlafproblemen.  
83 Auf die Frage, wieso er ausgerechnet Cannabis konsumierte, antwortete er „weil es am  
84 geilsten“ ist. Seine Charaktereigenschaften vor Konsumbeginn konnte er schwer einschätzen,  
85 da er bereits mit elf Jahren begonnen hat. Vor und während des Konsums beschreibt er sich  
86 selbst als eher nicht so fröhlich, was seiner Meinung nach den Lebensumständen geschuldet  
87 ist. Nun ist er seit 2 Monaten abstinent und fühlt sich aktiver und fröhlicher. Als Hauptursache  
88 sieht er sein Umfeld, also das Angebot, dann erst die Lebensumstände.

---



---

## **Kokainkonsument**

89 Herr Z. wurde 1980 in Wolmirstedt als zweiter von drei Brüdern geboren. Er erlebte eine  
90 normale frühkindliche Entwicklung und eine gute Kindheit. Die Schule absolvierte er mit  
91 einem Realschulabschluss, anschließend machte er eine Lehre als KFZ-Mechaniker, ging zur  
92 Bundeswehr, lies sich zum Meister weiterbilden und arbeitet seit dem in der Firma des Vaters.  
93 Seit 4 Jahren lebt er in einer festen Beziehung. Herr Z und seine Freundin besitzen  
94 gemeinsam ein Eigenheim. Die Freundin ist selbstständig und sie haben einen dreijährigen  
95 Sohn. In der Familie von Herrn Z gibt es keine Suchterkrankungen.

96 Herr Z konsumiert seit dem 18. Lebensjahr Kokain. Der Gebrauch bekam relativ schnell eine  
97 Regelmäßigkeit. Zuvor trank er selten mal Alkohol und probierte Cannabis aus, was er jedoch  
98 einstellte, weil es ihm nichts brachte und ihm von dem Konsum schlecht wurde. Er wäre nach  
99 eigenen Angaben an alle Drogen ran gekommen, wollte aber nie etwas anderes konsumieren.

100 Die Gelegenheiten zu denen er konsumierte waren anfangs Partys. Irgendwann fühlte er sich  
101 unter Leuten unwohl und konsumierte nur noch allein für sich zu Hause. Eine Zeit lang, ca.  
102 zwei bis drei Monate, konsumierte er auch in der Woche etwa ein Gramm Kokain pro Tag.  
103 Durch die schlechte Rückmeldung seines Umfeldes und da seine Arbeit dadurch  
104 beeinträchtigt wurde, stellte er den Konsum unter der Woche ein und beschränkte diesen auf  
105 das Wochenende, an dem er im Durchschnitt zwei Gramm Kokain zu sich nahm. Als  
106 Funktionen des Konsums nennt er das Abschalten von der Woche, Entlastung, Belohnung und  
107 Gewohnheit. Die Wirkung beschreibt er als euphorisierend, absolut entspannend,  
108 antriebssteigernd, Hemmungen abbauend und das Selbstwertgefühl erhöhend. Später werden  
109 die Wirkungen dann von Angst, Unruhe und depressiven Verstimmungen ausgetauscht. Sein  
110 Verhalten spiegelt er anfangs durch ein starkes Auftreten, später kippt alles und man schämt  
111 sich, weil alle wissen, dass man ein Problem damit hat. Anfangs war der Konsum geprägt  
112 durch irre Gedankengänge, ein Gefühl der Überlegenheit, die Gesprächsthemen mit anderen  
113 Konsumenten kamen ihm sehr intellektuell vor, er konnte Stunden über ein Thema  
114 philosophieren und fühlte sich als der „Superschlaue“. Diese Wirkung empfindet er als  
115 positive Eigenschaft. Das gesteigerte Selbstvertrauen hielt aber nur anfangs, je länger der  
116 Konsum anhielt, um so mehr baute sein Selbstbewusstsein ab. Im späteren Verlauf seiner nun  
117 zehn jährigen Kokainkarriere wollte er nur noch seine Ruhe haben. Als negative  
118 Eigenschaften nennt er weiterhin, dass er viel steifer wurde, dass es ihm nach dem Konsum  
119 schlecht ging, er nicht schlafen konnte, grübelte, sich Vorwürfe machte und dass er die ganze

---

---

120 Woche mit den Folgen des Konsums zu kämpfen hatte. Die Gedanken waren ständig negativ,  
121 er konnte seinen Alltag nicht mehr adäquat bewältigen, hatte zunehmend Angst vor  
122 Problemen, schob diese vor sich her, wurde unzuverlässig und litt unter Sprachstörungen, vor  
123 allem an einer undeutlichen Aussprache, einem Antriebsproblem, emotionaler Abstumpfung.  
124 Er konnte sich nicht mehr freuen und litt an depressiven Phasen sowie Schuldgefühlen. Auch  
125 die gesundheitlichen Aspekte, wie Nervenschmerzen vor allem in den oberen Zähnen,  
126 mehrere Wurzelbehandlungen und die Auflösung der Nasenschleimhäute bringt Herr Z mit  
127 dem Konsum in Zusammenhang. Als er bemerkte, ein Problem damit zu haben, wollte er den  
128 Konsum einstellen, was ihm nicht gelang. Er versuchte mehrfach abstinent zu bleiben, was  
129 maximal vier Wochen anhielt. Die Problemeinsicht kam mit etwa 27 Jahren. Zu dem  
130 Zeitpunkt dachte er die Umwelt fordere zu viel von ihm und er sei deshalb überfordert. Als er  
131 29 Jahre alt war und sein Sohn geboren wurde, merkte er, dass die Probleme durch den  
132 Drogenkonsum resultieren. Die Vorfreude überwiegt jedoch die negativen Folgen, so Herr Z.  
133 Als Entzugserscheinungen nennt er Schlafstörungen und starkes Schwitzen. Auf die  
134 Nachfrage nach Folgen des Konsums nennt er den Zeitmangel am Wochenende für die  
135 Familie, die Einengung der Interessen, Motivationslosigkeit im Beruf, das ausgelaugt sein und  
136 häufige Spannungen wegen des Kokainkonsums mit seiner Freundin. Herr Z beschreibt sich  
137 selbst insgesamt als eher positiven, fröhlichen Menschen. Sein Charakter änderte sich durch  
138 den Konsum in soweit, dass er ungeduldig wurde, das Ego kleiner geworden und er nicht  
139 mehr so zuverlässig und fröhlich ist. Er achtete durch den Konsum auch nicht mehr auf sich  
140 und seinen Körper und trieb kaum noch Sport.  
141 Warum er gerade Kokain konsumierte, beantwortete er mit dem Satz „Weil es anfangs das  
142 gemacht hat, was ich wollte, weil ich mich besser gefühlt habe, klüger, selbstsicherer,  
143 euphorisch, später nur wegen der Vorfreude und wegen der Sucht.“ Als Hauptursache nennt er  
144 die Wirkung und sein Milieu, also Freunde und Bekannte in der Jugend.

---

---

*Experteninterviews mit einem Chefarzt und drei Therapeuten einer Suchtklinik*

**Erstes Interview**

145 Wie lange arbeiten sie schon im Suchtbereich?

146 25 Jahre

147 Welche Ursachen oder Ursachenkomplexe erachten Sie als wichtig für die Entstehung einer  
148 Sucht oder welche kommen in der Praxis sehr häufig vor?

149 Ursachen sind sehr vielschichtig, das können beim Alkohol mitunter persönliche  
150 Kummersorgen sein, viele Dinge die eine Rolle spielen im Leben, mangelndes  
151 Selbstbewusstsein, vielleicht die Tatsache dass man im Leben nicht so gut vorwärts  
152 gekommen ist, wie man es sich gewünscht hätte. Man versucht also mit dem Alkohol Dinge  
153 zu kompensieren, Dinge die man sonst nicht anders fertig bekommt, baut sich mit dem  
154 Alkohol eine Erleichterungswelt und versucht somit den Erschwernissen des Alltags zu  
155 entfliehen.

156 Bei den Drogen ist es ebenfalls sehr unterschiedlich, man kann das nicht alles über einen  
157 Kamm scheren. Es gibt Leute die Kiffen einfach um sich auszuklinken, um das was sie  
158 umgibt, was sie nicht richtig verstehen, was sie auch nie gelernt haben im Elternhaus zu  
159 verstehen, um das besser verkraften zu können, um einfach diese Null- Bock-Stimmung auf  
160 alles, die sie mit sich herum tragen, besser verpacken zu können.

161 Beim Kokain ist es bspw. oftmals der Drang hin Party zu machen, Party zu feiern, ebenfalls  
162 bei vielen synthetischen Drogen wie Ecstasy oder Pillen wo man versucht sich ebenfalls eine  
163 Scheinwelt zusammenzuzimmern, versucht da rauszukommen und ordentlich Highlights zu  
164 erleben, so ganz gegensätzlich zum Haschisch.

165 Heroin ist leider Gottes so die Steigerungsstufe. Es gibt viele Leute die sagen, Haschisch ist  
166 ganz harmlos, was aus meiner Sicht ja nicht stimmt. Alle Heroinabhängigen die ich hier  
167 kennen gelernt habe in meiner Arbeit, kommen aus der Kifferszene, haben also mit dieser  
168 vermeintlich harmlosen Droge irgendwann angefangen und sind in dem Drang das was sie  
169 erlebt haben immer mehr steigern zu müssen einfach auch aus der Erfahrung heraus, dass die  
170 Droge irgendwann nicht mehr das bereitstellt, weil man sich dran gewöhnt, was man sich  
171 eigentlich wünscht, zu immer härteren Drogen gelangt und dann leider Gottes beim Heroin  
172 gelandet ist.

173 Auf Nachfrage was er von den Genannten am wichtigsten erachtet:

---

---

174 Natürlich lernt der Mensch aus der Erfahrung heraus, und eine wichtige Rolle spielt in vielen  
175 Fällen das Elternhaus, das Elternhaus wo man erfährt, dass man völlig kritiklos mit Alkohol  
176 umgeht, wo Vater und Mutter bei jeder möglichen oder unmöglichen Gelegenheit ihr  
177 Gläschen Wein oder Bierchen zum Feierabend trinken. Aus dieser Niedrigschwelligkeit  
178 heraus kommt natürlich so das Bewusstsein, das ist völlig normal, beim Grillfest wird  
179 sowieso getrunken, und zu jedem Weihnachtsfest oder zu jedem Geburtstag von Tante Frida.  
180 Es ist völlig normal so dass man da eben auch seinen Alkohol trinkt, also man verliert oder  
181 man bekommt gar nicht erst den Respekt vor diesen Geschichten, weil man das auch gar nicht  
182 vermittelt bekommt. Man lernt also aus dem elterlichen Vorgehen Alkohol als etwas  
183 selbstverständliches zu betrachten und hat davor keinen Respekt oder kein Respekt.  
184 Das Erfahrungslernen geht ja dann im späteren Leben weiter und ich denke dass bspw. in der  
185 Clique, in der Gruppe der Gruppendruck, die Gruppendynamik eine entscheidende Rolle  
186 spielt, wenn Kinder in die Pubertät kommen und in bestimmte Kreise herein geraten, wo  
187 eigentlich kritisches Denken erforderlich wäre, da möchte man aber im Gegensatz zu dem  
188 kritischen Denken dabei sein. Man schaltet seine eigene Kritikfähigkeit aus, ist also unbedingt  
189 auch mit daran beteiligt. Dann die genetische Disposition hat eine nicht unerhebliche  
190 Bedeutung bei allen Drogen- und Alkoholgeschichten. Wir wissen heute, dass genetische  
191 Disposition, wenn es z.B. auch um Alkoholabhängigkeit geht, einer der  
192 Hauptverantwortungsträger sein kann, dass jemand der sowohl die Disposition mit sich  
193 herumschleppt, als auch dann vielleicht aus der Erfahrung heraus, und jetzt kommen auch die  
194 verschiedenen Faktoren die miteinander verknüpft sind, einen leichteren Einstieg finden und  
195 wenn dann noch ein Gruppen- oder Cliquenverhalten oder ein ritualisiertes Verhalten z.B. in  
196 vielen Berufszweigen, Maurer, Tiefbauer, oder Gleisbauer, dazukommt, dann ist also der  
197 Einstieg gut denkbar.  
198 Ich denke zur falschen Zeit, am falschen Ort mit den falschen Leuten zusammengetroffen, das  
199 kann in der Berufsschule sein, im Freundeskreis, dazu kommt dann vielleicht  
200 Perspektivlosigkeit, vielleicht in der Schule nicht besonders gut gewesen, falsche Ansprüche,  
201 die sich im Kopf festgesetzt haben, also die mit der Realität nicht übereinstimmen, und schon  
202 kollidiert man mit dem Leben insgesamt und hat so das Bedürfnis auszuscheren, was ja  
203 eigentlich was völlig normales ist, wenn man jung ist, dass man anders sein möchte als die  
204 Anderen, möchte sich dieser Verführung mal hingeben, möchte ausprobieren möchte auch das  
205 Verbotene mal benutzen und so kommt es oftmals leider dann zu dieser Entwicklung.

---

---

206 Gibt es Gründe für die Wahl einer bestimmten Droge?

207 Ein Aspekt wäre, wenn ich nur Kiffer kenne, wähle ich vielleicht die Kifferei. Das ist aber nur  
208 eine halbe Wahrheit. Ich habe aktuell einen jungen Mann in meiner Gruppe, der bspw. deshalb  
209 kiffte, weil er die Erfahrung macht, dass er sich mit dem Kiffen eher aus dem Alltag  
210 verabschieden kann. Es ist eine etwas gehemmte Persönlichkeit und der erfährt durch die  
211 Kifferei das seine Trägheit und Bequemlichkeit durch die noch Verstärkung erfährt. Der  
212 erfährt eine Antriebslosigkeit, die er nicht mehr kritisch hinterfragt und fühlt sich dann über  
213 längere Strecken relativ wohl, bis zu dem Moment wo er dann merkt, dass das Leben ja so  
214 eigentlich auch nicht sein kann. Jemand der bspw. gern ein bisschen aufdreht, der wird  
215 natürlich bei der Kifferei nicht gerade seine Substanz finden, gerade weil Haschisch auch  
216 dazu beiträgt, dass der Antrieb runter gefahren wird. Deswegen benutzen ja auch Leute die  
217 gern Party machen mit Partydrogen oder bspw. mit Kokain, Haschisch um wieder  
218 runterfahren zu können. Wer zum Beispiel Ecstasy nimmt und sich damit voll aufdreht, dann  
219 kann man mit dem Haschisch etwas erleben, was in dieser Situation wichtig ist, er kann  
220 wieder runter fahren und sich damit zur Ruhe bringen.

221 Gibt es Ihrer Meinung nach geschlechtsspezifische Unterschiede oder ist das in unserer  
222 Gesellschaft überholt?

223 Nee, ich glaube nicht an geschlechtsspezifische Unterschiede, wir sehen das hier bei uns.  
224 Frauen sind über lange Strecken manchmal in der Minderheit, das liegt aber eher daran, dass  
225 Frauen sich eher schämen für ihr Verhalten und weil dem Mann eher das Bild des Trinker  
226 zugebilligt wird. Die Frau macht das dann öfter in der Heimlichkeit und hat dann ein größeres  
227 Problem sich zu outen oder eine Therapie anzustreben. Ich denke Männer und Frauen können  
228 gleichermaßen betroffen sein.

229 Ich habe mich gefragt, ob man den Benutzern der ausgewählten Drogen typische  
230 Eigenschaften zuschreiben kann. Gibt es solche Stereotype?

231 Also beim Alkohol kann man davon ausgehen, dass niemand ausgeschlossen ist, dass es alle  
232 Bandbreiten der Gesellschaft trifft, es gibt den typischen Alkoholiker oder Trinker überhaupt  
233 nicht. Es gibt Diplom Ingenieure, es gibt Polizisten, es gibt Künstler, Harz-IV- Empfänger und  
234 die ganz abgerissenen Typen. Der Alkohol kann jeden erreichen, weil der Alkoholkonsum sich  
235 in unserer Gesellschaft in einem Maße ritualisiert hat, so dass kaum einer verschont bleiben  
236 kann. Mit geringerem Bildungsstand kann es oftmals schneller passieren, dass jemand in der  
237 Drogenszene landet, das ist nicht generell so zu sagen aber das ist vielfach meine Erfahrung,

---

---

238 dass es einen Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und dem Konsum gibt. So  
239 passiert es, dass Leute die von der Hauptschule kommen in der Drogenszene landen und dann  
240 mit 27 immer noch ohne Ausbildung dastehen. Kokain ist bei vielen Leuten so eine Art  
241 Modedroge. Oftmals Leute die nicht gerade mit einem geringen Bildungsstand daherkommen,  
242 sondern Leute aus der relativ erfolgreichen Szene, die es dann irgendwann schick finden, das  
243 Besondere zu erleben, Sexualität bspw. spielt da oftmals eine Rolle, aber auch dort kann man  
244 nicht verallgemeinern, es sind auch ganz normale Leute und auch viele Leute mit einem  
245 geringerem Bildungsstand, die damit eine Vorstellung verknüpfen, die aber mit ihrer eigenen  
246 Realität nicht übereinkommen kann.

247 Gibt es typische, auf die Persönlichkeit des Konsumenten bezogene, Veränderungen durch  
248 Alkohol, Cannabis und Kokain?

249 Kokain: Ganz bekanntes Beispiel, Konstantin Wecker als bekannter Liedermacher, der Jahre  
250 lang Kokain genommen hat, der vorher seine Konzerte gemacht hat und der irgendwann dann  
251 die Bodenhaftung immer mehr verloren hat, also n ziemlicher Gockel wurde, n ziemlich  
252 abgehobener Kerl, mit vielen Ansprüchlichkeiten an das Leben, der in dem Moment als er ein  
253 bisschen runter kam, seine Welt, die gar nicht so sehr glücklich war, gar nicht mehr ertragen  
254 oder verstehen konnte. Jede Droge ändert die Persönlichkeit muss man sagen. Haschisch z.B.  
255 führt dazu, dass Personen, die ohnehin vielleicht n bisschen Schwach auf den Röhren sind  
256 immer schwächer werden, und noch weniger Lust haben sich um dieses Leben zu kümmern.  
257 Das Leben wird immer flacher und dumpfbackiger und irgendwann sind solche Leute dann  
258 so, dass man sagen kann die haben ja gar keinen Lebensbezug mehr. Alkoholiker bspw.  
259 verlieren oftmals das was wir unter Verantwortungsbewusstsein verstehen, vernachlässigen  
260 ihre Familie, ihre Beziehung, werden am Ende vielleicht sogar beziehungsunfähig, jetzt kann  
261 man sich auf sie nicht mehr verlassen, der Betrieb denkt an Kündigung. Jeder wird, der mit  
262 der Droge zu tun hat nicht mehr er selbst sein, Persönlichkeitsstrukturen werden verändert  
263 und zwar 99,9 Prozent muss ich sagen nicht im positiven Sinne.

264 Und zum Schluss, glauben Sie, dass es einen kontrollierten Konsum gibt?

265 Bei allen Formen des Drogenkonsums sage ich, gibt es, wenn eine unsichtbare Grenze  
266 überschritten ist und jemand in die Abhängigkeit geschlittert ist, keinen kontrollierten  
267 Konsum. Beim Alkohol wäre das gegeben, 95 oder 90 der deutschen Bevölkerung sind nicht  
268 alkoholabhängig, die müssen, wenn die das wollen, lernen mit dem Alkohol vernünftig  
269 umzugehen, und die können das auch wenn die das wollen. Sollte sich hier ein süchtiges

---

---

270 Verhalten durchsetzen, ist es schlichtweg nicht möglich. Beim Cannabis bin ich mir da nicht  
271 so sicher. Kokainkonsum kontrolliert geht gar nicht. Bei harten Substanzen wird man sehr  
272 schnell abhängig, die psychische Abhängigkeit kann eine sehr starke Form der Abhängigkeit  
273 sein, die dazu führt, dass ich immer wieder zugreifen muss, da muss ich gar nicht unbedingt  
274 immer Entzugserscheinungen haben, die kommen ohnehin, wenn sich die körperliche  
275 Abhängigkeit durchgesetzt hat. Kontrollierter Konsum ist also nach meiner Erfahrung nicht  
276 möglich und nicht zu empfehlen.

---

---

## **Zweites Interview**

277 **Wie lange arbeiten Sie schon im Suchtbereich?**

278 Seit 1993 oder 1994, ganz genau kann ich es nicht sagen.

279 Welche Ursachen oder Ursachenkomplexe erachten Sie als wichtig für die Entstehung einer  
280 Sucht oder welche kommen in der Praxis sehr häufig vor?

281 Das ist sehr komplex. Ich finde es sehr schwierig sich da festzulegen, deshalb finde ich es  
282 sehr interessant das mal zu untersuchen. Was ich weiß ist, dass wie bei vielen Krankheiten,  
283 eine genetische Disposition eine große Rolle spielt. Ich habe letztens eine Studie gehört, dass  
284 bis zu 60 Prozent gesagt wird, insbesondere auch bei Alkohol, dem bestuntersuchten  
285 Phänomen der Abhängigkeit. Aber das reicht natürlich nicht aus. Dann gibt es verschiedene  
286 Möglichkeiten einen Einstieg zu finden. Da spielt ein sehr komplexes Ding eine Rolle. Zum  
287 einen hat es häufig was mit Stress, Konflikten zu tun und mit der Möglichkeit sich darin  
288 zurecht zu finden. Gerade im jüngeren Alter, Pubertät ist ein schwieriges Alter von Hause aus  
289 und wenn man dann noch in einem bestimmten Umfeld groß wird. Da spielt es weniger eine  
290 Rolle wo man her kommt, sondern eher eine Rolle wie sich das Umfeld mit einem  
291 auseinandersetzt. Auch bei Leuten die gut eingebunden sind und kompetent sind, die haben  
292 oftmals keine Zeit und so weiter und so fort. Man findet also Leute aus schwierigen sozialen  
293 Verhältnissen genauso wie Leute aus soliden materiellen Verhältnissen zumindest. Da habe  
294 ich mir noch gar keine Gedanken gemacht, weil ich von allen Richtungen was dabei habe.  
295 Das finde ich auch wesentlich, weil es kennzeichnet, dass es sich um eine Krankheit handelt.  
296 Ein Virus fragt ja auch nicht aus welcher sozialen Schicht du kommst, sondern du hast ihn  
297 dann.

298 Gibt es Gründe für die Wahl einer bestimmten Droge?

299 Da gibt es bestimmt Gründe. Also ein Grund ist glaube ich die Verträglichkeit. Es gibt Leute  
300 die sagen, ich habe Alkohol einfach nicht vertragen und andere sagen ich habe Cannabis nicht  
301 vertragen. Das ist ja beim Alkohol gut erforscht, Leute die eine hohe Trinkfestigkeit haben,  
302 haben ein höheres Risiko abhängig zu werden, weil die natürlichen Schutzmechanismen  
303 aussetzen. Und ein bisschen kann man das sicher auf andere Sachen übertragen. Weiter spielt  
304 eine Rolle - mit was bin ich konfrontiert, was kenne ich, wozu habe ich Zugang?

305 Nachfrage: Und der Charakter der Person?

306 Man könnte im ersten Moment denken, Menschen die besser dastehen wollen oder Leute die  
307 Hemmungen haben, dass die eher euphorisierende, aufputschende Mittel nehmen, Kokain z.B.

---



---

308 oder Speed. Aber ich glaube alle, die in der Sucht enden, haben einen Defizit in der Selbst.  
309 Insofern bin ich da ein bisschen vorsichtig, das einfach zuzuschreiben. Zu sagen, dass jemand,  
310 der eher gehemmt ist, der nimmt eher Kokain. Da muss man auch ganz mutig sein um Kokain  
311 zu nehmen.

312 Gibt es Ihrer Meinung nach geschlechtsspezifische Unterschiede oder ist das in unserer  
313 Gesellschaft überholt?

314 Nein, es gibt schon geschlechtsspezifische Unterschiede, das hat auch was mit Traditionen zu  
315 tun. Alkohol ist eher eine Domäne der Männer, Frauen tendieren mehr zu Medikamenten, also  
316 zum verborgenen Süchteln. Bei Drogen ist das vielleicht ein bisschen durchwachsen, wobei  
317 ich glaube auch, dass da die Männer eher gefährdet sind, weil es da zeitig los geht mit dem  
318 Erstkonsum. Junge Burschen, Jungs, oder junge Männer haben auch ein seltsames  
319 Risikoverhalten. Also das liegt in der Natur. Von daher sind die auch eher bereit Risiken  
320 einzugehen. Das heißt nicht, dass es Mädchen nicht auch treffen kann, aber aus meinen  
321 Erfahrungen trifft das häufiger die Jungs. Die transportieren das dann auch manchmal zu  
322 ihren Freundinnen oder Partnerinnen. Die euphorisierenden Sachen sind in der Regel eher bei  
323 jungen Männern zu finden. Beim Glücksspielen, wenn es um Geld geht, ist auch eine  
324 eindeutige Präferenz für die Männer da. Frauen gibt es auch, aber wenige. Da kann aber auch  
325 wieder eine Rolle spielen, dass Frauen sich mehr schämen, wenn sie mit bestimmten Sachen  
326 an die Öffentlichkeit gehen. Essstörungen sind dann wieder mehr eine weibliche Domäne. Ich  
327 hab in den ganzen Jahren einen jungen Mann kennen gelernt, also bei Magersucht, Bulimie.  
328 Adipöse Männer gibt es wahrscheinlich deutlich mehr, binge eating, also Fressattacken ohne  
329 Erbrechen, als Entlastungsmechanismus, da sind die Männer auch nicht schlecht drin.

330 Ich habe mich gefragt, ob man den Benutzern der ausgewählten Drogen typische  
331 Eigenschaften zuschreiben kann. Gibt es solche Stereotype?

332 Über den Daumen gesagt, könnte man sagen, dass die erwachsenen Alkoholiker, die über 10  
333 Jahre und länger problematisch trinken, dröge werden, abgestumpft. Die Leute mit  
334 Mischkonsum im Bereich Drogen, sind eher verrückter, flippiger. Deshalb ist es auch günstig  
335 die in der Therapie zusammen zu nehmen. Die Drogis ziehen die Alkoholiker ein bisschen aus  
336 der Trägheit raus und die Alkoholiker erden ein bisschen die verrückten Drogis. So würde ich  
337 das im Wesentlichen sagen. In der Regel sind die Alkoholpatienten etwas älter, weil man ja  
338 nicht gleich im Jugendalter beginnt problematisch zu trinken. Und es dauert beim Alkohol  
339 auch länger, bis man die Symptome der Abhängigkeit erreicht, beim Mann etwa zehn Jahre,

---

---

340 bei der Frau vielleicht fünf. Bei Drogen habe ich beobachtet, dass insbesondere Cannabis,  
341 eher für jüngere eine Rolle spielt und nur vereinzelt weiter getragen wird. Viele hören dann  
342 auf, wenn es an die Lebensabschnitte Lehre oder Studium geht, weil sie merken, das geht  
343 nicht miteinander konform. Die, die dann nicht aufhören, bleiben eben dran kleben. Die sind  
344 verpeilt, sagt man glaube ich, auch ein bisschen flach im Denken. Die haben den Vorteil, dass  
345 sie meist noch nicht so lange konsumieren wie die Alkoholiker. Wenn sie also länger  
346 konsumieren würden, würden sie wahrscheinlich auch träge und langweilig werden.

347 Gibt es typische, auf die Persönlichkeit des Konsumenten bezogene, Veränderungen durch  
348 Alkohol, Cannabis und Kokain?

349 Gibt es bestimmt, also unter'm Strich werden sie alle einsamer, das ist die Gemeinsamkeit.  
350 Die ziehen sich also eher zurück. Wobei das vielleicht bei Alkohol und Cannabis schneller  
351 geht, als bei den aufputschenden, euphorisierenden Sachen, weil das aufputschende dazu  
352 führt, dass man noch länger irgendwo in einer Gruppe bleibt. Aber auch da berichten  
353 Patienten, dass sie sich ab einem bestimmten Punkt zurücknehmen.

354 Und zum Schluss, glauben Sie, dass es einen kontrollierten Konsum gibt?

355 Klar gibt es einen kontrollierten Konsum, aber nicht wenn man abhängig ist. Es gibt den  
356 risikoarmen Umgang, den riskanten Umgang, dann den schädlichen Gebrauch und die  
357 Abhängigkeit, wie es auch dekliniert wird in den Manualen, ICD 10 usw. Das ist auch ein  
358 bisschen abhängig vom Lebensalter der Konsumenten. Je jünger die Leute sind, um so  
359 schneller lernen sie auch Sucht. Man lernt ja wenn man jünger ist schneller, weil das Gehirn  
360 noch fitter ist und plastischer und mehr aufnehmen kann. Und man lernt eben nicht nur gute  
361 Sachen sondern auch schlechte. Also spielt das Einstiegsalter eine große Rolle. Dann gibt es  
362 Substanzen, wie z.B. Crystal oder Heroin, die ein starkes Abhängigkeitspotential haben.  
363 Kokain wird auch oft unterschätzt, es macht also eher abhängig, als man bisher dachte oder  
364 als die Konsumenten auch sagen. Alkohol braucht seine Zeit. Es gibt auch  
365 Cannabiskonsumenten, die bis ins hohe Alter gelegentlich mal kiffen, dass ist immer dann die  
366 Frage, in wie weit das im Einzelfall bleibt oder das verlässt. Je häufiger man das bedient,  
367 desto höher ist auch das Risiko.

---

---

### **Drittes Interview**

368 Wie lange arbeiten Sie schon im Suchtbereich?

369 Seit 1972.

370 **Was ist ihr Beruf oder ihr Titel? Sie sind ja Eigentümer, oder sagt man Leiter der**  
371 **Tagesklinik?**

372 Ich bin Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/ Psychotherapie. In dieser Berufsbezeichnung  
373 habe ich auch mit dieser Arbeit angefangen und habe 1972 die erste Gruppe mit  
374 Alkoholabhängigen innerhalb des Gesundheitswesens hier in der Stadt gemacht. Ich bin  
375 einmal niedergelassener Arzt und Leiter des MVZ's und in der Tagesklinik bin ich Eigentümer  
376 und Geschäftsführer.

377 Welche Ursachen oder Ursachenkomplexe erachten Sie als sehr wichtig für die Entstehung  
378 einer Sucht oder welche kommen in der Praxis sehr häufig vor.

379 Die Hauptursache ist das Bedürfnis der Menschen nach verbesserter Stimmung, nach  
380 gehobenem Lebensgefühl, nach Lebenslust, Lebensfreude. Um das im normalen Leben zu  
381 bekommen, muss man schon geschickt sein und muss auch eine befriedigende  
382 Lebensgestaltung haben. Viele Leute sind dazu nicht in der Lage und dann verschaffen die  
383 sich sozusagen auf Knopfdruck und leicht erreichbar Zufriedenheit und gehobenes  
384 Lebensgefühl, Berauschtigkeit usw. durch Drogen oder durch Alkohol. Wobei die Drogen  
385 möglicherweise noch verführerischer sind als Alkohol, weil das was man dabei erlebt  
386 wahrscheinlich noch geiler ist als der Schwips oder der Alkoholrausch. Der Haken dabei ist,  
387 dass der künstliche Rausch einen nicht wirklich zufrieden macht, einen nicht satt macht.  
388 Deswegen nimmt man noch eine Droge dazu oder steigert die Dosis in der Hoffnung, dass  
389 einem das richtig gut tut und das Dumme ist weiterhin, dass die Wirkung, der Kick, nachlässt  
390 mit der Zeit d. h. also der Kick ist sowieso nicht so toll, dass er einen satt macht und dann  
391 wird der Kick auch weniger und dann kommt man in eine Steigerung rein. Die  
392 Drogenabhängigen laufen also dem Kick hinterher, der nicht mehr so richtig kommt.

393 Gibt es Gründe für die Wahl einer bestimmten Droge?

394 Es gibt Leute die bevorzugen eine dämpfende Droge wie Alkohol oder Cannabis und dann  
395 gibt es Leute die bevorzugen so was aufputschendes, Kokain oder Amphetamine oder viel  
396 Kaffee oder Tee. Ich glaube das sind zwei häufig verteilte Bedürfnisse, entweder nach  
397 Beruhigung oder nach aufgeweckt sein.

398 Gibt es Ihrer Meinung nach geschlechtsspezifische Unterschiede oder ist das in unserer

---

---

399 Gesellschaft überholt?

400 Also dreiviertel aller Alkoholabhängigen, aller Mischkonsumenten, aller Heroinabhängigen  
401 sind Männer, dreiviertel aller Medikamentenabhängigen sind Frauen, vielleicht auch so was  
402 wie Kaufsucht kommt bei Frauen häufiger vor. Insgesamt verläuft die Sucht bei Frauen mehr  
403 im Verborgenen, weil auch die gesellschaftliche Stigmatisierung von Sucht bei Frauen stärker  
404 ist als bei Männern.

405 Ich habe mich gefragt, ob man den Benutzern der ausgewählten Drogen typische  
406 Eigenschaften zuschreiben kann. Gibt es solche Stereotype?

407 Also es gibt keine typische Suchtpersönlichkeit, also man kann nicht sagen die Persönlichkeit  
408 wird süchtig. Es gibt allerdings Persönlichkeitsformungen, die durch das Suchtmittel  
409 entstehen. Alkoholiker sind oft Leute die so geradeaus sind, die wurschtig sind. **Wurschtig?**  
410 Ja so abgestumpft. Die Cannabisabhängigen sind mehr lahmarschig, antriebsgemindert, die  
411 haben eine Null-Bock-Stimmung. Die Leute die Aufputzmittel nehmen, das sind so Leute,  
412 wenn die rein kommen, man denkt immer die fahren mit 220 h/km Auto. Wenn ich sehe da  
413 kommt einer rein mit 'ner Glatze und so'n bisschen getrieben wie 220 h/km und so'n bisschen  
414 flott angezogen, also manchmal auch ein bisschen schäbig, aber irgendwie so'n bisschen was  
415 flottes, dann weiß ich schon, der nimmt Kokain. Also das ist nicht die ursprüngliche  
416 Persönlichkeit, sondern die Persönlichkeitsveränderung durch die Droge.

417 Gibt es typische, auf die Persönlichkeit des Konsumenten bezogene, Veränderungen durch  
418 Alkohol, Cannabis und Kokain?

419 Entfällt dann, siehe oben.

420 Und zum Schluss, glauben Sie, dass es einen kontrollierten Konsum gibt?

421 Bestimmt. Bestimmt gibt es Leute die hin und wieder man ein Cannabispfeiffchen rauchen. In  
422 der internationalen Klassifikation ist ja auch von schädlichem Gebrauch und von abhängigem  
423 Gebrauch die Rede. Es gibt aber Drogen die sind so durchschlagend in ihrer Wirkung, da gibt  
424 es kaum schädlichen Gebrauch. Heroin muss man nur ein paar Mal nehmen, dann ist man  
425 schon abhängig und bei Kokain gibt es wohl auch wenig schädlichen Gebrauch. Freud hat ja  
426 von sich behauptet, er sei nicht abhängig gewesen, da weiß man aber nicht, ob das so stimmt.

---

---

## **Viertes Interview**

427 Wie lange arbeiten Sie schon im Suchtbereich?

428 Seit über 30 Jahren.

429 Welche Ursachen oder Ursachenkomplexe erachten Sie als wichtig für die Entstehung einer  
430 Sucht oder welche kommen in der Praxis sehr häufig vor?

431 Als erstes müsste man ja darauf eingehen, dass es überhaupt solche Stoffe, also psychotrope  
432 Substanzen, gibt. Es ist ja meistens so, dass Alkohol und Drogen schon in frühen  
433 Lebensjahren genommen werden. Also erst kommt es zum Probierkonsum, dann zum  
434 Gewohnheitskonsum, dann kommt es zu dem kritischen Feld der Missbrauchsproblematik,  
435 also dem riskanten Konsum und dem schädlichen, erst dann entwickelt sich die Abhängigkeit.

436 Es gibt gesellschaftliche Normen, Regeln, Rituale, die Hauptursache ist einfach Nachahmung.  
437 Dann kommen die einzelnen spezifischen Faktoren dazu, der eine ist still und will lauter sein,  
438 der eine ist gehemmt, der andere ist das Gegenteil, also man möchte immer das Gegenteil von  
439 dem, was man hat. Das ist ein Prädiktor dafür, dass man Stoffe, wenn man deren Wirkung  
440 kennen lernt, nutzen möchte, um für sich was positives zu erreichen. Ich möchte etwas besser,  
441 leichter, mehr haben, als ich es vorher von mir kannte. Dann gibt es den Faktor, dass manche  
442 Menschen instabil sind in Bezug auf kritische Lebenssituationen. Die möchten sich entlasten.  
443 Man kann Schmerzen betäuben oder Depressionen versuchen zu tilgen, was ja nun nicht geht,  
444 aber das ist ja das Ziel, man kann zur Ruhe kommen, relaxen, besser schlafen, länger  
445 durchhalten, mehr und länger feiern oder arbeiten. Man könnte also nie sagen, weil der  
446 Mensch so ist, muss er die Drogen weiter nehmen. Das ist so einfach nicht zu formulieren.  
447 Jeder Betroffene wird individuell seinen Weg in die Sucht rein finden und sehr individuell  
448 wieder aus der Sucht raus kommen. Also eine Null-Acht-Fünfzehn-Antwort gibt es da nicht.  
449 Der Mensch versucht eine innere Zufriedenheit zu erlangen und seine Grundbedürfnisse  
450 besser zu befriedigen. Es gibt ein riesen Heer an Faktoren. Die Sucht ist eigentlich auch  
451 gebunden ans Gehirn. Es gibt Menschen die werden mit einem Hirn geboren, das ist ziemlich  
452 sicher gegen die Vergiftung von Alkohol oder Cannabis. Die rutschen nicht so schnell in die  
453 Abhängigkeit, weil da noch eine Schutzsperre funktioniert. Es gibt aber Menschen die haben  
454 schwach ausgeprägte Schutzmechanismen, die sind prädisponiert schneller in die Sucht zu  
455 geraten.

456 Gibt es Gründe für die Wahl einer bestimmten Droge?

457 Es gibt ja die grob untergliederten Hauptgruppen, also dämpfende Stoffe und Aufputschmittel.

---

---

458 Diese Wirkung wird schon gezielt benutzt. Wann nimmt jemand Alkohol zu sich und wann  
459 Kokain? Da würde man sagen, man kann mit den beiden Stoffen laborieren. Dann wird man  
460 sowohl das eine also auch das andere nehmen können. Hauptsächlich geht es darum welche  
461 Konsumgewohnheit man mit bringt. Es gibt Menschen die haben grundsätzlich was gegen  
462 Drogen, weil es illegal ist und es gibt z.B. Jugendliche die sagen: „eh Alkohol, ist ja  
463 widerlich,“, vielleicht auch wegen der Vorbildwirkung von Erwachsenen. „Die lallen, kotzen,  
464 verändern ihr Wesen, da nehmen wir lieber was ordentliches, als saubere Droge“. Die nehmen  
465 dann eher so das Kiffen in Anspruch. Koks wird dann genommen, wenn Menschen meinen,  
466 sie müssen mehr Leistung erbringen beim Feiern oder beim Arbeiten. Die sagen: „ich muss  
467 powern, brauche Action, muss weiterkommen, brauch meine Karriere“, diese neigen dann  
468 eher zu Aufputzmitteln. Die, die eher ihre Ruhe und es schön gemütlich haben wollen, die  
469 kiffen eher. So könnte man das vielleicht polarisieren. Aber insgesamt ist es schwierig zu  
470 polarisieren, grundsätzlich ist bei jungen Menschen das angesagt, was die anderen machen,  
471 also dieser Nachahmungseffekt. Eine prädisponierte Persönlichkeit für den Stoff oder den  
472 Stoff gibt es glaube ich nicht. Die angepassten nehmen meistens was beruhigendes. Die  
473 weniger angepassten, also die autonomen, extrovertierten Typen sind eher für extremere  
474 Drogen, für Chemie, Kokain, vielleicht auch Pilze oder so. Die Introvertierten manipulieren  
475 dann auch, mal brauchen sie was zum aufputzen, mal zum runterfahren. So habe ich das  
476 beobachtet.

477 Nachfrage: Glauben Sie das Konsumenten mit einer bestimmten Hauptdroge oftmals auch  
478 was anderes konsumieren würden, wenn sie den Zugang hätten oder andere Freunde hätten,  
479 oder dass sich die Hauptdroge schon so fest fährt, dass es das ist was zu einem passt?

480 In der Regel gibt es beide Wege, viele Leute bleiben dabei, aber es gibt auch sicherlich  
481 Gründe zu wechseln. Ich glaube auch wenn es ausreichend Gründe gibt etwas zu wechseln,  
482 wenn man in ein anderes Umfeld kommt, dann ist das immer eine Gefahr, je nach dem wie  
483 attraktiv das ist und was man davon hat.

484 Gibt es Ihrer Meinung nach geschlechtsspezifische Unterschiede oder ist das in unserer  
485 Gesellschaft überholt?

486 Also ich würde sagen, dass es da kaum noch beobachtbare Unterschiede gibt. Die Welt ist  
487 offener und freier geworden im Umgang mit sich selbst und anderen. Dieser freie Umgang  
488 führt oft dazu, dass es einen unkritischeren Umgang gibt, weil man sich wissender fühlt und  
489 informiert ist durch unsere Medienentwicklung. Es ist ja eigentlich schon ein kleines Kind

---

---

490 mehr entfesselt von irgendwelchen Phantasien und hat schon mehr Kontakt mit der Realität  
491 als wir es früher als Jugendliche hatten. Das verführt natürlich ungemein sich auszuprobieren  
492 und sich mit anderen zu vergleichen. Das hat auch was damit zu tun, dass Frauen  
493 selbstverständlicher mit Dingen umgehen, als die Generationen davor. Wir haben auch  
494 Männer, die sich langsam schon um ihre Emanzipation kümmern müssen. Das einzige, was  
495 unterschiedlich ist, ist die Bewertung. Wenn man Frauen oder Männer rauchen sieht, nimmt  
496 man keinen Anstoß mehr daran, wenn man eine Frau trinken sieht, sagt man schon eher: „was  
497 is'n das für eine, so besoffen“, bei 'nem Mann sagt man: "naja der hat einen über'n Durst  
498 getrunken", das wird eher toleriert. Und bei Drogen gibt es fast gar keinen Unterschied mehr.  
499 Die Älteren sagen nur über die Jüngeren: „Guck dir mal diese Jugend an!“. Früher hat die  
500 Jugend gesoffen, heute kifft sie, da finden die jungen Menschen gar nichts dabei und die  
501 Älteren sind entsetzt, weil das illegal ist. Würde Alkohol heute erfunden werden, wäre das  
502 auch eine illegale Droge. Vielleicht sollte man auch auf's Alter gucken. Junge Menschen sind  
503 gefährdeter, weil der Organismus noch nicht ausgeprägt und ausgewachsen ist. Da kommen  
504 dann diese Wirkfaktoren dazu. Da sind Frauen auch eher gefährdet, weil die einen anderer  
505 Stoffwechselprozess haben. Da könnte es schneller zu einer Vergiftung oder einer Überflutung  
506 im Gehirn kommen. Gefährdet sind letztendlich Männlein und Weiblein gleich, die anderen  
507 vielleicht etwas eher, die anderen etwas später.

508 Ich habe mich gefragt, ob man den Benutzern der ausgewählten Drogen typische  
509 Eigenschaften zuschreiben kann. Gibt es solche Stereotype?

510 Die Älteren sind ja meist gar nicht so in Kontakt mit illegalen Drogen gekommen. Die haben  
511 öfter Probleme mit Cannabis oder vielleicht auch Kokain, selten Heroin. Heroin sind meistens  
512 die, die schon sehr jung angefangen haben und auch durch die Gruppe. Einige fangen mit  
513 Cannabis an und gehen irgendwelche krummen Wege bis Kokain bspw. Dann gibt es welche,  
514 die kommen von Alkohol über Cannabis zu Kokain. Dann gibt es welche, die haben kaum mal  
515 gekiff't und haben immer was gegen Alkohol gehabt, die steigen sofort ein auf Kokain. Diese  
516 Konsumentengruppen kann man beobachten. Das hat auch was mit schulischer Bildung zu  
517 tun, mit beruflicher Entwicklung und mit familiärer Einbindung. Menschen die single sind  
518 gehen mit Drogen oft ganz anders um als die, die fest leiert oder verheiratet sind. Die werden  
519 wahrscheinlich Schwierigkeiten haben diese festen Bindungen zu halten und regulieren ihren  
520 Konsum entsprechend. Wenn die Beziehung zerbrochen ist, kann man beobachten, dass der  
521 Konsum von Alkohol oder Cannabis stärker wird. Kokain wird meistens nicht genommen,

---

---

522 weil eine Beziehung kaputt gegangen ist, sondern der Konsum wird durch eine berufliche  
523 Situation verändert oder durch Gruppen.

524 Gibt es typische, auf die Persönlichkeit des Konsumenten bezogene, Veränderungen durch  
525 Alkohol, Cannabis und Kokain?

526 So ein typischer Kiffer ist eine müde, antriebsschwache, wenig zu begeisternde Person, die  
527 den Halt unter den Füßen verloren hat, die sich gleiten lässt und sich auf nichts richtig  
528 konzentrieren kann, die keine festen Beziehungen aufbauen und halten kann oder keine Arbeit  
529 durchhalten kann, weil sie ständig unter dem Einfluss dieses Wirkstoffes in eine Lethargie  
530 verfallen und den Antrieb oder die Lust nicht mehr haben und emotional verflachen. Bei  
531 Kokain ist das anders. Die verflachen emotional auch, aber anders. Die haben ihre  
532 Spitzenpotentiale und verfallen, wenn der Körper ausgelaugt ist, in sich und sind völlig  
533 überdreht, überspannt und kriegen keine angemessenen Beziehungsebenen und keine  
534 Bezugspunkte hin. Die sind unzuverlässig, unstet, streitsüchtig, völlig unausgeglichen und  
535 können sehr aggressiv werden. Die können auch straffällig werden, weil die damit Handeln  
536 oder damit erwischt werden oder vielleicht aggressiv reagieren und Schläge verteilen. Ein  
537 Kiffer wird so schnell mit Schlägen nicht reagieren, sei denn er ist besoffen und kiffte, dann  
538 ergibt sich da was im Gehirn, was zum Ausrasten führt. Beim Alkohol gibt es zwei  
539 Grundrichtungen in der Entwicklung. Entweder werden die immer ruhiger, stiller und  
540 unsichtbarer oder werden immer lauter, aggressiver und gefährlicher. Da gibt es einmal die  
541 Gefährlichkeit wenn man an die Straffälligkeit denkt. Alkohol verändert das Wesen und die  
542 Persönlichkeit verflacht. Das hat etwas mit der emotionalen Abfalltendenz zu tun. Die Person  
543 wird in ihrer Gleichgültigkeit auch riskanter sein und reagiert unangemessen, prügelt sich  
544 oder kann ihre Sexualität nicht richtig steuern. Depravitierte Menschen sind also Menschen,  
545 deren Persönlichkeit und körperliche Leistungsfähigkeit herabgestuft ist, die in ihrem Wesen  
546 kaputt gehen.

547 Und zum Schluss, glauben Sie, dass es einen kontrollierten Konsum gibt?

548 Ja, bis zu einem gewissen Grad ja, Kokain nicht. Also das dauert auch eine Weile aber dann  
549 verfällt man der Abhängigkeit. Cannabis kann man bis zu einem gewissen Grad kontrolliert  
550 konsumieren. Das hat was mit der Konsumintensität zu tun. Die Häufigkeit und die Menge  
551 müssten in einem bestimmten Verhältnis stehen zu der Abfolge. Die Abfolge ist meistens so,  
552 dass der Stoff einfach gebraucht wird am Anfang, um sich wohl zu fühlen oder die Stimmung  
553 zu erhellen. Das ist die psychische Abhängigkeit also, die z.B. bei Cannabis besteht. Das die

---



---

554 körperliche Abhängigkeit sich entwickelt, hat was damit zu tun, dass der Konsum gesteigert  
555 wird oder kombiniert wird mit Tabak und die Kombination Tabak und THC ergibt die  
556 körperliche Abhängigkeit.

---

---

## *Selbstständigkeitserklärung*

Erklärung der Studierenden Sophie Bierstedt

geboren am 02.11.1990

Matrikel-Nr.: 20092871

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Magdeburg, den 02.07.2012

Sophie Bierstedt

---