

## **„Drogenkonsum und Abhängigkeit/Sucht – Begrifflichkeiten und Diagnostik“ Gundula Barsch, Astrid Leicht**

Nachzulesen: Marc Lehmann, Markus Behrens, Heike Drees (Hrsg.) (2014):  
Gesundheit und Haft. Handbuch für Justiz, Medizin, Psychologie und Sozialarbeit,  
Lengerich, S. 226-252

1. Zusammenfassung

2. Einleitung

3. Begrifflichkeiten – Genussmittel, Drogen oder Rauschgift?

4. Warum konsumieren Menschen Drogen: Ziel- und zweckbegründetes Handeln  
ohne mystische Verzerrungen

5. Drogenkonsum: ein eher abstrakter Begriff mit vielen Deutungen

5.1 Drogenkonsum: Der Drogengebrauch als oft übersehene Konsumform

5.1.1 Konsumkompetenz

5.1.2 Genussfähigkeit

5.1.3 Kritisches Reflektionsvermögen

5.2 Drogenkonsum: Unterscheiden nach sozialer Inszenierung

5.3 Drogenkonsum: Unterscheiden nach Bezug zum Alltag

6. Die Wirkungszusammenhänge beim Konsum psychoaktiver Substanzen

7. Drogenmissbrauch

7.1 Mit unterschiedlichen Messlatten zu unterschiedlichen Drogenmissbrauchstypen

7.1.1 Der Gesetzesrahmen

7.1.2 Die Mengenempfehlung

7.1.3 Egetretene somatische Schädigungen durch Drogenkonsum

7.1.4 Drogenmissbrauch aus therapeutischer Sicht

8. Diagnostik der Drogenabhängigkeit

9. Die Bedeutung einer dezidierten Sichtweise auf Drogenkonsum und  
Abhängigkeit/Sucht für die Praxis

**1. Zusammenfassung**

Die Kenntnis und eine darauf basierende kritische Reflektion der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und fachlichen Grundlagen zum Thema „Sucht“ ist für Fachkräfte und Praktiker, die im Justizvollzug bzw. mit Häftlingen arbeiten, eine wichtige Voraussetzung für einen sicheren und angemessenen Umgang mit abhängigkeitskranken oder -gefährdeten Menschen.

Leider ist alles, was sich um das Thema Sucht/Abhängigkeit rankt, noch immer mit vielen Vorurteilen, Halbwissen und ideologischen Statements beladen, die schon bei den gewählten Begriffen beginnen. Eine differenzierte Sicht auf die Phänomene, die in Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen auftreten können, und eine begriffliche Klärung sind deshalb die Grundlage, um zum jeweils passenden Umgang mit Drogenkonsum und Formen von Hilfe und Unterstützung zu finden. Diese unterscheiden sich gravierend danach, um welche Art des Drogenkonsums es sich jeweils handelt: Drogengebrauch, -missbrauch oder -abhängigkeit.

Ein kurzer Blick auf den Werdegang von Beschreibungs- und Erklärungsansätzen für die Entstehung und Ausprägung von Abhängigkeit vermittelt zudem einen weiteren Wissensbaustein. Mit diesem kann nicht nur nachvollzogen werden, wie das heutige Verständnis von Abhängigkeit entstanden ist. Einsichtig wird zugleich, dass es für abhängigkeitskranke Menschen weit mehr Möglichkeiten an Hilfe und Unterstützung gibt, als das alleinige Proklamieren eines Abstinenzgebots.

## **2. Einleitung**

Das Thema „Sucht/Abhängigkeit“ ist groß und komplex. An dem Zustandekommen dieser extremsten Form problematischen Drogenkonsums sind biologisch-medizinische, psychische und soziale Einflussfaktoren beteiligt, die miteinander interagieren. In der Praxis ist man jedoch nicht nur mit dem als krankheitswertig einzuordnenden Phänomen „Abhängigkeit/Sucht“ konfrontiert. Oft fordern zunächst ganz andere Fragen zum Handeln auf, die sich eher um die Themen „Drogen“ und „Drogenkonsum“ drehen, wobei sich in einem längeren oder kürzeren Prozess Abhängigkeit/Sucht entwickeln kann, aber nicht muss.

Dieser Beitrag kann und will keine umfassende und komprimierte Übersicht über „alles“ bieten, was zu diesen Themen interessant und wissenswert ist. Die folgenden Darlegungen sind vielmehr so angelegt, dass sie Fachkräften aus allen Bereichen innerhalb und außerhalb von Haftanstalten, die in ihrem Arbeitsgebiet mit drogenkonsumierenden oder abhängigkeitskranken Menschen in Berührung kommen, überblicksartig Orientierungspunkte für das alltägliche Handeln geben. Und er soll zum kritischen Nachdenken und Hinterfragen noch immer kursierender Vorurteile und Mythen anregen, die oft unüberlegt allein schon mit den verwendeten Begriffen weitergegeben werden.

### 3. Begrifflichkeiten - Genussmittel, Drogen oder Rauschgift?

Der Begriff „Droge“ wird sehr unterschiedlich gebraucht – mal stehen im Mittelpunkt juristische Wertungen, mal ist es der moralische, mal der pharmakologische oder medizinische Aspekt, der interessiert. Deshalb ist zunächst stets zu klären, was unter dem Begriff „Droge“ verstanden werden soll.

Hier soll im Zusammenhang mit „Drogen“ von psychoaktiven Substanzen die Rede sein. Ein solches Verständnis erweist sich insofern als günstig, weil zunächst wertfreie sachbetonte Bezüge betrachtet werden. Mit einer solchen Begriffsbestimmung wird zugleich der WHO gefolgt, die bereits 1981 herausstellte: Eine Droge ist eine „... psychoaktive Substanz, d. h. ein Stoff, der auf das Zentralnervensystem wirkt. Drogen in diesem Sinn sind alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebendigen Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewusstsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen.“ (vgl. WHO 1981 S. 225-242).

Mit dieser Definition ist herausgestellt, dass psychoaktive Substanzen neurochemisch wirken. Hauptwirkorte von Drogen sind also das Zentralnervensystem und Strukturen des Nervensystems, die für die Reizweiterleitung, Steuerung und Informationsverarbeitung verantwortlich sind. In diesen Bereichen werden wesentliche Veränderungen in den neuro-physiologischen Funktionen anstoßen.

Erst wenn die Einflüsse einer Droge „bewusstseinsfähig“ und damit auch von der Person wahrgenommen werden, kann von einer Droge im Sinne einer psychoaktiven Substanz gesprochen werden. Insofern bedarf es der Zuführung/Einnahme einer bestimmten Menge einer neuro-chemischen Substanz, durch die tatsächlich eine psychisch wahrnehmbare Wirkung eintritt. Allein die Tatsache, dass zum Beispiel geringfügig opiathaltige Tropfen gegen Husten oder Durchfall eingenommen werden, machen aus diesen noch keine Drogen.

In den umgangssprachlichen Begriffen „Genussmittel“ und „Drogen“ werden dem Aspekt „psychoaktive Wirkung“ nunmehr zusätzliche Attribute hinzugefügt. Diese sind jedoch nicht einer Substanz eigen, sondern der Art und Weise, wie sie durch den Menschen genutzt wird. So gelten legal erhältliche psychoaktive Substanzen wie Bier, Wein und Schnaps im allgemeinen Sprachgebrauch als „Genussmittel“ und werden mit Blick auf unsere Alkoholkultur mit Genuss, Freude und Vergnügen in Verbindung gebracht. Zu den legalen psychoaktiven Substanzen gehören aber auch „Medikamente“, wie Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel, die immer dann als Drogen bezeichnet werden, wenn sie nicht, wie vom Arzt verordnet, eingenommen werden.

Der Begriff „Drogen“ wird umgangssprachlich oft für nicht legal verfügbare psychoaktive Substanzen verwendet, die ein Mensch zu sich nimmt (über die Haut und Schleimhäute, Essen, Trinken, Inhalieren, Rauchen, Injizieren), um sich in

andere Bewusstseinszustände zu versetzen. Auch wenn Genuss, Vergnügen und Freude hier oft ebenfalls eine Rolle spielen, bleiben Konsummotive in einer solchen Betrachtung ausgeklammert. In den Mittelpunkt rücken mehrheitlich die Effekte, die sich aus der Illegalisierung und Kriminalisierung dieser Substanzen und damit auch ihres Konsums für die Konsumenten ergeben.

Begriffe wie „Rauschgifte“, „Genussgifte“, „Rauschmittel“ oder „Betäubungsmittel“ klingen heutzutage antiquiert. Sie führen auch in die Irre, denn sie schreiben psychoaktiven Substanzen Wirkungen zu, die sie nicht per se haben. Ein Rausch oder eine Betäubung tritt nur dann ein, wenn ein Konsument oder eine Konsumentin sich für eine bestimmte Dosierung und/oder Applikationstechnik entscheidet, die tatsächlich eine berauschende oder betäubende Wirkung der Substanzen ermöglichen.

Problematisch ist auch die inflationäre Verwendung der Begriffe „Suchtmittel“ oder „Suchtstoff“, mit denen psychoaktive Substanzen landläufig und unbedacht auch bezeichnet werden. Anders, als diese Begriffe nahelegen, lösen diese Substanzen weder unbesehen und automatisch Sucht aus, noch werden sie in der *Absicht* konsumiert, Sucht auszulösen. Diese Begriffe sind deshalb nicht geeignet, Konsumphänomene sachgerecht zu beschreiben.

Ob eine Substanz als „Genussmittel“, „Medikament“, „Droge“, „Suchtmittel“ oder „Rauschgift“ bezeichnet wird, hängt also nicht vom Grad der Veränderung der Wahrnehmung und Befindlichkeit, der Wirkungsintensität bzw. der Wirkstoffmenge ab. In ihrer ureigenen Bedeutung sollten sie auf die vermutete oder erwünschte psychoaktive Wirkung der Substanzen Bezug nehmen. In der Regel ist jedoch die begriffliche Verwendung oft unbedacht und folgt unhinterfragt der allgemeinen gesellschaftlichen, der persönlichen ethisch-moralischen und/oder juristischen Bewertung.

#### **4 Warum konsumieren Menschen Drogen: Ziel- und zweckbegründetes Handeln ohne mystische Verzerrungen**

Die Beweggründe für einen Substanzkonsum sind vielgestaltig und höchst unterschiedlich, zudem von den pharmakologischen Angeboten der jeweiligen Substanz abhängig; dabei durch kulturell geformte Vorgaben und Symbolisierungen geprägt und von höchst individuellen Erwartungen an den Konsum und dessen Wirkungen geformt. Und um die Schwierigkeiten einer Klassifikation der Konsumgründe noch zu steigern: Die Gründe für den Konsum variieren noch dazu zu unterschiedlichen Zeiten, unterschiedlichen Orten und in unterschiedlichen sozialen Bezügen! Insofern können Zwecke und Ziele für den Konsum psychoaktiver Substanzen nur bedingt über Zeit, soziale Bezüge, kulturelle Vermittlungen und einzelne Personen hinweg benannt werden.

Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist also als ein komplexes soziales Handeln zu verstehen, in das soziokulturelle Bestimmungen und Gründe und auch höchst individuelle Ziele und Zwecke eingehen. Seine besonderen Bezüge zu persönlichen Vorstellungen von Geschmack, sinnlichen Genüssen sowie zu den Ansichten von der Legitimität der Entbindung von normativen Grenzen und für das Ausleben von Transzendenz, Trieb und Lust geben dem Konsum zugleich einen Eigensinn<sup>1</sup>, der sich normativen Kontrollversuchen immer wieder entzieht. Gerade das verleiht ihm auch etwas Ängstigendes und Irritierendes und sorgt dafür, dass sich viele Mythen um dieses Phänomen ranken.

Zu bedenken ist zugleich, dass es selten einen einzelnen Konsumgrund gibt, sondern in der Regel mehrere und zudem miteinander verwobene Motive. Die Tatsache, dass sich mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen immer mehrere Motive realisieren lassen, verleiht diesem Attraktivität und lädt ein, sich auf diesen einzulassen, selbst wenn seine pharmakologische Wirkung nicht in erster Linie angestrebt wird. So finden sich z. B. auch weniger ambitionierte Raucher in den Raucherecken, weil dort wichtige Informationen die Runde machen.

Systematisierungen mit grundsätzlichen Aussagen gibt es viele. Eine relative einfache und sehr pragmatische Aufstellung grundsätzlicher Gründe beispielsweise für Alkoholkonsum legten amerikanische Forscher vor<sup>2</sup> (vgl. Labouvie, Bates 2002):

- Gesellschaftliche Gründe, die sich auf soziale Motive, Genuss und Geselligkeit beziehen,
- Gründe, die sich aus Motiven für ein Herabsetzen der Hemmschwelle ergeben,
- Gründe, die mit Verdrängungseffekten, Bewältigungsmotiven und/oder mit dem Abbau von Spannungen einhergehen.

Diese Dreiteilung ist über verschiedenen Kategorien (Geschlecht, Familienstand und Elternhaus) relativ konstant und kann als zulässig und stichhaltig gelten – zumindest für die amerikanische Kultur (vgl. ebenda). Für die Auseinandersetzung mit und Reflexion über Konsumgründe nicht nur von Alkohol, sondern auch anderer psychoaktiver Substanzen scheint sie auch in unserem Kulturkreis durchaus anregend.

---

<sup>1</sup> Dieser eigene Sinn, der mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen verbunden wird, ergibt sich beispielsweise aus solchen intimen Phänomenen wie Geschmack und Appetit. Diese lassen sich nur bedingt durch den Verstand disziplinieren; genauso wenig, wie dies für Vorstellungen zu Genuss, Sinnesfreuden und Vergnügen möglich ist, kurzum für Befindlichkeiten, die dem Einzelnen körperliches Wohlbefinden vermitteln.

<sup>2</sup> Die Systematisierung entstand im Zuge der Arbeit an einem dreidimensionalen Modell, mit dem gemessen werden sollte, mit welchen Gründen 18-31 Jahre alte Frauen und Männern Alkohol trinken, wie die Wertigkeit der einzelnen Gründe jeweils eingestuft wird und ob bestimmte Gründe mit dem Entstehen von Alkoholproblemen einhergehen. Die Forscher gaben dafür 33 potentielle Gründe für den Alkoholkonsum und 71 mögliche Probleme bzw. Konsequenzen des Trinkens vor. In ihren Studienergebnissen zeichneten sich die oben vorgestellten drei Dimensionen ab, nach denen sich die Gründe für das Trinken von Alkohol zusammenfassen ließen.

Die heutigen Konsumgründe und -ziele sind letztlich das Ergebnis eines langen historischen Prozesses, in dem sich bestimmte psychoaktive Substanzen zu einem mehr oder weniger anerkannten Kulturgut entwickelt und damit eine Vielzahl allgemein üblicher Funktionen bei der Bewältigung des Alltags erhalten haben. Dieser Prozess ist bis heute nicht abgeschlossen und wird dies wohl nie sein. Deshalb kann hier, trotz aller Bemühungen um eine möglichst umfassende Zusammenstellung möglicher Konsumgründe, kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden. Nachwachsende Generationen, neue soziale Gruppen und sich entwickelnde kulturelle Milieus werden dieser Palette von Gründen und Zielen immer wieder neue hinzufügen, auf bestimmte Motive besonderen Wert legen, andere in ihrer Bedeutung relativieren und auf diese Weise schließlich eigene Komplexe an Motiven und Zwecksetzungen hervorbringen.

Festzuhalten bleibt, dass Menschen mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen bestimmte, in der Regel ganz normale Bedürfnisse befriedigen. Deshalb gilt es auszuhandeln, in welchen Bezügen ein solcher Konsum zweckmäßig und damit erlaubt ist und für wen und wo Grenzen für den Konsum gesetzt und auch durchgesetzt werden müssen. Logischerweise braucht die Entwicklung angemessener Formen des Konsums Lern- und Erfahrungsfelder, um den Umfang problematischen Substanzkonsums reduzieren zu lernen.

## **5 Drogenkonsum: Ein eher abstrakter Begriff mit vielen Deutungen**

Lange Zeit konnte der Umgang mit psychoaktiven Substanzen nur als ein zu verurteilender „Drogenmissbrauch“ und dieser wiederum als gefährliche Vorform von „Sucht“ gedacht werden. Entsprechend wurde selbst zwischen Missbrauch und Sucht kaum einen Unterschied gemacht, sondern beide Begriffe oft synonym verwendet. Heute ist unbestritten, dass eine simple Unterscheidung in Abstinenz auf der einen Seite und Missbrauch und Sucht auf der anderen Seite der Vielfalt der Konsummuster nicht gerecht wird. Durch unzulässige Vereinfachung wird sogar ein falsches Bild geschaffen, aus dem die unproblematischen Formen des Konsums ausgeblendet werden – dies, obwohl sie nicht nur beim Konsum legaler Substanzen, sondern auch bei illegalisierten Substanzen die Mehrheit ausmachen<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Durch die Illegalisierung entwickeln diejenigen, die diese psychoaktiven Substanzen unproblematisch konsumieren, ein großes Interesse daran, dass dieses Tun möglichst unerkannt bleibt – sowohl für Polizei und Justiz, als auch für weniger vertraute Personen und damit leider auch für den epidemiologisch interessierten Forscher. Insofern lassen sich kaum solide Untersuchungen finden, denen es gelungen ist, diese privaten Schutzzonen zu durchbrechen und Aussagen zu Umfang und Verbreitung geglückter Konsumformen zu ermitteln. Lange Jahre wurde diese „Unsichtbarkeit“ fälschlicherweise als „nicht existierend“ gedeutet. Wie ein Blick auf die Aussagen zur Verbreitung des Cannabiskonsums in Deutschland zeigt, gelingt es mit dem Sinken des Verfolgungsdrucks, realitätsgerechte Aussagen zur Verbreitung aller möglichen Konsumformen zu ermitteln. Diese verweisen regelmäßig darauf, dass mehrheitlich ein unproblematischer Konsum praktiziert wird (vgl. Soellner, Kleiber, 2001).

Es hat sich bewährt davon auszugehen, dass der *Substanz-(Drogen-)konsum* ein Begriff allgemeiner Ordnung ist und sehr verschiedene Muster des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen umfasst. In diesem Sinne verweist der Begriff „Drogenkonsum“ nur darauf, dass dieses menschliche Handeln auf den Verzehr und Verbrauch eines besonderen Konsumgutes ausgerichtet ist – nämlich einer oder auch mehrerer psychoaktiver Substanzen. Mehr Inhalt soll in diesen allgemeinen Begriff nicht hineingedeutet werden, weil sich sonst wieder die Gefahr ergibt, unzulässig zu verallgemeinern.

Erst in einem nächsten Schritt wird es hilfreich, den allgemeinen Begriff Substanz-(Drogen-)konsum weiter zu differenzieren und zu konkretisieren. Hier wird von einer Unterscheidung des Drogenkonsums in *Drogengebrauch, Drogenmissbrauch und Drogenabhängigkeit* als drei mögliche Formen des Drogenkonsums ausgegangen. Diese räumt dem Drogengebrauch eine sonst oft übersehene Bedeutung ein und füllt damit die Leerstellen, die oft nicht benannt werden, obwohl der praktische Alltag immer wieder und wiederholbare Beispiele dafür liefert. Bis heute hat es der Begriff Drogengebrauch schwer, als Werkzeug für eine differenzierte Sicht auf den Konsum psychoaktiver Substanzen anerkannt zu werden.

## **5.1 Drogenkonsum: Der Drogengebrauch als oft übersehene Konsumform**

Der Drogengebrauch ist eine nutzbringende, sinnvolle und hilfreiche Verwendung/Anwendung/Nutzung psychoaktiver Substanzen und dient dem Zweck, zur persönlichen, sozialen und/oder natürlichen Entwicklung des Konsumenten beizutragen. Der Drogengebrauch hat also eine definierte Zwecksetzung zum Beispiel für die Meisterung des Alltags, der auf diese Art und Weise leichter/entspannter/konzentrierter/wacher usw. bewältigt werden kann und oder dem Konsumenten eher einen Gewinn an Alltagstauglichkeit und sozialer Einbindung verschafft, in diesem Sinne sozial und persönlich mit anderen Bezügen vereinbar und deshalb auch in diese integrierbar ist.

Die Entwicklung des Drogengebrauchs basiert sowohl auf den Möglichkeiten als auch den Notwendigkeiten, den Konsum psychoaktiver Substanzen aktiv gestalten zu können – dieses Erfordernis ist damit sowohl Chance, als auch Herausforderung, die jeweils beim Konsum psychoaktiver Substanzen einzulösen sind. Zu wesentlichen Fähigkeitsbereichen eines gelingenden Drogengebrauchs gehören Konsumkompetenz und Risikomanagement, Genussfähigkeit sowie kritisches Reflexionsvermögen.

### **5.1.1 Konsumkompetenz**

Für einen gelingenden Drogengebrauch muss der Konsument eine Vielzahl von Risiken kennen und beachten. Schon deshalb ist ein persönlich und sozial integrierbarer Konsum keineswegs profan und einfach zu bewerkstelligen, sondern

setzt Prozesse des Lernens und Erfahrens voraus. Es liegt insofern nahe, weit gezielter und systematischer solche Lernprozesse zuzulassen, um die Konsumenten zu befähigen, zukünftig schwerwiegende Folgen durch unsachgemäßen Konsum vermeiden zu können. Erschwerend kommt hinzu, dass heute populäre Substanzen wie Kokain, Heroin und LSD Extrakte aus Naturstoffen sind, für die es keine jahrhundertealten und damit durch Erfahrung geprüften Formen eines kulturellen Umganges gibt – zu kurz ist ihre Geschichte, die zumal von Verbot und Strafverfolgung geprägt ist. In diesem Sinne sind sie für alle Kulturen „kulturfremd“. Dies bedeutet, dass diese Substanzen, die in der Regel als Medikamente entwickelt wurden, bei der Übernahme in den kulturellen Umgang einen mühevollen und auch risikoreichen Prozess hinter sich bringen müssen, in dem passende Konsumregeln, kollektive Normen und Regulierungsformen sowie immer wieder auch Lernprozesse zu einem sicheren Umgang entwickelt und praktiziert werden. In diesem sind Erfahrungen mit einem sozial und persönlich integrierbaren Konsum dieser potenten psychoaktiven Substanzen herauszubilden und weiterzugeben. Ein Verbot derartiger Lernprozesse hält den Übergang von der medizinischen Anwendung zum kulturellen Umgang nicht auf, macht diesen aber beschwerlich und opferreich.

### **5.1.2 Genussfähigkeit**

Genuss und die Fähigkeit zu genießen setzen dem Konsum einen limitierenden und mäßigenden Rahmen. Genießen verlangt nach Innehalten und Nachfrage, wieweit ein Konsumangebot tatsächlich die Sinne anspricht und wie und auf welche Weise es zu Wohlbehagen beiträgt. Genuss und Genussfähigkeiten stehen einer auf Wachstum und Konsum basierenden Gesellschaft eher entgegen. Deshalb kommen aus den sozialen Bezügen der westlichen Kultur auch eher Impulse, die auf einen größeren, schnelleren und sich steigernden Verbrauch orientieren, der leider oft als Genuss missverstanden wird. Insofern werden Angebote, mit denen für Genuss sensibilisiert und entsprechende Genussfähigkeiten entwickelt werden, nicht nur für Menschen hilfreich, die psychoaktive Substanzen übermäßig konsumieren. Im Grunde enthalten Ansätze zur Entwicklung von Genussfähigkeit und Genießen wichtige allgemeine pädagogische Impulse, die die Entwicklung von Mündigkeit auch in vielen weiteren Konsumbereichen fördern können.

### **5.1.3 Kritisches Reflexionsvermögen**

Zu den Kernkompetenzen eines Drogengebrauchs gehört die Fähigkeit, das eigene Handeln in Bezug auf psychoaktive Substanzen immer wieder infrage zu stellen, vor dem Hintergrund sich ändernder Rahmenbedingungen und Handlungsvoraussetzungen neu zu beurteilen und dabei zu einem eigenständigen und unabhängigen Urteil zu kommen. Erst das immer wieder vorgenommene Reflektieren, Prüfen, Abwägen, Korrigieren, Tarieren und Neubestimmen von Umgangsweisen mit psychoaktiven Substanzen sichert, dass durch den



Substanzkonsum keine Behinderung entsteht, die mit vielseitigen physischen, psychischen und sozialen Benachteiligungen in der persönlichen Entwicklung einher geht und ein geglücktes Leben verhindert.

Kritisches Reflexionsvermögen erweist sich wiederum als ein Bündel sehr komplex miteinander verbundener Fähigkeiten. Fertigkeiten, Willensbildungen und Bereitschaften. Dazu zählen nicht allein kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten, um über unterschiedliche Effekte und Ergebnisse oder über Vor- und Nachteile zu urteilen, Vorurteile zu hinterfragen und die Richtigkeit dessen zu prüfen, was von anderen vorgegeben oder was früher selbst gedacht wurde. Dazu zählt auch die Bereitschaft, Kritik zu erdulden. Das heißt, Kritik durch andere und durch sich selbst nicht als Angriff auf die eigene Person abzuwehren, sondern als Möglichkeit zu verstehen, Fehler und Schwächen zu erkennen. Die kritische Reflexion des eigenen Handelns muss schließlich in Bestrebungen und Aktionen münden, mit denen Änderungen im Verhalten, in Einstellungen und praktischen Umgangsformen in der Tat vorgenommen werden.

## 5.2 Drogenkonsum: Unterscheiden nach sozialer Inszenierung

Das Wissen um die besondere Bedeutung der sozialen Umstände des Konsums für die Wirkung psychoaktiver Substanzen gehört seit Jahrhunderten zum Erfahrungsschatz der Menschheit.

Eine Möglichkeit, den eher abstrakten Begriff „Drogenkonsum“ zu konkretisieren, ist seine Unterscheidung nach den jeweils vorgenommenen Inszenierungen der Konsumsituation – dem Setting. Eine solche Betrachtung lenkt den Blick auf die konkrete Ausgestaltung des Konsums beispielsweise in Form von Ort, Zeit, Rahmenhandlung des Geschehens sowie Verhaltenskodex der direkt und indirekt beteiligten Personen. Diese Faktoren nehmen unmittelbar darauf Einfluss, welche Richtung die Veränderungen im psychischen Befinden nehmen, legen zugleich Pfade, wie diese Wahrnehmungen von den Beteiligten ausgedeutet werden sollen und können dem Konsum sowohl einen limitierenden als auch einen ankurbelnden Rahmen setzen.

Zu diesen Inszenierungen von Konsumformen für psychoaktive Substanzen gehören:

- Ein Konsum *sakraler Natur* (rituell, heilig, religiös): Ein sakraler Konsum ist in der Regel streng limitierend in Bezug auf Zeit, Ort und Menge der verabreichten Substanz, vermittelt dem Konsumenten klare Vorgaben, welche Bilder, Vorstellungen und psychischen Befindlichkeiten sich mit diesem Konsum verbinden sollen und findet in der Regel unter Anleitung und Aufsicht religiöser Autoritäten statt (z. B. das Abendmahl in der christlichen Religion)
- Der Konsum *medizinischer Natur*: Bis heute erfolgt die Vergabe der als Heilmittel ausgereichten psychoaktiven Substanzen im Setting einer medizinischen Behandlung, in der der kundige Arzt oder Apotheker den Patienten/Konsumenten anweist, welche Substanzen wie und in welcher Dosierung zu konsumieren sind. Diese Experten sind es auch, die sowohl die

Einhaltung dieser Vorgaben als auch die sich einstellenden Effekte überwachen.

- Der Konsum *ästhetischer Natur*: In diesen Konsumformen spielen nicht die unmittelbaren psychoaktiven Effekte der Substanzen eine zentrale Rolle. Es geht in derartigen Inszenierungen eher darum, sich u. a. als nuancierter Kenner auszuweisen. Dies bezieht sich auf Besonderheiten, die sich unmittelbar auf die psychoaktive Substanz und deren Qualitätsmerkmale (u. a. Anbau, Herstellung, Alter) beziehen, als auch auf die Rituale und Gegenstände (u. a. Flaschen, Korken, Gläser, Pfeifen), die den Konsum begleiten.
- Konsum *profaner Natur* (weltlich, alltäglich): Bestimmte psychoaktive Substanzen werden in den Alltag übernommen und nunmehr selbstverständlich und ohne besondere Inszenierungen in das Leben eingebunden. Der profane Umgang mit psychoaktiven Substanzen sorgt dafür, dass das psychoaktive Potential dieses Konsumgutes kaum noch gewürdigt wird. Vielmehr sinkt der Konsumakt oft in den Status einer Begleitaktivität, in deren Zentrum ganz andere Handlungen stehen (Kaffee und Kuchen, die Zigarette beim Zeitungslesen, das durstlöschende Bier nach einem Saunagang). Ein profaner Konsum hat oft die Eigenheit, dass es keine klaren Limits in Bezug auf Ort, Zeit und Menge gibt, sondern viele Situationen zu Konsumsituationen definiert werden.
- Konsum *politischer Natur*: Ein Blick in die Geschichte unterstreicht, dass es um psychoaktive Substanzen, die in einer Kultur bisher nicht bekannt waren, fast immer heftige politische Auseinandersetzungen gegeben hat und noch immer gibt. Auch heute werden um den Konsum bestimmter psychoaktiver Substanzen politische Grundsatzdebatten geführt, durch die sich der Konsum zusätzlich symbolisch auflädt und mit Botschaften in Verbindung gebracht wird, die sich nicht unmittelbar aus den jeweiligen psychoaktiven Wirkungen ableiten. Diese politischen Auseinandersetzungen führen jedoch dazu, dass Konsumenten hin und her gerissen werden zwischen rigiden Verboten und Haltungen von unreflektierter Verharmlosung und marktwirtschaftlichem Gewinnstreben. Dies macht es nicht immer einfach, sich ein realitätsgerechtes Urteil zu den in Rede stehenden Substanzen zu machen und sich mit seinem Konsum entsprechend sachkundig zu verorten.
- Konsum *künstlerischer/schöpferischer Natur*: Es ist keineswegs ein Zufall, dass unter Kunstschaffenden und schöpferisch Tätigen der Konsum psychoaktiver Substanzen verbreitet ist. In der Tat kann es mit Hilfe psychoaktiver Substanzen einfacher gelingen, sich von vorgegebenen Denkmustern, verinnerlichten Blockaden und zu stark kontrollierender Logik zu lösen und auf diese Weise schneller zu kreativen Einfällen zu finden.

Eine solche Art der Differenzierung ist hilfreich, um diesen oft wenig beachteten Mustern der Gestaltung des Settings auf die Spur zu kommen, die jeweils positiven Effekte bestimmter Inszenierungen aufzugreifen und den eher problematischen

Wirkungen in der praktischen Arbeit gekannt zu begegnen (z. B. im Rahmen von Bildungsarbeit, Jugendfreizeitarbeit, pädagogischen Projekten).

### 5.3 Drogenkonsum: Unterscheiden nach Bezug zum Alltag

Die Unterscheidung des Konsums psychoaktiver Substanzen nach seinem Bezug zum Alltag des Konsumenten lenkt den Blick auf die Konsequenzen, die der Substanzkonsum für die Bewältigung alltäglicher Routinen hat. Sie fragt ausdrücklich danach, wieweit ein Konsument in der Lage ist, den alltäglichen Anforderungen und Pflichten nachzugehen und sich Chancen für seine persönliche Entwicklung offen zu halten. Eine solche Unterscheidung hilft, sich zu vergegenwärtigen, welche Konsequenzen der Konsum für das Leben des Einzelnen tatsächlich hat und woraus sich Probleme der Vereinbarkeit des Substanzkonsums mit der Bewältigung des Alltags ableiten. Die hier vorgestellte Systematisierung wurde durch *Kleiber* und *Soellner* angeregt und unterscheidet folgende Formen des Drogenkonsums (vgl. Soellner, Kleiber 2001, S. 147-162):

- *Versuchsweiser Konsum/Probierkonsum* (z. B. 1-3 Mal im Leben Cannabis rauchen): Hauptmotive des versuchsweisen Konsums sind in der Regel Neugier und Gruppendruck. Vor allem, weil der Konsument bis dahin keine oder keine ausreichenden eigenen Erfahrungen zum Umgang mit der jeweiligen psychoaktiven Substanz gesammelt hat, sind es oft gemeinschaftliche Bezüge, in denen Konsumerfahrene den Novizen anleiten, begleiten und in der Regel auch vor einer Gefährdung schützen. Die erste Zigarette und das erste Glas Alkohol werden selten allein getrunken, sondern in der Regel in der Gemeinschaft Gleichgesinnter. Der versuchsweise Konsum ist eine Ausnahmesituation, die keine nennenswerten Bezüge zu den sonstigen Lebensroutinen hat – es sei denn, es ergeben sich länger anhaltende Folgen durch gesundheitliche Beeinträchtigungen oder polizeiliche Ermittlung und Strafverfolgung.
- *Gelegentlicher Konsum* (z. B. 1-2 Mal pro Monat eine Zigarette rauchen): Typisch für den Gelegenheitskonsum ist, dass der Konsument im Umgang mit dieser psychoaktiven Substanz bereits vertraut ist, diese aber nur spontan und ungeplant konsumiert. Die Konsumententscheidung wird vor allem dann gefällt, wenn die Substanz leicht erhältlich ist und die Konsumsituation als passend empfunden wird. Deshalb ergeben sich die Hauptgründe des Gelegenheitskonsums wiederum oft aus nicht-alltäglicher Geselligkeit. Auch ein gelungener Gelegenheitskonsum bleibt für den Konsumenten in der Regel ohne langzeitliche Folgen und bindet kaum Ressourcen, die in anderen Lebensbereichen nötig wären. Ausnahmen ergeben sich allerdings wiederum, wenn sich durch uninformaten Konsum langanhaltende gesundheitliche Beeinträchtigungen einstellen oder strafverfolgende Maßnahmen relevant werden.
- *Regelmäßiger Konsum/Gewohnheitskonsum* (z. B. mehrmals wöchentlich Alkohol trinken): Bei einem Gewohnheitskonsum ist der Konsum in Routinen

des Alltags eingebunden. Indem bestimmte Alltagshandlungen und -rituale selbstverständlich mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen in Verbindung gebracht werden (z. B. die Zigarette zum morgendlichen Kaffee und zur Zeitung), sinken die Aufmerksamkeit und die Bereitschaft, diese Zusammenhänge kritisch zu hinterfragen. Für den Konsumenten stellt sich dieser Konsum vor allem als eine liebgewordene Gewohnheit dar, auf die er nur bedingt verzichten kann und möchte. Deshalb werden für einen Gewohnheitskonsum auch diverse Anstrengungen unternommen und Ressourcen gebunden. Die Suche nach geeigneten Möglichkeiten für den Konsum, seine vorausschauende Planung und Absicherung und andere konsumrelevante Aktivitäten geben dem Alltag eine deutliche Prägung und sind fest in den Lebensstil eingebunden. Gewohnheitskonsum wird – wenn auch ungerne und mit Anstrengung – zurückgestellt, wenn Ort, Zeit und Verpflichtungen für einen Konsum ungeeignet erscheinen.

- *Starker Konsum (z. B. tägliche oder periodische mengenmäßige Exzesse z. B. beim Schnupfen von Speed):* Die Grenze zwischen gewohnheitsmäßigem Konsum und Starkkonsum sind fließend, denn auch Starkkonsum ist fest in Alltagsroutinen eingebunden, erhält hier jedoch einen besonderen Stellenwert: Nunmehr wird dem Konsum psychoaktiver Substanzen ein großer Teil des Alltags untergeordnet. Dies wird vor allem daran deutlich, dass Beschaffung und Konsum oft ein erhebliches Maß an Zeit, Denken, Kommunikation, Interesse und Energie binden. Je nachdem, wie sich die Beschaffung der jeweiligen Substanz, der Konsum und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen des Konsumenten in seiner normalen Funktionsfähigkeit gestalten, kann noch Raum für andere alltägliche Lebensroutinen bleiben (z. B. für Kettenraucher). Bei anderen Substanzen und Lebensumständen dominieren jedoch Beschaffung, Konsum und Erholung vom Konsum das Leben auf eine Weise, die physisch, psychisch, aber vor allem sozial zerstörerisch wirkt.

Das Herstellen von Bezügen zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen und dem Bewältigungshandeln im Alltag unterstützt das Bemühen, aus irrationalen Ängsten und Sorgen auszusteigen, die sich allein daraus ergeben, dass jemand „Drogen“ konsumiert. Diese Unterscheidung ist auch hilfreich, den sehr unterschiedlichen Bedarf einzelner Konsumentengruppen an Hilfe und Unterstützung zu erkennen:

Für jemanden, der eine psychoaktive Substanz probiert, sind beispielsweise Informationen über die ihm bisher nicht bekannte Substanz, die beim Konsum zu berücksichtigenden Risiken und die Möglichkeiten eines gekonnten Risikomanagements wichtig. Ein Gewohnheitskonsument kann von Hinweisen profitieren, wie er seine Konsumgewohnheiten reflektieren und in limitierende Rituale einbinden kann, so dass er nicht unbeabsichtigt seinen Konsum steigert und sich in Entwicklungen hineinmanövriert, durch die er ungewollt Ressourcen für seinen Konsum bindet und Einschränkungen in der Verfügung über seinen Alltag hinnehmen muss. Einem Starkkonsumenten ist wiederum mit Hinweisen zu helfen,

wie er aus problematischen Bezügen zwischen seinem Substanzkonsum und seinem Alltag heraus- und wo er gegebenenfalls dazu Hilfe finden kann. Schließlich hilft ein Blick auf die Gruppe der Gelegenheitskonsumenten zu verstehen, dass es in dieser Gruppe in der Regel keinen Hilfe- und Unterstützungsbedarf gibt, weil Drogenkonsum eben nicht per se problematisch ist, insbesondere dann nicht, wenn die Vereinbarkeit von Drogenkonsum und Alltag nachweislich gut gelingt.

## **6. Die Wirkungszusammenhänge beim Konsum psychoaktiver Substanzen**

Bereits die oben zitierte WHO-Definition verweist darauf, dass durch Drogen Fähigkeiten der Sinneswahrnehmung, der Informationsverarbeitung und der Intelligenz chemisch beeinflusst werden. So kann das Denken verlangsamt oder beschleunigt sein, Wachheit und Aufmerksamkeit, Lern-, Reaktions-, Kommunikationsvermögen etc. besonders hoch oder eher gering sein. Wie auch immer diese Fähigkeiten von der Einnahme neuro-chemischer Substanzen tangiert werden, diese Änderungen führen zu Veränderungen des Bewusstseins, der Stimmungslage und der Befindlichkeit, aus denen sich wiederum Impulse für eine veränderte Art des Sich-Verhaltens ergeben können. Diese aufeinander bezogenen, kaskadenähnlichen Wirkungsmechanismen einer psychoaktiven Substanz sind deshalb mit mechanischen, monokausalen Mustern nach der Art „Die Droge macht aus „Gut“ „Böse“ nicht passgerecht beschrieben. Dennoch suggerieren sich hartnäckig haltende Drogenfantasien noch immer, dass „Drogen“ mit einer Person eigenständig etwas tun würden und die Konsumenten „dem Stoff“ chancenlos ausgeliefert seien. Ein genauer Blick auf die Konsumpraxis offeriert jedoch, dass stets Raum und Chancen für diverse von außen, aber auch von innen kommende Einflüsse bleiben. Insofern sind die sich einstellenden Verhaltensänderungen nicht ausschließlich einer psychoaktiven Substanz zuzuschreiben, sondern werden immer auch durch Reaktionsweisen des Konsumenten und des sozialen Umfeldes auf die mit psychoaktiven Substanzen ausgelösten Veränderungen geprägt. Weil die letztlich eintretenden Wirkungen von einer Vielzahl wesentlicher Einflussfaktoren abhängen, sind die Substanzwirkungen in ihrer konkreten Gestalt nicht sicher vorhersagbar – es sei denn, die psychoaktiven Substanzen werden in einer das Bewusstsein „erschlagenden“ Dosierung konsumiert.

### **Die Substanzwirkung gestalten**

Alle psychoaktiven Substanzen haben für Menschen eine typische Wirkbreite. Diese reicht von einer Dosierung mit kleinsten minimalen Effekten bis zu einem Maximum, mit dem sich jedes Bewusstsein ausschalten lässt, schließlich sogar zentrale Körperfunktionen abgestellt werden und der Tod eintritt. Die heute kulturell verwendeten psychoaktiven Substanzen haben eine Wirkbreite, die in der Regel groß genug ist, um sie gezielt für den nicht-medizinischen Umgang zu nutzen.

Die jeweils konkreten Konsumeffekte psychoaktiver Substanzen entfalten sich nicht aus sich heraus und werden auch nicht allein durch die pharmakologischen Strukturen der jeweiligen Stoffe geprägt. Angemessener als eine Fixierung auf die

Substanzen ist eine Sichtweise, nach der bestimmte Substanzen mit ihren chemischen Strukturen ein Angebot offerieren, das durch die Menschen genutzt wird. Welche Effekte sich mit den Formen des Drogenkonsums jeweils einstellen, ist von Faktoren abhängig, die durch die unmittelbare Konsumpraxis beeinflusst werden. Dazu gehören:

- die gewählte Dosierung,
- die gewählte Applikationstechnik,
- die praktizierten Einnahmeintervalle,
- die Motivation zum Konsum und die damit verbundenen Erwartungen,
- das aktuelle Set und
- das gewählte Setting.

### **Set und Setting als Einflussgröße**

Wesentliche Einflüsse auf die Drogenwirkung gehen vom sogenannten „Set“ und dem sogenannten „Setting“ der Konsumsituation aus.

Das *Set* bezeichnet psychische und emotionale Zustände, kognitives und intuitives Wissen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten des Konsumenten, die im weitesten Sinne einen Bezug zum Konsum der psychoaktiven Substanz haben und deshalb auf die sich einstellenden Effekte des Konsums Einfluss nehmen. Wer beispielsweise gegenüber psychoaktiven Substanzen grundsätzlich skeptisch ist und deshalb eher negative Erlebnisse erwartet, wird mögliche negative Aspekte der Substanzwirkung stärker wahrnehmen, diesen mehr Bedeutung zumessen, sich möglicherweise in Befürchtungen hineinsteigern usw. Andersherum begünstigt eine aufgeschlossene und optimistische Haltung zum Substanzkonsum auch positive Erlebnisse und Erfahrungen, weil der grundsätzliche Fokus, eher auf Gewinn und weniger auf Angst oder Verlust liegt.

Das *Setting* umfasst sowohl formelle gesellschaftliche Regelungen, als auch soziale Normen und Werte, kollektive Sitten, Bräuche und andere informelle Regulierungen des Konsums sowie soziale Begleitumstände, die die konkrete Konsumsituation des Einzelnen prägen. Allein der Umstand, dass der Erwerb und Besitz einer bestimmten Substanz entweder ganz oder für bestimmte Personengruppen verboten ist (z. B. Alkohol für Jugendliche), gibt der Konsumsituation einen deutlichen Stempel und zwingt z. B. zu Heimlichkeit, sich Verstecken-Müssen und Angst vor dem Entdeckt-Werden, fördert aber auch die Lust an der Provokation und die Freude an dem Spannungsbogen von Verbot und Erwischt-Werden. Charakteristika des Settings nehmen auf die Effekte des Konsums psychoaktiver Substanzen Einfluss und bedürfen einer gezielten Ausgestaltung, damit sie zu einem sozial und persönlich integrierbaren Konsum psychoaktiver Substanzen beitragen können. Für den Umgang mit Setting-Einflüssen sind Lernprozesse auf individueller und kollektiver Ebene eine wichtige Voraussetzung.

## 7. Drogenmissbrauch

Im alltäglichen Leben besteht immer die Notwendigkeit, sich mit Grenzziehungen zwischen Drogengebrauch und Drogenmissbrauch auseinandersetzen zu müssen. Oft ist den Konsumierenden als auch den Personen, die einer Konsumsituation beiwohnen, unklar, was genau als Drogengebrauch akzeptiert werden kann und was als Drogenmissbrauch problematisiert werden muss. Erschwerend kommt hinzu, dass der Drogenkonsum ein sehr komplexes Handeln ist, das zudem in sozialen Bezügen stattfindet, die sich ständig ändern und in ihren konkreten Konstellationen variieren. Deshalb kann es in der Regel nur wenige allgemeingültig Aussagen geben, wie sich Gebrauch und Missbrauch generell unterscheiden lassen (z. B. das Abstinenzgebot in hochsensiblen Leistungsbereichen).

### 7.1 Mit unterschiedlichen Messlatten zu unterschiedlichen Drogenmissbrauchstypen

Die Konsumform „*Drogenmissbrauch*“ wird immer als ein problematischer Konsum definiert und erhält deshalb besondere Aufmerksamkeit. Dabei gilt, wie bei den anderen Konsumformen auch, dass aus sehr unterschiedlichen Perspektiven festgelegt werden kann, was problematisch ist. Deshalb verwundert es nicht, dass es viele Bestimmungen für Drogenmissbrauch gibt, die vor dem Hintergrund jeweils verschiedener Betrachtungen formuliert wurden. Insofern ist in Zusammenhang mit dem Verständnis von „Drogenmissbrauch“ immer zunächst die Frage berechtigt, wer womit ein Problem hat – eine Frage, die sich auch für eine Versachlichung von Auseinandersetzungen zu konkreten Konsumformen eignet.

#### 7.1.1 Der Gesetzesrahmen

Eine Möglichkeit, Drogenmissbrauch zu definieren, ist die Frage, ob ein bestimmter Drogenkonsum geltenden Normen und Gesetzen entspricht oder dagegen verstößt. Unter prohibitiven Bedingungen kann in einer solchen Betrachtung jeder Konsum einer illegalisierten Substanz oder der Konsum einer legalen Substanz in dafür nicht zugelassenen Situationen (z. B. am Arbeitsplatz) als Missbrauch verstanden werden. Von einem solchen Standpunkt aus interessiert allerdings nicht, ob die praktizierte Konsumform für den Konsumenten mit physischen, psychischen oder sozialen Problemen verbunden oder aber durchaus sozial und persönlich integriert ist.

#### 7.1.2 Die Mengenempfehlung

Für Alkohol und andere psychoaktive Substanzen sind heute Mengenempfehlungen für den risikoarmen Konsum populär. In solchen Richtlinien werden Risiken in der Regel vor dem Hintergrund einer angenommenen Wahrscheinlichkeit bestimmt, mit der bestimmte schädigende Ereignisse eintreten können. Dabei berufen sich die sehr unterschiedlichen Empfehlungen auf verschiedene Wahrscheinlichkeitsangaben. Je kleiner das Rest-Risiko angesetzt wird, mit dem eine bestimmte Konsummenge zu körperlichen Schäden führt, umso geringer fallen auch die Mengen aus, die für den Konsum empfohlen werden. Dies erklärt, warum sich z. B. die Grenzwerte für den täglichen Alkoholkonsum, mit denen das Entstehen alkoholbedingter somatischer

Erkrankungen verhindert werden soll, gravierend unterscheiden: Die Empfehlungen der WHO für unschädlichen Alkoholkonsum beträgt für Männer täglich bis zu 40 g und für Frauen bis zu 20 g reinen Alkohols; während die amerikanische Gesundheitsbehörde National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA) auf eine kritische Menge von 24 g bei Männern und 12 g bei Frauen verweist (zit. nach Klingemann et al. 2004). Insofern ergeben sich Mengeneempfehlungen nicht nur aus medizinischen Erkenntnissen, sondern werden immer auch von normativen und sozialen Konventionen und Ideologien bestimmt.

### **7.1.3 Eingetretene somatische Schädigungen durch Drogenkonsum**

Mit einer medizinischen Definition von Drogenmissbrauch, die Bezug zu tatsächlich eingetretenen Schädigungen nimmt, wird mit Tatsachen argumentiert, die für die jeweils konkrete Person relevant sind. Insofern markiert diese Auslegung ein Streben nach Sachlichkeit. Der Nachteil einer solchen Bestimmung ist, dass auf diese Weise Missbrauch rückwärtsgewandt, also pathogenetisch beschrieben wird und deshalb kaum rechtzeitige Korrekturen möglich sind. Zu den Einwänden gegen ein enges medizinisches Verständnis von Missbrauch kommt aber auch, dass der Blick auf die gesundheitlichen Folgen des Konsums weder die konkreten Umstände des Konsums, noch dessen Muster in den Blick nimmt und damit viele konsumbedingte weitere, eher soziale Probleme nicht berücksichtigt werden (z. B. Vernachlässigung beruflicher Pflichten, Verstoß gegen Sicherheitsvorschriften, Gefährdung anderer Personen).

### **7.1.4 Drogenmissbrauch aus therapeutischer Sicht**

Aus therapeutischer Sicht wird Drogenmissbrauch in der Regel mit Blick auf die möglichen physischen, psychischen und sozialen Probleme definiert, die sich mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen ergeben können. Deshalb nehmen diese Begriffsbestimmungen einen weit größeren Ausschnitt des Handelns der Konsumenten in den Blick und fragen auch nach den Konsequenzen, die der scheinbar private Konsum auf die Menschen im sozialen Umfeld hat (z. B. Kinder, Familienangehörige, Kollegen). Vielfach haben diese Definitionen das Ziel, die unmittelbare therapeutische Arbeit mit den Betroffenen zu unterstützen: Sie sollen Anleitung zur Reflexion des Substanzkonsums geben, Hilfebedarf bei der Bewältigung konsumbedingter Probleme anzeigen und passende Hilfeangebote herausarbeiten helfen. In diesem Sinne stellt beispielsweise das von der *American Psychiatric Association* entwickelte und auch in Deutschland eingeführte Klassifikationssystem *DSM-IV*<sup>4</sup> für die Beschreibung des Substanzmissbrauchs eine Zusammenstellung von Problemlagen (Symptome) heraus, von denen mindestens eine über zwölf Monate vorhanden sein muss. Erst dann ist es erlaubt, von Missbrauch zu sprechen:

- „Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.

---

<sup>4</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen), das in seiner revidierten vierten Fassung vorliegt und verwendet wird.



- Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.
- Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch.
- Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer und interpersoneller Probleme, die durch die Auswirkung der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden.“ (vgl. Saß, Wittchen, Zaudig, Houben 2003)

Nachvollziehbar wird an dieser Definition von Missbrauch (DSM-IV) durch den therapeutischen Bereich, dass zum einen hauptsächlich physische, psychische und soziale Risiken des Substanzkonsums für den Konsumenten in den Blick genommen werden. Zum anderen erhalten auch die Auswirkungen für das involvierte soziale Umfeld Aufmerksamkeit. Bemerkenswert ist zugleich, dass Drogenmissbrauch in dieser Definition eher als ein sich entwickelnder Prozess gesehen wird, der mehrere Monate andauert.

## 8. Diagnostik der Drogenabhängigkeit

Problematische Folgen des Konsums psychoaktiver Substanzen werden aus vielen Jahrhunderten berichtet. Als eine Erkrankung namens „Sucht“ wurden diese jedoch erstmals im 19. Jahrhundert beschrieben und problematisiert. Wesentlich dafür war, dass sich im Zuge der Industrialisierung die Anforderungen der Arbeitswelt rasant änderten und Wege gefunden werden mussten, der Entwicklung problematischer Konsumformen psychoaktiver Substanzen wie Alkohol und Opiate entgegen zu treten (vgl. Degwitz 1999). Galt „Sucht“ zunächst als moralisches Fehlverhalten, für das sich vor allem die Kirche zuständig fühlte, wurde es später als kriminelles Handeln definiert und strafrechtlich verfolgt. Vor diesem Hintergrund war die Definition von „Sucht“ als Krankheit und die Überantwortung dieses abweichenden Verhaltens an das medizinische Hilfesystem durchaus ein Gewinn, erhielten die Betroffenen doch die Chance auf Hilfe und Unterstützung. Seit 1968 ist Sucht in Deutschland auch sozialrechtlich als Krankheit anerkannt. Dadurch ist gesichert, dass Menschen mit schweren Konsumproblemen einen rechtlichen Anspruch auf Hilfe und medizinische Behandlung haben und dies auch von der Solidargemeinschaft der Versicherten getragen wird.

Unabhängig von diesen rechtlichen Regelungen hat sich das Krankheitsverständnis in der Geschichte permanent gewandelt und weiterentwickelt. Dem modernen Verständnis von Gesundheit entspricht, dass Gesundheit nicht als „Abwesenheit von Krankheit“ zu verstehen ist. Dieses bipolare Verständnis ist in allen Bereichen der medizinischen und sozialen Versorgung längst durch eine salutogenetische Sichtweise abgelöst, in der Gesundheit und Krankheit als ein sich durchdringendes Kontinuum verstanden werden (Antonovsky 1993). Folgerichtig lassen sich für den einzelnen Menschen immer Anteile von „gesund“ und „krank“ nachweisen. Mit der

salutogenetischen Sichtweise wird nahegelegt, den Blick darauf zu richten, bei jedem Menschen, auch bei Schwerstbehinderten, die gesunden Anteile zu finden und zu fördern und nicht bei einer Zusammenschau der Defizite und Mängel stehen zu bleiben.

Besonders hilfreich ist das Übertragen einer derart veränderten Sichtweise auf Krankheit und Gesundheit auf das Durchdenken von Strategien für Hilfe und medizinische Behandlung abhängigkeitskranker Menschen. Anders als festsitzende Vorurteile oft vorgeben, lassen sich auch bei diesen regelmäßig beachtenswerte Ressourcen, gut entwickelte Fähigkeiten und Fertigkeiten und Handlungskompetenzen wahrnehmen und in ihrer Entwicklung fördern, weshalb nicht alle Dimensionen des Lebens als defizitär und durch Fehlentwicklungen geprägt diagnostiziert werden können.

In den letzten Jahrzehnten haben sich zudem immer mehr Kritikpunkte an der traditionellen Sicht herauskristallisiert, „Sucht“ als biosomatische und/oder psychiatrische Krankheit zu verstehen und allein nach medizinischen Prinzipien zu behandeln. Viele der damit verknüpften Grundannahmen halten einer wissenschaftlichen Prüfung nicht stand: Sucht hat weder ein einheitliches Muster oder Gesicht, noch finden sich naturgegebene eigendynamische Verläufe. Konsummuster tendieren auch nicht folgerichtig zu einer Verschlechterung der Konsum- und Lebenssituation der Konsumenten und nehmen auch nicht den Willen einer Person ohne mögliche Gegenwehr in Besitz. Die Wege in einen kompulsiven Drogenkonsum sind sehr individuell, wie es auch die Wege heraus aus einem problematischen Konsum sind. Diese veränderte Sichtweise auf problematische Drogenkonsumprobleme hat dazu geführt, in professionellen Bezügen von dem Begriff „Sucht“ abzurücken und mit dem Begriff „Abhängigkeit“ auch begrifflich auf diese neue Erkenntnisse zu verweisen. Schließlich bürgert sich zunehmend ein, bei Substanzkonsumproblemen von „substanzbezogenen Störungen“ zu sprechen und damit auf die Ähnlichkeit mit psychischen Störungen hinzuweisen. Auch diese Entwicklungen signalisieren eine deutliche Verschiebung in der Wahrnehmung erheblicher Substanzprobleme in Richtung einer Normalisierung<sup>5</sup>.

Die Diagnose „Abhängigkeit/Sucht“ kann als das Bemühen verstanden werden, Phänomenen einen Namen zu geben, die mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen einhergehen können und sowohl für den Konsumenten selbst als auch für sein soziales Umfeld Störungen und Leiden mit Krankheitswert verursachen. In diesem Sinne ist diese Diagnose eher eine kulturelle Vereinbarung und weniger eine naturwissenschaftlich diagnostizierbare biosomatische Erkrankung. Dies wird in den allgemein anerkannten Diagnoseschemata (ICD-10 und DSM) leicht nachvollziehbar.

---

<sup>5</sup> Die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft wird im Mai 2013 das neue Manual zur Diagnostik mentaler Störungen veröffentlichen. Das sogenannte „Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-5)“ wird anders als bisher Substanzmissbrauch und Abhängigkeit in einer einzigen Kategorie zusammenfassen, die dann „Substanzgebrauch und Suchtstörungen“ heißen wird.

Das Feststellen und damit Diagnostik und Beschreibung einer Abhängigkeit/Sucht ist heute differenzierter als früher. Statt einer Konzentration auf das Phänomen „Substanzkonsum“ zielt die ICD- bzw. die DMS IV-Diagnostik stärker darauf, den Grad der Beeinträchtigung in der Funktionsfähigkeit und Befindlichkeit des Betroffenen festzustellen. Dies wird mit der ICF-Klassifikation und dem Cluster für Abhängigkeitserkrankungen weiter dezidiert ausgeführt. In diesem Klassifikationssystem erhält das Bemühen um das Erfassen sozial bedingter Behinderung für Menschen mit physischen, psychischen und sozialen Einschränkungen einen besonderen Schwerpunkt.

### **Definition der WHO**

Die WHO definierte Sucht/Abhängigkeit schon 1964: *„Drogenabhängigkeit ist ein Zustand, der sich aus der wiederholten Einnahme einer (natürlichen oder synthetischen) Droge ergibt, wobei die Einnahme periodisch oder kontinuierlich erfolgen kann. Ihre Charakteristika variieren in Abhängigkeit von der benutzten Droge...“* (WHO 1964).

Die heute üblichen medizinischen Klassifikationssysteme für Krankheiten kommen dem in der WHO-Definition formulierten Gebot nach, eine weitere Konkretisierung des Phänomens „Abhängigkeit“ vorzunehmen. Sowohl im *ICD-10 (International Classification of Diseases)* als auch im *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* werden körperliche, psychische und soziale Merkmale zusammengestellt, die berechtigen, von Abhängigkeit zu sprechen. Allerdings muss dafür sowohl eine bestimmte Dramatik in Form von Bündelungen bestimmter Problembereiche und eine zeitlich anhaltender Belastung gegeben sein. Die Ansprüche an eine solide Diagnostik sind damit hoch, weshalb die Zuweisung an einen Menschen, „abhängig“ zu sein, mit Bedacht getroffen werden muss.

Die Unterschiede zwischen dem ICD-10 und dem DSM-IV sind marginal<sup>6</sup>. Auch in ihrer konkreten Handhabung ist die Arbeit mit beiden Diagnoseschemata gleich: Sie legen fest, dass beim Überschreiten einer bestimmten Problemlast von einer Abhängigkeit mit Krankheitswert gesprochen werden kann: Diese ergibt sich, wenn *„Einige Symptome der Störung, mindestens aber drei, innerhalb desselben 12-Monatszeitraumes bestehen.“* (Saß, Wittchen, Zaudig 2003) Das heißt, dass kein einzelnes diagnostisches Kriterium allein als notwendig oder hinreichend erachtet wird, sondern immer ein *Bündel von Problemlagen* aus mindestens drei Bereichen auffindbar sein muss und dies über den *Zeitraum von einem Jahr*. Erst dann darf die Diagnose „Abhängigkeit“ gestellt werden.

### **Diagnosekriterien für Abhängigkeit nach ICD 10**

---

<sup>6</sup> In der deutschen Suchtkrankenhilfe hat sich die ICD-10-Klassifikation gegenüber der DSM-IV-Diagnostik durchgesetzt.

Die für eine Diagnose als wichtig erachteten Problembereiche spiegeln das heutige Verständnis wider, Abhängigkeit als eine bio-psycho-soziale Erkrankung zu verstehen, die gerade in ihren sozialen Auswirkungen vielfältig und tiefgreifend ist und deshalb regelmäßig zu erheblichen Behinderungen führt. Damit hat sie viele Ähnlichkeiten mit psychischen Erkrankungen.

Für eine Diagnostik nach ICD-10 gilt: „Die sichere Diagnose „Abhängigkeit“ sollte nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

- Verminderte Kontrollfähigkeit (! nicht Verlust) bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
- Nachweis einer Toleranz durch zunehmend höhere Dosen.
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Lebenstätigkeiten und Interessen.
- Eingeengte Verhaltensmuster im Umgang mit psychoaktiven Substanzen.
- Starker Wunsch oder eine Art (!) Zwang, den Konsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen unter allen Umständen fortzusetzen.“

Betrachtet man die sechs Indikatoren, aus denen für eine sichere Diagnose „Abhängigkeit“ zu schöpfen ist, dann fällt auf, dass nur zwei Kriterien unmittelbar auf somatische Folgen verweisen (Entzugssyndrom, Toleranz), zwei Kriterien psychische Beeinträchtigungen anzeigen (eingeschränkte Kontrollfähigkeit, eine Art Zwang zur Fortsetzung des Konsums) und zwei Kriterien eher soziale Folgen des exzessiven Konsums anzeigen (Vernachlässigung in Lebenstätigkeiten und eingeengter Umgang mit der Droge). Den Laien mag verblüffen, dass in diesem Diagnoseschema weder die Regelmäßigkeit des Konsums noch die Art oder Menge der konsumierten Substanz zu einem direkten Kriterium einer Abhängigkeit erhoben werden. Dies ist keineswegs ein schwerwiegender Lapsus, denn auch das Diagnosesystem des DSM-IV (und aller bisher vorliegender Revisionen) beschreibt die anzulegenden Kriterien einer Abhängigkeit in ähnlicher Weise.<sup>7</sup> Insofern ist zu unterstreichen, dass sowohl die Kriterien des ICD-10 und des DSM-IV als auch das vorgesehene Verfahren für das Stellen der Diagnose „Abhängigkeit“ verdeutlichen, dass es sich

---

<sup>7</sup> „Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch (Alkohol) führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- Entzugssymptome, die sich äußern in charakteristischen Symptomen der jeweiligen Substanz oder dieselbe Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern.
- Toleranzentwicklung definiert durch:
  - Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung für den gewünschten Effekt.
  - Deutlich verminderte Effekte bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
- Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt genommen.
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
- Viel Zeit wird aufgewendet für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren und sich von der Wirkung zu erholen.
- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgegeben oder eingeschränkt.
- Fortgesetzter Substanzkonsum trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems.“

bei dieser Störung nicht um eine (somatische) Krankheit im engeren Sinne handelt. „Abhängigkeit“ muss eher als ein Konstrukt verstanden werden, mit dem festgelegt wird, welche Symptome in welchem Toleranzbereich als die substanzbezogene Störung „Abhängigkeit“ gelten sollen. In den professionellen Diagnoseschemata wird vor allem Bezug genommen auf mit dem Konsum verbundene physische, psychische und soziale Probleme und das Ausmaß dabei auftretender pathologischer bzw. normabweichender Muster.

In der Praxis ist leider eine zunehmende Verflachung und Verringerung der Aussagekraft von Diagnosen nach ICD-10 zu beobachten. Dies ist vielfach darin begründet, dass viele therapeutische Hilfen und Behandlungen erst gewährt werden können, wenn schon eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt. In Berlin soll beispielsweise bereits beim zweiten Kontakt eines Betroffenen zu einer niedrigschwelligen Einrichtung eine ICD-10-Diagnose erhoben und für die Deutschen Kerndatensatzstatistik dokumentiert werden. Die geforderte Solidität gestellter Diagnosen kann mit solchen Reglements allerdings kaum gewährleistet werden.

## **9. Die Bedeutung einer dezidierten Sichtweise auf Drogenkonsum und Abhängigkeit/Sucht für die Praxis**

Das Angebot theoretischer Erklärungsmodelle für das Zustandekommen von Abhängigkeit ist umfangreich und durch die Sichtweisen der jeweiligen Fachdisziplinen geprägt. Bisher ist es jedoch noch nicht gelungen, ein Erklärungsangebot zu entwickeln, das auf befriedigende Weise alle Aspekte dieses sehr komplexen Handelns zu einem stimmigen Modell integriert. In der praktischen Arbeit mit abhängigen/süchtigen Menschen ist es wichtig, die jeweiligen theoretischen Denkrichtungen kritisch zu hinterfragen und insbesondere daraufhin zu überprüfen, inwiefern sie zur Lösung anstehender praktischer Fragen tatsächlich einen Beitrag leisten können.

Dem Verständnis von Abhängigkeit/Sucht als Krankheit ist eigen, dass sich damit folgerichtig Vorstellungen verbinden, nach denen es vornehmlich individuelle Defizite seien, die dazu führen, dass ein Konsument die gesellschaftlich gesetzten Grenzen sowohl bei der Wahl der Menge als auch der Art der psychoaktiver Substanz überschreitet, dabei permanent gegen die Erwartungen an Anpassung und Wohlergehen verstößt und bereit ist, sich selbst und andere in erheblichem Maße zu schädigen. Wenn es aus historischer Sicht für die Betroffenen auch ein Gewinn war, über die Definition als Kranker nunmehr Ansprüche auf Hilfe und Behandlung formulieren zu können, dürfen die Nachteile eines solchen gesellschaftlichen Umgangs mit Drogenproblemen nicht übersehen werden. Diese bestehen zum einen darin, dass aus diesen Betrachtungen gesellschaftliche Ursachen für ein solches Handeln weitgehend ausgeklammert bleiben können. Dies findet seine Zuspitzung in dem gegenwärtig favorisierten Bestreben, Anschlussstellen an das gegenwärtig dominierende biomedizinische Krankheitsverständnis auch für das Erklärungsmodell „Abhängigkeitskrankheit“ zu finden: Bis heute hält die Suche nach

Stoffwechselstörungen, Allergien, Persönlichkeitsmerkmalen und neuerdings nach Genen, neuronalen Strukturen oder Hirnarealen an, die für das störende Handeln der Menschen ursächlich verantwortlich gemacht werden sollen.

Zudem ist Diagnose „Abhängigkeit“ nach wie vor mit der Zuschreibung negativer Charaktereigenschaften der davon Betroffenen verbunden, die ihrerseits zu Verachtung und sozialem Ausschluss führen und ein Leben lang anhalten. Zudem nehmen die noch immer populären Erklärungsmodelle für Abhängigkeit, beispielsweise darauf Einfluss, welche Möglichkeiten der Gestaltung des Lebens für Betroffene ab jetzt als legitim und welche als nicht legitim gesehen werden (z. B. das Naschen einer Weinbrandbohne, das Essen eines in Wein eingelegten Bratens, die Teilnahme an einer geselligen Kneipenrunde ohne eigenen Alkoholkonsum, selbst wenn Alkohol nie die Substanz war, mit der jemand Probleme entwickelte).

Schließlich ist mit dem Verständnis von Abhängigkeit als Krankheit auch die Gefahr verbunden, sich als Problemkonsument als schicksalhaft Getroffenen und ohne eigene Verantwortlichkeiten für die jeweils entstandenen Problemlagen zu verstehen. In Hilfe und Unterstützungsprozessen geht es deshalb immer wieder auch um das Auflösen solcher blockierender Sichtweisen auf das eigene Tun. In die Auseinandersetzung mit Konsumenten muss die Erkenntnis rücken, dass für die Entwicklung eines sozial integrierbaren Konsums jeder selbst verantwortlich ist und dafür aktiv handeln muss. Wesentliche Voraussetzung dafür ist das Vermögen, die Wirklichkeit realitätsgerecht wahrzunehmen. Nur so lassen sich Entscheidungen für ein Tun treffen, das im Grunde auch gewollt ist und realisiert wird -- mit Respekt vor sich selbst und ohne andere dabei zu schädigen bzw. zu verletzen.

### **Zur Praxisrelevanz einer Auseinandersetzung mit schnöden Begriffen**

Was nützt den Mitarbeitern in der Justizvollzugsanstalt eine Auseinandersetzung mit Begrifflichkeiten zum Thema „Drogenkonsum“: Ist das nicht alles nur graue Theorie?

In der Auseinandersetzung mit den Begriffen ist deutlich geworden, dass die Phänomene „Drogenkonsum“ und „Abhängigkeit/Sucht“ weit differenzierter sind, als gemeinhin gedacht. Nicht jeder Konsum psychoaktiver Substanzen kann unbesehen als Missbrauch oder gar Abhängigkeitserkrankung gedeutet werden. Selbstverständlich lassen sich unter den Gefangenen Menschen finden, die an einer Substanzabhängigkeit umfassend leiden. Aber auch für diese Gruppe der Gefangenen ist herauszustellen, dass die Schweregrade und die damit verbundenen individuellen Einschränkungen oder Besonderheiten sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können. Die meisten Abhängigen haben – über Monate und Jahre betrachtet – wechselnde Konsumphasen: Es gibt Zeiten des exzessiven Missbrauchs von Drogen, des relativ kontrollierten Konsums, der selbst gewählten und der erzwungenen Abstinenz, die wieder abgelöst werden können durch Phasen des erheblichen Kontrollverlusts hinsichtlich der Konsummengen und -formen, durch ein „Sich-gehen-Lassen“ oder starke Persönlichkeitsveränderungen und schließlich von

Phasen durchbrochen werden, in denen Substanzen in so niedrigen und stabilen Dosierungen konsumiert werden, durch die der Betroffene „alltagstauglich“ bleibt. Gefangene, deren Konsum eher als Missbrauch oder Gebrauch bezeichnet werden muss, brauchen unter den besonderen Bedingungen der Strafvollzugsanstalt ebenfalls Hilfen und Unterstützung, um mit einem solchen Verhalten gesund und sozial agil zu bleiben und die Angebote zur Reintegration wahrnehmen zu können. Diese Hilfen müssen jedoch ganz anders aussehen, als eher medizinische Behandlungspläne für bereits schwer Abhängigkeitskranke. Deutlich wird, dass sich das Thema „Drogenkonsum in Haft“ als komplex, vielschichtig und auf allen Ebenen „interaktiv“ darstellt. Es geht weit darüber hinaus, das Verhalten des einzelnen, unter „Suchtdruck“ leidenden Inhaftierten in den Blick zu nehmen oder denjenigen zu sanktionieren, der „mal wieder einen Rückfall gebaut hat“. Mit einer differenzierten Sicht stellt sich folgerichtig auch die Frage, wieweit das absolute „Abstinenzgebot“ in Haft weiterhin als realitätsbezogen gelten kann und welche Modelle möglich sind, aus den Dilemmata auszusteigen, die die prohibitive Regelung für den Strafvollzug regelmäßig schafft und damit nicht nur die Inhaftierten, sondern auch alle Mitarbeiter konfrontiert, die in dieser Institution arbeiten.

#### Literaturverzeichnis (Maximal 10)

- American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-4), <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>
- Antonovsky, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke, A., Broda, M. (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen 1993, DGVT
- Degkwitz P. (1999): „Abhängig“ oder „selbstbestimmtes Individuum“? Anmerkungen zur Auseinandersetzung um das Verständnis von Drogenkonsum und -abhängigkeit. In: Stöver, H. (Hrsg.) Akzeptierende Drogenarbeit - Eine Zwischenbilanz. Freiburg, S. 38-56
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. (2005)(Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, (ICD 10 = Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen der WHO), Bern
- Klingemann, H. (2004): Forschungs- und Diskussionsstand zum Kontrollierten Trinken in der Schweiz und ausgewählten Nachbarstaaten. In: Projekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen (EKA): Literatur und Expertenbericht zum Modul A der dreiteiligen wissenschaftlichen Studie „Kontrolliertes Trinken: Bestandsaufnahme und Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung als Behandlungsziel, Bern, S. 80-99. In: <http://www.SozialeArbeit.bfh.ch/content/File/kt-arbeitsbericht-26062006>
- Labouvie, E., Bates M. E. (2002): Reasons for alcohol use in young adulthood: Validation of a three-dimensional measure. In: Journal of Studies on Alcohol (2002)63, S. 145-155

- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen -Textrevison- DSM-IV-TR (Dt. Bearb.). Göttingen: Hogrefe
- Soellner, R. & Kleiber, D. (2001). Cannabiskonsum: Konsumausmaß und Konsummuster. In akzept, Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V. (Hrsg.): Gesellschaft mit Drogen - Akzeptanz im Wandel (S. 147-161). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung
- WHO (1964): Expert Committee on Addiction-Producing Drugs: WHO Technical Report Series 14. Report, Genf
- WHO Memorandum, Bulletin of the World Health Organization 1981, 59, S. 225-242

Kontakt Daten:

Professor Dr. phil. habil. Gundula Barsch, Hochschule Merseburg, Fachbereich Soziale Arbeit, Medien und Kultur, Arbeitsgebiet „Drogen und Soziale Arbeit“, Geusaer Straße, 06217 Merseburg, Tel. 03461-462 254, [gundula.barsch@hs-merseburg.de](mailto:gundula.barsch@hs-merseburg.de)

Diplom Pädagogin, Astrid Leicht, Fixpunkt e. V., Reichenberger Str. 131, 10999 Berlin, Tel. 030-616 755 881, [a.leicht@fixpunkt.org](mailto:a.leicht@fixpunkt.org)