

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

Medikamenten-Abhängigkeit

Beruhigungsmittel – Schlafmittel – Schmerzmittel – Psychostimulanzien – Schlankheitsmittel – Designer-(Party-)Drogen – u. a.

Medikamenten-Abhängigkeit – die stille, heimliche, vornehme, weiße, weibliche oder rezeptierte Suchtform, früher auch Oberschicht- und Privatkassen-, heute eher Privatrezept-Syndrom genannt. Was ist halbwegs belegt, außer Vermutungen, Hypothesen, Unterstellungen, Schätzdaten, Hochrechnungen und Schuld-Zuweisungen? Was weiß man letztlich über Häufigkeit, Geschlecht, Alter, Zivilstand, Beruf, vor allem aber Motive, psychosoziale Hintergründe und insbesondere schicksalhafte oder selbstverschuldete Ursachen? Und nicht zuletzt: Welche Arzneimittel haben welche Folgen?

Die Medikamenten-Abhängigkeit ist in vielem noch ein Rätsel, zumal auch partnerschaftliche, berufliche, gesellschaftliche, ja kulturelle Faktoren eine Rolle spielen – zumeist schwer durchschaubar, wenn nicht gar unerkannt, heimlich, auf jeden Fall leidvoll. Suchtkranke haben keinen „guten Ruf“, müssen sich im Gegensatz zu den meisten anderen seelischen Störungen peinlich rechtfertigen, scheint doch ihr Ursachen-Anteil größer als sonst. Die Medikamenten-Abhängigen im besonderen Maße.

Nachfolgend deshalb ein ausführlicherer Versuch, das Phänomen der „Tabletten-Sucht“ von verschiedenen Seiten zu beleuchten – ohne Beschönigung, aber auch um ein gewisses Maß an Objektivität bemüht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Medikamente – Medikamenten-Abhängigkeit – Arzneimittel-Abhängigkeit – Medikamenten-Sucht – Arzneimittel-Sucht – Suchtkrankheiten – rezeptierte Sucht – stille Sucht – weiße Sucht – vornehme Sucht – Oberschicht-Syndrom – Privatkassen-Syndrom – Häufigkeit der Medikamenten-Abhängigkeit – Medikamenten-Abhängigkeit und Geschlecht – Medikamenten-Abhängigkeit und Lebensalter – Deutscher Arzneimittelmarkt – Medikamenten-Abhängigkeit und volkswirtschaftliche Kosten – Selbst-Medikation – Arzneimittel-Verordnung – Psychopharmaka und Abhängig-

keitsgefahr – Psychopharmaka-Sucht – Verschreibungs-Bedarf von Medikamenten – Medikamenten-Abhängigkeit und Rezept – Mehrfach-Abhängigkeit – Polytoxikomanie – Multiple Substanz-Abhängigkeit – Diagnostische Hinweise zur Medikamenten-Abhängigkeit: seelisch, psychosozial, körperlich, sozial u. a. – Verdachtshinweise auf Medikamenten-Abhängigkeit – Krankheits-Vorgeschichte bei Medikamenten-Abhängigkeit – körperliche Symptome bei Medikamenten-Abhängigkeit – Sucht-medizinische Aufnahme-Diagnostik – Medikamenten-Abhängigkeit und Suizidgefahr – Medikamenten-Abhängigkeit und erbliche Belastung – Hypothesen zu Ursachen, Auslösern und Verstärkungsmechanismen von Medikamenten-Abhängigkeit – Anspruchshaltung des modernen Menschen – Arzneimittel-Werbung – Befindlichkeitsstörungen – Healthismus – Befindens-Doping – Neuro-Enhancement – Gehirn-Doping – Medikamenten-Abhängigkeit und Beruf – Medikamenten-Abhängigkeit und biographische Ereignisse (life-events) – Medikamenten-Abhängigkeit und familiäre Häufung – Medikamenten-Abhängigkeit und frauentypische Ursachen – Freiverkauf in der Apotheke – Medikamenten-Abhängigkeit und pharmazeutische Firmen-Politik – Medikamenten-Abhängigkeit und ärztliches Rezept-Verhalten – iatrogene Medikamenten-Abhängigkeit und ärztliches Rezept-Verhalten – iatrogene Rezeptierungs-Probleme – Indikations-Lyrik – Die wichtigsten Verordnungs-Gründe von Medikamenten-Abhängigkeit – Medikamenten-Abhängigkeit bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden – Krankheitsbild und Wirkstoff – krank-machendes soziales Umfeld – Medikamente als psychosozialer Ausgleich – medikamentöse Laien-Prophylaxe – Schmerzmittel im Laien- und Leistungssport – Medikamenten-Abhängigkeit im höheren Lebensalter – die stille Sucht des älteren Menschen – Persönlichkeits-Struktur und Medikamenten-Abhängigkeit – Medikamenten-Abhängigkeit und psychodynamische Ursachen – Medikamenten-Abhängigkeit bei Randgruppen – Rezeptpflicht und Folgen – Rückenschmerzen – Suchtstoff-Wechsel – Suchtstoff-Erweiterung – Verordnungs-Automatie – Vorbildwirkung nach Nachahmungs-Verhalten – Werbe-Ideologie – Testimonials – Medikamenten-Missbrauch-Abklärung – konkrete Fragen zum individuellen Leidensbild – Medikamenten-Abhängigkeits-Abklärung – die häufigsten Medikamenten-Abhängigkeitsformen – Schmerzmittel-Abhängigkeit – Analgetika-Abhängigkeit – Schmerzmittel-Missbrauch – Schmerzmittel-Missbrauchs-Ursachen – Schmerzmittel-Abhängigkeit und Geschlecht – Schmerzmittel-Abhängigkeit und Alter – Schmerzmittel-Abhängigkeit und Beruf – Schmerzmittel-Abhängigkeit und Erbfaktoren – Vor-Schmerz-Prophylaxe – Wettervorhersage-Abusus – Schmerzmittel im Laiensport – Schmerzmittel im Leistungssport – Schmerzmittel-Kopfschmerzen – Schmerzmittel-Missbrauch und Persönlichkeitsstruktur – Schmerzmittel-Missbrauch bei chronischen Schmerzleiden – Schmerzmittel-Missbrauch und körperliche Folgen – Schmerzmittel-Missbrauch und seelische Folgen – Schmerzmittel-Abhängigkeit und Entzugserscheinungen – opiat-haltige Schmerzmittel – Opiate – Opioide – Nebenwirkungen von opiat-haltigen Schmerzmitteln – Dauerbehandlung mit opiat-haltigen Schmerzmitteln – Vergiftungsgefahr durch Opiate – Abhängigkeitsgefahr von opiat-haltigen Schmerzmitteln – Misch-Analgetika – Schmerzmittel-Kombinations-Präparate – Beruhigungsmittel – Tranquillizer – Hypnotika – Benzodiazepine – Beruhigungsmittel vom Typ der Benzodiazepine – Schlafmittel vom Typ der Benzodiazepine – Muskelrelaxantien – Antikonvulsiva – Antiepileptika – Benzodiazepin-Indikationen: Angststörungen, innere

Unruhe, Schlafstörungen, epileptische Anfälle, unwillkürliche muskuläre Bewegungsstörungen, Prä-Medikation u. a. – Nebenwirkungen der Benzodiazepine: seelisch, psychosozial, körperlich – Beschwerdebild bei mittelfristigen bis Langzeit-Gebrauch von Benzodiazepinen – paradoxe Medikamenten-Folgen durch Benzodiazepine – Überdosierungs-Erscheinungen durch Benzodiazepine – chronische Vergiftung durch Benzodiazepine – Benzodiazepin-Sucht – Abhängigkeitsgefahr durch Benzodiazepine – Benzodiazepine im höheren Lebensalter – Entzugs-Symptome durch Benzodiazepine: seelisch, psychosozial, körperlich u. a. – Mehrfach-Abhängigkeit mit Benzodiazepinen – Niedrig-Dosis-Abhängigkeit bei Benzodiazepinen – Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen – Antidepressiva und Suchtgefahr – Antihistaminika und Suchtgefahr – Barbiturate und Suchtgefahr – Benzodiazepin-Analoga und Suchtgefahr – Z-Substanzen und Suchtgefahr – Biperiden und Suchtgefahr – Bromide und Suchtgefahr – Bromureide und Suchtgefahr – Chloralhydrat und Suchtgefahr – Coffein und Suchtgefahr – Coffeinismus – Clomethiazol und Suchtgefahr – Glykolderivate und Suchtgefahr – Laxanzien und Suchtgefahr – Nasenspray – Nicht-Opioide und Suchtgefahr – Schmerzmittel mit nicht morphin-artiger Wirkung und Suchtgefahr: Salicylsäure-Derivate, Acetylsalizylsäure, Phenacetin, Paracetamol, Ibuprofen, Metamizol, Diclofenac, Naproxen, nicht-steroidale Antirheumatika u.a.m. – Opiate/Opioide und Suchtgefahr – schmerzlindernde Stoffe mit morphin-artiger Wirkung: Morphin, Codein, Pethidin, Pentazocin, Buprenorphin, L-Methadon, Tramadol, Tilidin u. a. – Psychostimulanzien – Amphetamine – Methylphenidat – Psychostimulanzien und Suchtgefahr – Psychostimulanzien und Nebenwirkungen – Psychostimulanzien und Entzugserscheinungen – Designer-Drogen – Mode-Drogen – Disco-Drogen – Harmonie-Drogen – Entactogene – Emphatogene – Glücksdrogen – Ecstasy – Liquid-Ecstasy – Ketamin – Party-Drogen: Wunschbild, Beschwerdebild, Abhängigkeitsgefahr, seelische, körperliche und psychosoziale Folgen u. a. – Therapie der Medikamenten-Abhängigkeit – Motivation eines Medikamenten-Abhängigen – Suchtberatungsstellen bei Medikamenten-Abhängigkeit – Entzug von psychotropen Medikamenten: Opiate, Opioide, Beruhungs- und Schlafmittel vom Typ der Benzodiazepine, Schmerzmittel, Misch-Analgetika, Benzodiazepin-Analoga, Psychostimulanzien u.a.m. – das Suchtbehandlungssystem mit Entzug, Entwöhnung und Nachsorge – ambulante und stationäre Rehabilitation – Sucht: Begriffsbestimmungen, Definitionen, Klassifikationen einst und heute – Drogen-Definition – Sucht-Definition – Süchtigkeits-Definition – Missbrauchs-Definition – schädlicher Gebrauch-Definition – Abhängigkeits-Definition – psychische (seelische) Abhängigkeit – physische (körperliche) Abhängigkeit – Toleranz – selektive Toleranz – Kreuztoleranz – Abhängigkeitspotential – DSM-IV-TR-Definitionen von Abhängigkeit psychotroper Substanzen – DSM-IV-TR-Definitionen von Missbrauch psychotroper Substanzen – DSM-IV-TR-Definitionen von Polytoxikomanie – ICD-10-Definitionen – akute Intoxikation durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 – schädlicher Gebrauch durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 – Abhängigkeitssyndrom durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 – Entzugssyndrom durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 – Entzugssyndrom durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 – Entzugssyndrom mit Delir durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 – weitere Störungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 – u.a.m.

ALLGEMEINE ASPEKTE

SUCHTKRANKHEITEN HEUTE

Die Einstellung der Allgemeinheit zu den Suchtkrankheiten ist ambivalent. Man liest, sieht und hört zwar viel, aber weiß letztlich immer noch zu wenig. Man hat bestimmte Vorstellungen, von denen aber die Experten behaupten, sie treffen gar nicht zu, wenigstens nicht so, wie sich der Laie „einbildet“. Man kennt den einen oder anderen Suchtkranken, aber auch nur, weil sein (End-)Zustand inzwischen so eindeutig hoffnungslos geworden ist, dass er sich nicht mehr verheimlichen lässt. Und man ahnt: Das kann nicht dem üblichen Krankheitsbild und schon gar nicht dem *Beginn* einer Sucht, also einem Sucht-Gefährdeten entsprechen.

Und genau dort müsste man mehr Kenntnisse haben – aber woher? Trotz einer wachsenden Flut an Informationen fehlt es an konkreten Beispielen, die man auch als Laie nachvollziehen könnte.

Und auch die verschiedenen Suchtarten selber vermitteln (oder besser: versperren) den Zugang ganz unterschiedlich. Am meisten hört man über Rauschdrogen, die spektakulärste Suchtform. Hier fällt das Urteil der Öffentlichkeit eindeutig aus, auch wenn es zur Liberalisierungs-Frage Unterschiede geben mag (d. h. Freigabe, aber was, wem, wo und wie?).

Schwieriger wird es schon bei den Genussmitteln Alkohol und Tabak, die manchmal sogar als Genussgifte bezeichnet werden. Das aber sind nicht nur legale Drogen, sie gestalten auch die gesellschaftlichen Bedingungen mit und werden sogar in einer Intensität beworben, wie sie sonst kaum mehr anzutreffen ist. Trotzdem ahnt man schon, dass es wohl mehr Alkoholkranke unter uns gibt als nur die offenbar ständig betrunkenen Obdachlosen, Stadt- und Landstreicher, die man damit am ehesten gleichzusetzen pflegt. Und dies nicht nur beim berüchtigten „Koma-Saufen“ unter Jugendlichen, sondern beim immer häufiger werdenden heimlichen Alkohol-Missbrauch im höheren Lebensalter (z. B. „Gesundheits-Tropfen“ u. a.).

Noch heikler wird es bei den Rauchern, besonders nach dem Rauch-Verbot in öffentlichen Räumen. Dass es Ketten-Raucher gibt, ist bekannt. Aber sehen selbst die aus wie Süchtige? Nein, die meisten von ihnen sind unauffällig und gelegentlich sogar erfolgreich (und berühmt, wie beispielsweise ein Alt-Bundeskanzler). Immer häufiger sind es sogar junge Menschen, vor allem weiblichen Geschlechts. Man schaue sich nur einmal kritisch um, wer raucht. Man wird überrascht, ja schockiert sein. Sind die auch schon süchtig oder zumindest sucht-gefährdet? Die Gefahr besteht, wenn nicht heute, dann ggf. morgen, wenn sich nichts ändert.

Kurz: Es ist schwer, sich vorzustellen, dass von den legalen Genussgiften Hunderttausende abhängig und Millionen bedroht sein sollen.

Und dann das Phänomen der so genannten „neuen Süchte“, das immer häufiger die Medien und damit die Öffentlichkeit beschäftigt: Ess-Sucht, Spiel-, vor allem Glücksspielsucht, Kaufsucht, Fernsehsucht, Telefonsucht (Handy), Internetsucht, Sexsucht, ja Arbeitssucht („Workaholic“) usw.

Ist das tatsächlich süchtiges Fehlverhalten von Krankheitswert oder sind das alltägliche Verhaltensweisen, auch wenn sie mitunter und höchstens im unglücklichen Einzelfall zu entgleisen drohen – dabei in ihrem psychologischen Grundmuster noch nicht einmal neu sind?

Und dann: Wenn z. B. Arbeits- und Rauschgiftsucht zu den gleichen krankhaften Phänomenen gehören sollen, wird es dann nicht noch schwerer, die stoffgebundenen-Suchtformen Alkoholismus, Rauschdrogen, Tabak usw. so ernst zu nehmen, wie es die Experten dauernd fordern? Kommt damit zu der vielerorts praktizierten „Ideologisierung“ des Begriffes Sucht nicht auch noch eine „präventions-strategische Inflationierung“, wenn nicht gar „medien-typische Katastrophisierung“ hinzu, die alles relativiert – mit entsprechenden Verharmlosungsfolgen?

Und dann das vielleicht größte Verständnis-Problem: die Medikamenten-Sucht. Was sind Medikamente? Heilmittel für schwere, sonst durch nichts behebbare seelische und körperliche Leiden – und vor allem von den zuständigen Experten verordnet und ausgehändigt, nämlich von Arzt und Apotheker. An wen soll man sich denn halten, wenn nicht an die Fachleute, dazu noch in beeinträchtigtem Zustand? Und wenn tatsächlich einige Medikamente zur Sucht führen, was gibt es für Alternativen, um das quälende Beschwerdebild zu lindern?

Und überhaupt: Wie sieht eigentlich ein Tabletten-Süchtiger aus? Wenn es wirklich davon Hunderttausende geben soll, wo sind sie zu finden und wie kann man sie erkennen? So schlimm können die Ausfälle doch nicht sein, wenn eine solch große Zahl von Betroffenen nirgends auffällt (ironische Frage: wo verstecken sich Hunderttausende von Medikamenten-Süchtigen)?

Medikamenten-Abhängigkeit: die rezeptierte, stille, weiße, vornehme Sucht

In der Tat: Die Medikamenten-Abhängigkeit scheint die meisten Fragen offen zu lassen. Das äußert sich schon in den mehr oder weniger treffenden Schlagwörtern, mit denen Patienten, Angehörige und Fachleute das Phänomen charakterisieren:

Dass Medikamenten-Abhängigen eine ärztliche Verordnung entgegenkommt (deshalb „rezeptierte Sucht“). Oder dass sich alles – im Gegensatz zu anderen Suchtformen – meist ohne großes Aufhebens abspielt („stille Sucht“). Oder dass es sich nicht um eine so verpönte Suchtform wie bei Rauschdrogen und Alkohol handelt („weiße Sucht“: teils im übertragenen Sinne, aber auch wegen der häufigen Tablet-

tenfarbe weiß). Und schließlich dass sie immer häufiger die so genannten „besseren Kreise“ betreffen soll („vornehme Sucht“), bei denen man mutmaßt, dass die Ärzteschaft weniger streng oder konfrontativ vorgeht („Oberschicht-Syndrom“, „Privatkassen-Syndrom“).

Dazu wäre viel zu sagen und ist in letzter Zeit durch entsprechende Fachliteratur auch Entscheidendes beigetragen worden (siehe Literaturverzeichnis), insbesondere vonseiten der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, von den Landesärztekammern, vor allem der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und durch die Leitlinien zur Behandlung der Medikamenten-Abhängigkeit in den verschiedenen psychiatrischen Fachkliniken. Fairerweise nicht zu vergessen die Medien, allen voran Print-Medien und Hörfunk, aber auch das Fernsehen und in letzter Zeit verstärkt das Internet.

Doch man muss auch zugeben: Die Medikamenten-Abhängigkeit stellt in der Tat vor große und offensichtlich wachsende Probleme, und zwar sowohl qualitativ (Art der sucht-riskanten Substanzen) als auch quantitativ (wachsende Zahl und zwar in allen Bereichen, d. h. Alter, Sozialschicht, Berufsstand, Ursachen und Auslöser). Und dies nicht nur für die Betroffenen, sondern auch Arzt, Apotheker, Gesetzgeber und Medien (Letztere insbesondere durch entsprechende Werbung, bei denen sicher so mancher verantwortungsbewusste Redakteur seine „Bauchschmerzen“ hat). Ja, die gesamte Gesellschaft und auch hier nicht nur diejenigen, die Verantwortung tragen, zunehmend auch solche, die sich darüber bisher weniger Gedanken gemacht haben dürften (z. B. Eltern, Lehrer, Ausbilder usw.).

Auf jeden Fall wird das allgemeine Interesse an diesem folgenschweren Phänomen unserer Zeit und Gesellschaft immer größer. Ihm sollen deshalb nachfolgende Ausführungen in weitgehend allgemeinverständlicher Form dienen.

HÄUFIGKEIT – GESCHLECHT – LEBENSALTER

Die *Häufigkeit* jeglicher Suchtform ist statistisch nicht exakt zu fassen. Das liegt schon in der Natur dieser meist verheimlichten Störungen. Deshalb bringt es auch nichts, auf die verschiedenen Schätzdaten und Analogieschlüsse einzugehen. Eines ist auf jeden Fall sicher, insbesondere bei der Medikamenten-Abhängigkeit: Die Dunkelziffer ist höher als bei allen anderen Leiden. Man muss von mehr Betroffenen ausgehen, als die vorliegenden Vermutungen nahe legen.

Entsprechende Studien geben immerhin einen vergleichbaren Richtwert, je nach untersuchtem Kollektiv (z. B. durch forschungs-aktive Krankenkassen bezüglich ihrer Versicherten). Legt man die verfügbaren Daten zugrunde (die sich allerdings in der Regel auf weiter zurückliegende Zeiträume beziehen müssen, also auch nicht den aktuellen Trend widerspiegeln), dann kann man derzeit folgende Schlussfolgerung ziehen:

- Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt existieren ca. 10.000 verschreibungspflichtige Medikamente. Dazu kommt eine wachsende Zahl nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Diese werden in über 40.000 Darreichungsformen angeboten. Etwa 6% aller Medikamente haben ein nachgewiesenes Abhängigkeits-Potential. Jährlich werden ca. 1,7 Milliarden Packungen verschrieben. Das betrifft überwiegend die niedergelassenen Ärzte, aber auch Krankenhäuser, die ihre Patienten dann wieder an die Haus- und Fachärzte zurück überweisen. Insgesamt beträgt der Medikamenten-Umsatz pro Jahr über 35 Milliarden Euro (jährliche Steigerungsrate des Umsatzes generell: ca. 8%, bei psychotropen Medikamenten sogar 15%).
- In Deutschland sollen etwa 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen von ärztlich verschriebenen Medikamenten abhängig geworden sein. Das sind auf die Gesamtbevölkerung gerechnet zwar „nur“ etwa 2%, doch kommt dazu noch eine sehr hohe Dunkelziffer von zusätzlich medikamenten-abhängigen Mehrfach-Suchtkranken – s. später.
- Weitere 1,7 Millionen sollen als mittel- bis hochgradig gefährdet eingestuft sein, eine Medikamenten-Abhängigkeit zu entwickeln.

Demnach sei davon auszugehen, dass etwa jeder 20. erwachsene Bundesbürger akut von einer Medikamenten-Abhängigkeit oder dem Missbrauch von Medikamenten mit Suchtpotential betroffen ist.

- Hinzu kommen jene Personen, die rezeptfreie Arzneimittel missbrauchen und somit schwer zu erfassen sind.
- Frauen sind offenbar doppelt bis dreimal so häufig von einer Medikamenten-Abhängigkeit betroffen.
- Die Häufigkeit steigt ab dem 40. Lebensjahr an. Ab dem 60. Lebensjahr stellt der „nicht-verschreibungsgemäße Gebrauch psychotroper Medikamente“ ein weit verbreitetes Problem dar, wie es die Experten nennen. Oder kurz:

Frauen im Speziellen und Ältere im Allgemeinen sind besonders gefährdet.
--

- Die volkswirtschaftlichen Folge-Kosten der Medikamenten-Abhängigkeit liegen nach Angaben des Gesundheitsministeriums bei geschätzten ca. 14 Milliarden Euro jährlich.

Selbst-Medikation und ärztliche Rezeptierung

Die Selbst-Medikation ist dabei nicht unerheblich beteiligt, insbesondere was Schmerzmittel in Kombinations-Präparaten anbelangt (Einzelheiten s. später).

Das größere Problem aber scheint auf ärztliche Rezeptierungen zurückzugehen. Dabei liegen die Schwerpunkte offenbar nicht einmal bei ernsteren Erkrankungen. Häufig tragen die Patienten ihrem Arzt eher unspezifische Beschwerden vor, die ihre Leistungsfähigkeit und Lebensqualität einschränken sollen. Beispiele: Befindensschwankungen, Konzentrationseinbußen, Schlafprobleme u. a. Das zieht den Wunsch nach einer schnellen medikamentösen Hilfe nach sich, und zwar ohne Änderung der tatsächlichen Belastungen oder gar des eigenen Lebensstils. Gefordert ist eine Sofort-Lösung.

Dazu kommt der Zeitdruck in der ärztlichen Sprechstunde, der bei 50 bis 70 Arzt-Patienten-Kontakten (in Einzelfällen das Doppelte!) und 80 bis 100 Verschreibungen pro Tag seinen Preis fordert. Stichwort: Komprimierung ärztlicher Entscheidungsfindung, oder kurz: Zeit-Druck, vom begrenzten Leistungs-Rahmen des Arztes ganz zu schweigen.

Bei pflegebedürftigen Patienten, die aufgrund der an sich erfreulichen Zunahme der Lebenserwartung immer häufiger betreut werden müssen, ist es oft der Wunsch der Angehörigen, der Sozialstation oder des Pflegepersonals, der einen Einsatz an Medikamenten jeglicher Art, vor allem aber Psychopharmaka erhöht. Das führt im Laufe der Zeit dann zu einer Eigen-Dynamik der Arzneimittel-Verordnung. Oder kurz: Es läuft weiter, denn die Wirkung ist zumeist zufrieden stellend, die Nebenwirkungen halten sich (scheinbar) in Grenzen und die drohende Sucht-Gefahr wird bei dieser Patienten-Gruppierung ohnehin kaum (mehr) hinterfragt.

Deshalb die entsprechenden Hinweise der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, die besagen: Für den niedergelassenen Arzt bedeutet dies, dass er – statistisch gesehen – mindestens einmal am Tag in seiner Praxis einem manifest medikamenten-abhängigen Patienten begegnet und einem weiteren, der akut gefährdet ist. Angesichts der Tatsache, dass abhängige Patienten aufgrund ihres Verschreibungs-Bedarfs (Rezept) überdurchschnittlich häufig Ärzte aufsuchen, dürfte die Kontakt-Häufigkeit in der (Hausarzt-)Praxis sogar noch höher liegen.

Wo liegen die Gefahren-Schwerpunkte?

Im Vergleich zu den anderen großen Gruppen von Substanz-Abhängigkeiten (wie es die Fachleute nennen, allgemeinverständlich ausgedrückt also Suchtkrankheiten) sollen die Arzneimittel-Abhängigen demnach nach der Tabak-Abhängigkeit an zweiter Stelle und dabei anteilmäßig noch vor der Alkohol-Abhängigkeit stehen. Dabei sind allerdings erhebliche Überschneidungs-Bereiche einzukalkulieren (Fachbegriffe: Mehrfach-Abhängigkeit, Polytoxikomanie, Multiple Substanz-Abhängigkeit, kurz: wenn eine Suchtform zur anderen kommt, z. B. alkoholkrank und tabak-abhängig).

Die Frage, was am häufigsten missbraucht wird, ist offenbar ebenfalls nicht exakt zu klären. Früher führten Beruhigungs- und Schlafmittel vom Typ der Benzodiazepine

pine, gefolgt von Schmerz- und Hustenmitteln mit morphinartiger Wirkung bzw. entsprechen Zumischungen. Dann hieß es wieder, das größte Problem seien Schmerzmittel vor Schlaf- und Beruhigungsmitteln, gefolgt von Anregungs- und Abföhmitteln sowie Appetitzüglern.

In den Hinweisen der Bundesärztekammer (die sich auf bestimmte epidemiologische Untersuchungen stützt) wird wieder davon ausgegangen, dass etwa 80% der 1,5 bis 1,9 Millionen Medikamenten-Abhängigen zu den Opfern von Beruhigungsmitteln (Fachbegriff: Tranquilizer) vom Typ der Benzodiazepine gehörten.

Was auch immer: Es finden sich zwar ständige Verschiebungen von Konsum-, Missbrauchs- und Abhängigkeits-Schwerpunkten, das Problem, d. h. seelisches Elend, körperliche Beeinträchtigungen und psychosoziale Konsequenzen der Betroffenen, bleibt immer gleich – von den steigenden Kosten ganz zu schweigen.

Weshalb Sucht-Krankheiten so schwer diagnostizierbar sind

Die meisten psychiatrischen Krankheitsbilder sind ausgesprochen schwer zu diagnostizieren. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Kranken von einem häufig diffusen, schwer beschreibbaren, nicht nur seelische, sondern auch körperliche (treffender: psychosomatisch interpretierbare) und psychosoziale Beeinträchtigungen aufweisenden Beschwerdebild irritiert werden. Und ihre Angaben trotz guten Willens wenig ergiebig zu sein pflegen (alter Lehrsatz: „Je diffuser, desto psychogener“).

Manchmal will sich der Patient auch nicht untersuchen lassen und bisweilen will er zwar ärztliche Hilfe, lockt aber – bewusst oder unbewusst – auf eine falsche Fährte. Bei den Suchtkrankheiten kann alles eine Rolle spielen, nicht zuletzt die wenig eindeutige Symptomatik und gezielte, ja verzweifelte Verheimlichungs-Tendenzen.

So kommt es, dass vor allem Medikamenten-Abhängige von den niedergelassenen bzw. klinisch tätigen Nicht-Psychiatern nur selten, von Nervenärzten und sogar Psychiatern in entsprechenden Fach-Kliniken nicht in jedem Fall erkannt werden (können). Manche Kritiker spotten deshalb, dass die Fehldiagnose die häufigste Diagnose beim Arzneimittelsüchtigen sei (siehe auch obige Schlagworte).

Schon die Mehrzahl der heutigen Rauschdrogen-Generation gibt sich so unauffällig wie möglich, um nicht aufzufallen und sich vor allem den Weg zu den Ersatzstoffen nicht zu verbauen (Beruhigungs-, Schlaf- und (opiathaltige) Schmerzmittel, Psychostimulanzien usw.).

Nikotin-Süchtige werden häufig nicht einmal als solche erkannt, selbst wenn die äußerlichen Hinweise bereits unübersehbar sind (z. B. Ausdünstung oder gar gelbgefärbte Fingerspitzen). Sogar die meisten Alkoholiker fallen nicht auf, weil man sich vom falschen Bild des abgewrackten Trunksüchtigen in die Irre leiten lässt und vergisst, dass der Alkohol-Missbrauch in allen Schichten vorkommt – und die Alko-

hol-Abhängigkeit auch (es gibt berühmte, sowohl historische als auch aktuelle Beispiele, da kann man sich nur wundern).

Am wenigstens fallen jedoch die Tabletten-Abhängigen auf, insbesondere die so genannten „stabilen Abhängigen“. Bei ihnen ist letztlich nur im Entzug und dann bei eindeutigen Abstinenz-Symptomen ein gezielter Verdacht möglich. So lange die Stoffzufuhr gesichert ist, sind aber keine Entzugserscheinungen zu erwarten, höchstens Nebenwirkungen, die aber gerade in diesem Fall auf alles andere geschoben werden. Bei stabiler Abhängigkeit ist sogar einem nicht geringen Teil der Patienten selbst nicht klar, dass er süchtig ist. Bei der ärztlichen Diagnose ohne „geschöntes Herum-Reden“ fallen sie dann in der Regel aus allen Wolken.

Diagnostische Hinweise

Deshalb einige Hinweise auf verschiedenen Ebenen mit der Frage: Was ist im Hinblick auf Missbrauch oder Abhängigkeit verdächtig, und zwar sowohl bezüglich Ursachen als auch Folgen? Zuerst allgemeine Hinweise, danach einige Beispiele dafür, was (Fach-)Ärzte in ihrer Aufnahme-Diagnose zu beachten haben. Im Einzelnen:

- **Psychische und psychosoziale Aspekte:** Bei vielen Suchtkranken im Allgemeinen und Medikamenten-Abhängigen im Besonderen finden sich vorangehende seelische Störungen oder gar ernste Krankheiten. So etwas erfährt man allerdings nur, wenn man eine exakte Eigen- und Fremd-Anamnese (Erhebung der Vorgeschichte) durchführen kann (darf!), einschließlich Arztbriefe, Krankengeschichten usw. (sofern die Einwilligung des Patienten vorliegt). Weitere Einzelheiten siehe später.
- **Körperliche Aspekte:** Hier finden sich als mögliche Ursachen beispielsweise Übergewicht/Fettsucht (Appetitzügler?), vor allem aber chronische Schmerzzustände (Schmerz- und Schlafmittel) sowie als spätere Sucht-Folgen gehäufte Traumata (Stürze, Frakturen, Verletzungen, Blutergüsse) sowie Brandwunden, Einnässen/Einkoten ohne erklärbaren Grund. Ferner natürlich Labor-Befunde (speziell Leber), bestimmte Antikörper, Herz-Kreislauf-Symptome u. a.

Vorsicht: Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten werden übertrieben oder simuliert, um den Arzt zur gewünschten Verschreibung zu bewegen. Gehäufte Infektionen, oft mit außergewöhnlichen Erregern (Tetanus, Pilze) weisen auf (Selbst-)Injektionen unter Vernachlässigung der hygienischen Regeln hin. Krampfanfälle (nicht zuletzt nachts: blutiges Kopfkissen durch Zungen- oder Wangenschleimhaut-Biss, Einnässen, Einkoten, Blutergüsse usw.) sind auf Entzug süchtig-machender Arzneimittel verdächtig; ähnliches gilt für ein epilepsie-verdächtiges Elektroenzephalogramm (EEG/Hirnstrombild). Bei allgemeiner Kachexie (Auszehrung) ist an schwere Medikamenten-Abhängigkeit oder Mehrfach-Abhängigkeit (Polytoxikomanie) im Spätstadium zu denken.

- **Soziale Aspekte:** Wichtige Hinweise sind familiäre Schwierigkeiten bis zur Trennung/Ehescheidung, gehäufte Fahr-, Betriebs- und Hausunfälle, Nachlassen der Leistung, häufiger Arbeitsplatz-Wechsel und -Verlust, ggf. beruflicher Abstieg.

Später unter Umständen kriminelle oder halbkriminelle Praktiken zur Medikamenten-Beschaffung. Beispiele: Simulierung von Krankheitszeichen, Beschaffung durch Dritte, Rezept-Fälschung bzw. -Diebstahl, Überreden des Apothekenpersonals zur Abgabe ohne Verschreibung, Arzneimitteldiebstahl, Apothekeneinbrüche, Bedrohung von Arzt, Apotheker bzw. deren HelferInnen. Weitere Einzelheiten s. später.

Verdachtshinweise bei Vorgeschichte und ärztlicher Untersuchung

Wie geht nun der Arzt vor, wenn er eine Medikamenten-Abhängigkeit vermutet?

Vor allem weiß er eines: Zwar gibt es Patienten, die von selber kommen und offen und glaubwürdig über ihre Suchtgefährdung berichten – aus welchen Gründen auch immer. Doch die Regel ist dies nicht. Wenn man also nicht schon vorinformiert ist oder einen konkreten Verdacht hat und vor allem der Mitarbeit des Betroffenen sicher sein darf, muss man sehr vorsichtig vorgehen. Medikamenten-Abhängige machen hier keine Ausnahme, im Gegenteil.

Deshalb muss man sich – ähnlich wie bei der Alkoholkrankheit – mit einer indirekten Diagnose-Strategie anfreunden, auch als „Umgehungs-Diagnose“ bezeichnet. Einzelheiten würden in diesem Rahmen zu weit führen, doch reicht die Empfehlung:

Die Verdachtsdiagnose „Sucht“ nur dann zu Beginn einer Exploration/Untersuchung direkt ansprechen, wenn man sich Offenheit und Kooperationswilligkeit des Patienten auch sicher sein kann. Denn die Verheimlichungs-, zumindest aber Beschönigungs-Tendenz Arzneimittel-Abhängiger ist bisweilen größer als die anderer Suchtkranker.

- **Krankheits-Vorgeschichte**

Es gilt also erst einmal eine umfassende Anamnese, d. h. *Krankheits-Vorgeschichte* zu erheben. Dabei wird man dann einiges finden, was einen gewissen Hinweiswert beanspruchen kann; mehr aber oft auch nicht. Gleichwohl komplettiert sich das diagnostische Mosaik langsam, aber stetig. Auch fasst der Patient mehr Vertrauen, wenn man ihn nicht gleich als Süchtigen abzustempeln scheint, sondern vor allem seine psychosozialen Sorgen und Nöte des Alltags, die der süchtigen Entwicklung häufig vorauszugehen pflegen (partnerschaftlich, familiär, beruflich, Nachbarschaft u. a.) und die daraus folgenden Beschwerden ernst nimmt.

Wenn sich das Gespräch langsam auf die Sucht-Anamnese zuzubewegen beginnt, sollte man zunächst die sozial akzeptierten Genussmittel Nikotin und Coffein ansprechen (Patienten mit Arzneimittel-Abhängigkeit pflegen häufiger als der Durchschnitt zu rauchen und reichlich Kaffee zu trinken, wenngleich nicht immer so ex-

trem wie bisweilen Alkoholabhängige). Diese „Missbrauchs-Schiene“ wird am ehesten als „gesellschafts-typische Suchtgefahr“ akzeptiert und vermittelt einen gewissen Hinweis auf die Gesamtgefährdung bzw. die entsprechende Persönlichkeitsstruktur.

Mitunter wurde der Zigaretten-Konsum (Pfeife und Zigarre spielen nur selten eine Rolle) schon erfolgreich überwunden, war aber „früher tatsächlich ein Problem“. Danach kann man sich der Alkohol-Anamnese nähern. Sie wird schon nicht mehr so freimütig diskutiert und bedarf bisweilen eines gewissen „moralischen Entgegenkommens“ („tun, was man tut, und gesellschaftlich oft noch dazu gezwungen sein“), sonst wird der Patient misstrauisch, einsilbig oder bagatellisiert ab jetzt alles, was „gegen ihn ausgelegt werden könnte“. Auch hier muss man auf frühere Trinkphasen achten, weil beispielsweise nicht wenige Tranquilizer-Abhängige (auch weiblichen Geschlechts!) früher alkoholgefährdet waren.

Wenn es an die Medikamenten-Anamnese geht, sollte man sich erst einmal bei den nicht-psychotropen Arzneimitteln aufhalten (Herz, Kreislauf, Magen-Darm, Stoffwechsel usw., die größten Kosten entstehen beispielsweise durch Erkrankungen des Immunsystems, durch Krebs, Diabetes, Schmerzen und Rheuma). Nach und nach kann man sich auch Arzneimitteln mit Suchtgefahr nähern, wobei manche Ärzte behaupten, Schmerzmittel würden eher zugestanden als Schlafmittel und diese leichter als Tranquilizer oder gar Psychostimulanzien. Chronische Schmerzzustände und längere Schlaflosigkeit entschuldigen offenbar eher ein Abrutschen in die Sucht als Nervosität, Stimmungslabilität, funktionelle Beschwerden usw. oder gar chemische Aktivierung.

Wichtig: Bei der Erhebung der Medikamenten-Anamnese zunächst Dosis (in der Regel zu hoch) und Beschaffungsweg ausklammern (meist dubios, häufig Parallel-Konsultationen mehrerer Ärzte, die nichts voneinander wissen). Die überlange Dauer wird noch am ehesten eingestanden, meist entschuldigt durch das entsprechende Beschwerdebild, das sich nicht bessern wollte.

Wenn ein Patient übrigens mehrere Arzneimittel einer Suchtstoffklasse genau kennt, womöglich sogar Packungsgröße, Hersteller, Tablettenform und -größe nennen kann, ist dies ggf. kein unwichtiger Hinweis. Denn praktisch jeder Arzneimittel-Abhängige kann „seinen“ Suchtstoff genau benennen und beschreiben, oft genug auch Alternativ-Präparate gleicher pharmakologischer Wirkung.

Auf jeden Fall muss man schließlich ins Detail gehen, d. h. – fachlich gesprochen – nach subjektiver Wahrnehmung des Wirk-Effektes, nach Zeitverlauf des Wirkungs-Anflutens und schließlich nach Entzugs-Symptomen fragen. Oder auf Deutsch: Für was hilft es, wie lange braucht es bis zur Wirkung und was droht, wenn man die nächste Einnahme verpasst hat oder aufhören wollte.

Vor allem Letzteres, die Entzugs-Beschwerden sind nicht unwichtig, weil die meisten Medikamenten-Abhängigen schon ein- oder mehrmals versucht haben, mit ei-

gener Kraft von ihrer „chemischen Krücke“ wegzukommen – oft vergebens. Die folgenden Ausführungen zeigen, weshalb dies oft genug ohne ärztliche, ja klinische Unterstützung nicht zu gehen scheint.

Schließlich soll man sich als Arzt alle in der letzten Zeit eingenommenen Arzneimittel aufzählen lassen. Manche Patienten sind auf ein, d. h. „ihr“ Präparat fixiert. Andere wechseln aus verschiedenen Gründen, nicht zuletzt deshalb, um sich einreden zu können, nicht von *diesem* Medikament abhängig zu sein, obgleich sie wissen oder ahnen, dass sie nur den Wirkstoff innerhalb der gleichen Stoffklasse, manchmal sogar nur den Präparate-Namen gewechselt haben. Auch soll man sich die Tabletten und Schachteln ruhig zeigen lassen. Viele Arzneimittel-Abhängige tragen einen „Notvorrat“ bei sich (Handtasche, Pfeifentasche, Geldbeutel usw.), ohne den sie sich zuletzt nicht mehr „auf die Straße wagen“.

- **Körperliche Symptome**

Bei der *körperlichen Untersuchung* fallen vor allem Blutergüsse (Fachbegriff: Hämatome) verschiedenen Alters (und damit Farbe) auf, und zwar besonders an Becken- und Schultergürtel sowie Armen und Schienbeinen. Dabei muss man allerdings Alkoholismus und andere, zur Geh- und Stand-Unsicherheit (Fachbegriff: Ataxie) führende Erkrankungen ausschließen. Auch Traumata (Verwundungen, Verletzungen) und Verbrennungen sind häufig.

Injektions- und Abszess-Narben sowie Pigmentierungen im Bereich venöser Stauungen legen eine parenterale Suchtstoffzufuhr nahe, sagen die Mediziner. Auf Deutsch: Einstich-Stellen, abgeheilte Vereiterungen sowie dunkle Hautstellen können auf den Einsatz von Spritzen hinweisen.

Die Einnahme von Beruhigungsmitteln führt zur Muskeler schlaffung und geringeren Ausprägung der so genannten Muskel-Eigenreflexe (das bekannte (Reflex-)Hämmerchen des Arztes).

Im Entzug kommt es häufig zu vegetativen Entgleisungen: Schweißausbrüche, Zittern, gesteigerte Eigenreflexe – und enthemmte Fremdre reflexe (Einzelheiten siehe Fachliteratur). Zungenbiss-Narben weisen auf frühere Entzugs-Krampfanfälle hin.

Eine auffällige körperliche Verwahrlosung ist möglich, aber deutlich seltener als beim Alkoholismus oder Rauschdrogenkonsum, von der Mehrfach-Abhängigkeit ganz zu schweigen.

Auf die Bedeutung des Elektroenzephalogramms (EEG/Hirnstrombild) wurde bereits eingegangen (z. B. Barbiturate, barbiturat-ähnliche Substanzen und Benzodiazepine – s. später).

Auch lassen sich praktisch alle Suchtstoffe im Urin mit immunologischen Methoden ohne großen Aufwand nachweisen (meist Gruppennachweis), ergänzt durch Dünnschichtchromatographie und/oder Gaschromatographie/Massenspektrometrie.

Letztere erfordern allerdings ein spezialisiertes Labor. Quantitative Werte liefern Plasma-Konzentrationsbestimmungen. Einzelheiten siehe die entsprechende Spezial-Literatur. Allerdings soll hier eine kurz gefasste Übersicht folgen, was eine (psychiatrische Fach-)Klinik ihren Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und dem Pflegepersonal bei Verdacht auf Medikamenten-Anhängigkeit empfiehlt (modifiziert nach den Leitlinien zur Behandlung der Medikamenten-Abhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen durch das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, 2009):

Sucht-medizinische Aufnahme-Diagnostik

Die Aufnahme eines Patienten mit Verdacht auf Sucht-Problemen generell und einer Medikamenten-Abhängigkeit im Speziellen erfolgt nach inzwischen allgemein gültigen Aufnahme-Standards. Dazu gehören:

- **Anamnese:** Ausführliche Erhebung der Krankengeschichte des Patienten, wobei bei lückenhafter oder widersprüchlicher Eigen-Anamnese (des Betroffenen selber) fremd-anamnestische Angaben (seines näheren Umfelds) erhoben werden sollen. Dabei geht es auch um die Frage, ob die geklagten Symptome nur im Zusammenhang oder auch unabhängig von einem noch zu bestätigenden Substanz-Konsum oder einem entsprechenden Entzugs-Beschwerdebild auftreten. Im Einzelnen:
 - Wichtig ist vor allem der *aktuelle Aufnahme-Anlass*, d. h. auslösende Situation sowie wer, was, warum, wie und mit wem? Nicht zu vergessen die rechtliche Situation der stationären Aufnahme und die Behandlungs-Motivation (wie steht es mit dem Gesundheits-Bewusstsein und seiner Umsetzung im Alltag).
 - Danach folgt die so genannte *störungs-spezifische (Sucht-)Anamnese*, ein wichtiges Untersuchungsfeld. Beispiele: aktuelle Medikamenten-Einnahme, Regelmäßigkeit, Dosis-Schwankungen, letzte Einnahme, aktuelle konsum-bezogene gesundheitliche oder soziale Probleme u. a.
 - Spezifische Aspekte der Medikamenten-Einnahme, d. h. erster Konsum, Beginn des regelmäßigen Konsums, erste konsum-bezogene gesundheitliche oder psychosoziale Schwierigkeiten u. a.
 - Abstinenz-Perioden, Auslöser für erneuten oder wieder vermehrten/ problematischen Konsum einschließlich Rückfallgefahr.
 - Vergiftungs- oder Entzugs-Komplikationen: so genannte Hochdosis-Intoxikationen mit notfallmäßiger Aufnahme, cerebrale (Gehirn-)Krampfanfälle, Delire, protrahierte (verlängerte) Entzugs-Beschwerden usf.
 - Bisherige sucht-spezifische Behandlungs-Vorerfahrungen (ambulant, teil-stationär, voll-stationär), d. h. Entgiftungs-, qualifizierte Entzugs-Behandlungen und Entwöhnungs-Therapie (medizinische Rehabilitation einschließlich sucht-spezifischer medikamentöser Behandlung).

- Kontakt zu psychosozialen (Sucht-)Beratungsstellen und/oder Selbsthilfegruppen.
 - Kennzeichnende Merkmale für ein Abhängigkeits-Beschwerdebild in den letzten 12 Monaten, d. h. Suchtdruck, Toleranz-Entwicklung, erste Entzugs-Erscheinungen, Minderung der Kontrolle, exzessive Substanz-Einnahme, seelische und psychosoziale Einengung auf den Suchtmittel-Konsum, Fortsetzung trotz gesundheitlicher oder sozialer Konsequenzen u. a.
 - Substanz-Wirkung auf Stimmung, Verhalten und kognitive (geistige) Leistungsfähigkeit.
 - Verhaltens- und Bedingungs-Analysen des Medikamenten-Konsums. Beispiele: durch negative Emotionen (d. h. Gemütsschwankungen) oder ein trinkendes soziales Umfeld, d. h. Auslöse-Bedingungen, Konsum-Verhalten, kurz- und langfristige Auswirkungen, ggf. im Zusammenhang mit begleitenden seelischen und psychosozialen Störungen.
 - Konsum anderer psychotroper Substanzen (aktuell oder früher) wie Alkohol, Tabak, Haschisch/Marihuana, „Partydrugs“, Kokain, Opioide u.a.m.
 - Nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten (so genannte Verhaltens-Süchte) wie Spiel-, Internet- oder Kaufsucht usf.
 - Eigenes Erklärungs-Modell des Patienten (warum, wieso, weshalb, durch wen).
 - Versuch, die Motivation des Patienten zu erfragen: Veränderungs-Ziele und -Motivation, Behandlungswünsche usf.
- *Psychiatrische Anamnese*: Befinden (seelisch, körperlich, Umfeld).
 - Suizidgefahr (früher, jetzt).
 - Art der seelischen Störung bzw. ihrer Beschwerden.
 - Wie wird der Patient mit seinen Problemen fertig, wie hoch ist seine Stress-Toleranz, z. B. auf posttraumatische Belastungen.
 - Behandlungs-Erfahrung bezüglich seelischer Störungen (ambulant, stationär, rehabilitativ) einschließlich medikamentöser Therapie.
 - Aktuelle psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung einschließlich medikamentöser Maßnahmen.
 - Körperliche und seelische Reaktionen.
 - Kommunikations-Fähigkeiten oder -Einbußen (Aufmerksamkeit, Orientierung, Wahrnehmung).

- Selbst-Wahrnehmung einschließlich Selbst-Wertgefühl, Körperbild usf.
- *Biographische Anamnese*: Eltern (Alter, Beruf, Familienstand) und Geschwister (desgleichen, dazu Position des Patienten in der Geschwisterreihe), weitere wichtige Bezugspersonen.
 - Erziehungs- und Kommunikationsstil im Elternhaus („Atmosphäre“).
 - Kritische Lebensereignisse (Trennung der Eltern, Tod eines Angehörigen, Umzug, Schulwechsel).
 - Seelische Verwundungen (sexuelle und/oder körperliche Gewalt, Vernachlässigung) in Kindheit/Jugend und ggf. im weiteren Lebensverlauf.
 - Beziehungen: Kontakt-Verhalten in Kindheit und Jugend, Freunde und Partnerschaften, Beziehungswünsche und Beziehungsmuster.
 - Ausbildung und Beruf (Leistungsfähigkeit, Leistungsknicks, Vorlieben und Wünsche, Stärken und Schwächen).
 - Werte und Normen.
- *Familien-Anamnese*: Gesundheitszustand der Eltern, der Geschwister und naher Angehöriger.
 - Rolle/Beziehungen (Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, Schule, Arbeitsplatz).
 - Liegt ein problematischer Umgang von Angehörigen mit psychotropen Substanzen vor? Ggf. seelische Störungen inklusive Suizidversuche/Suizide? Verhaltensauffälligkeiten, Ess-Störungen, Störungen der Impulskontrolle wie pathologisches Spielen?
- *Körperliche Anamnese*: aktuelle und früher körperliche Beschwerden und Vor-Erkrankungen und ihre Behandlungen.
 - Operationen, Unfälle, Schädel-Hirn-Verletzungen usf.
 - Vegetative Störungen (Nahrungsaufnahme, Verdauung, Stuhlgang, Schweißneigung, Wasserlassen, Allergien, Magen-Darm, Herz-Kreislauf, Lunge, Haut u. a.).
 - Gynäkologische Anamnese bei Frauen einschließlich Frage nach der Libido.
 - Libido und Potenz beim Mann.
 - Fragen zu Sicherheit und Schutz-Verhalten, d. h. Infektionen, Gewalt, Umweltgefahren, sonstige Risiken usf.

- **Sozial-Anamnese:** schulische Entwicklung, Schulabschluss, Berufsausbildung mit oder ohne Abschluss, Berufstätigkeit (häufiger Wechsel, Auf- oder Abstieg, häufige oder unentschuldigte Fehlzeiten, Abmahnungen, Nachlassen der Leistungsfähigkeit, Arbeitslosigkeiten u. a.).
 - Partnerschaften: Freundschaften, Beziehungen, Ehe, Familie (dabei Probleme, Streitigkeiten, Trennung, Scheidung, Vernachlässigung usw.).
 - Freundeskreis (früher, jetzt, Veränderungen).
 - Freizeit-Verhalten (Interessen, Hobbys, früher, jetzt, Nutzung, Vernachlässigung).
 - Arbeits-Unfälle, sonstige Unfälle, Verletzungen.
 - Wohn-Situation (selbständig, allein, in betreuter Einrichtung, institutionelles Wohnen).
 - Wirtschaftliche Situation (Einkommen, Schulden).
 - Juristische Situation (Führerschein-Verlust, Verkehrs-Delikt, familien-rechtliche Verfahren, andere Straftaten, Haft-Aufenthalte, laufende Bewährungsstrafen, laufende Verfahren u.a.m.).
- **Untersuchung:** allgemein-medizinische, psychiatrische und neurologische Untersuchung, Labordiagnostik (Drogen-Screening, Blutbild, Leberwerte, Blutzucker u. a.), apparative Diagnostik (EKG, EEG, CT usw.) sowie ggf. standardisierte Fremd- und Selbst-Beurteilungsverfahren (bezüglich Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, kognitive Leistungstests (z. B. Lern- und Merkfähigkeit, Denk-Tempo, Intelligenz, Abklärung einer Demenz u. a.).
- **Verlaufs-Diagnose:** Gerade bei Suchtkrankheiten sind Art, Schweregrad und Verlauf der Entzugs-Symptome wegen der Möglichkeit eines raschen Wechsels der Symptomatik und wegen des Risikos von Entzugs-Komplikationen (z. B. Delir oder Krampfanfall) engmaschig zu beobachten (und zu dokumentieren). Dabei gilt es vor allem auf Risikofaktoren zu achten: Komplikationen in der Vorgeschichte, hohe Medikamenten-Einnahme vor Aufnahme, Misch-Intoxikationen durch mehrere Suchtmittel, Co-Morbidität, d. h. mehrere Krankheiten auf einmal u. a.

Vor allem bei Medikamenten-Abhängigen muss mit einer relativ spät einsetzenden Entzugs-Symptomatik und einem verlängerten Entzugs-Verlauf gerechnet werden.

Treten schwerer Bewusstseins-Störungen auf, ist auch an andere Ursachen zu denken. Beispiele: intracerebrale Blutungen (im Gehirn), Schädel-Hirn-Traumen (Kopfunfall) u. a.

- Schließlich ist neben den Diagnosen anhand der Kriterien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen – ICD-10 (siehe diese) nicht zuletzt an eine Reihe weiterer *behandlungs-relevanter Problembereiche* zu denken. Beispiele: Wissensdefizit (z. B. was die Auswirkungen einer Abhängigkeit anbelangt), Selbstschutz, Selbstverletzungs-Gefahr, Suizid-Gefahr, Gefahr selbst- oder fremdgefährdender Gewalttätigkeit, Mangelernährung, akute Verwirrtheit, Selbst-Versorgungsdefizit (Essen, Körperpflege, Kleidung, Toiletten-Benutzung), Wahrnehmungsstörungen (Sehen, Hören, Fühlen, Schmecken, Riechen), soziale Isolation u.a.m.

Kurz: Gerade die Diagnose einer Substanz-Abhängigkeit, nicht zuletzt von psychotropen Medikamenten (psychotrop = Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Gemütsleben) ist besonders vielschichtig, kompliziert und damit für Diagnose, Differentialdiagnose (was könnte es sonst noch sein), Co-Morbidität (wenn eine Krankheit zur anderen kommt), Verlauf, (Krankheits-)Ursachen, Motive (persönliche, subjektiv empfundene Beweggründe) und schließlich Therapie und Vorbeugung (Prävention) besonders aufwendig. Deshalb empfiehlt sich in der Regel eine fachärztliche Untersuchung, zumindest aber ein fachärztliches Konzil durch einen entsprechend geschulten Nervenarzt oder Psychiater.

WIE KOMMT ES ZUR MEDIKAMENTEN-ABHÄNGIGKEIT?

Hypothesen zu Ursachen, Auslösern, Verstärkermechanismen usw.

Die Überlegungen, was eine Medikamenten-Abhängigkeit verursachen, auslösen, verstärken usw. kann, sind – wie bei den anderen Suchtformen – inzwischen so zahlreich geworden, dass man sie fast nicht mehr überblicken kann. Nachfolgend deshalb lediglich eine Auswahl einiger praxisrelevanter Aspekte in Stichworten und ohne Wertung durch die *alphabetische* Reihenfolge. Im Einzelnen:

- **Anspruchshaltung**

Was den „modernen Menschen“ verstimmt, verärgert oder gar empört ist der Vorwurf einer wachsenden Anspruchshaltung auf jeglicher Ebene, vor allem gesellschaftlich generell sowie beruflich und zwischenmenschlich im Speziellen. Bei anderen wird es zwar nicht selten erkannt und beklagt, die eigene Einstellung aber ist davon ausgenommen. Dabei gibt es zahlreiche Beispiele aus dem Alltag, die diesen unheilvollen Trend bestätigen, auch in puncto Einstellung zu Medikamenten – deshalb folgenschwer auch für den Betreffenden selber.

Dazu gehören:

- Wachsende Patienten-Ansprüche, was Arzt („bekommt ja meinen Krankenschein“, „Privatpatient“) und Medikament anbelangt (sofortiger nebenwirkungsfreier Therapie-Effekt gefordert, und zwar ohne eigene Mitarbeit wie Änderung der Lebensführung, Abbau von Stress, Verzicht auf Genussgifte usw.).
- Unzureichend informierte bis naiv-einfältige, d. h. auf jeden Fall mangelhafte Vorstellungen über die Möglichkeiten und Grenzen von Pharmaka im Allgemeinen und psychotrope Pharmaka (mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben) im Besonderen.
- Häufig auch kein Bedürfnis, diesen geringen Kenntnisstand aufzubessern, obgleich das Angebot, auch in populärmedizinischer Hinsicht, gut aufgemacht und inhaltlich fundiert immer umfassender wird (Print-Medien, Internet, auch Hörfunk und Fernsehen – s. u.).
- Unkritische Übernahme entsprechender Medien-Berichte sowohl in positiver (Werbe-Aussagen) als auch negativer Hinsicht (Medien-Attacken) gegenüber bestimmten Präparaten und Herstellern.
- Versuche, den Arzt direkt oder indirekt (z. B. über Arzthelferin, Angehörige, andere Patienten) unter Druck zu setzen, was die sofortige Rezeptierung und ggf. bestimmte Wunsch-Medikationen, vor allem die überlange Weiterführung der medikamentösen Therapie angeht; ggf. sogar andeutungsweise oder direkt mit Drohungen.
- *Bisher* allerdings auch – so einige Kritiker – wenig konkrete Informationen, d. h. Unterstützung durch die Ärzteschaft (siehe iatrogene Aspekte, d. h. arztbedingte Ursachen) sowie durch die Medien (Zeitungen, Zeitschriften, Hörfunk, Fernsehen, Internet mit eigenen Vor- und Nachteilen), was sich jedoch in letzter Zeit generell deutlich bessert.

- **Arzneimittel-Werbung**

In den letzten Jahren kontinuierlich steigender, in Zukunft wahrscheinlich beängstigend wachsender Trend in den Print-Medien (Zeitschriften, Zeitungen, Journale, Magazine usw.) und im Fernsehen, weniger ausgeprägt(?) im Hörfunk, was offene oder versteckte Arzneimittel-Werbung anbelangt. Auch inhaltlich immer bedenklichere Beeinflussungs-Strategien: Manche Werbetexte sind inzwischen so aufgemacht wie für Alkohol und andere Genussgifte oder Luxusgüter: Missbefindlichkeiten verhindern, lustvolle Erlebnisse (z. B. sportliche Aktivitäten, Partys oder auch nur unspektakuläre Treffen) sicherstellen, was sich beispielsweise nur mit entsprechend schnell wirkenden Arzneimitteln (z. B. Schmerzmittel, doping-riskante Psy-

chostimulanzen) garantieren lässt. Sogar die Sex-Werbung verspricht jetzt einen zeitnahen Wirkungs-Einsatz.

Folge: Einstellungswandel in Richtung medikamenten-gesteuertes Genusserleben durch Arzneimittel: „schnell konsumierbare Gesundheit“, „pharmakogene (medikamenten-bedingte) Fitness“, „medikamenten-abhängige Wellness“ u. a. – und damit medikamentöse Befindlichkeits-Steuerung ohne medizinische Notwendigkeit und vor allem mühsame Eigenleistung.

- **Befindlichkeits-Störungen**

In dieses Kapitel gehören zum einen psychotrope Substanzen ohne medizinische Notwendigkeit. Beispiele: positive Befindens-Regulierung, gesteigertes Wohlbefinden, Herstellung neuer Erlebnis-Qualitäten. Das ist zwar häufig (s. später), wird aber von den meisten negativ gesehen, ja verurteilt. Im Grunde ist es auch reines „Befindens-Doping“. Einzelheiten siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie wie Gehirn-Doping, Healthismus u. a.

Schwieriger wird es zum anderen bei den Befindlichkeits-Störungen, die bereits vorliegen, verunsichern, ja beeinträchtigen. Dazu zählen insbesondere so genannte „psychovegetative Beschwerden“ (Fachbegriffe: vegetative Labilität, vegetative Dystonie, nach neuer Klassifikation Somatisierungsstörung u. a.).

Außerdem und in zunehmendem Maße Überforderungs- und Überlastungs-Gefühle mit ständiger Müdigkeit bis hin zur raschen Erschöpfung, zu Schlafstörungen, innerlicher Unruhe und Nervosität, zu Merk- und Konzentrationsstörungen, vermehrter Furchtsamkeit, Niedergeschlagenheit und zu sorgenvollem Grübeln; vielleicht sogar zu deprimierten Reaktionen (was aber nicht mit dem Krankheitsbild einer Depression gleichzusetzen ist).

Dazu mehr oder weniger körperlich erlebte(!) Beschwerden wie Schwindel und zumindest schwindelige Benommenheit, Herzaschen, Magen- und Darmprobleme, diffuse (also nicht lokalisierbare, vielleicht sogar wandernde) Missempfindungen oder Schmerzen, allerdings ohne Nachweis einer organischen Ursache, obgleich durch verschiedene Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete abgeklärt.

Den Betroffenen geht es naturgemäß um eine schnelle Genesung („beschwerdefrei“) und die Wiedererlangung ihres vollen Leistungs-Spektrums; und dies erhoffen sie mit Recht vom Arzt, aber vor allem rasch und deshalb medikamentös und möglichst ohne Eigenleistung (Stress-Reduktion, Entspannungsverfahren, körperliche Aktivität u. a.).

Den Hinweis auf ein Belastungs- oder gar Überforderungs-Syndrom im Rahmen partnerschaftlicher, familiärer, beruflicher u. a. Belastungen, nehmen sie zwar zur Kenntnis, aber eigentlich nicht ernst, vor allem nicht willens, die notwendigen Konsequenzen in Eigenleistung zu ziehen.

Psychosomatische Beschwerden (d. h. körperliche Beeinträchtigungen ohne organische Ursache aufgrund nicht verarbeiteter seelischer bzw. psychosozialer Probleme) sind ihnen suspekt, schwer nachvollziehbar, nur ungern selber durchforstet, bearbeitet und gar gezielt gemildert bzw. beseitigt. Eine organ-medizinische Erklärung für psychisch bedingte Symptome ist ja auch weniger stigmatisierend (herabsetzend oder gar diskriminierend). Außerdem scheinen organische Störungen leichter (und bequemer?) behandelbar.

Die von diesen „Patienten“ geforderte Verschreibung entsprechender Medikamente kommt auch dem Bedürfnis entgegen, eine „richtige Krankheit“ zu haben. Und sie enthebt natürlich der Verpflichtung, über möglicherweise eigene Ursachen bezüglich Lebensbedingungen und Gewohnheiten nachzudenken oder diese gar zu korrigieren.

Außerdem weisen viele Patienten (aber auch Ärzte) ein stark biologisch-funktional geprägtes Körpervverständnis auf, was im Umgang mit gesundheitlich störenden Symptomen zu einer Art „Reparatur-Bedürfnis“ bzw. -Strategie führt. Für viele ist deshalb der Griff zur Tablette selbstverständlich, um den Anforderungen des täglichen Lebens standzuhalten. Vom beruflichen und privaten Umfeld wird dieses Verhalten auch noch häufig toleriert, ja unterstützt, so die Autoren des Leitfadens für die ärztliche Praxis *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit*, herausgegeben von der Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (siehe Literaturverzeichnis).

Besonders deutlich wird dies im beruflichen Umfeld.

- **Beruf und Medikamenten-Abhängigkeit**

Einzelheiten zu diesem offenbar immer folgenschwerer werdenden Problemkreis siehe die Fachliteratur, aber auch die entsprechenden Kapitel in dieser Serie (z. B. über Burnout, Innere Kündigung, Chronische Müdigkeit, Erschöpfungsdepression, Alkoholismus, Rauchen, im Spezifischen sogar die Ärzteschaft selber u. a.).

Gegen Stress und Leistungsdruck greifen immer mehr Arbeitnehmer im Job zu aufputschenden Medikamenten, zitiert das Deutsche Ärzteblatt 8/2009 des DAK-Gesundheitsreports 2009. Eine repräsentative Befragung dieser Krankenkasse bei rund 3.000 Arbeitnehmern im Alter von 20 bis 50 Jahren ergab, dass etwa 5% der Befragten im Büro schon einmal mit Medikamenten ihre Konzentration, Stimmung oder Leistungsfähigkeit verbessert haben. 18,5% kennen mindestens eine Person, die leistungssteigernde oder stimmungsaufhellende Medikamente ohne medizinische Erfordernisse eingenommen hat. Das sind gut 2 Millionen Beschäftigte.

Eine weitere Analyse der DAK ergab, dass etwa 800.000 Bundesbürger regelmäßig und sehr gezielt solche Medikamente als „Doping“ nehmen und sie deshalb auch außerhalb der Apotheke beziehen. So würden 4 von 10 „Dopern“ die Medikamente

täglich bis mehrmals wöchentlich einnehmen. Etwa jeder Fünfte nennt als Bezugsquelle Kollegen, Freunde und die Familie, mehr als jeder Zehnte den Versandhandel.

Männer neigten eher zu aufputschenden und konzentrations-fördernden Präparaten, Frauen bevorzugten beruhigende Mittel gegen depressive Verstimmungen oder Ängste, so diese Nachricht des Deutschen Ärzteblatts vom Februar 2009.

Von den Medizinal-Berufen (Ärzte, Apotheker, Krankenschwestern, Pfleger usw.) war schon früher öfter eine Opioid-Abhängigkeit bekannt; inzwischen sind es zunehmend Beruhigungs- und Schlafmittel mit entsprechender Abhängigkeits-Gefahr (s. diese). Hier hat sich nichts geändert, im Gegenteil. Das Tragische daran ist der Umstand, dass hier die helfenden Berufe zu Hilfsbedürftigen werden – mit allen Konsequenzen, auch für ihre berufliche Zielgruppe, nämlich ihre Patienten.

Weitere Hinweise dazu siehe das Kapitel Gehirn-Doping bzw. Neuro-Enhancement.

- **Designer-Drogen (Party-Drogen)**

Was will der junge Mensch heute? Spaß will er haben, das hört man oft genug. Die übrigen Wünsche streuen breit, je nach Persönlichkeitsstruktur, Herkunft bzw. sozialer Schicht, intellektuellem Zuschnitt, vor allem aber Modeströmungen. Aber Spaß, zumindest Unterhaltung muss dabei sein, sprich: sich austauschen, diskutieren, scherzen, witzeln, wenn möglich – vor allem Mädchen – tanzen, „abhotten“ u. a. Vergnügen, Zerstreung, Abwechslung, Highlife, Halligalli, Chat usw. sind angesagt, möglichst oft, preiswert, abwechslungsreich, nicht ungern abends bis nachts, je später desto beliebter.

Neu ist das nicht, mit zwei Ausnahmen: Zum einen die inzwischen problemlos verfügbaren Party-Drogen (die zu den früheren „Risiken“ Alkohol und Nikotin noch hinzukommen), zum anderen – wenn auch kaum ernst genommen – die Neigung zu Party-Marathon-Veranstaltungen (spät beginnend, früh, nämlich morgens früh endend...). Neben diesen „Äußerlichkeiten“ bzw. dahinter steht aber eine psychosoziale Entwicklung, die viel ernster ist, als ihre „event-süchtigen“ Folgen:

- Das eine ist ein schier unfassbares Angebot an künstlicher, d. h. chemischer Euphorie (inhaltsloses Wohlgefühl, wenn nicht gar Glücksgefühl), vielleicht noch verbunden mit gezielter seelisch-körperlicher (sexueller?) Aktivierung. D. h. ein professionelles (und oft kriminelles?) Angebot aufputschender und euphorisierender Drogen in verharmlosender Tabletten-Form, um chemische Fröhlichkeit, Ausgelassenheit, Freude, kurz: „Spaß heute, hier und jetzt“ zu garantieren. Keine Frage, dass die lustvoll erlebten, als Gefahr aber nicht ernst genommenen Designer- oder Party-Drogen auch eine gefährlich bahnende Funktion für noch folgenreichere Rauschdrogen entwickeln (vor allem die „alt-bekannt“en Halluzinogene, wenn nicht gar das noch früher eingesetzte Kokain und Heroin). Gefährlich sind auch die Par-

ty-Drogen, wenn immer neue chemische Varianten auf den Markt kommen, deren Folgen niemand abzuschätzen vermag.

- Der zweite Aspekt ist der gesellschaftliche Zusammenhang, konkreter die psychosoziale, überwiegend individuelle Motivation und ihre seelisch-körperlich-kulturellen Ursachen. Denn diese neue Form des Drogen-Gebrauchs lässt sich nicht losgelöst von der gesamt-gesellschaftlichen Entwicklung erklären. Hier greift auch ein gewisser Hedonismus, wie man das früher nannte (als eine philosophische Lehre und Weltanschauung, nach der Genuss und Sinnenlust das höchste Prinzip menschlichen Handelns sind), jedoch gepaart mit einer tiefen Verunsicherung, die auch die junge Generation erfasst. Stichworte: allgemeine Krise unserer Arbeits-Gesellschaft, zunehmende problematischere alltägliche Lebensbewältigung, Werte-Wandel, Gegenwarts-Orientierung, Zukunfts-Pessimismus, die Neigung zu Aufspaltung der Lebenswelt in Schule/Studium/Ausbildung/Beruf und „Freizeit“ sowie eine demonstrative Orientierung an der unmittelbaren, persönlichen Nützlichkeit und konkreten Nutzbarkeit, so die Experten.

Diese User mit ihrem spezifischen Freundeskreis und hämmernden Langzeit-Musikveranstaltungen („Rave-Partys“) grenzen sich bewusst von der Rauschdrogen-Szene ab. Sie nehmen keine Drogen, sondern Tabletten (in der Tat üblicherweise unterschiedlich große, farbige und mit einer Phantasie-Prägung versehene Tabletten) – wie ihre Eltern Kopfschmerz- oder Schlaftabletten. Sie wollen auch keine drogen-typischen Rausch-Effekte provozieren, sondern nur das (bei diesen Substanzen immer wieder behauptete) Erleben eines offenen, freundschaftlichen, problemlosen, emotional warmherzigen, zwischenmenschlich zugewandten Umgangs miteinander. Dass dazu noch die Lust an der Bewegung, an „Jux und Tollelei“ kommt, kann ja wohl nicht verboten sein. Auch lehnen sie einen (zumindest vollständigen) Ausstieg aus der Welt der Erwachsenen ab, gelten eher als sozial angepasst, unauffällig und durchaus leistungsorientiert (wenn auch nicht gerade am nächsten Morgen nach einer „durchhotteten Nacht“).

Sicher gibt es da und dort „Ausrutscher“, wird zugestanden, d. h. Designer- oder Party-Drogen als „Gehirn-Doping“ ge- oder missbraucht zur Leistungssteigerung, falls notwendig. Das aber machen andere auch, die eigentlich Vorbild-Charakter haben sollten (insbesondere Erwachsene und aus Akademiker-Kreisen), wie man immer wieder hört (Fachbegriff: Neuro-Enhancement oder ironisierend: professor's little helper...). Und sicher gibt es auch Freunde, die zu illegalen Substanzen greifen (was die Designer-Drogen aber ebenfalls sind, nur wird ihre juristische Position gerne verharmlost bzw. gar nicht als verboten realisiert). Dabei sind Alkohol und Nikotin nicht einmal gemeint, die laufen ohnehin parallel. Nein, auch Cannabis (also Haschisch und/oder Marihuana) führen die Rangliste der zusätzlich konsumierten Substanzen an, gefolgt von harten Amphetaminen, Kokain (unkalkulierbaren) pflanzlichen Drogen, in der Tat aber nur selten Opiate. Insgesamt, so die Meinung der betroffenen Jugendlichen, also „safer use“, risikolos, sicher, harmlose Pillen mit dem hartnäckigen Mythos der Ungefährlichkeit und seelischen Befreiung.

Wie sich das in Wirklichkeit darstellt, siehe das entsprechende Kapitel in diesen Ausführungen mit konkreten Gefährlichkeits-Hinweisen zu Designer-Drogen.

- **Einschneidende biographische Ereignisse**

Unter einschneidenden biographischen (Lebens-)Ereignissen (englischer Fachbegriff: life-events), versteht man zumeist schmerzliche Verlust-Erlebnisse bezüglich Personen, Sachen oder Lebensräumen.

So genannte life-event-Skalen umfassen deshalb ganz unterschiedliche Ereignisse. Beispiele: Tod des (Ehe-)Partners, Weihnachten („Weihnachtsdepression“), Beginn oder Ende einer Ausbildung, veränderte Schlafgewohnheiten (z. B. auch Jetlag, d. h. ständige Zeitzone-Überwindung, Ost/West bzw. West/Ost), Trennung oder Scheidung, ja Schwangerschaft und sogar außergewöhnliche persönliche Erfolge, Ferien u. a., aber auch Pensionierung/Berentung („Pensionierungs- oder Renten-Schock“), kleinere Gesetzes-Übertretungen u. a.

Manches ist allseits anerkannt, manches hat nur individuellen Stellenwert, was aber nicht heißt, dass es für den Betroffenen nicht zur unüberwindlichen Belastung wird. Dazu kommen noch bestimmte, besonders abhängigkeits-gefährliche Altersstufen: Jugend, Adoleszenz (Heranwachsende), Lebensmitte („die besten Lebensjahre“, aber auch „Rushhour des Lebens“), schließlich Wechseljahre (wobei es auch ein Climakterium virile, also Wechseljahre des Mannes gibt), Beginn des Rückbildungsalters und schließlich das höhere Lebensalter mit allen seelischen, psychosozialen und körperlichen Konsequenzen. D. h. Übergangsphasen, die Umstellungsleistungen verlangen und entsprechende Folgen nach sich ziehen. Und natürlich die beiden Extreme: Arbeitslosigkeit oder Arbeitsstress.

Das alles sind offensichtlich bahnende Risiken oder gar Gefahren für eine Medikamenten-Anhängigkeit.

- **Familiäre Häufung**

Genetische (Erb-)Aspekte und familiäre Vorbild-Funktionen im negativen Sinne sind vor allem bei der Alkoholkrankheit, aber auch bei Nikotinsucht, Beruhigungs- und Schlafmittel-Abhängigkeit nicht selten anzutreffen. Ähnliches gilt anscheinend auch für den Morphinismus.

Welcher Art diese Einflüsse sind (biologische Basis, Disposition (Neigung), kulturell-gesellschaftlich, Nachahmungsverhalten und/oder gesellschaftliche Bahnung) ist bisher nicht eindeutig geklärt.

Der Einfluss ist wahrscheinlich mehrschichtig, d. h. eine unselige Kombination mit entsprechenden Folgen – und offensichtlich sehr individuell.

- **Frauen-typische Ursachen**

Die meisten Psychopharmaka und psychotropen Arzneimittel generell werden dem weiblichen Geschlecht verordnet. Sind Frauen wirklich seelisch kränker oder psychosozial und damit für entsprechende „Seelentröster“ anfälliger (siehe der ironische Song der Rolling Stones über „Mother’s little helper“)? Oder spielen andere Gründe eine Rolle?

Dafür gibt es eine Reihe von kontrovers diskutierten Ursachen, von denen wenigstens einige kurz gestreift werden sollen:

Zum einen: Frauen haben ein besser ausgeprägtes Gesundheits-Bewusstsein und gehen deshalb häufiger zum Arzt. Rein biologisch gesehen wird die Frau etwa 1 bis 2 Jahre älter als der Mann, in Wirklichkeit aber 6 bis 7 Jahre. Das ist offenbar ein Vorteil, der bei ihnen aus dieser größeren gesundheitlichen Sorgfalt erwächst.

Wer aber häufiger zum Arzt geht, bekommt auch öfter Medikamente verordnet. In diesem Fall schon deshalb, weil das weibliche Geschlecht eher an Krankheiten bzw. Störungen leidet, die bei den heutigen medikamentösen Möglichkeiten auch gezielter erfasst werden können. Beispiele: Depressionen, Angststörungen, Angststörungen, Zwangserkrankungen, vegetative Störungen, insbesondere Schlafstörungen u. a.

Darüber hinaus aber gibt es zwei Spannungsfelder, die immer wieder genannt werden: 1. Berufsarbeit und 2. Familie. Schon die berufliche Tätigkeit allein kann zu entsprechenden Überforderungen führen, wie das männliche Geschlecht (ohne Hausarbeit) beweist. Und auch die familiäre Atmosphäre ist oftmals immer schwieriger zu steuern. Muss jedoch beides geleistet werden, versteht sich die Überlast von selber (auch wenn es sich „nur“ um Halbtags-Arbeit handelt).

Die Probleme am Arbeitsplatz sind im Wesentlichen die gleichen, wie beim Mann (mit Ausnahme einer mitunter schlechteren Vergütung). Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie. Aber auch die „Arbeit in der Familie“ wird immer schwieriger. So sollen alle Ansprüche sämtlicher Familienmitglieder (Vater, Kinder, Großeltern usw.) nach Wärme, Verständnis, Vertrauen, Zuwendung, Liebe, kurz: nach einer idealen Atmosphäre befriedigt werden, die in der immer härteren Außenwelt, d. h. im Alltag von Beruf, Schule usw. nicht (mehr) einzufordern sind.

Doch hier gilt es letztlich Unvereinbares zu vereinbaren: Spannungen ausgleichen, Konflikte abpuffern, freundliches Klima schaffen, Beistand leisten, Mut machen, Enttäuschungen oder Misserfolge auffangen, Stütze sein, Harmonie herstellen – alles typisch „weibliche Aufgaben“ und damit letztlich eine Überforderung.

Die Frau soll also eine überdurchschnittliche emotionale Versorgungsarbeit leisten, nur für sie selber steht niemand zur Verfügung. Folge: Angst, Unruhe, Niedergeschlagenheit, Abgespanntheit, auch als Ausdruck eines eigenen Mangels an Zu-

wendung, Wertschätzung, Anerkennung, vor allem als Ausdruck der Erschöpfung nach einem endlosen Prozess des Gebens und Vermittelns, wie die Experten anmahnen.

Die Folgen sind die erwähnten Störungen: reaktiv, psychosozial, ggf. organische Schwachpunkte plötzlich über die ertragbare Schwelle hebend – und damit Arztbesuch und medikamentöse Linderung erzwingend. Da sich damit die erwähnten Belastungen nur bedingt mindern lassen, droht natürlich ein Teufelskreis, der gerade das weibliche Geschlecht noch zusätzlich belastet.

- **Freiverkauf in der Apotheke**

Inzwischen geht es vor allem um eine wachsende Selbst-Medikation und dass durch die diversen Gesundheits-Reformen der Anteil nicht-verschreibungspflichtiger Medikamente ständig zunimmt. Dies betrifft vor allem die freiverkäuflichen Appetitzügler bzw. Schlankheitsmittel, die Abführmittel und insbesondere die Schmerz-Medikamente als Kombinations-Präparate (die meisten Ärzte verordnen zwar Mono-Präparate, beispielsweise ohne Coffein, die aber weniger gerne genommen werden). Ähnliches gilt für alkohol-haltige Hustenmittel oder „Gesundheitstropfen“ jeglicher Heilanzeigen.

Durch den zunehmenden Konkurrenzdruck im Apothekenwesen könnte die bisher übliche Beratungstätigkeit bis hin zum Abraten vor bestimmten Wünschen mehr und mehr unterlaufen werden. Die Entwicklung gibt zur Sorge Anlass, auch für den verantwortungsbewussten Apotheker selber, wie aus entsprechenden Kreisen zu hören ist.

- **Hersteller (pharmazeutische Firmen-Politik)**

Die Hersteller, also die pharmazeutischen Firmen, entweder noch selber forschungs-aktiv oder auf Me-too-Präparate („ich auch“) bzw. kostengünstige Generika (Fertigarzneimittel, die nicht unter einem eingetragenen Warenzeichen, sondern unter ihrem international empfohlenen Freinamen im Handel sind) spezialisiert, standen seit jeher, stehen noch immer und werden stets im Brennpunkt der Kritik stehen. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass sie nicht irgendein Produkt herstellen, sondern mit-verantwortlich für „des Menschen höchstes Gut“ sind, seine Gesundheit. Hier wird es immer Diskussions-Bedarf und eine Neigung zu (überkritischer?) Diskussions-Lust geben. Darauf soll nicht näher eingegangen werden. Auch nicht um die bisweilen beeindruckenden Gewinne, die zumindest teilweise wieder in die Forschung fließen (können), jedenfalls bei jenen Pharmahäusern, die auch wirklich forschen (was jedoch immer seltener zu werden scheint).

Hier geht es um etwas anderes, nämlich die kritischen Hinweise auf folgende Vorwürfe:

Nicht immer ausreichend aktuelle und fundierte Informationen bzw. verklausulierte Darstellungen, weniger in den Fachinformationen für Ärzte, eher in den Werbe-Broschüren. – Mitunter sogar unseriöse oder gar (unbewusst?) irreführende Werbe-Aussagen.

Dies offenbar zunehmend bei „Informationen“, die für die Allgemeinheit bestimmt sind (kritische Kommentare und entsprechende Fachblätter liest so gut wie niemand). Besonders bedenklich ist die Werbe-Einflussnahme auf die Allgemeinheit für nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel in Zeitschriften, Zeitungen, Hörfunk und Fernsehen, und zwar unter Ausschöpfung aller werbe-psychologischen Feinessen und ohne Rücksichtnahme auf jene, die vor allem geistig oder krankheitsbedingt solchen Versprechungen besonders hilflos ausgeliefert sind.

Diese Entwicklung dürfte sich im kommenden Konkurrenzkampf noch verstärken, obgleich auch aus Herstellerkreisen immer wieder mahnende Stimmen zu hören und beispielhafte Einstellungen zu sehen sind, die allerdings von der Konkurrenz nur ausgenützt werden und deshalb wohl auch nicht durchgehalten werden können.

- **Gehirn-Doping (Neuro-Enhancement)**

Schlagwörter braucht die (moderne) Gesellschaft. Doch nichts ist neu, wenden die Kritiker ein, schon gar nicht bei Slogans. Das ist richtig, bestätigen die Experten, doch entwickeln sich Schlagwörter in der Regel aus wieder entdeckten oder neu aufflammenden gesellschaftlichen Strömungen. Und das trifft auch die Begriffe *Gehirn-Doping* oder – englisch muss es sein – *Neuro-Enhancement*. Und wieder einmal sind neben altbekannten Genussmitteln, Rauschdrogen und Pflanzenheilmitteln erneut psychotrope Pharmaka dabei, teils älterer, teils (vor alle modifiziert) jüngerer Generationen. Nachfolgend deshalb einen etwas ausführlicheren Beitrag zu diesem „aktuellen“ Phänomen:

Der Versuch, die geistige (Fachbegriff: kognitive) Leistungsfähigkeit spürbar, nachhaltig und vor allem auf Abruf zu optimieren, ist also alt – nachvollziehbar. Wer möchte nicht Wachheit, Aufmerksamkeit, Konzentration, Lern- und Erinnerungsfähigkeit, kurz Gedächtnis und damit auch Stimmung verbessern – ein uralter Menschheitstraum.

Heute nennt man dies Gehirn-Doping, Neuro-Enhancement, cognitive enhancement u. a. Doch brainboosters, cogniceuticals, Nootropika, Psychostimulanzen, cerebrale ergogene, Wachmacher-Pillen und in der Szene smart pills oder smart drugs genannt, sind keine neuen Erscheinungen. Wissenschaftlich werden sie aber unter neuen Erkenntnis-Gesichtspunkten vermehrt diskutiert – und im Alltag gebzw. missbraucht.

Aber wie gesagt: Indios kauen noch immer Koka-Blätter, Asiaten kauen Betel, Afrikaner und Araber Khat, in der westlichen Welt sind es Alkohol, Nikotin, Kaffee, Tee

und Weckmittel zur Leistungssteigerung, als Kreativitäts-Schub oder schlichtweg zum Durchhalten. Von der Rauschdrogen-Szene ganz zu schweigen. Dann kamen vor Jahrzehnten die Nootropika (ein alter Name für die heutigen cognitive enhancers), um „die Versorgung des Gehirns mit Sauerstoff und Energie zu erhöhen“. Ausgerechnet ein Psychotherapeut sorgte wenig später für die Modewelle der „kosmetischen Psychopharmakologie“ mit an sich seriösen Antidepressiva. Vor allem in den USA baut man nach Medien-Berichten zur akademischen Leistungsförderung auf Gehirn-Doping (wie erwähnt: „professor’s little helper“).

Inzwischen gibt es auch für Deutschland einige Vermutungen, zum Beispiel eine Krankenkassen-Befragung, bei der Berufstätige per E-Mail kontaktiert und nach der Einnahme verschreibungspflichtiger Substanzen zum Gehirn-Doping befragt wurden – methodisch allerdings unzureichend abgesichert, wie die Experten mahnen, aber immerhin ein nicht unerheblicher Hinweis: 17% Bejahende zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit oder psychischen Befindlichkeit?

Der Konsum- (und damit Missbrauchs-)Trend ist jedenfalls vorgegeben. Übersichts-Listen der Experten für Substanzen zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit sind fast nicht mehr überblickbar. Das geht von Genussmitteln (Kakao, Schokolade, Kaffee, Tee, Nikotin) über Pflanzenheilmittel (z. B. Ginkgo biloba), Energydrinks (mit Coffein, Taurin, Glucose u. a.) bis zu psychotropen Arzneimitteln mit einerseits konkreten Heilanzeigen, andererseits aber Missbrauch-, ja Abhängigkeits-Verdacht.

Beispiele: Psychostimulanzien (z. B. Methylphenidat gegen den „Zappelphilipp“), andere stimulierende Substanzen (z. B. Modafinil gegen Narkolepsie, Schichtarbeiter-Syndrom, Schlaf-Apnoe), ja sogar Antidementiva gegen die leichte bis mittelschwere Alzheimer-Demenz (z. B. Galantamin, Memantine, Donepezil, Rivastigmin) sowie Antidepressiva einer bestimmten pharmakologischen Gruppe gegen Depressionen, Angststörungen, insbesondere Panikattacken, Phobie, Zwangs- und Ess-Störungen u. a. (z. B. Fluoxetin, das erste Antidepressivum mit dieser neuen Indikation, gefolgt von Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram/Escitalopram).

Außerdem eine Reihe von Nahrungszusätzen (mit fast unüberblickbarem Angebot) sowie sogar körpereigenen Substanzen (z. B. Androgene, Insulin, Leptin, Melatonin, Östrogene, Vasopressin, Wachstumshormone, Erythropoietin u.a.m.). Für vieles gibt es vor allem in den USA und über Bestell-Apotheken lockere Beziengkonditionen mit bisweilen großzügigen Mengen-Rabatten („pay attention“, „happy days“).

Die Konsequenzen kann man sich ausmalen. Während man im Sport-Doping inzwischen einer Meinung ist (ohne aber offenbar nachhaltige Konsequenzen, wie man ständig hört und liest), eröffnet das Gehirn-Doping nicht nur neue geistige Dimensionen, sondern auch ethische Probleme. Zum einen positioniert es sich häufig im Grenzbereich zwischen gesund und krank. Letzteres muss exakt diagnostiziert und mit den best-möglichen Mitteln therapiert werden. Dazu gibt es keine offenen Fragen (obgleich auch dies im Einzelfall nicht stimmt, es mangelt nicht an kontro-

versen Disputen unter den Experten, was die verschiedenen Indikationen und ihre Konsequenzen anbelangt).

Der „neue“ Problembereich aber besagt ja, dass beim Neuro- oder Cognitiv-Enhancement gesunde Menschen Medikamente einnehmen, um ihre Leistungsfähigkeit bezüglich Wachheit, Konzentration oder Gedächtnis zu steigern. Hier gibt es eine Reihe von unzureichend qualifizierten, dafür verhängnisvollen Medien-Informationen, leider auch bisweilen unsachliche Artikel in der Fachpresse, die unrealistische Erwartungen wecken und bedenkliche (Langzeit-)Nebenwirkungen herunterspielen.

Kritische Publikations-Titel fassen das in wenigen Worten zusammen: „Gedanken-Beschleuniger“, „eine Pille für die Eins“, „recreational drugs“ u. a. Dabei kann vor allem die Kreativität wohl kaum verbessert werden; im Grunde geht es nur um eine künstlich erhöhte Aufmerksamkeits-Leistung (wie sie nebenbei schon vor Jahrzehnten in entsprechenden Kreisen üblich war, von den Militärs über die Künstler bis zu den Akademikern).

Offene ethische und psychosoziale Fragen machen sich vor allem an den Folgen in Schule, Studium, Beruf, aktiver Freizeitgestaltung, künstlerischer, geistiger, im Einzelfall sogar religiöser Stimulation fest. Das kann für den einen (nebenbei auch nur diejenigen, die sich das finanziell leisten können) ein Zuwachs an Vitalität und damit Erfolg bedeuten, für andere aber ein Verschleiß an Reserven, vor allem ein Verlust an Autonomie. Denn die Erwartungen steigen, und damit ein sanfter Druck (Fachbegriff: „soft coercion“), z. B. vonseiten des Arbeitgebers. Das sich hier auch ein neues Gebiet psychosozialer Belastungen, Störungen und Krankheiten mit einem zusätzlichen „Medikamenten-Sog“ auftut, ist absehbar. Nicht abzusehen sind dafür die Nebenwirkungen, insbesondere ungeklärte Langzeit-Schäden, ein mögliches Abhängigkeits-Potential und die Vernachlässigung sinnvoller Alternativen geistiger Aktivierung. Denn wer bevorzugt nicht den leichteren Weg, wenn er ihm angeboten wird. Auch hier gilt: Nichts ist neu – aber vieles immer folgenreicher.

- **Iatrogene (vom Arzt ausgehende) Probleme**

Dem Arzt wird immer häufiger vorgeworfen, dass er in der Sucht-Konstellation „zwischen Hersteller und Patient“ keine richtungs-weisende Rolle mehr einnehme, obgleich ihm doch der größte Einfluss zukomme. Welches sind die wichtigsten Vorwürfe in Stichworten:

- Nicht immer ausreichendes Informations-Bemühen, z. B. durch objektive Fachinformationen und kritische(!) wissenschaftliche Publikationen, und nicht nur durch offensichtlich hersteller-gelenkte „Fach“-Artikel. Man vermutet inzwischen, dass nicht wenige jener wissenschaftlichen Forschungs-Erkenntnisse, die kein positives Medikamenten-Ergebnis bringen, auch nicht in den dafür zuständigen Fachzeitschriften publiziert werden (können/dürfen/...?).

- Ungenügender Einsatz nicht-medikamentöser Beruhigungs-, Schlaf- und sonstiger Hilfen. Wenig Motivation/Zeit für psychotherapeutische Zuwendung oder soziotherapeutische Korrekturversuche. Nicht selten zu rasche Medikation von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln u. a., ohne entsprechende Alternativen zu suchen, zu erläutern, zu empfehlen und durchzusetzen.
- Gefahr der unkritisch wiederholten Rezeptierung („Verordnungsautomatie“ – siehe diese). Einsatz von manchen Wirkstoffen/Stoffklassen (z. B. Benzodiazepine) als „Breitband-Psychosomatika“ (d. h. Allheilmittel für alles und jedes).
- Mangelhafte Aufklärung der Patienten über Indikation (Heilmittelanzeige im weitesten Sinne), Dosishöhe, vor allem aber Anwendungsdauer sowie mögliches Nebenwirkungs-Spektrum („den Patienten ohne eigene Aufklärung dem Beipackzettel ausliefern“).
- Wenig Motivation/Zeit, den inzwischen seelisch auf das Präparat fixierten oder gar seelisch-körperlich abhängigen Patienten wieder behutsam von seinem psychotropen Arzneimittel zu lösen (Aufklärung, kontrolliertes Ausschleich-Schema, psychagogische Begleitung).
- Unzureichendes Engagement, was die Einübung nicht-medikamentöser Behandlungshilfen einschließlich Entspannungsverfahren angeht (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation, Yoga u. a.).

Dies alles ist selbst-kritischen Ärzten nicht unbekannt. Man muss allerdings auch einräumen, dass die bisherige Ausbildung der Medizin-Studenten an der Universität den Suchtgefahren im Allgemeinen und der Medikamenten-Abhängigkeit im Besonderen keine vorrangige Bedeutung beimisst. Das ändert sich erst langsam. Ähnliches gilt auch für die Weiterbildung der Assistenzärzte zum Facharzt, wenn man einmal von der Psychiatrie absieht. Auch die Fortbildungsmaßnahmen für niedergelassene und klinisch tätige Fachärzte bezüglich Sucht und vor allem Medikamenten-Abhängigkeit halten sich bisher in Grenzen (und werden bei entsprechenden Angeboten auch nicht ausreichend genützt, so dass die ohnehin spärlichen Angebote mangels Nachfrage mitunter abgesagt werden müssen).

Ähnliches gilt für die entsprechende Fachliteratur, die bezüglich Medikamenten-Abhängigkeit bisher zahlenmäßig eher gering, wissenschaftlich oft zu kompliziert, vor allem aber zu wenig praxisbezogen und selten auf die Bedürfnisse des realen Alltags zugeschnitten ist. Dennoch bewegt sich auf der Ebene der niedergelassenen Ärzteschaft in diesem Punkt derzeit einiges, unterstützt durch immer mehr Sucht-Spezialisten.

Schließlich eine Erkenntnis, der jeder zustimmen wird, auch wenn man sie ungern als stichhaltiges Argument anführt, nämlich:

Abhängige Patienten beiderlei Geschlechts gehören zur schwierigsten Klientel, die einem Arzt in Klinik und Praxis aufgebürdet werden kann.

Zuletzt, selten zugegeben, aber derzeit immer bedrängender, der Faktor „Konkurrenzkampf“ oder „Wenn ich es nicht mache, macht es der Kollege...“. Dies ist zwar kein ärztliches Argument, aber leider nicht selten die Realität (zunehmend?).

- **Indikations-Lyrik**

„Indikations-Lyrik“ ist die ironische Bezeichnung für eine wachsende Zahl von Indikationen (Heilmittel-Anzeigen) durch die Hersteller zur optimalen Vermarktung eines Wirkstoffs bis hin zu Befindensschwankungen, die in eigener Regie gemildert oder behoben werden sollten, aus Bequemlichkeit, Unkenntnis oder (Werbe-)Irreführung aber in den Rang von behandlungs-bedürftigen Krankheiten gehoben und damit medikamentös angegangen werden „müssen“.

Beispiele allein aus dem medizin-psychologischen oder psychiatrischen Bereich (die der Arzt aber differential-diagnostisch genau unter die Lupe nehmen sollte): Befindlichkeitsstörungen, Stimmungsschwankungen, Belastungsstörungen, Antriebsstörungen, nervöse Reiz-, Überforderungs- und Erschöpfungszustände, emotional bedingte Schlaf- und funktionelle Organstörungen, leichtere vegetative und psychosomatisch interpretierbare Beeinträchtigungen, Merk- und Konzentrationschwäche usw. Und als Fachbegriffe (wenngleich noch nicht allseits anerkannt) beispielsweise Burnout (erschöpft - verbittert - ausgebrannt), Innere Kündigung, Verbitterungs-Syndrom u. a.

Und das alles – werbe-psychologisch raffiniert – in „sanften Argumentier-Hilfen“ zur entlastenden Selbst-Entschuldigung verpackt (und damit die Reaktion des Betroffenen bahnend: „so ist es, da steht es ja genau...“).

- **Die wichtigsten Verordnungs-Gründe in der Hektik des Praxis-Alltags**

Vielleicht hat sich doch einmal der eine oder andere Patient in einem überfüllten Wartezimmer nicht nur geärgert, sondern auch Gedanken über jene Berufsgruppe gemacht, die ihn von früh morgens bis abends und oft ohne ausreichende Pause anhört, durch die „wuchernde Bürokratie“ geleitet und schließlich prophylaktisch, diagnostisch und therapeutisch „verarztet“. Wer in einer solchen Atmosphäre eindeutige Beschwerden, Ursachen und Krankheitszeichen vorbringt, hat es natürlich besser. Und zwar nicht nur er, auch Arzt und Arzthelferin. Klar und eindeutig sind aber die wenigsten Klagen. Mehr und mehr Beeinträchtigungen, Störungen und Krankheiten haben psychosoziale Ursachen (Umfeld) und äußern sich psychosomatisch (körperlich, jedoch ohne organischen Grund, weil seelisch ausgelöst bzw. unterhalten). Dazu gehören beispielsweise

- *seelische bzw. psychosoziale Symptome* wie Überforderungs- und Überlastungsgefühle, Schlafstörungen, ständige Müdigkeit und Erschöpfung, Unruhe und Nervosität, Konzentrationsstörungen, Ängste, Niedergeschlagenheit und sorgenvolles Problem-Grübeln sowie
- *körperliche bzw. psychosomatisch interpretierbare Symptome* (wenn organische Ursachen auch wirklich ausgeschlossen werden konnten) wie Schwindel, Herzrasen, unspezifische Magen-Darm-Probleme, diffuse Schmerzsymptome ohne nachweisbaren Grund von Kopf, Wirbelsäule und Gelenken usw., die Vielzahl „vegetativer Beschwerden“ u. a.

Kein Wunder, dass gerade bei diesen Leidensbildern besonders leicht (und vielleicht nicht immer mit der notwendigen Nachhaltigkeit) ein psychotropes Medikament im weitesten Sinne verordnet wird (also einschließlich Schlaf- und Schmerzmittel u. a.), ohne dass dafür erst einmal eine klare Indikation vorliegt. Das soll zwar keine Entschuldigung sein, könnte aber zur Entlastung des gestressten Arztes mit bis zu 150 Patienten pro Tag schon ein wenig zum Nachdenken anregen.

- **Kinder, Jugendliche und Heranwachsende**

Kinder, Jugendliche und Heranwachsende geraten immer früher und häufiger in den bekannten Stress-Sog, an dem sie selber (und ihre Eltern) nicht unbeteiligt sind. Folge: Verhaltensauffälligkeiten, Wunschspirale mit unrealistischem Anspruchs-Niveau, Unfähigkeit zum Verzicht, Arbeitsstörungen, insbesondere durch Merk- und Konzentrationseinbußen (Stichworte: Fernsehkonsum, Computer-Spiele, Internet-Surfen u. a.), schließlich vegetative, funktionelle bzw. psychosomatisch interpretierbare Beschwerden einschließlich Schmerzbilder (z. B. Kopfschmerzen).

Folge: schulische Minderleistung, törichte Ausgleichs- oder gar Behandlungs-Forderungen und ggf. medikamentöser Ersatz für pädagogische Mängel (der Eltern und nicht der Lehrer).

Zuletzt Gefahr der ständigen „Pharmakologisierung“ angeblich oder real auffälligen kindlichen Verhaltens, funktioneller Störungen oder Leistungseinbußen, die selber provoziert, gebahnt und unterhalten, aber nicht selber gesteuert, gemildert, mitunter nicht einmal als Selbst-Auslöser erkannt werden.

- **Krankheitsbild und Wirkstoff**

Früher offenbar häufiger, aber auch heute nicht selten, lässt sich mitunter ein Zusammenhang erkennen zwischen Krankheitsbild und missbrauchtem Wirkstoff. Dazu einige Beispiele (was allerdings einem ständigen Wandel unterworfen und inzwischen auch nicht mehr so eindeutig abgrenzbar ist):

- Patienten mit Angststörungen (Angst- und Panikzustände), ferner mit innerer Unruhe, Spannung, psychosomatischen Beschwerden, Schlafstörungen, starken Stimmungsschwankungen oder bestimmten zwanghaften Verhaltensweisen wählten früher Barbiturate, heute vor allem Benzodiazepine (Beruhigungs- und Schlafmittel).
- Patienten mit schweren und vor allem chronischen Schmerzzuständen (Phantomschmerzen, zermürende degenerative Verschleißerscheinungen von Wirbelsäule und Gelenken, Karzinome, Unfallfolgen, insbesondere Schädel-Hirn-Trauma mit chronischen Kopfschmerzen usw.) sind zuletzt an Opioide gebunden.
- Amphetamine (und Kokain) werden - unabhängig von der Rauschdrogenszene - gerne von selbstunsicheren und depressiven Menschen wegen ihrer antriebssteigernden und selbst-erhöhenden Wirkung genommen (zudem schnell einsetzender und zunächst wiederholbarer Effekt). – Heute dienen sie vor allem als Gehirn-Doping (populärmedizinisch: smart pills oder smart drugs bzw. Wachmacher-Pillen, fachlich als Neuro-Enhancement bezeichnet) zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Wachheit, zur Verstärkung von Erinnerungs- und Lern-Leistung, insbesondere unter Druck bzw. über den physiologisch sinnvollen Zeitrahmen hinaus u. a. – Kokain hat nach wie vor seinen Platz in bestimmten Zirkeln von Künstlern (Innovation, Kreativität). – Die Designer-Substanzen (ständig wechselnd) verteidigen erfolgreich ihren Spitzenplatz als „Party-Drogen“.
- Persönlichkeitsstörungen mit Neigung zu aggressiven Durchbrüchen (asoziale, dissoziale, antisoziale Persönlichkeitsstörungen) bevorzugen Opioide und Benzodiazepinen.
- Menschen mit sexuellen Störungen greifen gelegentlich zu Psychostimulanzien, aber auch Benzodiazepinen.
- Nicht wenige mit schweren Depressionen (und nicht nur depressiven Verstimmungen oder Trauerreaktionen) sträuben sich gegen Antidepressiva und wählen – auch gegen ärztlichen Rat – erst einmal lange Benzodiazepin-Beruhigungs- und -Schlafmittel, manchmal sogar Weckmittel (also Psychostimulanzien wie z. B. Amphetamine – s. o.)
- Patienten mit Ess-Störungen verwenden nicht nur Appetitzügler, sondern gelegentlich verschiedene Arten von Suchtstoffen bis hin zur Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeit).

Krankheitsbild – Persönlichkeitsstruktur – psychologische Ursachen – wirkstoff-bezogene Faktoren

Dass die Medikamenten-Abhängigkeit ein überaus vielschichtiges Phänomen ist, möglicherweise ausgeprägter als die anderen Suchtformen, soll noch durch die nachfolgenden Ursachen und Folgen in Stichworten erläutert werden:

- **Krank-machendes soziales Umfeld**

Zahlreich sind die Theorien bezüglich Vater und Mutter und deren An- bzw. Abwesenheit, Vorbild, pädagogischen Einflussnahme, Stellung gegenüber Genussgiften und psychotropen Arzneimitteln („chemische Lösung“ emotionaler und zwischenmenschliche Probleme, Selbst-Medikationsverhalten u. a.). Besonders folgenreich: familiäre Krisen, Trennung, Scheidung, schließlich zerrüttete Familien usw.

- **Medikamente als psychosozialer Ausgleich**

Arbeitsbelastung, Kommunikationsstörung, Hektik, Lärm als meist unterschätzter Faktor(!), grelles Licht (Reklame, „light pollution“), strikte Zeit-Takt-Abhängigkeit usw., sie alle führen immer häufiger zu einem schwer durchschaubaren stressbedingten Belastungsbild, das zu so genannten „abschottenden Medikamenten“ greifen lässt (Schlaf-, Beruhigungs- und sogar Schmerzmittel). Die Indolenz („Wurstigkeit“), die daraus folgt, wird zwar gerne mit Gelassenheit verwechselt, ist aber selbst denen, die die wahren Folgen durchschauen, lieber als ein drohendes „mentales und/oder vegetatives Ausbrennen“ oder ein „Nervenzusammenbruch“.

Aber nicht nur Arbeits-Stress, sondern auch Arbeitslosigkeit (erzwungene Untätigkeit) und damit entsprechende Entwertungsgefühle, Isolation und depressive Reaktionen sollen damit erleichtert werden.

- **Medikamentöse Laien-Prophylaxe**

Unter einer medikamentösen Laien-Prophylaxe versteht man die *vorbeugende* Behandlung lästiger Alltags-Symptome ohne nicht-medikamentöse Eigen-Initiative (und vor allem ohne ärztliche Führung). Beispiele:

- *Schmerzmittel* gegen drohende Kopfschmerzen (Arbeit: Nacht- und Schichtdienst; Freizeit: lange Disko-Nächte und endloser Fernseh-Konsum – s. u.). – Besonders problematisch scheint die „präventive Mode“ zu sein, vor schmerzrisikanten Sport-Anforderungen gleich mal ein Schmerz- oder schmerzstillendes Rheumamittel zu nehmen, um den drohenden Beschwerden zuvor zu kommen (in bestimmten Kreisen der Leistungssportler fast jeder zweite, vermuten manche Experten – s. u.).

- *Beruhigungs-* und schließlich *Schlafmittel* gegen Alltagsstress oder Hektik bzw. die selbst-gewählte Schlafreduktion (fortlaufendes Schlaf-Defizit durch abendliche → nächtliche Aktivitäten, überlangen Fernseh-Konsum u. a.).
- *Arzneimittel als Alltagsbegleiter* zum besseren Funktionieren, zum Durchhalten, sogar als Doping-Mittel (z. B. Schmerzmittel mit Koffein-Zusatz). Zum Problem des Gehirn-Dopings siehe das spezielle Kapitel.

• **Schmerzmittel im Laien- und Leistungssport?**

Körperliche Aktivität ist gesund, stabilisiert seelisch, geistig, körperlich und psychosozial praktisch alle Bereiche bis zur nachweisbaren Verlängerung der individuellen Lebenserwartung. Aber wie so oft: *dosis facit venenum*, wie schon im Mittelalter der berühmte Arzt Paracelsus gemahnt hat. Und hier liegt offenbar ein modernes Problem, wie inzwischen nicht nur angelsächsische, sondern auch deutsche Ärzte registrieren.

Ruchbar wurde das schon seit längerem durch Teilnehmer an Langstrecken-Läufen (z. B. Marathon, 24h-Lauf, Triathlon), die inzwischen nicht nur von Hochleistungs-Athleten, sondern auch von ehrgeizigen Laien als Beleg einer besonderen körperlichen Fitness gewertet und genutzt werden. Dabei übersieht man gerne, dass die Überlastung von Muskeln, Sehnen, Gelenken und sogar Herz-Kreislauf nicht nur bei wenig Trainierten, sondern auch bei erfahrenen Leistungssportlern mit schweren gesundheitlichen Schäden einhergehen können. Das betrifft nicht nur die Schmerzen im Bereich der Gelenke und Muskeln, sondern auch – sicher weitgehend unbekannt und im Erlebnisfall schockierend – Magen und Darm sowie die Nieren. Denn jede intensive sportliche Betätigung führt zu einer Minderdurchblutung des Magen-Darm-Trakts und der Nieren durch die anhaltenden Schüttel- und Stauch-Bewegungen. Daraus resultiert eine erhöhte Durchlässigkeit der Magen-Darm-Schleimhaut, besonders für toxische (giftige) Bakterien. Manche Sportler haben sich dann über blutigen Stuhl oder Urin gewundert, was sogar zu nicht unerheblichen Blutverlusten und Funktionsstörungen führen kann (englischer Fachbegriff: *runner's anemia*, was auch für andere Sportarten gilt und bei uns den Fachbegriff „Sportler-Anämie“ geprägt hat).

Das Tragische daran ist nun, dass diese Schmerzen in den Muskeln, Bändern, Knochen und Gelenken nur mit Schmerzmittel zu ertragen sind, was bereits in einer wachsenden Zahl beim Training, vor allem aber beim Wettkampf der Fall ist. Und dies nicht nur bei Spitzen-Sportlern, sondern mehr und mehr auch in der sportlich aktiven Allgemeinheit.

Dabei sollen vor allem Männer betroffen sein, Frauen aber aufholen (je nach Untersuchung bzw. anonymer Befragung sollen es bei Langstrecken-Läufen mehr als die Hälfte aller Teilnehmer sein, und zwar offenbar mit einer zu erwartenden Dosis-Steigerung).

Während man bei Langstrecken-Läufern noch am ehesten nachvollziehen kann, dass hier mit Schmerzmitteln ein Durchhalten überhaupt erst möglich sein soll, hört man inzwischen auch immer öfters von den Teilnehmern längerer Bergtouren oder Gewalt-Fahrradtouren, ja von Wanderern, Schwimmern, Reitern, Turnern und sogar Golfern, die immer häufiger frei verkäufliche Schmerzmittel nehmen oder sich von ihrem Arzt entsprechende Rezepte ausstellen lassen.

Weitere Einzelheiten dazu siehe das entsprechende Kapitel in diesem Beitrag.

- **Multi-Morbidität im höheren Lebensalter**

Unter Multi-Morbidität versteht man ein mehrschichtiges Beschwerde- bzw. Krankheitsbild. Hier ist der ältere Mensch natürlich besonders betroffen. Bereits heute leiden 48% aller Patienten über 65 Jahren an wenigstens drei chronischen(!) Erkrankungen, 21% haben 5 Erkrankungen und mehr (nach Geriatrie Journal 5/08).

Damit ist der ältere Mensch aber auch die zahlen- und somit umsatzmäßig interessanteste Zielgruppe der Zukunft. Und dies nicht nur für die gesundheitlich notwendigen Heilanzeigen und ärztlich verordneten Medikamente, sondern bisweilen in einer Form, die von Kritiker-Seite schon als „chemische Gewalt gegen alte Menschen“ geißelt wurde (Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmittel sind fast immer beteiligt).

Allerdings handelt es sich hier nicht nur um ein mehrschichtiges Leiden, sondern auch vielschichtiges gesellschaftliches Phänomen, das deshalb von mehreren Seiten beleuchtet, diskutiert und hoffentlich auch einmal zufrieden stellend angegangen werden sollte, denn:

- **Typisch: die stille Sucht im höheren Alter**

Bei den Schlagwörtern „Sucht, Missbrauch und Abhängigkeit“ denkt man in der Regel an obdachlose Alkoholiker oder heruntergekommene Heroin-Abhängige. Das aber ist nachweislich die kleinere Gruppe des Problem-Kreises. Denn diejenigen Männer und Frauen, die sozial angepasst, unauffällig und gewohnheitsmäßig Alkohol trinken und/oder Medikamente einnehmen, werden ja kaum wahrgenommen. Insbesondere der problematische Konsum alter Menschen, der oft hinter verschlossenen Haustüren stattfindet, wird vielfach übersehen. Dabei verschiebt sich der demografische Schwerpunkt in das dritte Lebensalter (inzwischen gibt es sogar ein viertes, nämlich die Hochaltrigen).

Tatsächlich liegt der Anteil der über 60-Jährigen inzwischen bei 27%; das sind rund 21 Millionen Frauen und Männer in Deutschland. In einem halben Jahrhundert soll es ein Drittel der Bevölkerung sein.

Doch Altern ist nicht nur positiv. Viele alte Menschen wissen nicht, wie sie mit dieser neuen Situation (und auch ihren zahlreichen Belastungen) umgehen sollen –

und greifen daher zu psychosozialen Erleichterungen, sprich Alkohol und/oder Tabletten (s. u.). Die Gründe sind Einsamkeit („Gedränge aber kein Kontakt“), Unverstanden-Sein, Ausgeschlossen-Sein, Nicht-ernst-genommen-Werden, Sich-als-Belastung-Fühlen, Sich-überflüssig-Fühlen usw.

So wird die Erleichterung nach und nach (aber oftmals rascher als die Betroffenen ahnen) zur Suchtgefahr. Doch Sucht im Alter ist etwas anderes wie die Sucht in anderen Altersphasen. Suchtgefährdete wissen in der Regel, wo die Gefahr lauert, auch wenn sie sich etwas vormachen, die Probleme verdrängen, jederzeit „angepasst dosieren“ oder gar „aufhören“ können, wie sie meinen. Doch im Alter wird die Suchtgefahr häufig gar nicht wahrgenommen, schon gar nicht zum Thema gemacht. Typisch für diese Generation sind deshalb der Missbrauch und die Abhängigkeit als heimliche bzw. stille Sucht. Denn ältere Männer und Frauen fallen durch exzessives Trinken nur selten auf, gelten vielmehr als angepasst und unauffällig.

Noch weniger wird der überzogene Einsatz von Arzneimitteln registriert. Diese werden ja vom Arzt verordnet, und zwar nicht ohne Grund. Arzneimittel mit Sucht-Gefahr sind in der Regel „Not-Medikamente“ im wahrsten Sinne des Wortes: schwere Schmerzbilder, die medizinisch nicht mehr korrigiert werden können, und das chronisch, d. h. dauerhaft, ohne Aussicht auf Entlastung. Oder zermürende Schlafstörungen mit allen Folgen. Oder die erwähnten psychosozialen Konsequenzen eines Lebensabschnitts, der eigentlich weniger Belastungen verdient hätte: Gemeint sind die erwähnten Nöte, Kümmernisse und Sorgen wie Einsamkeit, bis hin zu Rückzug und Isolation, Verlust-Erlebnisse vom Austritt aus dem Berufsleben über das Wegsterben des Freundes- und Bekannten-Kreises bis hin zum Tod des Partners. Und selbst wenn die Betreffenden von derlei halbwegs verschont bleiben sollten, erleben sich doch viele als nicht mehr gefordert, gefragt oder erwünscht, als überflüssig, ausgeschlossen, wenn nicht gar lästig und entbehrlich.

Kein Wunder, dass die Tröster-Funktion des Alkohols an Bedeutung gewinnt, erleichternd und damit unterstützend zwar, aber riskant bis gefährlich. Das aber wird – wie erwähnt – noch am ehesten registriert. Außerdem geht die Häufigkeit von Alkohol-Problemen im höheren Lebensalter zurück. Die Gründe sind nachvollziehbar: Zum einen erreichen wegen der höheren Sterblichkeitsrate von Alkohol-Patienten nur relativ wenige ein höheres Lebensalter. Zum anderen sind es altersbedingte Veränderungen des Stoffwechsels, die zu einer Abnahme der Alkohol-Toleranz führen mit allen seelisch-körperlichen Konsequenzen – und einem gezwungenermaßen vernunft-basierten Alkohol-Konsum.

Bei den verordneten Medikamenten aber fallen diese Aspekte weitgehend weg. Die Folge ist die erwähnte stille, heimliche, unerkannte Sucht. Betroffen sind vor allem Frauen über 60, zu Hause und sogar in Altenheimen. Man spricht von etwa 5 bis 10% der über 60-Jährigen mit einem „problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente“, was etwa 1 bis 2 Millionen Menschen entspricht. Der Einstieg geschieht meist über Schlafstörungen und chronische Schmerzen, d. h. Schlaf- und Schmerzmittel. Aber auch die „seelische Not“ kann ja gelindert werden, und zwar

seltener durch Antidepressiva (was die gezielte Diagnose einer Depression voraussetzt), eher durch Beruhigungsmittel.

Einzelheiten dazu siehe später. Eines aber soll schon jetzt betont werden, nämlich die biologische Gefahr. Gemeint sind die spezifischen Folgen eines Dauer-Konsums im höheren Lebensalter. Der Grund ist nicht zuletzt der schon erwähnte Stoffwechsel: Auch die Inhaltsstoffe der Medikamente werden viel langsamer abgebaut und aus dem Körper ausgeschieden als in jüngeren Jahren. Hat ein Medikament nur eine kurze Halbwertszeit (d. h. wird schneller ausgeschieden), halten sich diese Probleme in Grenzen. Bei mittellanger oder gar langer Halbwertszeit hingegen erhöht sich der Wirkspiegel im Blut unbemerkt, denn die Substanz ist noch nicht abgebaut und ausgeschieden, da kommt bereits die nächste Dosis. Die Folge: Der Wirkspiegel erhöht sich kontinuierlich, obgleich der Patient immer gleich und vor allem nicht mehr nimmt, als ihm vom Arzt verordnet wurde. Die Konsequenzen äußern sich auf verschiedenen Ebenen, insbesondere in einem so genannten „hang-over-Effekt“. Oder auf Deutsch: Die Wirkstoff-Konzentration wird langsam toxisch (vergiftungs-gefährlich).

Dazu kommen die Nebenwirkungen (je höher dosiert, desto mehr, im höheren Lebensalter ohnehin) und die Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten. Wir erinnern uns: Der ältere Mensch hat in einer wachsenden Zahl der Fälle mehrere Leiden auszuhalten, die alle auch noch für sich behandelt werden (müssen).

Welche seelischen und vor allem körperlichen Folgen aus einer solchen schleichenden Überdosierung zusätzlich drohen (z. B. Gangunsicherheit mit vermehrter Sturzgefahr, verlangsamte Reaktionen, Gedächtnisstörungen bis hin zur Verwirrtheit, paradoxe Reaktionen wie Unruhe bis hin zu Erregtheit usf.) sollen in den entsprechenden Kapiteln erläutert werden.

Eines aber muss man sich schon jetzt merken: Mit dem Alter entfällt vor allem die soziale Kontrolle (siehe Einsamkeit). Damit haben ältere Menschen zwar einen größeren Spielraum, ihre Sucht zu verheimlichen, aber um welchen Preis. Und wenn man ahnt, was sich hier abspielt, dann ist damit in vielen Fällen trotzdem nichts gewonnen. Denn die Mehrfach-Belastung durch verschiedene Krankheiten auf einmal lässt oftmals keine andere Wahl. Außerdem verschleiert diese Multi-Morbidität häufig die Diagnose einer Abhängigkeits-Problematik (je mehr Medikamente, desto weniger weiß man schließlich, was – wo – wie zu welchen Folgen führt.

Und schließlich ist es die Ähnlichkeit zwischen alterungs-bedingten Symptomen und den Konsequenzen einer Suchtkrankheit, die das rechtzeitige Erkennen zuletzt schier unmöglich macht. Beispiele: Sind Schlafstörungen, Gedächtnis-Einschränkungen, Unfallneigung u. a. alters- oder sucht-bedingt?

Die Folge ist eine hohe Dunkelziffer, gerade im höheren Lebensalter, geben die dafür zuständigen Experten zu bedenken. Außerdem ist das Thema Sucht natürlich „unangenehm“, nicht nur für die Betroffenen, auch für die Angehörigen, die Pflege-

kräfte – und sogar für den betreuenden Arzt. Stichworte: Verleugnungs-Tendenzen und Tabuisierung der Sucht. Das verschleiert dann auch die Erkenntnis, dass es kaum Behandlungs-Konzepte gibt, die auf die Gruppe suchtkranker Älterer zugeschnitten sind, geben beispielsweise die Sozialpädagoginnen C. Derr und B. Boyack in ihrem Beitrag über Alkohol- und Medikamenten-Abhängigkeit im Geriatrie Journal 5/08 abschließend zu bedenken.

- **Persönlichkeits-Struktur und Arzneimittel-Abhängigkeit**

Das ist ein interessantes Phänomen, das seit jeher diskutiert wurde, aber auch stets umstritten blieb. Frühere Vermutungen reduzierten sich auf die Stichworte: „degenerative Anlage“, „psychopathische Konstitution“, „neurotische Entwicklung“ usw.

Doch es gibt – und zwar nach wie vor – keine einheitliche „Sucht-Persönlichkeit“. Deshalb lassen sich auch Risiko-Persönlichkeiten nur schwer bestimmen. Lediglich eine schon in der Vorgeschichte deutlich werdende Neigung zu süchtigen Fehlhandlungen stellt einen einigermaßen zuverlässigen Hinweis dar. Einige Experten diskutieren dagegen folgende (hypothetische) Möglichkeiten (Auswahl):

- *Probierer und Experimentatoren*: wahrscheinlich eher bei illegalen Rauschmitteln. Kommt aber auch bei manchen Arzneimitteln vor (Selbst-Behandlungsexperimente).
- *Sensationshungrige Menschen*, die nach neuen Erfahrungen streben und diese auch unter Verleugnung bestimmter Risiken suchen. Wichtigster Auslöser: Langeweile und Euphorie-Sucht (Gier nach inhaltslosem Glücksgefühl, und zwar ohne Eigenleistung).
- *Hedonisten*, also Personen, die nach möglichst großer Ausgeglichenheit streben und keine Erschütterung ihrer seelischen Balance ertragen. Auch hier drängendes, zuletzt blindes Verlangen, ja Gier nach neuen Erlebnissen und einer ständig angehobenen Grundstimmung.
- *Überempfindliche Menschen mit einer niedrigen Reizschwelle*, die auf äußere und innere Belastungen entsprechend überzogen reagieren. Hier sollen Arzneimittel den Reizschutz verstärken (siehe der Begriff der „abschottenden Medikamente“ mit der Gefahr der Indolenz, also chemisch induzierten Gleichgültigkeit).
- *Spannungs-intolerante Menschen*, die auf Einnahme einer zuletzt ganz bestimmten Substanz angewiesen sind, um ein halbwegs eingependeltes Innenleben zu garantieren. Hier sind dann auch mal unübliche Suchtformen möglich.

- **Psychodynamische Aspekte**

Unter Psychodynamik versteht man aus psychoanalytischer Sicht die dynamischen Beziehungen der einzelnen Persönlichkeits-Anteile untereinander, wie sie vor allem der berühmte Professor Sigmund Freud entwickelt hat. Dabei geht es beispielsweise um bewusste und unbewusste Aspekte und damit Verdrängung, Verleugnung, Fehlleistungen, Ängste und erst einmal schwer erklärliche Reaktionen bzw. seelische oder psychosoziale Phänomene. Das ist ein weites Feld. Und daher ist gerade hier ist die Zahl der Hypothesen zu Sucht-Entstehung und -Verhalten nicht mehr überblickbar. Was sagen die Experten?

Allen gemeinsam ist die Erkenntnis: So gut wie nie geht es um die süchtige Handlung allein.

- Deshalb ist es für viele Betroffene von untergeordnetem Interesse, auf welchem Wege sie den erstrebten Erlebniszustand erreichen. Das begünstigt auch die Verschiebung verschiedener Suchtformen und -ebenen (z. B. mal Alkohol, mal Medikamente oder Rauschdrogen, dann wieder verstärkt nicht-substanz-gebundene Süchte wie Spiel- oder Internet-Sucht u. a.) – und damit die Mehrfach-Abhängigkeit (Polytoxikomanie). Am Ende steht die *Suche bzw. der Zwang nach jederzeit steuerbarer Manipulation der Befindlichkeit*.

Der Abhängige nimmt gezielt Einfluss auf sein seelisches Erleben. Er tut dies aber nicht durch adäquates und realitäts-gerechtes Handeln. Sein positiv gefärbtes Erlebnis ist vielmehr das Resultat stofflicher Einflussnahme (gelegentlich, inzwischen immer häufiger aber eben auch durch nicht-stoffgebundene Suchtformen wie PC-, Internet-, Spiel-, Kauf-, Arbeits-, Fernseh-, Telefon-, Klatsch-, Sex- u. a. Sucht).

- Ein weiteres Charakteristikum ist die unangemessene *Dominanz der Gegenwart* innerhalb süchtigen Erlebens. Der Süchtige lebt völlig im Hier und Jetzt. Die Befriedigung seiner Wünsche hat sofort zu erfolgen, nicht irgendwann und schon gar nicht aufgrund aufbauender Eigen-Leistung. Die Vergangenheit verliert ihren bedeutungs-gebenden Sinn für die Gegenwart, die Zukunft ihren gegenwarts-gestaltenden Einfluss. Die Zukunftsplanung reduziert sich schließlich auf die Organisation der Sucht, d. h. konkret auf die gesicherte Zufuhr des Suchtmittels.

Wichtige Konsequenzen: Das süchtige Fehlverhalten ist geprägt durch Ausweichcharakter, Verlust an Freiheit, Einengung des Denkens und Handelns, Manipulation der Befindlichkeit sowie Gegenwarts-Dominanz („jetzt und hier“).

• Randgruppen

Ein möglicherweise wachsendes Problem sind so genannte Randgruppen, z. B. Aussiedler, deren Medikamenten-Abhängigkeit (vor allem Beruhigungs- und Schlafmittel) anfangs unter dem allgemeinen Niveau liegt, später aber durch seelische, psychosoziale und zuletzt körperliche Beeinträchtigungen überdurchschnittlich aus-

ufern kann. Hier gewinnt die so genannte Migrations-Forschung zunehmend an Bedeutung. Die Zahl entsprechender Hinweise wächst.

- **Rezeptpflicht**

Dazu nur ein einziger Satz: Nach Einführung der Rezeptpflicht deutlicher Umsatzrückgang suchtgefährlicher Arzneimittel. Allerdings ist damit noch nicht jedes Problem gelöst, auch wenn sich für Sucht-Bedrohte eine Schranke mehr aufbaut.

- **Rückenschmerzen und Medikamenten-Abhängigkeit**

Ein besonderes Problem, bereits mehrfach angesprochen, sind chronische (lang anhaltende bis lebenslange) Schmerzen. Das kann so zermürben, dass daraus ein so genanntes algogenes Psychosyndrom zu werden droht. D.h. körperliche Schmerzen, die seelisch verändern und damit auch psychosoziale Folgen nach sich ziehen (Einzelheiten siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie).

Das wahrscheinlich größte Problem in diesem Zusammenhang sind chronische Rückenschmerzen. Sie sollen etwa 40% der Bevölkerung betreffen, zumindest immer mal wieder, zunehmend auch dauerhaft. Das wären ungefähr 5 Millionen Deutsche. Anlässlich einer telefonischen Gesundheits-Befragung gaben 16% der Frauen und 22% der Männer an, in den letzten 12 Monaten fast täglich Rückenschmerzen erlitten zu haben. Das stellt die niedergelassenen Ärzte vor besondere Herausforderungen. Deshalb auch hier eine etwas ausführlichere Darstellung:

Zum einen spielen beim Thema Rückenschmerzen ganz unterschiedliche Diagnosen eine Rolle. Beispiele (in Fachausdrücken): Spondylose, Ischialgie, Lumboischialgie, Baastrop-Syndrom, sonstige Bandscheibenschäden usf. Beziehungsweise ganz allgemein: Kreuzschmerzen oder Rückenschmerzen. Und in psychiatrischer Hinsicht: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (siehe somatoforme Störungen). Dabei können auch depressive und Angststörungen, dissoziative Störungen u. a. eine Rolle spielen (auch hier: siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie).

Hier sollte der Arzt mehr auf sozialmedizinische Aspekte achten (bzw. achten können, siehe Zeit- und Termindruck). Gemeint sind die Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Krankheit und gesellschaftlicher Realität. So spielen bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen vor allem ungeklärte Fragen zum Arbeitsplatz, zur Arbeitsplatz-Zufriedenheit, zu Arbeitskonflikten, wenn nicht Arbeitslosigkeit eine Rolle. Und eine so genannte „ungünstige krankheits-bezogene Annahme“ (englischer Fachbegriff: fear-avoidance-beliefs – FAB). Einzelheiten würden hier zu weit führen, insbesondere zum heiß diskutierten Thema des „sozial-medizinischen Problempatienten“ (Stichworte: längere Arbeitsunfähigkeit, Renten-Antrag geplant oder gestellt, wenn nicht gar laufendes Sozialgerichtsverfahren u. a.). Und hier kommen wir dann beim Thema drohende Medikamenten-Abhängigkeit zum Problem der (weiter-)laufenden Schmerz-Medikation.

Dreiviertel der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nehmen mehr oder weniger regelmäßig Schmerzmittel ein, etwa ein Fünftel Opiode und jeder Zehnte BTM-pflichtige Opiate (siehe diese). Das macht den Leidensdruck des Patienten und – nicht zu vergessen – den „Verordnungs-Druck“ des behandelnden Arztes deutlich. So halten auch dreiviertel der chronischen Schmerzpatienten ihre Schmerz-Medikation für unverzichtbar. Und dies vor allem jene Patienten, die opiat-haltige Schmerzmittel bekommen. Hier sprechen die Sozialmediziner und Sucht-Experten von einer Art „Prägung“. Gemeint ist die subjektiv gebahnte Einstellung bzw. Vorstellung, dass nur „schwere Medikamente“ gegen diese „schweren Schmerzen“ wirksam sein können. Daraus ergibt sich dann folgende psychodynamische Konsequenz:

Für manche Patienten mit chronischen Rückenschmerzen sind die opiat-haltigen Schmerzmittel auch zur Aufrechterhaltung ihres subjektiven Krankheits-Modells notwendig, gleichsam der „Beweis“ für ihr zermürbendes Leiden. Hier verfestigt sich dann auch das Phänomen in eine unheilvolle Richtung, nämlich den „Weg in die Erwerbsminderungs-Rente“. Damit ist zwar erst einmal der Arbeitsplatz als Auslöser, zumindest „Ort des Schmerzes“ ausgeschaltet – doch der chronische Rückenschmerz bleibt dem Patienten erhalten. Und zwar ohne die Abwechslung einer ungeliebten Arbeit möglicherweise noch heftiger bzw. zentrierter als zuvor. Von der dann auch unvermeidbaren Medikamenten-Abhängigkeit ganz zu schweigen.

- **Suchtstoff-Wechsel/Suchtstoff-Erweiterung**

Alkoholabhängige neigen speziell zu Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Heroinabhängige zu legalen Schmerzmitteln aus der Gruppe der Opiate, so eine frühere Erkenntnis. Allerdings ist jede Form von Suchtstoff-Wechsel möglich (Endzustand meist Polytoxikomanie). Hier ist vieles im Fluss.

- **Verordnungs-Automatie**

Bei der Verordnungs-Automatie spielen nicht nur eine mangelhafte Kontrolle und ständige Rezeptierungen ohne gezielte Prüfung ihre verhängnisvolle Rolle, sondern auch unkritisches oder – noch häufiger(?) – resigniertes Nachgeben mancher Ärzte gegenüber Anspruchshaltung und Wunsch-Spirale bestimmter Patienten. Klienten, die offenbar auch noch mehr zu werden drohen.

Häufiger, wengleich hinter vorgehaltener Hand geseufzter Kommentar so mancher gestresster bis resignierter Ärzte: „zu anstrengend“, „nur Ärger“, „geschäftsschädigend“ oder gar „Verleumdungs-Gefahr“, zumindest aber „üble Nachrede“, neuerdings ggf. „Internet-gestützte Diskriminierung“ u. a.

Eigentlich kein Grund, um eine Verordnungs-Automatie einreißen zu lassen. Doch gilt es auch die Bitte nach und nach zermürbter, vor allem aber „müde gemachter“, Ärzte zu respektieren, den heutigen Praxis-Alltag mit einzurechnen.

- **Verordnungs-Häufigkeit**

Je häufiger verordnet, desto größer bei entsprechendem Suchtpotential die Abhängigkeitsgefahr. Das ist zwar bisher wissenschaftlich nicht ausreichend bewiesen, hat aber eine logische Konsequenz, die auch die Alltags-Beobachtungen nahe legen. Für viele Ärzte ist das auch ein gängiger Gefahren-Indikator, auch wenn man am Schluss kaum mehr von einer solchen „Verordnungs-Schiene“ herunterzukommen scheint.

- **Vorbild-Wirkung und Nachahmungs-Verhalten**

Vorbild-Wirkung und Nachahmungs-Verhalten gehören zu den ergiebigsten psychologischen Einflussnahmen der Werbung (s. u.); sie sind aber auch in der eigenen Familie oder im näheren Umfeld noch immer ein entscheidender Faktor.

Beispiele auf medikamentöser Ebene: Beschwerden bei der Monatsblutung, Migräne (Schmerzmittel), Leistungseinbruch, Nervosität, Arbeitsüberlastung, Prüfungsstress usw. (Kaffee, Cola-Getränke, Nikotin, Beruhigungs- und Schlafmittel, zunehmend wieder Psychostimulanzien).

Oder kurz: Was die anderen machen, insbesondere aus dem engeren Umfeld, beeinflusst zwingend, wenngleich von den Betroffenen meist in Abrede gestellt, das eigene Verhaltens-Muster („kann doch nicht so abwegig sein“).

- **Werbe-Ideologie**

Konsumierbarkeit von Gesundheit, Wohlbefinden, Freude, Aktivität, Erfolg, Anerkennung, Hilfe gegen Alleinsein, Schlaflosigkeit, Verlassenheitsgefühle, Misserfolg, Trauer, Langeweile, Ängste in Schule und Beruf, gegen Müdigkeit, Schüchternheit und sogar Liebeskummer und „verklemmte Sexualität“ – Medikamente spielen eine größere Rolle als vermutet.

Eigentlich hätte man dies „nur“ von Alkohol und Nikotin, ggf. Rauschdrogen gedacht, aber nein. Immer häufiger sogar mit Werbe-Bildern von entsprechenden Medikamentenschachteln. Den meisten fällt das gar nicht mehr auf (falls es ihnen überhaupt je aufgefallen sein sollte). Doch wenn man darauf achtet, wird man erstaunlich oft fündig.

Das ist allerdings eine subtile werbe-psychologische Strategie, die natürlich nicht nur Medikamente betrifft (bei Automaten, Möbeln, Sportgeräten, Landschaften u. a. wird es schon deutlicher). Es geht aber auch immer häufiger recht direkt, um nicht zu sagen unzumutbar naiv bis primitiv zu – aber offenbar mit Erfolg.

Gemeint sind Werbe-Empfehlungen durch berühmte Zeitgenossen (im Werbe-Jargon Testimonials genannt), die versichern, sich mit den genannten Mitteln fit

(und damit erfolgreich, schön und strahlend gesund) zu halten. Wer für so etwas zur Verfügung steht, hat zwar in Regel den Zenit seiner Karriere überschritten, aber wirken tut es trotzdem.

Die Folgen sind bekannt: Wachsende Problem-Bewältigung mit Arzneimitteln bis hin zur Vision einer „arzneimittel-stabilisierten Gesellschaft“. Entsprechende Beispiele psychotroper Arzneimittel sind vor allem Beruhigungs-, Schmerz- und Schlafmittel, aber auch Schlankheitsmittel und Laxanzien (Abführmittel). Und sogar bestimmte Antidepressiva, im Volksmund dann auch ungeschminkt „Happy Pills“ genannt.

Und inzwischen unverblümt zur Sache kommend: Potenz-Mittel. Weitere Medikamenten-Beispiele aus dem rein organischen Bereich sind durchblutungsfördernde Substanzen, Lebermittel, Venenmittel, Blutdruckmittel usw., mal mehr, mal weniger.

Was folgt daraus? Meist entsprechende Wunsch-Verordnungen durch Patienten und Angehörige. Aber auch medizinisch nicht notwendige Zugeständnisse mancher Ärzte zur Praxisbindung der Patienten, beklagen die Experten. Bisweilen wohl auch Omnipotenz-Phantasien (die Medizin bietet gegen alles etwas). Das „Gespenst der hilflosen Helfer“ soll gar nicht erst aufkommen, so die Kritiker.

Da ist leider etwas dran, gestehen sogar die Ärzte selber. Es wird aber in der Tat auch immer schwieriger, ein solches (nicht zuletzt werbe- und damit medien-induziertes?) Anspruchsverhalten Tag für Tag in Schranken zu halten. Ein schmaler Grat und oftmals auch eine Frage der eigenen Reserven, um hier permanent seinen rationalen Widerstand zu halten, betonen vor allem ältere Hausärzte mit jahrzehntelanger Praxis-Erfahrung.

WIE KLÄRT MAN MEDIKAMENTEN-MISSBRAUCH ODER -ABHÄNGIGKEIT AB?

Wie schon mehrfach erwähnt: Suchtkranke, heute Abhängigkeits-Kranke (Fachbegriffe: früher Toxikomane oder bei Mehrfach-Abhängigkeit Polytoxikomane, heute auch Substanzabhängige u. a. genannt) sind „heikle Klienten“. Das betrifft weniger „Sucht-Raucher“, die sich einer professionell geführten konsequenten(!) Behandlung ohnehin zu entziehen pflegen, eher Alkoholkranke, Rauschgift-Konsumenten und vor allem Medikamenten-Abhängige.

Zahlreich sind zwar die pädagogischen, psychologischen oder gar psychiatrischen Hinweise, wie man sich bei solchen Patienten dem riskanten Thema nähern soll; schwierig ist es jedoch jedes Mal aufs Neue, denn jede Persönlichkeit ist anders und jede „Sucht-Karriere“ ohnehin. Trotzdem einige Empfehlungen zur „Thematisierung eines vorliegenden Verdachts“, wie es in Fachkreisen vorsichtig heißt. Da

es sich hier aber nicht nur um die Arzt-Patient-Beziehung handelt, sondern auch um ein inneres, ggf. weiteres Umfeld, das sich hier seine Gedanken macht (bzw. machen muss, wer geht schon freiwillig an ein solches Problem heran), nachfolgend einige Erläuterungen dazu:

Als Erstes gilt es Vorwürfe, ja sogar den „Hauch eines Vorwurfs“ zu vermeiden, und zwar bewusst, gezielt, nachhaltig und aufrichtig. Es muss dem Betroffenen klar werden, dass es sich hier um eine echte Anteilnahme und ein hilfsberechtigtes Lösungs-Bemühen handelt und nicht um Schuld-Zuweisungen, Vorwürfe oder gar „bittere Anklagen“, auch wenn sie noch so begründet sein mögen.

Das Interesse an einer gemeinsamen(!) Lösung hilft nämlich dem Betroffenen etwas zu überwinden, das man bisher nur selten in den Lehrbüchern der Psychiatrie, Medizinischen Psychologie, ja sogar in populärmedizinischen Selbsthilfe-Anleitungen findet. Gemeint ist die Scham des Süchtigen. Oder kurz: Er schämt sich seines Sucht-Verhaltens, zumal doch alle das Gleiche sagen (oder zumindest denken): „Man müsste halt nur einmal etwas guten Willen aufbringen, dann könnte es schon klappen – aber so...“.

Das ist jedoch leichter gesagt als getan. Denn wer einmal in die biologischen Fesseln einer Suchtkrankheit geschlagen wurde, weiß, dass hier mit gutem Willen allein oft nichts auszurichten ist. Aber das kann man den anderen nicht (mehr) klar machen bzw. hat es schon längst aufgegeben.

Gleichwohl sollte in solchen Gesprächen die drohende Gefahr immer wieder angesprochen werden. Sie ist zwar auch den Betroffenen klar, aber hier greifen dann die Verdrängungs- oder Verleugnungs-Mechanismen, wie die Experten es nennen, um die zwar unselige, aber stets willkommene Beschönigung, Verharmlosung oder gar Verdrehung der Fakten zu unterstützen. Zumindest aber eine zuletzt resignierte Gleichgültigkeit, manchmal sogar mit Galgen-Humor gewürzt (gemäß dem alten Studenten-Ulk: „Alkohol und Nikotin / macht die halbe Menschheit hin / doch nach einem alten Brauch / stirbt die andre Hälfte auch...“).

Neben der ständigen Mahnung bezüglich drohender seelischer, körperlicher, psychosozialer Gefahren gilt es aber auch permanent auf die Notwendigkeit nicht-medikamentöser Bewältigungsformen hinzuweisen, seien es missliche Umstände zu ertragen oder seelische bzw. körperliche Beschwerden zu behandeln, allerdings ohne das inzwischen aus dem Ruder gelaufene Mittel (suchtgefährliches Medikament).

Hier ergibt sich eine wichtige Brücke zur Mitarbeit, nämlich das, was die Experten Empathie nennen: Zuwendung, verständnisvolle Hilfe, Mitgefühl. Man darf, man soll immer wieder zum Ausdruck bringen, dass der Betroffene nicht aus „Jux und Toleranz“ zu dieser oder jener Maßnahme gegriffen hat, sondern aus einer bestimmten Not heraus, sei sie seelischer oder körperlicher Natur. Man denke nur an die häufigsten Indikations-Hinweise durch den Hausarzt, die im unglücklichsten Falle in einen Missbrauch enden: Überforderung, Überlastung, Schlafstörungen, Erschöp-

fung, Nervosität, Konzentrationsstörungen, Ängste, Niedergeschlagenheit, „Herz- und Kreislaufstörungen“, Magen-Darm-Probleme, chronische Schmerzen u. a.

Allein und ohne professionelle Hilfe ist das aber für Angehörige, Freunde, hilfsbereite Bekannte, Nachbarn u. a. häufig kaum zu leisten. Es ist und bleibt der Arzt, der hier die Weichen zu einer sucht-freien Lösung stellen sollte. Das beginnt mit dem Hausarzt, dem Facharzt für Allgemeinmedizin, geht über die Abklärungsschiene der entsprechenden Fachärzte und kann durchaus die Unterstützung von Nervenarzt, Psychiater und/oder psychotherapeutisch tätigen Psychologen einschließen.

Das heißt: Genaue Anamnese (Erhebung der Kranken-Vorgeschichte), gründliche körperlicher Untersuchung, konkrete Empfehlungen. Letztere können durchaus zur Unzufriedenheit des eigentlich willigen Patienten ausfallen. Wie das? Zum Beispiel weil der Arzt auf eine weitergehende organische Diagnostik verzichtet, weil ihm die psychosozialen Hintergründe des Missbrauchs beim Fehlen körperlicher Befunde inzwischen augenscheinlich sind. Beispiele: Vor allem diffuse, wechselnde, schwer objektivierbare Beschwerden in unterschiedlichen Organsystemen („hier und dort und dies auch noch abwechselnd“) können ein Anhaltspunkt dafür sein, dass es sich um so genannte somatoforme Störungen handelt (früher als psychosomatisch bezeichnet = körperliche Beschwerden aufgrund seelischer Ursachen, aber ohne organischen Befund).

Hier wird dann der Arzt versuchen, die eigentlichen, die zugrunde liegenden Ursachen herauszuarbeiten und zu besprechen, d. h. die „wirklichen Ziele“ mit den erforderlichen Schritten zu verbinden. Das hört sich folgerichtig an, ist aber für den Patienten mit zwiespältigen Gefühlen verbunden. Die bisherige Lösung (z. B. Medikamente bis zur Abhängigkeit) war zwar nicht erfreulich oder gar zukunftssträchtig, aber irgendwie „machbar“, eigentlich sogar „bequem“, trotz aller Nöte. Und nun? Es müssen Alternativen angedacht, besprochen und realisiert werden, die zwar schon früher anstanden, aber schon damals nicht umgesetzt wurden bzw. „werden konnten“, warum auch immer. Und jetzt, auch noch in diesem Zustand (siehe Entzugs-Symptome und sicherlich noch komplizierteres Umfeld) soll es gelingen? „Das kann ja heiter werden...“ (Zitat).

In der Tat: Das sind nicht nur psychologische Barrieren, sondern auch nachvollziehbare harte Hindernisse, die müssen nüchtern abklärend besprochen und gemeinsam(!) angegangen werden. Es ist auch nicht zwingend, sofort und überall Erfolg zu haben, es geht um den guten Willen, diesmal aber mit „bitterer Konsequenz“ und nicht nur als Lippen-Bekanntnis.

Wie sieht also eine solche Hilfe aus, die Haus- oder Spezial-Arzt vorschlagen bzw. vereinbaren und kontrollieren sollten? Über Beratungs-Angebote informieren, alltägliche Misslichkeiten wie Kränkungen, Demütigungen, partnerschaftliche, familiäre, nachbarschaftliche oder berufliche Probleme objektiv zu sehen versuchen (es gibt in der Regel zwei Blickrichtungen...), Schlaf-Gewohnheiten aufschreiben, Schmerz-Tagebuch führen u. a. Und alles beim nächsten Termin ausführlich be-

sprechen: Erfolge, Misserfolge, Hindernisse, neue Beschwerden oder Probleme. Dabei spürt aber der Patient, dass er vom ausschließlich Beratenen langsam zum aktiv planenden und vorgehenden therapeutischen „Mitarbeiter“ in eigener Sache wird. D. h. er bringt auch vermehrt eigene Alternativen ein, die dann in den Gesamt-Plan eingebaut werden können. Dass eine solche Strategie allerdings Zeit kostet (die der Arzt nicht immer aufzutreiben vermag), leuchtet jedoch ein – und muss bei bewältigbarer Beschränkung vom Patienten halt auch hingenommen werden.

Sollten sich deshalb oder trotz allem unüberwindbare Hindernisse auftun, empfiehlt sich neben einer fachlich fundierten Beratung (wofür es praktisch inzwischen für alles entsprechend spezialisierte Institutionen gibt) ggf. die Kontaktaufnahme mit einer Selbsthilfegruppe oder eine ambulante Psychotherapie bei einem niedergelassenen Facharzt oder entsprechend spezialisierten Psychologen. Einzelheiten dazu siehe später.

Auf jeden Fall noch einmal die Mahnung, die oft entscheidenden Einstiegsfragen nicht zur „Entlarvung“ oder „Überführung“ in kriminalistischem Sinne werden zu lassen, auch nicht im unbewussten Ansatz, denn der Patient ist gerade hier besonders sensibel und damit hellhörig. Viel erfolgreicher, weil auch entlastender sind Einstiegsfragen wie

- bei welchen Beschwerden oder Störungen neigen Sie dazu, diese mit Medikamenten zu behandeln?
- Nehmen Sie hin und wieder zur Verbesserung Ihres allgemeinen Befindens oder Ihrer Stimmung Medikamente ein? Wurde es Ihnen dann tatsächlich oder zumindest andeutungsweise leichter?
- Haben Sie schon mal die Erfahrung gemacht, dass diese Beschwerden wieder schlimmer geworden sind, sobald sie diese Medikamente weggelassen haben?

Natürlich gibt es noch viel mehr Fragen in dieser Richtung, die Beispiele sollten nur die dahinter stehende Grund-Einstellung und damit -Stimmung deutlich machen. Wer schließlich noch konkreter vorgehen will, dem seien die nachfolgenden Hinweise zur diagnostischen Abklärung eines schädlichen Medikamenten-Gebrauchs bzw. einer Abhängigkeit empfohlen.

Konkrete Fragen zum individuellen Leidensbild

Dabei sind laut Bundesärztekammer und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in ihrem Leitfaden *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit* (Köln, 2007) vor allem drei Bereiche wichtig:

- Zum einen die Frage: Welche Wirkungen erhoffen Sie sich von der Einnahme? Das ist eine ganz wichtige Frage, weil sie die individuelle Not am besten cha-

akterisiert. Beispiele: angst- und spannungs-lösende Wirkung (z. B. „ich bin weniger unruhig“, „fühle mich mit diesem Medikament entspannter“). Oder schlaffördernde Wirkung (z. B. „kann besser einschlafen“, „wache nicht immer wieder auf“). Oder dämpfende Wirkung (z. B. „ich fühle mich gleichgültiger, anders halte ich das nicht mehr durch“). Oder stress-abbauende Wirkung (z. B. „ich will endlich einmal abschalten und alles vergessen“). Oder eine Wirkung, die die Selbst-Wahrnehmung verändern soll (z. B. „ich fühle mich selbstbewusster“ bzw. „kann besser auf andere zugehen“). Oder eine antriebssteigernde Wirkung (z. B. „ich fühle mich fitter“, „habe mehr Energie“). Oder eine schmerzlindernde Wirkung („dieser endlose dumpfe Kopfdruck“ oder „es sollen endlich meine Schmerzen verschwinden“). Oder zur Normalisierung des Körpergewichts („ich würde sonst zu dick werden“) u.a.m.

- Ein weiterer wichtiger Faktor, vor allem für den Arzt bei der Erst-Untersuchung, sind die Bezugsquellen, durch die sich beispielsweise eine Medikamenten-Abhängigkeit speist: über einen Arzt, über mehrere Ärzte, direkt über die Apotheke, über Angehörige, Freunde oder das Internet oder?
- Wichtig ist schließlich auch die Frage, welche weiteren psychotropen oder psychoaktiven Substanzen derzeit eingenommen werden oder früher eingenommen wurden. Das kann Alkohol oder Tabak sein, das können auch Rauschdrogen sein (Haschisch/Marihuana, Kokain, Designer-Drogen, Opiate usw.).

Bedeutsam sind auch die am häufigsten vorkommenden seelisch-körperlichen und psychosozialen Folgen eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit. Das hängt allerdings auch von der Substanz ab, die eingenommen wurde. Einzelheiten dazu siehe später die konkreten Hinweise. Für die Beruhigungsmittel und Schlafmittel vom Typ der *Benzodiazepine* können es beispielsweise sein:

- Affektive Nivellierung (gemütsmäßige Gleichgültigkeit bis zur seelischen „Verödung“) und kritiklose Euphorie (inhaltsloses Glücksgefühl)
- Dysphorisch-depressive Stimmungslage (missgestimmt-reizbar bis herabgestimmt)
- Merk- und Konzentrationsstörungen, Amnesien (Erinnerungslosigkeit), Verwirrtheit
- Ataxie (Stand- und Gang-Unsicherheit), Dysarthrie (Sprachstörung), Nystagmus (Zittern der Augäpfel)
- schließlich Verwahrlosungszeichen

Zusätzliche Abhängigkeits-Probleme

Dabei ist vor allem eines wichtig, auf das später noch mehrmals hingewiesen werden muss: Bei den Benzodiazepinen gibt es nicht nur die „normale“ oder zu hohe Dosierung, sondern auch den so genannten „Niedrig-Dosis-Bereich“. Hier erzwingt also die Toleranz-Entwicklung (siehe am Ende des Beitrags die spezifischen Erklärungen) nicht eine laufende Dosis-Erhöhung, es bleibt bei einer harmlos erscheinenden Minimal-Dosis – und der Patient ist trotzdem abhängig. Das merkt er übrigens spätestens dann, wenn er selbst diese geringe Dosis absetzt und trotzdem in hinderliche bis quälende Entzugs-Symptome gerät. Oder kurz: Auch eine Niedrig-Dosis-Abhängigkeit ist eine Abhängigkeit (= Sucht).

Und im Extremfall muss man dann mit einer Mehrfach-Abhängigkeit rechnen, Polytoxikomanie genannt (heutiger Fachbegriff: multipler Substanzgebrauch). Das kann eine Einzelsubstanz sein, die für den Patienten am wichtigsten ist, allerdings „ergänzt“ durch weitere süchtig machende Substanzen, das kann eine von der jeweiligen Befindlichkeit gesteuerte Mehrfach-Abhängigkeit sein, das kann sogar eher wahllos vorkommen. Hier gibt es alle möglichen Varianten (wobei beispielsweise Tranquilizer und Schlafmittel vom Benzodiazepin-Typ, einige ganz besonders, von Rauschdrogen-Konsumenten dann missbräuchlich eingesetzt werden, wenn die euphorisierende und berauschende Wirkung der Drogen verstärkt werden soll; oder wenn Entzugs-Symptome drohen (Nachschub-Probleme), die damit gemildert werden müssen).

Fragen zur Abklärung einer Abhängigkeit

Während also zuerst nach dem sucht-verursachenden Leidensbild gefragt werden sollte, was also gerade bei einer Medikamenten-Abhängigkeit auch meist sehr konkrete und bisweilen nicht anders behandelbare Symptome betrifft, bis die Therapie am Schluss „aus dem Ruder gelaufen ist“, muss man anschließend Fragen zu dem sich daraus ergebenden neuen Krankheitsbild stellen, d. h. zur Abklärung einer Medikamenten-Abhängigkeit. Auch das darf nicht nur verständnisvoll, sondern sogar „locker“ verlaufen und keinesfalls einer Inquisition ähneln, um Scham, Hemmungen, innere Widerstände oder gar Misstrauen zu vermeiden (auch wenn das gerade hier eher schwierig sein dürfte).

Insbesondere sollte die oftmals entscheidende Gesprächs-Einleitung nicht vage, umständlich, durch Fachbegriffe verklausuliert, sondern – trotz üblichem Zeitdruck – „verstehend“, von nachvollziehbarem, echtem Interesse getragen, vorgebracht werden. Das heißt: Jeden moralisierenden Beigeschmack vermeiden, eher die Not des Betroffenen zu akzeptieren und damit entsprechend auszuformulieren versuchen.

Beispiele: Also nicht „Welche Medikamente nehmen Sie?“, sondern: „Auf was sind Sie angewiesen, um besser schlafen zu können“. „Was brauchen Sie, um endlich ruhiger zu werden“. „Wie machen Sie ihre Schmerzen erträglicher“. „Wie kommen Sie besser über Ihre Stimmungstiefs hinweg“. Oder durchaus auch „Was brauchen Sie, um den geforderten Leistungen noch gerecht werden zu können?“ u.a.m.

Danach stellen die Ärzte beispielsweise folgende Fragen, die bei der Abklärung einer Medikamenten-Abhängigkeit hilfreich sein können (nach dem schon mehrfach erwähnten Leitfaden *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit* von Bundesärztekammer und Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft oder entsprechend strukturierten Leitfäden der zuständigen Fachkliniken):

1. Nehmen Sie Medikamente kontinuierlich ein, um Unruhe, Schlaflosigkeit, Angstzustände oder auch Schmerzen zu lindern?
2. Haben Sie das Gefühl, diese Medikamente ständig in Ihrer Griffnähe haben zu müssen?
3. Haben Sie schon einmal die Erfahrung gemacht, dass unangenehme Begleitscheinungen aufgetreten sind, wenn Sie diese Medikamente weggelassen haben?

Eine positive Beantwortung der Fragen 1 bis 3 muss als Hinweis auf eine Niedrig-Dosis-Abhängigkeit (s. o.) gewertet werden.

4. Haben Sie die Einnahme-Menge dieses Medikaments schon einmal gesteigert, um noch die beabsichtigte Wirkung erzielen zu können?
5. Ist Ihnen bei der Einnahme des Medikaments schon einmal aufgefallen, dass Ihnen nicht mehr bewusst war, wie viele Sie hiervon an diesem Tag bereits eingenommen hatten?
6. Ist Ihnen schon einmal von anderen Personen in Ihrer Umgebung vorgeworfen worden, Ihrer Arbeit oder Ihren Beziehungen zu Freunden oder Verwandten nicht mehr richtig nachzukommen?
7. Nehmen Sie das Medikament weiter ein, obwohl Sie eigentlich wissen, dass die Einnahme für Sie schädliche Folgen hat?

Werden die Fragen 4 bis 7 positiv beantwortet, besteht der Verdacht auf eine Abhängigkeit (die von den Experten im Gegensatz zur Niedrig-Dosis-Abhängigkeit auch als Hoch-Dosis-Abhängigkeit bezeichnet wird).

Und wie geht es weiter?

Haben der Arzt (und zuvor vielleicht auch Angehörige und gute Freunde mit entsprechendem Wissen und gutem Willen) endlich Klarheit darüber gewonnen, dass zumindest ein problematischer Medikamenten-Konsum, wahrscheinlich ein Missbrauch oder vielleicht sogar eine Abhängigkeit vorliegen und hat sich der Betroffene mehr oder weniger bzw. vielleicht sogar weitgehend entschlossen, daran etwas

ändern zu wollen, ist schon vieles gewonnen (obgleich die Durststrecke jetzt erst richtig beginnt).

Dazu muss man aber einiges über die verschiedenen Substanzen wissen. Nachfolgend deshalb eine etwas ausführlichere Darstellung zum Thema Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeits-Potential.

DIE HÄUFIGSTEN ABHÄNGIGKEITS-FORMEN

Zu den häufigsten Abhängigkeits-Formen im Rahmen der Medikamenten-Abhängigkeit gehört die Abhängigkeit von Schmerzmitteln (Analgetika), Beruhigungsmitteln (Tranquilizer) und Schlafmitteln (Hypnotika). Sie sollen im folgenden Kapitel ausführlicher dargestellt werden. Da bei den Beruhigungs- und Schlafmitteln mit Suchtgefahr jedoch vor allem die Stoffgruppe der Benzodiazepine dominiert, reduzieren sich diese Ausführungen im Wesentlichen auf zwei große Themenbereiche: 1. Schmerzmittel (deren wichtigste Vertreter im 3. Kapitel besprochen werden) sowie 2. Beruhigungs- und Schlafmittel vom Typ der Benzodiazepine. Im Einzelnen:

SCHMERZMITTEL

Allgemeine Aspekte

Im Schmerzmittel-Kapitel sind einige Vorbemerkungen nötig. Die Gefahr einer Medikamenten-Abhängigkeit droht also vor allem bei den Beruhigungs- und Schlafmitteln vom Typ der Benzodiazepinen (siehe diese). Ferner bei einer Reihe weiterer schlafanstoßender Substanzen sowie bei den – in der Medizin früher nur noch selten, heute jedoch immer häufiger, aber sehr spezifisch eingesetzten – Psychostimulanzien (s. später).

Im wechselnden Ausmaße findet sich eine Arzneimittel-Abhängigkeit auch bei bestimmten Schmerzmitteln. Doch hier tut sich für den Arzt ein besonderes Problem auf:

Denn Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ sind wichtig und hilfreich für ihre Ziel-aufgabe (Beruhigung, Angstlösung usw.), jedoch nicht unersetzlich. Hier stehen auch wirkungsvolle nicht-medikamentöse Hilfen zur Verfügung. Und selbst auf medikamentösem Gebiet gibt es Alternativen ohne die Gefahr, daran hängen zu blei-

ben. Beispiele: psychotrope Pflanzenheilmittel (z. B. Baldrian, Hopfen, Melisse), niederpotente Neuroleptika (sedierende antipsychotisch wirkende Arzneimittel), sowie weitere spezifische Substanzen. – Das Gleiche gilt für die Schlafmittel vom Benzodiazepin-Typ und andere schlaffördernde Stoffe.

Die Psychostimulanzien werden ärztlicherseits – wie erwähnt – nur noch spezifisch und konsequent überwacht eingesetzt (z. B. bei bestimmten neurologischen Erkrankungen und jetzt vor allem beim Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom – ADHS). Dort pflegen sie jedoch – entgegen herkömmlicher Meinung – selber keine Sucht zu entwickeln, ja sogar beim ADHS eine Abhängigkeitsentwicklung durch Alkohol, Rauschdrogen, Nikotin u. a. zu verhindern. Und wenn man sie nicht einsetzt, hat das zwar Nachteile für den Patienten, aber muss nicht unbedingt zwingend sein.

Das heißt: Für die meisten psychotropen Pharmaka mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben mit jedoch potentieller Suchtgefahr gibt es also durchaus effektive Ersatzmöglichkeiten, die auch immer häufiger genutzt werden.

Ganz anders bei den Schmerzmitteln. Hier nimmt schon das ursächliche Problem zu, nämlich die Schmerzen. Rund die Hälfte der Hausarzt-Kontakte ist durch chronische Schmerzen verursacht. Dabei dominieren insbesondere Wirbelsäule und Bewegungsapparat, konkret: Schmerzen im Rücken und in den Gelenken. Und seit jeher Kopfschmerzen.

Ein großes, ein offensichtlich wachsendes Problem sind Beschwerdebilder, die man früher psychosomatisch nannte (seelische Störungen äußern sich körperlich) und heute als somatoforme Störungen bezeichnet. Vor allem Letzteres sollte man nicht unterschätzen. Viele dieser Kranken weisen eine jahrelange Patienten-Karriere mit zahlreichen Untersuchungen, Behandlungsversuchen, mit Arztwechsel, manchmal auch Krankenhaus-Aufenthalten auf – umsonst, jedenfalls aus ihrer schmerz-gepeinigten subjektiven Sicht.

Zwar steht auch hier eine wachsende Zahl nicht-medikamentöser Maßnahmen zur Verfügung. Auch kann man die Wirksamkeit von Schmerzmitteln durch die zusätzliche Gabe von Antidepressiva (stimmungsaufhellende Arzneimittel) und Neuroleptika (antipsychotisch, aber auch ggf. sedierend wirkende Arzneimittel) sowie bestimmter Antiepileptika (gegen Krampfanfälle) verstärken und damit ihren wachsenden Konsum begrenzen, was vor allem für chronisch Schmerzgepeinigte von Bedeutung ist. Aber letztlich bleiben die Schmerzmittel unverzichtbar.

Vor allem kann man keinem chronisch, schon gar nicht akut Schmerz-Gequälten zumuten, „einfach die Zähne zusammenzubeißen“ und auf schmerzlindernde Arzneimittel zu verzichten. Dies mag bei leichteren Befindensschwankungen oder mittelschweren Beeinträchtigungen (Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, Beschwerden bei der Monatsblutung) gelegentlich noch angehen und wird auch von der Mehrzahl medikamentenfrei durchgestanden. Doch darüber hinaus ist ein Durchhalten nicht

mehr vertretbar - von der heutigen Anspruchshaltung ganz zu schweigen, die gerade Schmerzen bzw. eine rasche Schmerzbefreiung als mehr oder weniger selbstverständlich einstuft.

So gesehen verwundert es nicht, dass viel über den spektakulären Rauschdrogenkonsum, häufig über die Alkoholkrankheit, gelegentlich auch über den Nikotin-Abusus, inzwischen vermehrt über die drohende Abhängigkeit durch Beruhigungs- und Schlafmittel, erstaunlich wenig aber über die Schmerzmittel-Sucht zu hören ist.

Einem Schmerz-Gepeinigten die heute verfügbaren Linderungsmöglichkeiten vorzuenthalten ist einfach undiskutabel, vor allem in der westlichen Welt. Und in der Tat beginnt man inzwischen auch in Deutschland wieder umzudenken und vor allem bei qualvollen Endzuständen schmerzhafter Erkrankungen (z. B. Krebs) die notwendigen opiat-haltigen oder -ähnlichen Schmerzmittel wieder großzügiger zu dosieren. Sollten sich hier dennoch Bedenken melden, dann inzwischen auf anderer Ebene: Beeinträchtigung von Herz, Kreislauf und Atemfunktion usw.

Gleichzeitig lässt sich aber die offensichtlich wachsende Zahl längerfristiger Schmerzmittel-Konsumenten und damit Suchtgefährdeten nicht übersehen. Dabei sind einige spezifische Probleme zu berücksichtigen. Nachfolgend deshalb ein globaler Überblick über die Schmerzmittel-Abhängigkeit generell.

Wie äußern sich Schmerzmittel-Missbrauch und -Abhängigkeit?

Einzelheiten zu Begriffsbestimmung und Definitionen siehe die entsprechenden Hinweise in diesem Kapitel. Nachfolgend aber noch einmal eine kurze Zusammenfassung:

- Ein Medikamenten-Missbrauch im Allgemeinen sowie Schmerzmittel-Missbrauch im Speziellen liegt vor, wenn ein Arzneimittel 1. aus nichtmedizinischer Indikation (Heilanzeigen), 2. in inadäquat (unverhältnismäßig) hoher Dosierung und/oder 3. über einen zu langen Zeitraum eingenommen wird.
- Eine Medikamenten-Abhängigkeit im Allgemeinen bzw. Schmerzmittel-Abhängigkeit im Speziellen äußert sich in dem Verlangen, dieses Arzneimittel immer wieder oder gar regelmäßig einzunehmen. Dies wird einerseits durch die Wirkung des Medikaments auf Stimmung, Antrieb, Denkleistung usw. beeinflusst. Zum anderen spielt die – mehr oder weniger unbewusste, vielleicht aber schon am eigenen Leibe erfahrene – Absicht eine Rolle, mögliche Entzugserscheinungen (Abstinenzsymptome) zu verhindern. Deshalb sei noch einmal in Erinnerung gerufen:

Auch ein Patient, der ein Schmerzmittel aus zuerst eindeutiger medizinischer Notwendigkeit heraus benötigt, kann schließlich schmerzmittel-abhängig werden.

Insgesamt scheinen Patienten mit akuten Schmerzbildern weniger, solche mit immer wieder auftretenden oder gar chronischen Schmerzzuständen ausgeprägter gefährdet zu sein. Eine besondere Problematik kommt psychogenen, also überwiegend seelisch ausgelösten Schmerz-Syndromen zu (nochmals die Fachbegriffe: früher psychosomatische Störungen, also körperliche Beeinträchtigungen auf rein seelischer Grundlage, heute als somatoforme Störungen bezeichnet). Ähnliches gilt für psychosoziale Dauerkonflikte, die den Missbrauch bahnen und schließlich in die Abhängigkeit zu führen vermögen (siehe später).

Schmerzmittel-abhängig kann man einerseits von stark wirksamen Schmerzmitteln aus der Gruppe der Opiate bzw. Morphin-Derivate werden, andererseits auch durch schwach wirksame Schmerzmittel. Hier sind es überwiegend so genannte Misch-Analgetika, also Kombinations-Präparate mit einem Schmerzmittel (das selber abhängig machen kann oder nicht) sowie mit ggf. sucht-gefährlichen Zusätzen wie Coffein usw.

Eine einzige sucht-erzeugende Komponente in einem solchen Misch-Präparat reicht aus, um das gesamte Arzneimittel mit ansonsten nicht abhängigkeitsgefährlichen Substanzen auf Dauer riskant zu machen.

Wer wird schmerzmittel-abhängig?

Zur Frage: wer wird schmerzmittel-abhängig? muss man – wie überall – mehrere Aspekte einbeziehen. Im Einzelnen.

- Die **Zahl** der Schmerzmittel-Abhängigen ist aus vielerlei Gründen nicht exakt festlegbar. Alles, was genannt wird, sind zumeist Schätzdaten. Ob es nun „nur“ Hunderttausende oder mehr sind, für alle gilt der bekannte Satz: Jeder Schmerzmittel-Abhängige ist einer zu viel – besonders wenn es einen selber betreffen sollte...
- **Geschlechtsspezifisch** sollen Frauen bei Schmerzmittel-Missbrauch oder -Abhängigkeit 2- bis 4-mal so häufig vertreten sein wie Männer. Dies hängt jedoch auch vom Lebensalter ab (s. u.). So scheint der negative Vorsprung des weiblichen Geschlechts im Laufe der Jahre zurückzugehen, weil auch immer mehr - insbesondere ältere - Männer in eine Abhängigkeitsgefahr geraten.
- Was das **Alter** anbelangt, so glaubte man früher, dass der *erstmalige Kontakt* mit Schmerzmitteln etwa um das 20. Lebensjahr herum liege (für Beruhigungs- und Schlafmittel später?). Heute weiß man jedoch, dass schon ein erheblicher Prozentsatz von Kindern in den ersten Schuljahren leidvolle Erfahrung mit z. B. (Spannungs-)Kopfschmerzen, ja sogar mit Schlafstörungen hat. Natürlich ist man dort mit „chemischen Mitteln“ zurückhaltender, doch werden inzwischen auch in jungen Jahren Schmerz- und Beruhigungsmittel vermehrt eingesetzt. Der Erstkontakt ver-

legt sich also immer öfter nach vorne. Damit drohen natürlich häufiger frühe Entgleisungen.

Die Schmerzmittel-Abhängigkeit, also die Suchtkrankheit selber scheint am ehesten in den so genannten „besten Jahren“, also im mittleren Lebensalter zum Ausbruch zu kommen. Die Hintergründe dafür ergeben sich vor allem aus zwischenmenschlichen und beruflichen Belastungen (siehe später).

- Bezüglich des **Zivilstandes** scheinen sich Schmerzmittel-Probleme im weitesten Sinne beim weiblichen Geschlecht im allgemeinen sowie bei ledigen oder geschiedenen Frauen im besonderen zu häufen, was erneut auf die spezifischen seelischen Ursachen und Verstärker-Mechanismen hinweist.

- Und schließlich ist sogar der **Beruf** von Interesse, ja offenbar von erstaunlicher Bedeutung. Hier muss an einen Beruf gedacht werden, der als solcher vielfach noch gar nicht ernst genommen wird: der Hausfrauen-Beruf.

In der Tat finden sich bei Medikamenten-Abhängigen im Allgemeinen und bei Schmerzmitteln im Besonderen nicht zuletzt Hausfrauen, wobei ihre Zahl noch deutlich zunimmt, wenn sie einer Doppelbelastung durch Haushalt mit mehreren (und vor allem kleineren) Kindern sowie (halb- oder ganztägiger) Berufstätigkeit ausgesetzt sind.

Allerdings ist auch die so genannte „Nur-Hausfrau“ öfter beteiligt als man gemeinhin annimmt. Weil sie jedoch den größeren Teil des Tages nicht in so engem Kontakt zu anderen Personen steht wie beispielsweise im Berufsalltag bzw. sich eher einer Kontrolle entziehen kann, gestaltet sich der Nachweis einer Medikamenten-Abhängigkeit bei der Hausfrau besonders schwierig.

- Im Weiteren sind **öfter betroffen**: Akkord-, Schicht- und Fließbandarbeiter (Arbeitstempo, Monotonie), wahrscheinlich auch in zunehmendem Maße Berufe mit wachsender Lärmbelastung (auch wenn sie es selber oftmals bzw. lange gar nicht so sehen).

Einen hohen Anteil stellen Selbständige, die sich keinen Ausfall leisten können. Gewisse Positionen mit der Möglichkeit zur Delegation haben es manchmal besser als solche, die auf eine solche Entlastung nicht zurückgreifen können. Dabei spielt natürlich nicht nur die Möglichkeit, sondern auch die eigene Einstellung eine große Rolle („was man nicht selber macht, ist nicht getan“).

Schon immer und auch in unserer Zeit gefährdet sind so genannte Medizinalberufe im weitesten Sinne (Ärzte, Pflegeberufe, Apotheken-Personal u. a.), die einerseits unter ständigem Druck stehen und andererseits der risikoreichen „Griffnähe“ entsprechender Medikamente ausgesetzt sind, ein sehr zwiespältiger Vorteil.

So pflegt man in Fachkreisen vor allem auf zwei Berufsgruppen zu achten, die – jede aus anderen Gründen – schwer als medikamentenabhängig zu erkennen sind: 1. die Hausfrau und 2. Medizinalpersonen.

- **Genetische Faktoren:** Selbst *Erbfaktoren* sind nicht auszuschließen. Im Falle einer süchtigen Fehlentwicklung muss man aber auch (oder sogar eher) an eine weitergegebene *Disposition* (Neigung) denken. Denn es findet sich in der Tat nicht selten eine familiäre Häufung im Bereich von Mutter, Tochter oder Schwester (z. B. ein kombinierter Missbrauch).

Auf jeden Fall wird die Einnahme von Schmerzmitteln (und anderen psychotropen Pharmaka) oft schon von den Eltern, vor allem der Mutter, als Ausweichmöglichkeit gegenüber Belastungen und Konflikten „erlernt“. Auch pflegen Eltern, die selber auf solche Medikamente angewiesen sind, bei ihren Kindern meist weniger einschränkend vorzugehen.

Dies ist auch ein Gemisch aus eigenen Schuldgefühlen („sie hat meine Migräne geerbt“), aus der leidvoll erfahrenen Kenntnis des quälenden Beschwerdebildes („das hält man ohne Schmerzmittel nicht aus“), aber natürlich auch aus dem inzwischen fast schon gewohnten Griff in die Hausapotheke; ferner einer Neigung zur Verharmlosung („mir hat es bisher auch nicht geschadet“) sowie einer Reihe weiterer psychologischer Faktoren, die hier nicht weiter ausgeführt werden sollen. Auf jeden Fall darf nicht vergessen werden:

Der Umgang mit Medikamenten ist auch erlernbar – im Guten wie im Schlechten.

Ursachen eines Schmerzmittel-Missbrauchs

Bei Schmerzmittel-Missbrauch und -Abhängigkeit finden sich naturgemäß *Schmerzbilder* als häufigster Grund, aber keinesfalls ausschließlich. Oft spielen dabei seelische und psychosoziale Einflüsse eine Rolle, vermutlich sogar im wachsenden Ausmaße. Im Einzelnen:

- An erster Stelle stehen **Kopfschmerzen**, die meist als dumpf-diffuser Kopfdruck, als *Spannungskopfschmerz*, Nacken- und Hinterhauptkopfschmerz geschildert werden: oftmals vom Hinterhaupt nach vorne ausstrahlend, als Druck auf oder über den Augen, „Helmgefühl“ oder „Reifen um den Kopf“. Sie sind häufig verbunden mit der Klage über Ein- und Durchschlafstörungen, Magen-Darm-, Herz- und Atembeschwerden sowie Schwindelgefühlen. Weitere Beeinträchtigungen sind Müdigkeit, Missempfindungen, Schwitzen, Frieren, Juckreiz, Zittern, innere Unruhe, häufiges Wasserlassen und – Folge dieses vielschichtigen Beschwerdebilds – ein zunehmender Leistungseinbruch.

Diese Art von Kopfschmerzen entsteht nicht zuletzt durch eine konfliktreiche Lebensphase: meist mittleres Lebensalter (die so genannten „besten Jahre“, ein Begriff, der immer wieder auftaucht) mit Überforderung und Spannungen in Beruf, Haushalt und Familie.

Hier ist auch die erwähnte Doppelbelastung der Frau durch Beruf und Haushalt einzuordnen, verbunden mit der Klage über mangelnde Hilfe des Partners, z. B. bei der Betreuung der Kinder. Die Folgen sind eine Häufung von Ehekonflikten sowie ernsteren Leistungseinbußen; die Betroffenen „brennen gleichsam wie eine Kerze an beiden Enden ab.“

Allein aus dieser Konstellation erklärt sich schon, weshalb das weibliche Geschlecht überwiegt. Denn das Risiko einer medikamentösen Abhängigkeitsentwicklung ist bei solchen Belastungs- und schließlich Überforderungs-Syndromen, vor allem wenn sie sich häufen oder gar chronisch zu werden drohen, ungleich größer als bei akuten Belastungen. Dabei wären die meisten Stress-Symptome durchaus ertragbar - mit Ausnahme dieses Dauer-Kopfdrucks, einer zermürenden Mischung aus Schmerz bzw. Druck sowie in deren Gefolge Verstimmung, Reizbarkeit, Resignation und Leistungsabfall.

- Neben diesen Kopfschmerzen und ihren Begleitsymptomen finden sich als **weitere Missbrauchs-Ursachen** insbesondere Zahnschmerzen, grippebedingte Glieder- und Kopfschmerzen sowie Fieber. Ferner Schmerzen des Bewegungs- und Stützapparates (rheumatische Beschwerden im weiteren Sinne), Beeinträchtigungen im Rahmen der Monatsblutung, schließlich Magen-Darm-Krämpfe, „Herzbe-klemmungen“ und Druckgefühle verschiedenster Art im Brustbereich u. a. Ein Teil dieser Klagen ist nachweisbar organischer Natur, ein nicht geringer aber „psychisch überlagert“, wie das die Experten nennen. Was heißt das konkret?

Meist handelt es sich aus rein organischer Sicht um so genannte „Mini-Befunde“, die für sich allein das geklagte Beschwerdebild nicht erklären können. Das Problem liegt darin, dass unbewältigte, unerkannte oder verdrängte Gemütseinflüsse wie Ärger, Aufregung, Anspannung, Sorgen, Kümmernisse, Sehnsüchte, Schuldgefühle, vor allem aber Angst- und Verstimmungszustände die bisher tolerierten Missempfindungen über die Schwelle des Erträglichen heben - und daraus z. B. ein zermürendes Schmerzsyndrom machen können. Seelische Probleme haken sich gleichsam an bisher kleinen und damit klaglos bewältigten organischen Fehlfunktionen fest.

Charakteristisch für solche „funktionelle Überlagerungen“ sind der Wechsel von Schmerz-Intensität und Schmerz-Lokalisation: „mal stärker, mal schwächer, heute da, morgen dort“. Manche der Betroffenen behaupten glaubhaft, dass ihnen „ein richtiger Schmerz“ ertragbarer vorkomme als diese „Dauer-Zermürbung, bei der kein Ende abzusehen ist und die so heimtückisch fertig macht“.

- Tatsächlich ist das Risiko einer Abhängigkeits-Entwicklung bei einigen **funktio-nellen Störungen** größer als bei den meisten organischen Schmerzursachen. Aufgrund eines solchen mehrschichtigen Beschwerdebildes droht am ehesten die Gefahr, dass Schmerzmittel schließlich nicht nur gegen Schmerzen eingenommen werden, sondern um die Befindlichkeit zu verändern. Jetzt sollen sie auch der Angstlösung, Stimmungsaufhellung ja Stimulation bzw. Euphorie (Wohlgefühl) dienen - ohne dass der Betroffene sich einer solchen Indikations-Verschiebung der körperlichen zur seelischen Befindlichkeit bewusst wäre. Auch so kann man in eine Schmerzmittel-Abhängigkeit geraten.

Letztlich handelt es sich dann nicht mehr um die Therapie einer Krankheit oder die Linderung von Beschwerden, sondern um die Sicherung der „Lebensbequemlichkeit“, bei der Missempfindungen oder gar Schmerzen nicht vorgesehen sind. So benutzen immer mehr Menschen Schmerzmittel auch als Stimulanzen zur Verbesserung ihrer Arbeitsleistung, nicht zuletzt bei Mehrfachbelastung.

- Schließlich sei in diesem Zusammenhang auch auf das verhängnisvolle Zusammenspiel zwischen steigender **Lärmbelastung** und zunehmender Einnahme von „abschottenden“ Medikamenten hingewiesen, insbesondere durch Schlaf-, aber auch Beruhigungs- und Schmerzmittel.
- Zuletzt muss an eine besonders verhängnisvolle Entwicklung erinnert werden, die gelegentlich sogar durch eine verantwortungslose Pharma-Werbung mitverursacht wird: die so genannte „**Vor-Schmerz-Prophylaxe**“.

Manche Menschen nehmen Schmerz- und andere psychotrope Arzneimittel nicht erst beim akuten Schmerz ein, sondern schon im (vermuteten) Vorstadium eines befürchteten Schmerzes. Das ist zum einen die Monatsblutung, zum anderen aber auch vor jedem Wetterumschlag („Wettervorhersage-Abusus“). Oder gar nach – manchmal sogar schon vor – jedem Alkoholexzess.

Auch das ist eine verhängnisvolle Entwicklung, die den automatischen Griff zur Medikamentenschachtel bahnt. Solche Patienten, die sich dann oftmals mit entsprechendem Vorrat einzudecken pflegen, können am Schluss nicht einmal mehr sagen, wie viele Tabletten sie in welcher Zeiteinheit genommen haben.

- Ein besonderes, offenbar wachsendes und verhängnisvolles Problem ist in diesem Zusammenhang der schon erwähnte Schmerzmittel-Missbrauch im **Laien- und Leistungssport**: Gewalt-Fahrradtouren, Bergtouren, Schwimmer, Reiter, Turner, Fußballer, ja sogar Golfer u. a. – und vor allem Läufer (wobei es nicht gleich ein Halb- oder Voll-Marathon sein muss). So scheint die Einnahme von Schmerzmitteln bereits vor Beginn des sportlichen Einsatzes immer öfter die Regel zu werden, eine Verhöhnung von „Sport ist gesund“.

- Zuletzt ein sonderbar erscheinendes, medizinisch aber nachvollziehbares und in der ärztlichen Praxis nicht seltenes Phänomen, nämlich Schmerzmittel-Missbrauch durch **Schmerzmittel-Kopfschmerzen**. Um was handelt es sich?

Kopfschmerzen können unterschiedliche Gründe haben, z. B. die (oft erbliche) Migräne, am häufigsten aber der so genannte chronische Spannungskopfschmerz, der die Betroffenen zur Verzweiflung und damit zu einem häufigen, wenn nicht gar dauerhaften Schmerzmittel-Konsum treiben kann. Das können sowohl so genannte einfache Analgetika, also auch Kombinations-Analgetika, Ergotamine oder Triptane sein (Einzelheiten siehe später bzw. die Fachliteratur).

Die Folge ist ein Kopfschmerz durch Kopfschmerzmittel mit eigener Charakteristik: Am ehesten mit dem Einnahme-Grund zu vergleichen, nämlich dem schon erwähnten Spannungsdauerkopfschmerz: beidseitig, dumpf-drückend, leichte bis mittelschwerer Intensität, nur selten vegetative Begleit-Symptome wie bei der Migräne (Übelkeit, Brechreiz, Schweißausbrüche u. a.).

Betroffen sind vor allem Frauen mit durchaus positiven Eigenschaften wie Pflichtbewusstsein, insbesondere ein hohes Bedürfnis, im Arbeits-Alltag und zu Hause reibungslos zu funktionieren. Und deshalb schon bei leichten Beschwerden zur Vorbeugung von stärkeren Schmerzen die erwähnte Vor-Schmerz-Prophylaxe in eigener Regie. Das geht eine zeitlang gut, vor allem wenn man es nicht regelmäßig praktiziert, kann aber am Schluss diesen verhängnisvollen Teufelskreis einleiten, der vor allem dann Angst vor dem jetzt drohenden Entzugs-Kopfschmerz provoziert, wenn der Patient endlich versucht, seine Dauer-Medikation zu verringern oder gar das Schmerzmittel ganz abzusetzen.

Dadurch kann der Kopfschmerz noch qualvoller werden – und zwingt förmlich zu einer weiteren Einnahme. Dies betrifft aber nicht nur die herkömmlichen Schmerzmittel, sondern auch viele Kombinationsmittel, deren Einzel-Substanzen schon von sich aus abhängig machen können (z. B. Codein oder auch „nur“ Coffein). Weitere Einzelheiten siehe später.

Chronische Schmerzbilder

Neben diesen oft psychisch überlagerten Schmerzbildern gibt es selbstverständlich auch Schmerzmittel-Missbrauch oder -Abhängigkeit durch reale, objektivierbare, schicksalhafte und in der Tat schwer zu ertragende Schmerz-Syndrome. Doch auch hier zeigt sich das gleiche Phänomen:

Während akute, nach einer Operation oder einem Unfall auftretende Schmerzen durch die relativ kurze Zeit der Beeinträchtigung kaum Anlass für eine Gefährdung bieten, ist das Risiko bei immer wiederkehrenden oder gar chronischen schmerzhaften Zuständen besonders groß. Dazu gehören beispielsweise Neuralgien (Nervenschmerzen), Phantomschmerzen (die ein nicht mehr vorhandenes, amputiertes Glied betreffen), Karzinomschmerzen usw.

Hier verselbständigt sich dann das Schmerz-Erlebnis mit der Zeit; der Schmerz wird mehr und mehr als „ich-fremd“ empfunden und muss betäubt werden. Auch das ist eine Möglichkeit der Suchtentwicklung, wenngleich eine häufig tragische. Sie ist zwar zahlenmäßig weitaus geringer als die psychogenen, d. h. überwiegend bis ausschließlich seelisch bzw. psychosozial bedingten Schmerzzustände, aber ebenfalls schwer in den Griff zu bekommen, insbesondere bei bestimmten Persönlichkeitsstrukturen (s. u.).

Gibt es eine spezifische Persönlichkeitsstruktur?

Am sinnvollsten (d. h. vor allem bequemsten) wäre es, so meinen viele, wenn man die Sucht an veränderter Wesensart bzw. Persönlichkeitsstruktur, kurz: an einer Beeinträchtigung des Charakters erkennen könnte. Und damit haben sie sich gleich den schwierigsten Bereich ausgesucht:

- Doch zum einen sind hier viele wissenschaftliche Fragen schon rein theoretisch ungeklärt, von der kritischen Forscher-Frage mal ganz abgesehen: was ist beweisbar (Fachbegriff: was ist belegt)?
- Zum anderen ist gerade bei jenen Krankheiten, die auch die Persönlichkeitsstruktur beeinträchtigen können, nachträglich kaum zu entscheiden: Was war die ursprüngliche Wesensart, was sind die Missbrauchsfolgen? Denn die meisten Patienten werden naturgemäß erst während oder nach einem länger dauernden Missbrauch untersucht.

Wenn man dann z. B. durch Befragung der Angehörigen herauszufinden sucht, wie der Betreffende früher war, dann finden sich allerdings gewisse Parallelen. Sie dürfen jedoch nicht verallgemeinert werden, zumal sie auch alters- und geschlechtsspezifisch und im Laufe der Lebensprägung einem ständigen Wandel unterworfen sind.

Immerhin glaubt man, dass Schmerzmittel-Abhängige schon *vor* dem auslösenden Schmerz-Syndrom und damit auch *vor* der pharmakogenen (medikamentenbedingten) Veränderung von Wesensart, geistiger Aktivität, zwischenmenschlicher Einstellung usw. durch folgende Hinweise auffallen:

Leistungsorientiert, empfindsam, Neigung zur Gefühlsabwehr, Ängstlichkeit, häufig leichte depressive Verstimmungen sowie Selbstunsicherheit.

Im Weiteren eine unkritisch überhöhte Erwartungshaltung, auch der Wunsch, alles richtig und gut machen zu wollen, die Tendenz, Spannungen aus dem Wege zu gehen und die mangelnde Fähigkeit, sich durchzusetzen.

Wichtig scheint auch ein hinderlicher Zwiespalt im zwischenmenschlichen Bereich zu sein: Kontakt gewünscht, aber auch gefürchtet.

Schließlich scheint die Fähigkeit unzureichend ausgeprägt, seine Probleme auszusprechen und damit zu neutralisieren. Die Betroffenen wollen „wortlos wahrgenommen werden“.

Ist es im Laufe jahrelangen Missbrauchs schließlich zu einer pharmakogenen *Wesensänderung* gekommen, dann wirken Schmerzmittel-Abhängige gegenüber dem „gesunden Durchschnitt“ offenbar eher

- missgestimmt, stimmungslabil, niedergedrückt und ängstlich.
- Auch leiden sie mehr unter Einsamkeitsgefühlen und Minderwertigkeitskomplexen, sind rascher irritierbar, leichter enttäuschbar und schneller zu verärgern.
- Nicht selten erscheinen sie reizbarer, zeigen eine geringere Frustrationstoleranz, was die Verarbeitung entsprechender Enttäuschungen anbelangt, brausen schneller auf und sind vor allem öfter schlecht aufgelegt.
- Außerdem verlieren sie sich leichter in Problem-Grübeleien und Gedankenkreisen, entwickeln weniger Zuversicht und Selbstvertrauen und klagen vermehrt über psychosomatisch interpretierbare Allgemeinstörungen, nicht zuletzt wetterabhängig.

Vieles ist nachvollziehbar, nicht zuletzt durch den zermürbenden Dauer-Schmerz. Manches wurde oder wird aber auch nicht als Charakteristikum akzeptiert, und zwar nicht nur von den Betroffenen, auch aus wissenschaftlicher Sicht. Es herrscht also noch Forschungsbedarf. Eines aber bleibt unbestritten:

Schmerz, insbesondere Langzeit-Schmerz verändert in der Mehrzahl der Fälle die Wesensart, ob in diese oder jene Richtung, je nach ursprünglicher Persönlichkeitsstruktur und Umfeld-Bedingungen (vielleicht auch ja nach Art und Lokalisation des Schmerzes).

Körperliche Verdachtsmomente auf Abhängigkeit

Die meisten Medikamenten-Abhängigen berichten nur selten von selber über ihre Sucht-Problematik. Ähnlich wie beim Alkohol wird zwar eine „gelegentlich“ notwendige Schmerz- oder Schlaftablette nicht in Abrede gestellt, keinesfalls aber ein häufigerer oder gar täglicher Konsum eingestanden. Kann man also mit diesen Angaben meist wenig anfangen, führen in der differentialdiagnostischen Spurensiche-

rung (was könnte es sonst noch sein?) folgende Hinweise eher auf den richtigen Weg:

Voralterung, Hautveränderung, psychische Auffälligkeiten, schließlich Störungen von Blutbild, Magen-Darm-Funktion, Niere, Herz und Kreislauf.

Natürlich hängt dies weitgehend von dem bevorzugt missbrauchten Wirkstoff ab, insbesondere von der Frage: opiathaltige bzw. nicht-opiathaltige Substanzen. Gewisse Parallelen aber finden sich überall. Nachfolgend deshalb einige Stichworte generell:

- **Voralterung:** Viele schmerzmittel-abhängige Patienten, vor allem aber Frauen, denen man es oftmals noch schneller ansieht, wirken häufig um Jahre, nicht selten um 10 bis 15 Jahre älter als sie wirklich sind. Eine solche Voralterung kann natürlich vielerlei Gründe haben, nicht zuletzt auf Missbrauchs-Ebene (z. B. hoher Nikotin-Konsum, Alkoholmissbrauch, von Rauschgift-Folgen ganz zu schweigen). Doch beim Schmerzmittel-Abusus wird sie erstaunlich häufig dort registriert, wo man sonst keinerlei sonstige Auffälligkeiten wahrnimmt. Also: Ungewöhnliche Voralterung (vor allem im Gesichtsbereich erkennbar) und ohne nachvollziehbare Ursachen macht hellhörig.
- **Hautveränderungen:** Das geht nicht zuletzt auf entsprechende Veränderungen der Haut zurück. Oft findet sich nämlich eine schmutzig-grau-braune Hautverfärbung, selbst dann schon, wenn noch keine Nierenschädigung vorliegt. Tritt diese ein, verstärkt sich die Hautverfärbung.

Bei zusätzlicher Herz-Kreislauf-Erkrankung werden die Lippen zyanotisch (bläulich verfärbt).

Wichtig ist schließlich ein Umstand, der z. B. auch für Beruhigungs- und Schlafmittel-Missbrauch sowie Alkoholismus gilt, und den man sich als Erkennungszeichen merken sollte:

Patienten mit Schmerzmittel-Missbrauch oder -Abhängigkeit stoßen in benommenem (Vergiftungs-)Zustand häufig an Schränken, Türen, Tischkanten, Stuhlbeinen usw. an. Das führt zu Blutergüssen jeglichen Alters (und damit Farbe) im Gesicht, vor allem an Schulter- und Beckengürtel sowie an den Armen und Beinen, insbesondere an den Schienbeinen. Kurz: ungewöhnlich viele „blaue Flecken“.

- An **weiteren körperlichen Symptomen** finden sich vor allem Sprachstörungen (undeutliche, „schleifende“ Aussprache), Geh- und Stehunsicherheit (verstärkt bei Missbrauch im höheren Alter – s. u.), seelisch-körperlich entweder enthemmt-angetrieben oder verlangsamt-apathisch; ferner Zittern, Muskelzuckungen, Klagen über Schwindelzustände, vermehrt Stürze mit Schürfwunden und Hämatomen (Blutergüsse - s. o.) sowie sogar Verbrennungen (Rauchen im Bett).

Die Klage über Missempfindungen und Schmerzen nimmt zu, teils lokalisiert, teils diffus und wandernd.

Schließlich fallen bei gezielter Untersuchung auf: Neigung zu Untergewicht bis hin zur Kachexie (Auszehrung), mehr oder weniger charakteristische Veränderungen von Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Leber, Niere(!), Blutbild, Urinbefund, sonstige Stoffwechselveränderungen usw. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Seelische und psychosoziale Verdachtsmomente

Allgemeine *seelische und psychosoziale Auffälligkeiten* basieren insbesondere auf der offensichtlich künstlichen bzw. erzwungenen Beruhigung und Entspannung, der Euphorisierung (inhaltsloses Wohlgefühl), Stimulation oder Betäubung – je nach Ausgangslage.

Geklagt wird ferner über Einbußen der Merk- und Konzentrationsfähigkeit, der Leistungsfähigkeit allgemein sowie der Neigung zu ängstlich-depressiven Verstimmungen und anhaltenden Schlafstörungen. Das alles wird in der Regel von dritter Seite bestätigt.

Auch häufen sich schließlich Unfälle, Fehlzeiten am Arbeitsplatz, zwischenmenschliche Auseinandersetzungen, insbesondere Partnerkonflikte.

Auffällig ist zuletzt ein deutlicher Interessenverlust, gepaart mit Reizbarkeit, unmotivierten Stimmungsschwankungen, eingeschränkter Urteils- und Kritikfähigkeit u.a.m.

Der Endzustand einer Medikamentensucht ist in der Regel nicht mehr von der ursprünglichen Substanz abhängig (zumal dann mitunter mehrere Stoffe eingenommen werden) und zeigt ein relativ einheitliches Bild (siehe später).

Entzugserscheinungen

Beeinträchtigend bis quälend sind schließlich die *Entzugserscheinungen*: Die meisten Medikamenten-Abhängigen haben schon einmal oder mehrfach mit oder ohne ärztliche Hilfe versucht, von ihrer Sucht loszukommen. In nicht wenigen Fällen gelingt dies auch, teils vorübergehend, teils dauerhaft. Manchmal aber sind die Entzugserscheinungen so schwer, dass die Patienten verzweifelt wieder in ihre alten Gewohnheiten zurückfallen. Natürlich hängen diese Abstinenz-Symptome von der jeweiligen Substanz ab, die missbraucht wurde. Einige Hinweise finden sich jedoch immer wieder:

Entzugserscheinungen seelisch und psychosozial: Überwachheit am Abend, Schlafstörungen, innere Unruhe, ängstlich-depressive Verstimmung, Trugwahrnehmungen, in schweren Fällen Verwirrtheitszustände.

Auf körperlicher Ebene vor allem verstärkte Kopfschmerzen, Zittern, Muskelzuckungen, Gliederschmerzen, Kollapsneigung, Wechsel von Durchfall und Verstopfung sowie ggf. epileptische Anfälle usw.

Konkrete Einzelheiten zu den substanz-typischen Entzugserscheinungen siehe später.

● OPIAT-HALTIGE SCHMERZMITTEL

Bei der Schmerzmittel-Abhängigkeit spielen zwar auch nicht-opiathaltige Analgetika (Schmerzmittel ohne Opiate und ihre Abkömmlinge) eine Rolle, doch hält sich deren Suchtpotential offensichtlich in Grenzen. Probleme bereiten hier vor allem die Kombinations-Präparate, bei denen sucht-gefährliche Substanzen beigemischt werden (z. B. Coffein und vor allem Codein).

Anders liegen die Dinge bei den so genannten stark wirksamen Schmerzmitteln aus der Gruppe der Opiate bzw. Opioide (s. u.).

- *Opiate* sind Substanzen, die chemisch vom Opium abstammen (z. B. Morphin, Codein).
- *Opioide* sind synthetische Substanzen mit morphin-artigen Eigenschaften.

Beide haben einen ausgeprägten Einfluss auf das seelische Erleben und Verhalten und werden deshalb auch in entsprechenden Kreisen missbraucht.

Nicht wenige setzen ihren Missbrauch deshalb mit der Rauschdrogen-Szene gleich, was zwar einerseits nicht völlig falsch ist, andererseits aber auch ein verhängnisvoller Trugschluss sein kann. Dadurch übersieht man nämlich allzu leicht, dass es auch Schmerzmittel-Abhängige vom Opiat-Typ in jedem Alter und in jeder Bevölkerungsschicht gibt. Nachfolgend deshalb eine ausführlichere Darstellung, ergänzt durch das spezielle Kapitel später.

„Suchtmittel“ in der ärztlichen Therapie?

Opiat-haltige Substanzen sind unverzichtbare Arzneimittel und in Form von Mohnsaft schon seit Jahrtausenden ein Segen für die leidende Menschheit (frühester Hinweis: altägyptische Papyrusrollen aus Königsgräbern). Dies betrifft insbesondere starke, quälende, durch nichts zu mildernde Schmerzzustände.

In der Tat wird durch sie das Schmerz-Erleben eindrucksvoll verändert. Zwar sind danach Schmerz-Lokalisation und selbst Angaben über die Schmerz-Intensität noch möglich, doch dem Schmerz-Erleben ist das Negative, Bedrohliche, Quälende, also Typische weitgehend genommen.

Wer bei starken Schmerzen mit diesen Substanzen behandelt wird, pflegt deshalb so gut wie immer eine positive Grundeinstellung zu den entsprechenden Präparaten zu entwickeln, auch wenn keine Abhängigkeit droht. Das jedenfalls ist bei der Mehrzahl schmerz-gepeinigter Patienten zu beobachten.

Ein wichtiger Faktor, um den man wissen muss, weil er für eine süchtige Fehlentwicklung entscheidend zu sein pflegt, ist vor allem die euphorisierende Wirkung der Opiate: von der Steigerung des Wohlbefindens bis zum inhaltlosen, bisweilen fast schon „orgastischen“ Glücksgefühl; ferner unbeschwerter Ruhe, selige Zufriedenheit, Angstlösung, ja gesteigertes Selbstbewusstsein.

Dazu kommen scheinbar erleichterte Gedanken-Assoziationen (-Verknüpfungen), bildhafteres Denken, Stimmungshebung, Lösung von Unruhe und Spannung usw. Opiate können – nach den ersten, bisweilen gemischten Eindrücken und zumindest für einige Zeit – ein unglaubliches Wohlbehagen auslösen, das sich nach Aussage der Betroffenen kaum adäquat schildern lässt, „man muss es selber erlebt haben“.

Allerdings lässt diese seelisch-körperliche Komponente des inhaltlosen Glücksgefühls rasch nach. Jetzt droht eine schockierende Ernüchterung. Denn wer von Opiaten abhängig geworden ist, den bewegen nicht so sehr die – nie mehr realisierbaren – Erinnerungen und Wunschvorstellungen nach dem früheren Wohlbehagen und Glücksgefühl. Dieses Opfer jagen jetzt gnadenlos die drohenden Entzugerscheinungen, wenn es die inzwischen notwendig, ja unerlässlich gewordene Substanz nicht mehr zur rechten Zeit nachzuliefern vermag.

Spätestens hier wird der hohe Preis deutlich, den insbesondere jene zahlen müssen, die nicht durch schwere, sonst nicht beherrschbare Schmerzen, sondern durch reinen Lustgewinn zur Einnahme dieses wichtigen, aber auch durch menschliches Verschulden zwiespältigen Stoffes getrieben wurden.

Die naheliegende Frage: Sind denn alle gleich gefährdet? kann mit gewissen Einschränkungen wie folgt beantwortet werden: Ob eine Abhängigkeits-Gefahr im Allgemeinen und durch Opiate im Speziellen droht, entscheiden nicht zuletzt die zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur und die seelische bzw. psychosoziale Ausgangslage des Betroffenen. Dabei kann man sich aber in etwa an folgender Unterscheidung orientieren:

- Der nur *Schmerz-Gepeinigte* ist froh, wenn er etwas Entlastung registrieren kann. Eine gemütsmäßige Erleichterung nimmt er gerne mit, ist aber darauf nicht angewiesen, wenn sich diese langsam verflüchtigen sollte. Das Wichtigste ist eine Linderung des ja meist qualvollen Schmerzbildes.

- Der (auch) *Suchtgefährdete* dagegen sucht aufgrund seiner Wesensart und sonstiger Auslösefaktoren das „chemische Glück“, und zwar ohne eigene Leistung und möglichst sofort.

Psychisch Gesunde sprechen deshalb oftmals gar nicht auf diese künstliche Zufriedenheit und Stimmungshebung an, im Gegenteil (s. u.). Zu einer solchen Stabilität einschließlich konsequenter Haltung sind aber viele seelisch Labile nicht in der Lage, kaum zu Beginn, und schon gar nicht im Verlaufe einer – zuletzt Antrieb und Willen lähmenden – Sucht-Karriere.

Nebenwirkungen und Gefahren opiat-haltiger Schmerzmittel

Unabhängig von einer möglichen Suchtgefahr (s. später) entwickeln *opiat-haltige Schmerzmittel* eine Reihe von *seelischen und körperlichen Nebenwirkungen*. Dabei müssen jedoch zwei Faktoren unterschieden werden: 1. Intensität des Schmerzbildes und 2. kurz- oder längerfristige Verordnung bzw. Einnahme. Im Einzelnen:

1. Intensität des Schmerzbildes: Häufigkeit und Ausmaß unerwünschter Nebeneffekte, aber auch erwünschter Wirkungen sind nicht zuletzt situationsbedingt:

- *Menschen ohne oder mit geringer Schmerz-Beeinträchtigung* klagen unter opiat-haltigen Schmerzmitteln häufiger über Miss-Stimmungen, Schläfrigkeit, Schwächegefühl, Nervosität, Angst sowie Übelkeit und Erbrechen. Bisweilen sehen sie sich sogar durch diese Substanz in eine unangenehme, ja in eine Miss-Stimmung gedrängt.

Negativ empfunden werden auch die gefühlsmäßige Einengung, die Dämpfung, der Antriebsverlust, kurz: eine seelisch-geistig-körperliche Inaktivierung, vor allem was intellektuelle Leistungsfähigkeit und Kreativität angeht.

So wird bei einiger Selbstkritik mit Unbehagen registriert, dass die Einnahme von opiat-haltigen Stoffen anstehende Probleme „einfach überspielt“, was sie natürlich nicht löst.

- *Dagegen empfinden Patienten mit starken Schmerzen* zumeist eine befreiende Schmerzlinderung, eine als durchaus angenehm empfundene Sedierung (Dämpfung), ja teilweise sogar ein Wohligkeits- bis Glücksgefühl (teils als biochemischer Effekt, teils reaktiv durch die Schmerz-Befreiung).

Selbst Zahl und Ausmaß der unerwünschten Begleiterscheinungen sind bei schwer gequälten Schmerzpatienten geringer. Oder sie registrieren sie nicht mit diesem Bedeutungsgehalt, wie er von z. B. schmerzmäßig unbehelligten Versuchspersonen empfunden wird.

Oder mit anderen Worten: Die Ursache der Medikamenten-Einnahme entscheidet auch über die Verträglichkeit bzw. die Nebenwirkungen.

2. Kurz- bzw. längerfristige Anwendung von opiat-haltigen Schmerzmitteln: Dieser Aspekt bedarf einer ausführlicheren Darstellung.

- **Bei einmaliger bzw. kurzfristiger Anwendung opiat-haltiger Schmerzmittel ist**

- in *körperlicher Hinsicht* besonders auf eine Dämpfung der Atmung (Atemdepression) zu achten. Vorsicht vor allem bei älteren und geschwächten Patienten, insbesondere mit vorausgehender Störung der Atemfunktion. Weniger gefährlich, dafür häufig, lästig und kaum von selber zurückgehend ist eine Darmverstopfung mit Blähungen. Aber nicht nur die Muskulatur des Dünn- und Dickdarms wird gehemmt, auch die der Gallenwege. Selbst Schmerzen beim Wasserlassen und Harnverhaltung sind möglich. Quälende Blähungen und eine sich besorgniserregend vergrößernde Blase mögen ja für den gesunden Laien eher eine humoristische Komponente haben – für die Betroffenen allerdings nicht.

Eine Wirkung auf das Herz-Kreislauf-System (Blutdruck, Herzschlagfolge) ist zwar selten und relativ unerheblich, kann jedoch bei Überdosierung oder gar Vergiftungsgefahr ernstere Folgen nach sich ziehen (siehe später).

Übelkeit und Erbrechen sind relativ häufig und gehen weniger auf Magen-Darm-Störungen, mehr auf eine Irritation der entsprechenden Gehirnzentren zurück. Beides pflegt sich jedoch nach einiger Zeit zurückzubilden.

Dafür sind eine Reihe von Stoffwechselstörungen und – eher selten – allergische Reaktionen möglich (Fachbegriffe: Urticaria, Exantheme, Kontaktdermatitis, anaphylaktische Reaktionen usw.).

Als weitere unerwünschte Wirkungen sind beschrieben: Schwitzen, Niesen, Gänsehaut, Appetitlosigkeit, Rötung von Gesicht, Nacken, Brust, Rücken, ferner Kopfschmerzen usw.

Opiat-haltige Medikamente wirken in der Regel beruhigend und sogar schlafanstoßend. Das kann bis zu einer entspannten Müdigkeit führen, aber auch in ein lästiges Schwächegefühl münden. Beides geht in der Regel jedoch wieder zurück. Doch ist auch mit einer *paradoxen Stimulation* bestimmter Gehirnzentren zu rechnen. Diese äußert sich dann in Unruhe, Nervosität, Zittern, Schlafstörungen, im Extremfall in deliranten Zuständen.

- In *seelischer und psychosozialer Hinsicht* drohen die – schon erwähnten – Begleiterscheinungen:

Euphorie (inhaltsloses Glücksgefühl) oder Dysphorie (Miss-Stimmung), außerdem Angst, Unruhe, Mattigkeit bis zu Apathie (Teilnahmslosigkeit) oder gar Schläfrigkeit. Dazu Merk- und Konzentrationsstörungen. Besonders belastend, wenngleich eher einschleichend eine generelle Überempfindlichkeit, Nervosität, Reizbarkeit sowie eine Stimmungslabilität bis hin zu depressiven Verstimmungszuständen. Folgeschwer ein beeinträchtigtes Urteilsvermögen, noch problematischer das Nachlassen zwischenmenschlicher Aktivitäten und scheinbar grundlose Einbußen in der beruflichen Leistungsfähigkeit.

Im Gegensatz zur Alkohol- oder Rauschgift-Intoxikation (z. B. Kokain) sind jedoch Aggression oder gar Gewalttätigkeit selten.

- Eine **längerfristige oder gar Dauerbehandlung mit opiathaltigen Schmerzmitteln** ist ein vielschichtiges Problem, das man sich gut überlegen muss. Dabei spielen nicht nur das quälende Krankheitsbild (meist Karzinom- oder Phantom-schmerzen, die ein nicht mehr vorhandenes Glied betreffen), sondern auch – vor allem für den Arzt – psychologische, ethische, formal-juristische (Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung - BtMVV), ja sogar gesellschafts- bzw. standespolitische Fragen eine Rolle. Einzelheiten siehe später.

Mit welchen *Nebenwirkungen* ist nun bei Langzeitbehandlung zu rechnen?

- *Körperliche Folgen:* Am schwerwiegendsten, ja manchmal sogar quälendsten, dazu fast obligatorisch auftretend und schwer zu steuern, ist die bereits erwähnte Darmverstopfung. Parallel dazu können auch Übelkeit und Brechreiz wieder zunehmen, was dann mehr mit der Verstopfung, weniger mit einer Reizung entsprechender Gehirnzentren zusammenhängt. Dazu kommen häufig Völlegefühl, Blähungen und Appetitlosigkeit.

Die opiat-bedingte Atemschwäche bleibt zwar ein Grund ständiger ärztlicher Sorge und damit Kontrolle, lässt sich aber im Laufe der Zeit durch eine adäquate Dosierung meist in den Griff bekommen. Einige Patienten berichten über Sehstörungen, Schwindelgefühl, Harnverhaltung, Juckreiz usw. (s. o.).

- In *seelischer Hinsicht* ist die Sedierung (Dämpfung) das vorrangige Problem, auch wenn sie sich meist verflüchtigt oder durch anregende Mittel (z. B. Coffein) erträglicher gestalten lässt.

Nicht zu unterschätzen sind die schon mehrfach erwähnten Begleiterscheinungen: rasche Ermüdbarkeit, Mattigkeit, Merk- und Konzentrationsstörungen, Miss-Stimmung, Angst, Stimmungslabilität, depressive Verstimmungszustände, Unruhe, Nervosität, Überempfindlichkeit, Reizbarkeit, reduzierte Urteilskraft sowie die sich daraus ergebenden psychosozialen, d. h. partnerschaftlichen, familiären, beruflichen, gesellschaftlichen Probleme.

Auch Verwirrheitszustände und sogar Sinnestäuschungen sind nicht auszuschließen.

- Ob die *intellektuellen Fähigkeiten* bei einer längerfristigen Opiat-Behandlung beeinträchtigt werden, insbesondere das *Reaktionsvermögen* und damit die Fähigkeit, aktiv am *Straßenverkehr* teilzunehmen, ist umstritten. Dabei stellen sich ähnliche Fragen wie bei der Behandlung mit Neuroleptika und Antidepressiva, und auch die Antwort sollte gleich lauten:

Patienten, die solche Medikamente benötigen, pflegen unter Krankheitsbildern zu leiden, die auch sonst keine unbelastete geistige Entfaltung und damit gewohnte Leistung mehr möglich machen. Die Therapie stellt zwar eine Symptombefreiung nach Genesung und damit wieder die alte Leistungsfähigkeit in Aussicht. So lange sie aber in möglicherweise kritischer Dosierung läuft, darf man nicht beides verlangen: Linderung quälender Symptome und Nebenwirkungs-Freiheit bei entsprechender medikamentöser Therapie.

Vor allem darf man im Straßenverkehr nicht die alte Erkenntnis außer Acht lassen, die auch für den Einsatz aller anderen psychotropen Pharmaka gilt:

Selbst bei einem unverschuldeten Unfall kann die Gegenseite juristische Probleme bereiten, wenn sie – wie auch immer – herausbekommt, dass „Medikamente im Spiel sind“.

Vergiftungsgefahr durch Opiate

Die Folgen einer *akuten Vergiftung durch Opiate* dürften vor allem in der Rauschdrogen-Szene Probleme bereiten. Am häufigsten finden sich als

- *Warnsymptome*: verwaschene Sprache, bläulich verfärbte, kalte Haut, Rückgang der Körpertemperatur, langsamer Puls, abgeschwächte oder aufgehobene Eigenreflexe, schlaffe Muskulatur, verringerte Harnausscheidung, Blutdruckabfall, Lungenödem und Krampfanfälle (vor allem bei Kindern).
- Am *gefährlichsten* aber ist die zunehmend langsamer werdende, oberflächliche, unregelmäßige Atmung bis hin zum Atemstillstand. Das Ende droht durch Herzstillstand.

Im Gegensatz zu den Rauschdrogensüchtigen, die vielerlei durcheinander nehmen und deshalb in dieser Hinsicht keine charakteristischen und damit notfallmäßig verwertbaren Krankheitszeichen mehr zeigen, ist dies bei reinen Opiat-Vergifteten anders.

Hier bleibt die *Notfall-Trias* unverändert nützlich, auf die dann auch als Erstes zu achten ist: extreme Verengung der Pupillen, Atemdämpfung und Koma.

Die häufigste Verwechslungsgefahr ist bei Intoxikationen mit Alkohol, Schlaf- und Beruhigungsmitteln gegeben, bei denen sich jedoch in der Regel keine Pupillenveränderung findet. Entscheidend ist die toxikologische Analyse der Körperflüssigkeiten. Einzelheiten zu allen diesen kritischen Phänomenen siehe die Fachliteratur bzw. der Arzt.

Zur Abhängigkeitsgefahr von opiat-haltigen Schmerzmitteln

Das Problem einer möglichen *Abhängigkeitsgefahr durch opiathaltige Schmerzmittel* wurde bereits angesprochen. Dabei wurden zwar manche Befürchtungen relativiert (z. B. Krebskranke), doch führt kein Weg an der Erkenntnis vorbei: Die Medikamenten-Abhängigkeit nimmt offenbar generell zu, woran nicht zuletzt die Schmerzmittel beteiligt sein dürften. Diese Gefahr ist vor allem bei opiat-haltigen (Schmerz-)Mitteln gegeben. Und so gilt nicht nur für Rauschgiftsüchtige, sondern letztlich auch für schmerzgepeinigte Kranke die alte Erkenntnis:

Opiate können seelisch und körperlich abhängig machen – in welcher Form und Anwendungsart sowie aus welchem Grund auch immer eingenommen.

Dass Drogenabhängige die Opiate häufig als letzten Schritt ihrer Rauschgift-Karriere einsetzen, ist bekannt. Doch auch schmerzgepeinigte Menschen jeglichen Alters, jeglicher Position und moralischen Integrität, denen durch Krankheit, Unfall oder Krieg ein schweres Schicksal aufgebürdet wurde, sind schon opiat-abhängig geworden. Es gibt keine Mittel und Wege, dies vorher mit einiger Sicherheit auszuschließen.

Die **Abhängigkeit** äußert sich in einer Toleranzentwicklung (Definition siehe im Anhang) mit der Notwendigkeit, die Dosis zu steigern. Dies wird quälend bewiesen durch ein Opiat-Entzugs-Syndrom beim Versuch, die Dosis zu reduzieren oder das Mittel schließlich abzusetzen.

- *Als körperliche Beschwerden im Rahmen eines Entzugs* gelten: weite Pupillen, Gähnen, laufende (aber auch verstopfte) Nase, Niesen, Tränenfluss, Schwitzen, Juckreiz, Gänsehaut, Muskelzuckungen, Muskelkrämpfe, Hitzewallungen, Kälteschauer, Knochen-, Muskel-, Gelenk- und Rückenschmerzen, Anstieg des Blutzuckers, Zunahme von Herzschlagfolge, Blutdruck und Atemfrequenz, Schmerzüberempfindlichkeit, Schlaflosigkeit, Fieber, Übelkeit, Erbrechen, Bauchkrämpfe, Durchfall, Zittern, Schwäche, seelisch-körperliche Unruhe, ausfahrende Bewegungen, im Extremfall Schock und Kreislaufversagen.

Die häufigsten Symptome im Rahmen eines *Opiat-Entzugs* aber lassen sich am ehesten mit einer leichten bis mittelschweren Grippe vergleichen: fiebriges Aussehen, Hitzewallungen, Kälteschauer, Appetitlosigkeit, allgemeine Unruhe, Schlafstörungen, Händezittern, Übelkeit, Gänsehaut, Glieder- und Rückenschmerzen usw.

- Die *seelischen Entzugerscheinungen* sind vor allem Verlangen, Gier, ängstlich-gereizte Stimmung, unruhig, rastlos, fahrig, getrieben, missgestimmt, niedergeschlagen, ggf. aggressiv usw.

Wie schnell die Entzugssymptome auftreten, hängt von der Art der Konsumänderung (ausschleichend, abrupte Beendigung), von Art und Qualität des eingenommenen Stoffes bzw. seiner Halbwertszeit ab, in der die Hälfte wieder ausgeschieden wurde. In einigen Fällen ist bereits nach wenigen Stunden, in anderen erst nach einigen Tagen damit zu rechnen.

Wird die Schmerzbehandlung mit opiat-haltigen Substanzen zu zurückhaltend gehandhabt?

Aufgrund der erwähnten Nebenwirkungen, einschließlich Intoxikations- und Suchtgefahr, wegen der verheerenden Entwicklung in der Rauschdrogen-Szene, der auch die Ärzteschaft ohnmächtig gegenübersteht, und nicht zuletzt durch den kriminellen Gebrauch, der auch mit entsprechenden Arzneimitteln getrieben wird, sind die klinisch tätigen und vor allem niedergelassenen Ärzte in der Verordnung von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln immer zurückhaltender geworden. Ganz besonders deutlich wird dieser Trend bei opiat-haltigen Schmerzmitteln – mit Recht. Unterstützt wurde dies von einer strengen Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (BtMVV).

Jetzt aber klagen die Experten immer häufiger, insbesondere jene mit praktischer Erfahrung in der Schmerztherapie, dass die gebotene Vorsicht langsam so überkritische Formen annehme, dass manche Patienten nicht mehr jene Schmerzlinderung erreiche, die ihnen eigentlich zustehe. Nachfolgend deshalb einige Hinweise zu diesem Problem:

In Deutschland leiden derzeit mehr als 5 Millionen Menschen unter chronischen Schmerzen. Betroffen sind nicht zuletzt Patienten mit Neuralgien, nach Amputationen sowie mit einer schweren Polyarthritiden usw. Vor allem aber sind es Krebspatienten. Jeder Fünfte von ihnen soll unter ständigen qualvollen Schmerzen leiden, im letzten Stadium sogar 70%. Doch jeder Zweite soll nicht ausreichend mit Schmerzmitteln versorgt sein.

Nun hat die einst verschärfte Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (BtMVV) und die in früheren Lehrbüchern noch wiedergegebene Skepsis gegenüber opiathaltigen Schmerzmitteln zu einer spürbaren Zurückhaltung in Ärztekreisen geführt. Dies wurde noch verstärkt durch spezielle Rezeptformulare, die z. T. recht umständlich auszufüllen waren. So wurde manchem Mediziner eine therapeutische Distanz aufgezwungen, die er als Arzt nicht gutheißen konnte, ohne aber letztlich einen risikolosen Kompromiss zu finden. Das führte dazu, dass einst nur etwa jeder 6. bis 10. aller niedergelassenen Ärzte in Deutschland bereit gewesen sein soll, z. B. Morphin und andere Betäubungsmittel zu verordnen. Bewiesen wird dies nicht zuletzt durch den geringen Verbrauch opiat-haltiger Schmerzmittel im

Verhältnis zu den zwei anderen deutschsprachigen Nationen Schweiz und Österreich, aber auch Großbritannien, Dänemark usw.

Inzwischen mehren sich selbst die juristischen Stimmen, die auf die andere Seite des Problems hinweisen: Ein Arzt, der es unterlässt, starke Schmerzen zu lindern, kann sich gleich durch zwei Paragraphen des Strafgesetzbuches strafbar machen: 1. nach § 323 c wegen unterlassener Hilfeleistung und 2. nach den §§ 223 und 230 wegen vorsätzlicher oder fahrlässiger Körperverletzung durch Unterlassen. Hier gibt es zwar schon unter Juristen, geschweige denn Medizinern unterschiedliche Ansichten, doch dass ein Diskussions-Bedarf besteht, wird kaum mehr bezweifelt.

Auch wird inzwischen von medizinischen Experten empfohlen, die Furcht vor einer möglichen Abhängigkeitsentwicklung realistischer zu sehen:

- Zum einen war bei zweckmäßiger Behandlung und sorgfältiger ärztlicher Kontrolle die Gefahr einer süchtigen Fehlentwicklung im Rahmen einer Schmerzbehandlung durch opiat-haltige Analgetika seit jeher erstaunlich gering und konnte zu keiner Zeit mit der Suchtgefährdung in der Drogenszene verglichen werden.
- Zum anderen fixierten gerade der unregelmäßige Einsatz von opiat-haltigen Schmerzmitteln, ihre Unterdosierung oder die erfahrungsgemäß zurückhaltende Verordnung „bei Bedarf“, den Schmerzkranken auf seinen Schmerz; und förderten den Wunsch nach erneuter Anwendung, um wieder schmerzfrei zu werden.

Wenn man jedoch – abhängig von der Wirkdauer – die entsprechenden Schmerzmittel alle 4 und die Retard-Präparate mit verlängerter Wirkdauer alle 8 bis 12 Stunden nach der Uhr einnehmen lässt, dann kann man einerseits das Wiederauftreten des Schmerzes verhindern und andererseits das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung gering halten, so die Experten. Gerade dieser Faktor ist aber häufig ausschlaggebend für die gefürchtete Suchtentwicklung. Inzwischen gibt es auch konkrete Stufen-Schemata der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Behandlung von z. B. Tumorschmerzen mit gezielten Hinweisen.

Zuletzt wurden auch die erwähnten Schwierigkeiten im Umgang mit der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung seit dem 1. Februar 1993 deutlich vereinfacht (Höchstmengen, Verordnungszeit) sowie die entsprechenden Strafbestimmungen angepasst.

Dies und die immer intensivere Zusammenarbeit der niedergelassenen und klinisch tätigen Ärzte mit spezialisierten Kollegen aus Schmerzkonferenzen, Schmerzpraxen, Schmerzambulanzen und Schmerzkrankenhäusern wird es ermöglichen, dass in Zukunft immer mehr schmerzgepeinigten Menschen ihre körperlichen Qualen gelindert werden können, ohne dass der Therapeut dadurch in Schwierigkeiten zu geraten droht.

● MISCH-ANALGETIKA

Substanzen, die Schmerzmitteln in Kombinations-Präparaten beigemischt werden

Die Frage nach Vertretbarkeit und vor allem Verträglichkeit von Mono-Präparaten (nur eine Wirksubstanz) oder Kombinations-Präparaten (mehrere Substanzen, die sich in ihrer Wirkung ergänzen sollen, bei Schmerzmitteln Misch-Analgetika genannt) wird seit vielen Jahren diskutiert:

Die Gegner sehen naturgemäß vor allem die Gefahren, die Befürworter die Vorteile. Der Kranke schätzt insbesondere die rasche Linderung seines Beschwerdebildes und vermag die Risiken kaum abschätzen, zumindest zu Beginn der Therapie. Natürlich hätten auch die Kritiker nichts gegen eine Verstärkung des erwünschten Effektes, wollen aber ansonsten Wirkung und Nebenwirkungen sorgfältig gegeneinander abgewogen sehen.

Deshalb wird diese wissenschaftliche Diskussion noch lange anhalten und wohl auch nur für den Einzelfall klärbar sein. In jedem Fall aber sollte der Patient aufgeklärt sein, was Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren von Kombinations-Präparaten anbelangt. Was heißt das für analgetische Misch-Präparate?

Misch-Analgetika sind Arzneimittel, die ein oder mehrere Schmerzmittel sowie zusätzlich einen oder mehrere Kombinationspartner mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem enthalten. Der Gebrauch ist in der Bevölkerung weit verbreitet, zumal einige von ihnen auch freiverkäuflich sind.

Der Grund ist vor allem ihr schmerzlindernder Effekt, der dann bei diesen Medikamenten von den so genannten „kleinen“ oder peripher wirksamen Schmerzmitteln ausgeht (z. B. Acetylsäure oder Paracetamol).

Die Zusätze sind in der Regel Coffein oder Codein. Coffein (s. später) wirkt stimulierend, Codein (s. später) sediert (wirkt dämpfend).

Damit haben wir aber nicht nur eine, sondern 2 (manchmal sogar 3) Substanzen auf einmal. Hier drohen dann auch entsprechend häufiger Nebenwirkungen (s. u.), und zwar einerseits vom Schmerzmittel (unerwünschte Begleiterscheinungen im Bereich von Magen-Darm, blutbildendem System oder gar Nieren und ableitenden Harnwegen) und dann zusätzlich von Coffein oder Codein (s. später).

Der Patient sollte also wissen, was ihn bei Misch-Analgetika an unerwünschten Begleiterscheinungen erwartet. Dabei dürfte eine medikamentöse Einzelgabe keine so große Rolle spielen. Problematischer wird es bei chronischen Schmerzzuständen, insbesondere mit einer so genannten seelischen Überlagerung. Denn für Schmerz-Kranke, deren Schmerzbild nicht mehr der organischen Realität entspricht oder gar zu einer selbständigen „Schmerzkrankheit“ geworden ist, pflegt es nicht gleichgültig zu sein, welche zusätzlichen psychotropen Stoffe in ihrem Schmerzmittel enthalten sind, besonders wenn es sich um Coffein oder gar Codein handelt.

Das Gleiche gilt für jene Patienten, für die ihr Schmerzzustand eine besondere innerseelische, zwischenmenschliche, berufliche oder andere Bedeutung erlangt hat, d. h. mit dem sie z. B. unangenehme Situationen „steuern“ wollen oder bereits können – ohne dass es ihnen bewusst wird oder ohne es zuzugeben.

Denn wenn man ein Schmerzmittel gegen seine Schmerzen nimmt, dadurch aber plötzlich zusätzlich gelöst, entspannt, zufrieden, heiter, ruhig, gelassen (z. B. durch Codein) oder auch angeregt, aktiver, leistungsfähiger (z. B. durch Coffein) zu werden scheint, dann bekommt dieses Medikament eine neue Therapie-Dimension.

Diese geht dann über seine ursprüngliche Aufgabe weit hinaus und entfaltet durch seine scheinbar zusätzliche Entlastung auch eine kritische Sogwirkung. Zwar behaupten viele Schmerzmittel-Konsumenten, das hänge damit zusammen, dass endlich die Schmerzen nachließen. In Wirklichkeit handelt es sich aber um eine zusätzliche chemische Stimmungsaufhellung, Ruhigstellung oder Aktivierung.

Dies hat in der Regel weniger mit dem Schmerzbild zu tun, mehr mit der entsprechenden Persönlichkeitsstruktur, ihren Schwierigkeiten, Nöten, Leistungsgrenzen – und den sich daraus ergebenden psychosozialen Folgen. Solche Patienten sind dann nicht behandelt, sondern „chemisch euphorisiert bzw. gedopt“. Das aber kann zur Grundlage einer süchtigen Fehlentwicklung werden. Denn wer möchte nicht einen angenehmen Zustand verlängert oder wiederholt sehen, „und das noch auf Abruf“, wie es heute die Einnahme entsprechender Medikamente ermöglicht.

Deshalb haben die Kritiker Recht, wenn sie davor warnen, dass zwar oftmals Schmerzmittel verlangt, in Wirklichkeit aber „Stimmungsheber“ und „Leistungs-Stimulatoren“ verordnet und genommen werden. Natürlich steht eine solche Therapie allein im Ermessen des behandelnden Arztes. Doch der sieht sich von manchen Patienten mehr und mehr unter Druck gesetzt. Diese argumentieren zwar mit ihren Schmerzen, haben aber inzwischen etwas ganz anderes im Auge, nämlich den mit dem Begriff „zusätzlich“ umschriebenen psychosozialen Zusatz-Effekt – bewusst oder unbewusst.

AUSBLICK

„Der Schmerz ist der große Lehrer der Menschheit“, lautet das bekannte Dichterwort. So zutreffend es sein mag, für die Millionen Schmerzgepeinigten allein in Deutschland, ganz zu schweigen von den erbarmungswürdigen Opfern, die unter chronischen Schmerzen leiden, ist dies kein Trost. Vor allem der quälende Dauerschmerz ist es, der die Betroffenen zermürbt und in Angst, Resignation, Hoffnungslosigkeit und Depressivität stürzt. Und aus entsprechenden Befragungen weiß man: Sogar über den Tod lässt sich reden, „wenn er nur schmerzlos vorübergehen wollte“.

Und so bleibt es nicht aus, dass das Thema „Schmerzmittel“ und damit Schmerzmittel-Missbrauch oder gar -Abhängigkeit immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Dabei ist die medikamentöse Schmerztherapie weitaus schwerer zu steuern als z. B. die Behandlung mit Beruhigungs- und Schlafmitteln oder gar Psychostimulanzien. Deshalb gilt es nicht nur zu mahnen, sondern auch alle Möglichkeiten zu nutzen, die die verschiedenen Therapieformen auf mehreren Ebenen anzubieten vermögen.

Bei den akut Schmerzgepeinigten wird dies kein Problem sein; bei den chronischen Schmerzzuständen wird es schon schwieriger; bei jenen Schmerzbildern, die offensichtlich auf mehrere Ursachen zurückgehen, nicht zuletzt psychosozialer Natur, sind die größten Probleme zu erwarten.

Hier hat jedoch die Schmerzforschung große Fortschritte gebracht. Das setzt allerdings voraus, dass man sich rechtzeitig und ausreichend informiert, um die Vielzahl der Angebote auch konsequent nutzen zu können. An Informationen mangelt es nicht, und zwar nicht nur durch Fach-Bücher und -Artikel, Fach-Kongresse und spezielle Weiterbildungen in den Ärztekreisvereinen, spezialisierte Vorlesungen in der Ausbildung der Studenten, der Weiterbildung der Assistenzärzte und der Fortbildung der Fachärzte, sondern auch durch experten-kontrollierte Berichte der Medien einschließlich Internet. Auch gibt es inzwischen hilfreiche Zusammenstellungen schmerztherapeutischer Einrichtungen in Deutschland (z. B. „Schmerztherapien-Verzeichnis“), die laufend aktualisiert werden.

BERUHIGUNGS- UND SCHLAFMITTEL VOM TYP DER BENZODIAZEPINE

Allgemeine Aspekte

Beruhigungsmittel oder *Tranquilizer* (vom lat.: tranquillus = ruhig) sind Psychopharmaka, also Arzneimittel mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben. Sie decken mehrere Heilanzeigen ab:

Am häufigsten dienen sie der erwähnten Beruhigung bis hin zur Sedierung. Deshalb auch als Tranquillantien oder Ataraktika bzw. Psychosedativa oder einfacher Sedativa genannt. Der englische Begriff lautet minor tranquilizer.

Hilfreich ist auch ihre zumindest einige Zeit anhaltende angstlösende Wirkung (deshalb Anxiolytika).

Im Weiteren werden sie auch zur Schlafförderung genutzt (Hypnotika vom Benzodiazepin-Typ).

Gleiches gilt für Muskel-Entspannung (Muskelrelaxantien) und gegen Krampfanfälle (Antikonvulsiva, Antiepileptika). Selbst ihre amnestische Wirkung (Erinnerungslosigkeit nach Einnahme) macht man sich bei der Prämedikation (medikamentöse Vorbereitung) vor operativen Eingriffen zunutze.

Das sind die am ehesten vertretbaren Indikationen, auf die man im Einzelfall auch nicht oder nur unter entsprechenden Nachteilen verzichten kann. Kritischer wird es, wenn man sie - vor allem im ambulanten Bereich, insbesondere beim Hausarzt - zur Behandlung unspezifischer oder nicht genauer abgeklärter Beschwerden einsetzt. Dazu gehören vor allem schwer fassbare Allgemein-Symptome, wie es die Experten nennen. Beispiele: Niedergeschlagenheit, Unausgeglichenheit, Lustlosigkeit, unspezifische Befürchtungen, psychosomatisch interpretierbare Stress-Symptome u. a.

Tatsächlich vermindert die Einnahme von Benzodiazepinen zunächst den subjektiven Leidensdruck. Doch das unerkannte oder verdrängte Problem („blinder Fleck“) bleibt, wird ggf. chronisch und durch das Medikament nur unterdrückt. D. h. das Beschwerdebild wird gelindert, die zugrunde liegenden Schwierigkeiten aber chronifizieren. Damit wird natürlich auch die Verführung, sich mit Hilfe eines Medikaments weiterhin Beschwerde-Freiheit, ja Sorglosigkeit zu verschaffen immer größer.

Das ist die eine Seite, sie betrifft überwiegend den Patienten. Die andere Seite betrifft ihn zwar auch, geht aber erst einmal zu Lasten des verordnenden Arztes: Denn es besteht die Gefahr, dass durch die primär hilfreiche Einnahme eines Benzodiazepin-Tranquilizers oder -Schlafmittels eine exakte Diagnose und damit indikations-gerechte Behandlung mit anderen pharmakologischen Substanzen oder nicht-medikamentösen Hilfen (z. B. Psychotherapie) verhindert wird.

Sofort-Hilfe ist also sinnvoll, darf aber nicht das gezielte Erkennen und Verstehen und Behandeln unterlaufen, von Missbrauch und drohender Abhängigkeit durch chronischen Gebrauch ganz zu schweigen. Dieses Mahnung oder gar Warnung ist zwar alt, jahrzehnte-alt, wurde aber viel zu spät ernst genommen, und zwar nicht nur von den Patienten (die nicht immer entsprechend aufgeklärt worden sind), sondern auch von den Ärzten.

Deshalb wurden nicht nur in der öffentlichen Meinung, sondern auch in der Ärzteschaft die Tranquilizer und Schlafmittel vom Benzodiazepin-Typ (Einzelheiten s. später) lange Zeit besonders wohlwollend beurteilt. Denn Tranquilizer galten in der Regel als rasch und effektiv wirkende und risikolose Arzneimittel. Und so wurden sie zu häufig, nicht selten unkontrolliert, vor allem aber meist zu hoch dosiert und zu lange eingenommen. Das aber hat sich als folgenschwer herausgestellt. Denn hier handelt es sich nicht um „harmlose Glückspillen“, sondern um hochwirksame Arzneimittel – mit ernstesten Konsequenzen bei vor allem zeitlich überzogenem Gebrauch.

Danach baute sich eine Kippreaktion in das andere Extrem auf: Jetzt wurden die Tranquilizer verteufelt, gemieden und sogar jenen vorenthalten, denen sie gezielte Erleichterung ihres vielleicht sonst nicht ausreichend behandelbaren Beschwerdebildes bringen könnten. Auch dieser zu radikale Einstellungswandel ist verhängnisvoll; ein trotz aller Einwände vertretbarer Mittelweg scheint sehr schwer zu sein, besonders hier.

Nun sehen sich die Benzodiazepine seit ihrer Entwicklung vor rund fünf Jahrzehnten ständig gegensätzlichen Meinungen ausgesetzt. (Über ihre Suchtgefahr, die auch heute noch gelegentlich verharmlost wird, wurde aber schon ein Jahr nach Einführung des ersten Präparates berichtet!) Tatsächlich sind im Laufe der Jahrzehnte eine Reihe von ernstzunehmenden Folgeerscheinungen bei unkontrollierter Einnahme registriert worden, die die heutige Diskussion rechtfertigen.

Diese Auseinandersetzungen umfassten jedoch oft nicht nur pharmakologische, klinische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Aspekte (z. B. Suchtfolgen), sondern färbten sich z. T. auch ideologisch ein. So entstand im Laufe der Zeit ein undurchschaubares Gemisch von Argumenten pro und contra, das nicht immer zum Vorteil der Patienten auszugehen pflegte.

Nachfolgend deshalb eine ausführliche Darstellung der Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren, die sich letztlich in einem Satz zusammenfassen lassen:

Tranquilizer und Schlafmittel vom Benzodiazepin-Typ sind für nicht wenige Indikationen unersetzlich. Sie müssen aber überlegter, d. h. dosis- und zeit-mäßig konsequenter kontrolliert eingesetzt werden.

Vielleicht wird sich eines Tages ein tragbarer Mittelweg in Richtung kritische, auf bestimmte Indikationsbereiche begrenzte und vor allem konsequent überwachte Verordnung einpendeln. Dazu bemüht man sich heute gezielt um alternative Möglichkeiten (nichtmedikamentöse Entspannungs- und Schlafhilfen, beruhigende und angstlösende Pflanzenheilmittel, niederpotente Neuroleptika u. a.). Das schränkt die allzu großzügige oder gar routinemäßige Tranquilizer-Rezeptierung ein und bremst die verhängnisvolle Wunschspirale und damit den Druck mancher Patienten auf ihren Arzt, der in der (zunehmenden Privat-)Rezeptierung dieser Arzneimittel keine geringe Rolle spielt.

Benzodiazepine – was sind das?

Die früheren Arzneimittel zur Behandlung der erwähnten Beeinträchtigungen waren zwar z. T. durchaus wirksam, aber mit ernststen Nebenwirkungen und vor allem rasch zuschlagender und hartnäckiger Suchtgefahr verbunden (Beispiele: Barbiturate, Bromide, Bromureide, Metaqualon usw.). Deshalb experimentierte man vor etwa einem halben Jahrhundert mit Substanzen, die schließlich erfolgreich sogar eine eigene, neue Wirk-Klasse repräsentierten, die so genannten Benzodiazepine.

Im Vergleich zu den erwähnten Vorgängern wiesen sie eine wesentlich geringere Toxizität (Vergiftungsgefahr), eine so genannte breitere therapeutische Spanne (d. h. man konnte mehr Beschwerdebilder damit behandeln als sonst) und ein niedrigeres Abhängigkeits-Risiko auf. Das machte sie drei Jahrzehnte lang zu den wichtigsten Psychopharmaka mit etwa 50 verschiedenen Benzodiazepin-Substanzen weltweit (in Deutschland rund zwei Dutzend).

Die häufigsten Heilanzeigen: Angsterkrankungen, Schlafstörungen, Muskelverspannung, epileptische Anfälle und – wohl am häufigsten und leider von Anfang eher unkritisch eingesetzt – allgemeine Befindlichkeitsstörungen (Fachbegriff: vegetative Labilität).

Das führte in den 1990er Jahren zu einer Ernüchterung, ja zu wachsenden Warnungen, diese an sich bewährten Mittel zu breitflächig einzusetzen – bis hin zur unkontrollierbaren Suchtgefahr, wiederum weltweit. In manchen Ländern (z. B. Deutschland) ging dabei der Einsatz (bzw. Umsatz der Hersteller) deutlich zurück. Umso überraschender aber muss es erscheinen, dass Benzodiazepine nach wie vor zu den weltweit(!) am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka gehören und immer noch eine führende Rolle in der medikamentösen Behandlung von Angststörungen spielen. Allerdings inzwischen deutlich kritischer, realistischer, was die Beurteilung der Möglichkeiten, aber auch Grenzen anbelangt.

Pharmakologisch lassen sich fünf Untergruppen unterscheiden, wobei aber eher quantitative denn qualitative Abweichungen registriert werden können. Beispiele: Halbwertszeit (Zeiteinheit, in der die Hälfte der Substanz aus dem Körper ausgeschieden wurde), relative Wirk-Intensität und -Dauer, benötigte Dosis u. a.

Für den Alltag in Klinik und Praxis besonders bedeutsam ist die Wirk-Dauer, die sich von ultrakurz wirksam über kurz und mittellang bis lang wirksam erstreckt, d. h. von weniger als 5 bis mehr als 24 Stunden. Für Letzteres ist vor allem die Bildung von langlebigen aktiven Metaboliten von Bedeutung, wie es die Experten nennen. Das heißt: Abkömmlinge der jeweiligen Substanz, die dann eine eigene Wirkung bzw. damit Wirkungs-Verlängerung bieten. Das Problem dadurch: Gefahr der Kumulation bei wiederholter Anwendung, d. h. eine indirekte Dosis-Erhöhung, obgleich der Patient nicht mehr nimmt als sonst. Oder kurz: Zu langsame Ausscheidung, dafür täglicher Nachschub und dadurch indirekt und unbemerkt steigender Wirkspiegel im Blut.

Und was die Suchtgefahr anbelangt (Einzelheiten s. u.), haben die Benzodiazepine ebenfalls mit einer Besonderheit aufgewartet, die erst spät erkannt und praktisch nur selten von Patient (und leider oft auch Arzt) realisiert wird. Gemeint ist die so genannte Niedrig-Dosis-Abhängigkeit: Der Patient (bzw. zumeist die Patientin, zudem höheren Lebensalters – s. später) nimmt regelmäßig und zuverlässig nur eine „sehr kleine Dosis“ ein. Dabei zeigen sich auch keine Anzeichen einer Dosis-Steigerung oder sonstigen Missbrauch-Verhaltens.

Ist der Patient deshalb nicht abhängig? Doch, das zeigt sich erst nach Dosis-Reduktion oder gar völligem Absetzen, denn jetzt quälen die gleichen Entzugerscheinungen wie bei jenen Patienten, die durch Toleranz-Entwicklung und Dosis-Steigerung (immer häufiger Rezept-Wunsch) ggf. rechtzeitig aufgefallen sind.

Indikationen (Heilanzeigen) der Benzodiazepine

Benzodiazepine können sich – wie bereits erwähnt – bei folgenden Beschwerdebildern als sinnvoll erweisen, sofern sie ärztlich überwacht und zeitlich begrenzt eingesetzt werden:

- *Angststörungen*: Vor allem die so genannte Generalisierte Angststörung (vereinfacht ausgedrückt: eine ständige Erwartungsangst), ferner Panikattacken sowie ggf. phobische Störungen, u. U. kurzfristige, leicht bis mittelgradige depressive Verstimmungen (aber nicht Depressionen, Benzodiazepine wirken nicht antidepressiv, auch wenn sie gerne als nebenwirkungs-armer Antidepressivum-Ersatz missbraucht werden).
- *Schlafstörungen*: insbesondere Ein- und Durchschlafstörungen, weniger Früh-erwachen. Bei den Einschlafstörungen, die ja oft „Abschalt-Störungen“ sind, pflegen sie eine befriedigende Entspannungs-Wirkung zu entfalten.
- *Anfallserkrankungen*: epileptische Anfälle, Tetanus, Fieberkrämpfe, möglicherweise auch Eklampsie u. a.
- *Unwillkürliche muskuläre Bewegungsstörungen*: Restless-Legs-Syndrom, akute Muskelspasmen, Chorea, Myoklonus, Dystonien/Dyskinesien u. a. (Einzelheiten siehe Fachliteratur).
- *Prä-Medikation*: vor Operationen, Endoskopie, Kardioversion usf.
- *Einsatz in der Notfallmedizin*, vor allem was die notwendige Akut-Sedierung, das Alkohol-Entzugssyndrom, die Kokain- oder LSD-Vergiftung anbelangt u. a.
- *Varia*: Zusatz-Medikation bei einer Reihe von körperlichen (z. B. Krebs-/Chemo-Therapie) sowie seelischen Krankheitsbildern zu der jeweiligen Psycho-, Sozio- und gezielten Pharmakotherapie (z. B. mit Antidepressiva oder Neuroleptika).

Das so genannte *Wirkprofil* der Benzodiazepine ist deshalb:

- *anxiolytisch*: Angstlösung, Reduktion von Konflikt-Spannungen
- *antipanisich*: Kupierung (therapeutische Unterbrechung) typischer Panik-Symptome

- *antidepressiv*: zusätzlich stimmungsstabilisierende Wirkung durch Reduktion von Depressionen auslösenden Angst-Symptomen (in wissenschaftlicher Diskussion: möglicherweise sogar milde antidepressive Eigenwirkung?)
- *stress-reduzierend*: zentrale (Gehirn-)Dämpfung auf überschießende emotionale Reize (z. B. im Rahmen einer Erschöpfungs-, Konflikt-, Überforderungs- oder „Stress“-Reaktion).
- *sedierend*: allgemeine Dämpfung der seelischen und psychosozialen Reaktionsbereitschaft im Rahmen entsprechender Belastungen (s. o.)
- *hypnotisch*: schlaf-anstoßende Wirkung
- *antikonvulsiv*: Erhöhung der cerebralen (Gehirn-)Krampfschwelle
- *muskel-relaxierend*: Verminderung krankhaft gesteigerter Muskelspannungen jeglicher Ursache
- *amnestisch*: eine Erinnerungslosigkeit auslösend, was vor allem zur Operationsvorbereitung genutzt wird

Nebenwirkungen der Benzodiazepine

Die *Nebenwirkungen* (etwas verharmlost auch als *unerwünschte Begleiterscheinungen* bezeichnet) der Benzodiazepine sind von einer unvergleichlichen Vielfalt; trotzdem erstaunlich unbekannt, ja gelegentlich verharmlost oder gar beschönigt. Auf was ist in Abhängigkeit von Dosis, Behandlungsdauer, Wirkstoff, Arzneimittelwechselwirkung, Gesundheitszustand, individueller Disposition (hier Empfindlichkeits-Neigung), Alter, Geschlecht u. a. zu achten?

Für die Ärzteschaft lautet die „typische Nebenwirkungs-Kombination“ bei Dauer- und Über-Gebrauch von Benzodiazepinen wie folgt:

- Einschränkung von Gedächtnis und Merkfähigkeit
- Muskelschwäche und Koordinationsstörungen (mit daraus folgendem Sturz- und Unfall-Risiko)
- Gefühlsverflachung

Und weiter: Paradoxe (eigentlich widersinnige, der zu erwartenden Wirkung geradezu entgegenlaufende) Wirkungen sind möglich; in Kombination mit Alkohol können erhebliche Verhaltensstörungen mit Amnesie (Erinnerungslosigkeit) für die betreffende Zeit ausgelöst werden.

Diese Kern-Symptomatik in Fachbegriffen sagt dem medizinischen Laien natürlich wenig. Deshalb nachfolgend eine etwas ausführlichere Darstellung in allgemeinverständlicher Form:

Die häufigsten Nebenwirkungen

Die *häufigsten Nebenwirkungen*, die bereits nach kurzer Einnahmezeit durch Tranquilizer und Schlafmittel vom Benzodiazepin-Typ auftreten können, sind:

- *Psychisch/psychosozial*: Dämpfung, Schläfrigkeit, reduzierte Bewusstseinsheitigkeit, Mattigkeit, Benommenheit, ggf. paradoxe Reaktionen (z. B. akute Erregungszustände, Wutanfälle), ferner anterograde Amnesie (Erinnerungslücken nach Einnahme der Substanz), depressive Verstimmungen usw.
- *Körperlich*: Blutdruckabfall, Atembeschwerden (zentralnervös, d. h. durch eine direkte Funktionsstörung des Gehirns bedingte Abflachung der Atemzüge), Mundtrockenheit, Muskelschwäche, Magen-Darm-, Appetit- und Sexualstörungen, Störungen der Koordination (also des harmonischen Zusammenspiels der für die Bewegung zuständigen Muskeln) sowie eine verlängerte Reaktionszeit (Verkehr!) u. a.

Nun gilt es allerdings einige Faktoren zu beachten, die nicht nur den Wirkstoff, den Gesundheitszustand u. a. betreffen, sondern vor allem mit Dosis und Behandlungsdauer zusammenhängen (s. o.). Im Einzelnen:

Beschwerdebild bei mittelfristigem bis Langzeit-Gebrauch

Die Gabe von Benzodiazepin-Tranquilizern sollte so kurz wie möglich erfolgen. Als obere zeitliche Grenze werden 3 bis 4 (manchmal auch weniger), bisweilen aber auch 6 Wochen diskutiert. In zunehmendem Maße werden aber auch längere Behandlungs-Zeiten gewünscht, notwendig – und akzeptiert. Das müssen (noch) keine abhängigen Patienten sein, doch muss man bei einem mittelfristigen bis längeren Gebrauch auf jeden Fall folgende Konsequenzen im Auge behalten:

- **Psychisch/psychosozial**: gleichgültige bis euphorische Grundstimmung (inhaltsloses Wohl- bis Glücksgefühl). Wachsende Unfähigkeit, Belastungs- und Konfliktsituationen selbstkritisch, planend und vorausdenkend zu begegnen („in den Tag hineinleben“).

Zunehmende Benommenheit, Müdigkeit und Schläfrigkeit. Einschränkung der Aufmerksamkeit; Konzentrationsschwäche und Vergesslichkeit, ggf. Erinnerungslücken (s. später).

Seelisch-körperliche Verlangsamung und damit Reaktionszeit-Verlängerung (Verkehr, Haushalt, Beruf).

Wachsende Verstimmungszustände, emotionaler Kontrollverlust mit Reizbarkeit und ggf. aggressiven Durchbrüchen (obgleich diese Arzneimittel bei kurzfristigem Einsatz durchaus erfolgreich gegen Reizbarkeit, Aggressivität oder gar drohende Gewalttätigkeit eingesetzt werden können). Manchmal regelrecht feindseliges Verhalten (besonders im höheren Lebensalter?).

Innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit. Unerklärliche Angstzustände (vor „ich weiß nicht was“); zunehmende Furchtbereitschaft (vor bestimmten Situationen, Personen, Dingen); Flucht aus der Realität.

Gelegentlich Orientierungsstörungen (örtlich, zeitlich, zur eigenen Person, im Extremfall Verwirrtheitszustände).

Mangelnde Belastbarkeit mit Leistungsabfall. Dies nicht zuletzt bei plötzlichem Aufgaben-Zuwachs oder (krankheits- bzw. urlaubsbedingten) Versetzungen, bei denen die bisher alles überspielende Routine nicht mehr greift.

Gegebenenfalls „unerklärliche“ Bewusstseinstörungen oder gar delir-ähnliche Zustände, wahnhafte Reaktionen mit Trugwahrnehmungen, u. U. Suizidgefahr.

- In **körperlicher Hinsicht** drohen Schlafstörungen mit Alpträumen; Appetit- und Gewichtszunahme; Juckreiz, Störungen der Monatsblutung; Nachlassen von sexuellem Verlangen und Potenz; Kopfschmerzen, Herzrasen, unklare Herzschmerzen, Schwindel, Zittern, Gefühlsstörungen; Bewegungsunsicherheit bis zur Kollapsgefahr (besonders im höheren Lebensalter = Muskeler schlaffung); uncharakteristische Sehstörungen (Unschärf-sehen bis flüchtige Doppelbilder) usw.

Besondere Nebenwirkungsrisiken im höheren Lebensalter: allgemeine Verminderung der Bewusstseinslage, Somnolenz (apathisch, verlangsamt, schläfrig usw.), Verwirrtheitszustände, Delir-Gefahr, ferner Schwindel, Kollapszustände, Gehstörungen, erhöhte Unfallgefahr (Oberschenkelhals-Fraktur, Schädelprellung usw.), Vorsicht vor Paradoxreaktionen (s. u.).

Paradoxe Medikamenten-Folgen

Manchmal, insbesondere im höheren Lebensalter, reagieren die Betroffenen auf die beruhigenden, entspannenden, angstlösenden, schlafanstoßenden und aggressions-hemmenden Benzodiazepin-Tranquilizer und -Schlafmittel paradox:

Dann fühlen sich die Betroffenen plötzlich „belebt“, „frisch“, aber auch bald unruhig, gespannt, überdreht, reizbar, aggressiv, ja feindselig usw. – und geraten in Angst oder Panik.

Auch Ein- und Durchschlafstörungen sowie eine Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus sind möglich.

Besonders diese – an sich ja ungewöhnliche – „belebende“ und „erfrischende“ oder gar „aktivierende“ Wirkung durch Beruhigungs- und Schlafmittel pflegt ein zusätzlicher Hinweis auf die bereits erfolgte Medikamenten-Abhängigkeit zu sein.

Überdosierungs-Erscheinungen und schleichende Vergiftung

Überdosierungs-Erscheinungen durch Benzodiazepine sind auch – wie bereits erwähnt – bei gleichbleibend niedriger Einnahme möglich. Denn viele dieser Substanzen werden nur langsam ausgeschieden (nicht zuletzt im höheren Lebensalter mit einer oft verlangsamten Stoffwechsel-Leistung). Dadurch können sie sich im Organismus anreichern und die „Vergiftungs-Schwelle“ überschreiten.

Es muss sich also bei einer möglicherweise stärkeren Wirkung nicht nur um eine plötzlich von außen zugeführte Überdosis handeln, wie sie gelegentlich bei Altersverwirrtheit oder gar in suizidaler Absicht droht. Sie ist auch durch eine unbemerkte, gleichsam schleichende Anreicherung dieser Substanzen nicht auszuschließen. Mit welchen Symptomen ist zu rechnen?

- **Überdosierungs-Symptome:** seelische und körperliche Verlangsamung, muskuläre Schwäche, Gangunsicherheit, ernstere Schwindelzustände, verstärkte Übelkeit, wachsende Kopfschmerzen, verwaschene („schleifende“) Aussprache, Augenmuskelstörungen (Doppelbilder) usw.

Bisweilen findet sich in seelisch-geistiger Hinsicht eine scheinbar erfreuliche *Gelassenheit*, die sich allerdings bei näherem Hinsehen als wachsende und bisher persönlichkeits-fremde Gleichgültigkeit entpuppt (Indolenz-Syndrom, auf Deutsch: „Wurstigkeit“).

Sie kommt zwar nur selten zur Sprache, wird auch von den meisten Betroffenen und sogar Angehörigen, Mitarbeitern usw. gar nicht richtig realisiert. Dafür kann sie auf Dauer zum Kernproblem eines Benzodiazepin-Missbrauchs werden, auch wenn sich ganz andere Symptome in den Vordergrund schieben.

Wenn also ein Mitmensch, der früher unter Stress und sonstigen Belastungen gerade gegenteilig reagierte, plötzlich uninteressiert, unbeteiligt (Fehlurteil: überheblich, arrogant?), ungerührt, ja teilnahmslos, wenn nicht gar apathisch wirkt und alle anderen Beeinflussungsmöglichkeiten sind ausgeschlossen, dann kann auch an einen verheimlichten Benzodiazepin-Langzeitkonsum gedacht werden.

- **Chronische Vergiftung:** Selbst eine schleichende Intoxikation wird meist nicht (rechtzeitig) erkannt. Dazu gehören auf der seelischen bzw. psychosozialen Ebene nicht nur die bereits erwähnte Indolenz, sondern auch ein zunehmendes Desinte-

resse an Hobbys, Aufgaben, schließlich näherem Umfeld wie Familie, Beruf usw. Am Schluss sieht es so aus, als sei die Persönlichkeit regelrecht nivelliert („eingebnet“, „verflacht“).

Als weitere Überdosierungs- oder (noch) unterschwellige Vergiftungs-Symptome gelten: Vergesslichkeit („zerstreut“), die aber im Extremfall fast einer Pseudo-(Schein-) Demenz ähneln kann; ferner missgestimmt-depressive Dauerzustände, Appetitlosigkeit, Muskelschwäche („matt“, „unsicher“) usw.

Diese mehrschichtige Klage „ohne nachvollziehbaren Grund“, nämlich über zunehmende Unkonzentriertheit oder gar peinliche Vergesslichkeit mit z. T. ernststen Konsequenzen, gepaart mit einer ständigen Mattigkeit sowie einer bisher unbekanntem Mischung aus Resignation und Reizbarkeit, dieser Zustand ist vor allem in den höheren Positionen („Entscheidungsträger“, Selbständige u. a.) immer öfter anzutreffen und hat dann besonders nachhaltige Folgen, wenn es mit dem ebenfalls nicht seltenen „abendlichen Entlastungs-Schluck“ (nämlich Alkohol) zusammenfällt.

Die Diagnosen lauten dann „Burnout“ oder „Erschöpfungs- bzw. Überforderungs-Syndrom“, was auf der einen Seite durchaus zutrifft, auf der anderen durch einen bisher weitgehend verheimlichten Konsum von Tranquilizern/Schlafmitteln vom Benzodiazepin-Typ (sowie zusätzlicher Alkohol-„Entlastung“) gebahnt wird. Die Therapie-Empfehlungen liegen dann in der Regel ebenfalls daneben, weil manche Betroffene ihrem Arzt weder das eine noch andere gestehen, dafür auf wirkungsvolle Unterstützungs-Maßnahmen anderer Art hoffen – aber welche, wenn nicht endlich durch zwar mühselige bis qualvolle, aber dann doch wenigstens kausale Eigen-Leistung.

In psychosozialer Hinsicht zeigt sich jetzt nicht nur eine medikamentöse, sondern auch *seelische Fixierung* an das Arzneimittel: ständiges Bei-sich-Führen entsprechender Medikamente, Rezept in Reserve, immer häufiger Rezeptwünsche beim Arzt, falls möglich bei weiteren Ärzten (von der Parallel-Konsultation bis zum „doctor-hopping“).

Schließlich die Anlage von Tabletten-Depots, ähnlich den versteckten „Flaschen-Batterien“ von Alkoholkranken, nur nicht so grotesk ausgeklügelt, weil sich Arzneimittelschachteln besser verstecken lassen. Ein solches „Versteckspiel“ ist natürlich für den Betroffenen (und seine Angehörigen) keinesfalls lustig, sondern demütigend und bezüglich der Entdeckungsfahr weitaus „entnervender“ als man vermutet.

Spezielle Aspekte

Über Gegenanzeigen, Vorsichtsmaßnahmen, Schwangerschaft, Stillzeit, weitere, vor allem körperliche Folgen (Herz-Kreislauf, Atemsystem, insbesondere bei intravenöser Gabe), über Intoxikations-(Vergiftungs-)Gefahr durch suizidale Handlungen.

gen, Arzneimittel-Wechselwirkungen, Halbwertszeit, Wirkdauer u. a. siehe die entsprechende Fachliteratur. Zum Problem der Abhängigkeitsgefahr jedoch eine etwas ausführlichere Darstellung:

Abhängigkeitsgefahr

Die Gefahr einer *Abhängigkeit* durch Beruhigungs- und Schlafmittel vom Typ der Benzodiazepine ist zwar schon rund fünf Jahrzehnte bekannt, wurde aber erst in den letzten zwei Jahrzehnten in ihrer komplexen Vielfalt deutlich. Was gilt es zu beachten?

- Die genauen Ursachen der Abhängigkeits-Entwicklung sind noch nicht vollständig geklärt. Ein viel diskutierter Faktor, denn man sich als Betroffener ja nur wünschen kann, ist die rasch einsetzende anxiolytische (angst-lösende) und sedative (beruhigende bis dämpfende) Wirkung der Benzodiazepine, die vor allem die Entwicklung einer seelischen Abhängigkeit begünstigt (Einzelheiten zu den Faktoren einer seelischen oder körperlichen Abhängigkeit siehe später). Diese Wirk-Effekte, einschließlich der antikonvulsiven (anfalls-schützenden) und hypnotischen (schlaf-fördernden) Wirkungen sind allerdings auch biochemisch und neuro-endokrinologisch erklärbar.
- Ein weiterer, wichtiger, vielleicht sogar entscheidender Aspekt, zumindest für einen Teil der sucht-gefährdeten Konsumenten ist der euphorisierende Substanz-Effekt der Benzodiazepine. Oder kurz: inhaltsloses Wohl-, wenn nicht gar Glücksgefühl. Das ist durchaus verständlich, wengleich folgenreich. Wer möchte nicht einen solchen Zustand erfahren, und das noch gleichsam auf Knopfdruck bzw. durch Einnahme eines Medikaments.

Die Ausprägung dieser euphorisierenden Wirkung scheint von der Bioverfügbarkeit und/oder von der Wirkstärke des eingenommenen Benzodiazepins abzuhängen. Unter Bioverfügbarkeit versteht man Ausmaß und Geschwindigkeit, in denen der therapeutisch wirksame Anteil eines Arzneimittels aus den jeweiligen Arzneizubereitungen freigesetzt und resorbiert (aufgenommen) bzw. am Wirkungsort verfügbar wird. Oder kurz. Wie schnell und stark es wirkt.

Nun sollen Benzodiazepine mit hoher Bioverfügbarkeit und entsprechend schnellerem Wirkungseintritt ausgeprägtere euphorisierende Wirkungen aufweisen und damit das Verlangen nach einer weiteren Einnahme verstärken. Umgekehrt sollen Diazepin-Abkömmlinge, die langsamer wirken, auch deutlich weniger Wohlgefühl und damit eine entsprechende Suchtgefahr entwickeln. Interessanterweise sollen Menschen, die regelmäßig, wengleich auch in gemäßigttem Umfang Alkohol konsumieren, über eine gesteigerte euphorisierende Wirkung der Benzodiazepine berichten. Damit wären sie auch wohl von einer drohenden Medikamenten-Abhängigkeit gefährdeter.

In allen Bereichen herrscht zwar noch Forschungsbedarf, als bedenkenswerte Erkenntnisse für den Alltag sind sie trotzdem schon jetzt von Bedeutung.

- Unklar ist die Rolle der so genannten Halbwertszeit, d. h. jene Zeiteinheit, in der die eingenommene Substanz durch die entsprechenden Stoffwechsel- und/oder Ausscheidungsvorgänge auf die Hälfte vermindert wird. In manchen Untersuchungen wurden solche mit kurzer Halbwertszeit im Vergleich zur längeren als ausgeprägter entzugs-belastend geschildert, was dann zur Vermeidung einer solchen Entwicklung auch ein höheres fortlaufendes Sucht-Risiko bedeuten kann.
- Die wohl wichtigste Erkenntnis für den Alltag ist ein Sonderstatus der benzodiazepin-haltigen Beruhigungs- und Schlafmittel: die schon mehrfach erwähnte *Niedrig-Dosis-Abhängigkeit* (s. u.). Denn bis dahin galt die alte Regel: Bei länger dauernder Zufuhr eines süchtig machenden Stoffes gewöhnt sich der Mensch (bzw. bestimmte, dafür zuständige Nervenstrukturen seines Organismus) an diese Substanz. Jetzt reagiert er nur noch mit der gewünschten Wirkung (Ruhe, Entspannung, Glücksgefühl, Angstlösung, bei anderen Stoffen mit Schmerzlinderung usw.), wenn die Dosis stetig und ausreichend erhöht wird. Wenn nicht, gerät er in Entzugerscheinungen. So etwas nennt man eine Toleranz-Entwicklung (s. später), d. h. die Dosissteigerung wird zur Notwendigkeit, um den gleichen Wirkeffekt zu erzielen. Sie gilt meist als untrügliches Zeichen für die drohende bzw. inzwischen reale Abhängigkeit von diesem Stoff.

Bei den Benzodiazepinen aber ist dies ggf. anders (Häufigkeit nur schätzbar, vermutlich aber mehr als jeder Fünfte). Diese Tranquilizer und Schlafmittel können nämlich auch abhängig machen, ohne dass die Dosis nach und nach erhöht werden muss. Die Betroffenen bleiben bei ihrer meist durchaus niedrig scheinenden Dosierung und niemand ahnt, dass die Medikamenten-Abhängigkeit trotzdem schon eingetreten ist.

Wer das nicht glaubt, setze diese „harmlose Dosierung“ einfach ab - und warte auf die Entzugerscheinungen. Sie werden ihm rasch klar machen, was auch eine Niedrig-Dosis-Abhängigkeit an Unannehmlichkeiten oder gar Qualen auszulösen vermag.

Nachfolgend noch einmal eine Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse zu diesem Thema:

Beruhigungs- und Schlafmittel vom Typ der Benzodiazepine können abhängig machen, und zwar:

- bereits nach relativ kurzer Einnahmezeit (d. h. nach wenigen Wochen),
- in jeder Anwendungsform: Tabletten, Kapseln, Bruchrillen-Tabletten, Dragees, Zäpfchen, Tropfen, Saft, Injektionsflüssigkeit für intramuskuläre (Muskel) oder intravenöse (Vene) Gabe,

- selbst in gering erscheinender Dosierung (so genannte Niedrig-Dosis-Abhängigkeit),
- sogar in gleichbleibend (niedriger) Dosierung ohne Dosiserhöhung im Verlauf der Einnahmezeit,
- auch in so genannten Kombinations-Präparaten als Beimischung zu Antidepressiva, Schmerz-, herzstützenden und krampflösenden Mitteln u. a.

Besonders gefährdet sind Menschen mit „neurotischen“, psychosomatischen und Schlafstörungen, mit chronischer Angstsymptomatik und einer Sucht-Anamnese (auch auf nahe Verwandte achten = Disposition? Nachahmungseffekt?). Besonders die schnell eintretende angstlösende und beruhigende Wirkung der Benzodiazepine scheint in seelischen bzw. psychosozialen Belastungs-Situationen bei bestimmten Personengruppen die Benzodiazepin-Einnahme zu verstärken. Gemeint sind in den neueren psychiatrischen Klassifikationen vor allem so genannte passivdependente (zur Abhängigkeit von anderen neigende) und emotional (gemütsmäßig)-instabile Persönlichkeitszüge oder gar Persönlichkeitsstörungen.

Insbesondere ältere Menschen halten oft mit erstaunlicher, ja ungeahnter Zähigkeit an ihrer Gewohnheit fest. Der Grund ist einfach: Sie haben es schon mehrfach versucht und das Ergebnis war bitter. Solche Entzugserscheinungen möchten sie nicht noch einmal durchleben müssen. Deshalb werden sie oft zu „hartnäckigen Kämpfern um ihr Rezept“ oder – wenn sie es sich leisten können – zu „doctor-shopping-Patienten mit der regelmäßig wiederholten Bitte um ein Privat(!)-Rezept (eine Verordnungs-Strategie, die übrigens häufiger zu werden scheint). Manche übrigens mit allen Mitteln und einige in ihrer Verzweiflung auch illegal. Warum, das dokumentieren die folgenden Ausführungen:

Benzodiazepin-Abhängigkeit – Allgemeine Hinweise

In den westlichen Industrie-Nationen nehmen nach Schätzungen mancher Experten etwa 10 bis 15% der Gesamt-Bevölkerung gelegentlich und bis zu 2% regelmäßig Benzodiazepine als Beruhigungs- und/oder Schlafmittel ein. Im Alter liegen die Zahlen erheblich höher (s. u.). Das weibliche Geschlecht überwiegt deutlich. Heimbewohner erhalten offenbar überdurchschnittlich häufig und vor allem regelmäßig solche Arzneimittel (wobei aber hohe Dosierungen eher selten sind).

Die Opfer der „stillen Sucht“ leiden im Verborgenen. Sie liegen nicht auf Bahnhofs-Toiletten oder torkeln durch die Fußgängerzonen. Das Drama des weg-gedämpften Lebens findet eher in Seniorenheimen und hinter zugezogenen Gardinen statt, so die Kritiker. Oft merken nicht einmal die nahen Freunde oder die Familie etwas von der Not der „armen Schlucker“.

Die Häufigkeit der Verordnungen (Rezeptierung) ist zwar rückläufig, bewegt sich aber nach wie vor auf hohem Niveau. Das liegt nicht zuletzt daran, dass eine nicht geringe Anzahl der Ärzteschaft (vor allem hausärztlich Tätige) ohne eine solche mittel- bis längerfristige Medikation nicht auszukommen meinen. Da gibt es z. T. heftige Kontroversen. Denn die theoretisch tätigen Fachleute, d. h. ohne die Aufgaben, vor allem eingeschränkten Möglichkeiten, engen Grenzen und vielfältigen Alltags-Nöte an der hausärztlichen Front, haben – wissenschaftlich gesehen – die sicher richtigen Argumente. Doch die Ärzte im Alltags-Stress entsprechende Einwände, die ebenfalls respektiert, zumindest ernst genommen werden müssen. So heißt es, dass in der Praxis rund ein Drittel der Verschreibungen von Benzodiazepinen „nicht leitlinien-konform“ seien (also im Klartext: häufiger und länger verordnet werden, als die wissenschaftlichen Empfehlungen anmahnen).

Das liegt weniger daran, dass die Benzodiazepine auch als Muskel-Relaxantien (muskel-entspannende Arzneimittel) und sogar Antiepileptika (gegen epileptische Anfälle) sowie in der Anästhesie (Narkose) genutzt werden können. Das größere Problem liegt bei Schlaf-Gestörten, Angst-Patienten, Depressiven und vor allem vegetativ Beeinträchtigten (auch etwas verharmlosend als Befindlichkeitsstörungen oder Befindlichkeits-Schwankungen bezeichnet, was aber die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit trotzdem erheblich beeinträchtigen kann).

So sollen etwa 1,2 bis 1,4 Millionen Menschen in Deutschland von Benzodiazepinen abhängig sein (weitere 400.000 bis 600.000 von anderen Substanzen), so die Schätzungen. Ob das der Realität entspricht, wird kontrovers diskutiert. Zu viel sind es allemal, selbst wenn es nur ein Bruchteil davon wäre. Dabei ist das Sucht-Risiko – wie erwähnt – schon seit 1961, ein Jahr nach der Einführung der ersten Substanz dieser Art (Chlordiazepoxid, Handelsname: Librium®) bekannt. Die Nummer 2 in dieser Reihe, das Diazepam (Handelsname: Valium und viele andere Nachfolge-Präparate und damit Namen) wurde 4 Jahre später als sucht-riskant beschrieben.

Allerdings glaubte man lange, es handle sich um ein seltenes Phänomen, das nur unter hohen Dosen auftrete. Das „böse Erwachen“ kam erst zwei Jahrzehnte später, als man die oben beschriebene „Niedrig-Dosis“, auch als „therapeutische Dosis“ beschönigt, als reale Gefahren-Quelle entlarven konnte. Dann allerdings erfolgte – vor allem in Deutschland – eine Kipp-Reaktion in das andere Extrem: Ablehnung, ja Verteufelung – und damit für viele Patienten (vor allem weiblichen Geschlechts und höheren Alters) eine schwierige Zeit, ihre Ärzte eingeschlossen.

Inzwischen scheint sich ein Mittelweg einzupendeln. Ärzteschaft und Patienten schauen gemeinsam auf die Einnahme-Dauer, Dosis-Höhe, auf Früh- bzw. Warn-Symptome, spätestens auf sucht-typische Alarm-Zeichen. Und auf einige im Grunde schwer erklärliche Besonderheiten, die nicht zuletzt dem Medizin-Betrieb anzu-lasten sind. Ein Beispiel ist die zwar „bedarfs-gerechte“, dann aber auch meist recht hoch dosierte Einstellung von Krankenhaus(!)-Patienten auf ein Benzodiazepin, nicht selten auch noch eines der am nachhaltigsten wirkenden, leider aber auch am schnellsten abhängig machende Produkte. Das kann wenige Tage, aber auch eini-

ge Woche dauern, je nach Hospitalisation. Dann Entlassung zum Hausarzt, ohne vielleicht auch noch vorher unter ausgiebiger Erläuterung die Dosis reduziert oder das Medikament abgesetzt zu haben.

Damit hat dann der weiterbetreuende Hausarzt „den schwarzen Peter“ und muss einen inzwischen auch noch sucht-gefährdeten Patienten weiterbehandeln. Manchmal fällt ihm dies im Praxis-Stress erst relativ spät auf, wozu ein zusätzliches Kommunikations-Problem Klinik/Hausarzt beitragen kann: Arztbriefe, d. h. Entlass-Berichte erreichen den weiterbehandelnden Kollegen noch immer häufig recht spät – mit allen Informations-Defiziten, die damit verbunden sind (die oft handgeschriebenen Kurz-Informationen reichen nur selten aus).

Dieses Problem ist der Ärzteschaft allseits bekannt, aber offensichtlich nur schwer zu regeln. Das dürfte sich auch in Zukunft kaum ändern, zumal die „Ärzte-Abwanderung“ ins Ausland immer mehr unersetzbare Lücken reißt.

Benzodiazepine im höheren Lebensalter

Die Benzodiazepin-Abhängigkeit hat zwei bereits erwähnte Schwerpunkte: zum einen das weibliche Geschlecht (bis zu zwei Drittel aller Betroffenen?) und zum anderen Menschen in der zweiten Lebenshälfte (auch als drittes oder viertes „Lebensalter“ bezeichnet). Und hier soll vor allem jeder 3. Bewohner eines Altenheims Benzodiazepine einnehmen, und zwar mittel- bis langfristig.

Das sind jedoch – wie erwähnt – Schätzdaten, aber wahrscheinlich nicht weit von der Realität entfernt, was nebenbei – so die Experten – eher nach oben als nach unten korrigiert werden sollte. Harte Daten sind natürlich nur dann möglich, wenn man die Patienten wissenschaftlich, d. h. ambulant oder klinisch und damit statistisch erfassen kann. Doch das ist selten. Eine stationäre Entwöhnungs-Therapie wegen reiner Medikamenten-Abhängigkeit soll sich im Promille-Bereich bewegen.

Das Problem exakter Diagnose und gezielter Therapie in diesem Fall ist neben psychosozialen Voraussetzungen auch biologisch zu sehen. Denn beim alten Menschen verlangsamt sich der so genannten Metabolismus, oder auf Deutsch: die Stoffwechsel-Aktivitäten gehen zurück, greifen weniger effektiv, dauern länger. Das betrifft alle Bereiche des Organismus, in diesem Fall vor allem den Abbau der chemischen Substanz (hier die Benzodiazepine) und – was nur wenige Laien wissen – deren Metaboliten (Folge-Produkte im Abbau-Zyklus, die ebenfalls wirksam werden können).

So gibt es kurz-wirksame Benzodiazepine, die nach wenigen Stunden wieder aus dem Organismus ausgeschieden werden. Dann gibt es mittel-lange und lange bis sehr lange wirksame (d. h. 20 bis 100 Stunden!). Einige Metaboliten können die Wirkdauer ihrer Mutter-Substanz um ein Vielfaches übersteigen, was gerne dann übersehen wird, wenn man sich lediglich an die Original-Substanz hält. Und dies

alles kann sich im Alter noch einmal steigern, und zwar auf das 3- bis 5-fache der ursprünglichen Stoffwechsel-Zeit.

Oder kurz: Bei manchen Substanzen ist die Wirkungs-Dauer unkalkulierbar, insbesondere im höheren Lebensalter. Denn eine „nur“ auf das Doppelte verlängerte Halbwertszeit führt dazu, dass bei gleichbleibender Dosis ein schließlich doppelt so hoher Plasma-Spiegel (Wirkspiegel im Blut) erreicht wird. Das ist übrigens in beiden Richtungen möglich: Zum einen braucht es ggf. länger, bis der notwendige Wirk-Spiegel überhaupt erreicht ist, zum anderen dauert es länger, bis er aus einem toxischen (Vergiftungs-)Bereich wieder zur Normalität abgesunken ist.

Auf den Alltag übertragen heißt dies: Einerseits braucht es länger, bis das Medikament mit der erwünschten Wirkung greift, andererseits braucht es auch länger, bis die unerwünschten Nebenwirkungen wieder zurückgehen, die man sich durch die alters-typische Kumulations-Gefahr eingehandelt hat. Und das alles bei gleichbleibender Dosierung. D. h. durch die Kumulation wächst die Gefahr langsam und unbemerkt, was in Fachbegriffen ausgedrückt eine „schleichende Intoxikation“ sowie schließlich „protrahierte Entzugs-Syndrome“ bedeuten kann. Oder wiederum allgemeinverständlich: unbemerkte Vergiftung und ungewöhnlich lange Beeinträchtigungen, wenn die Dosis reduziert oder das Medikament schließlich abgesetzt wurde.

Sind das nun ertragbare Folgen? Im Allgemeinen nein, was schon jüngere Benzodiazepin-Konsumenten oder solche im mittleren Lebensalter beeinträchtigen kann. Im höheren aber gibt es dabei ein zusätzliches Problem: Solche lang-anhaltenden und „unverständlichen, nicht nachvollziehbaren Folgen“ ähneln pseudo-dementen, apathisch-adyne und depressiven, manchmal sogar psychotischen Zustandsbildern. Übersetzt lautet dies: ständig müde, matt, ohne Schwung und Antrieb, resigniert, verunsichert, ängstlich, niedergeschlagen, geistig beeinträchtigt, insbesondere was Merk- und Konzentrationsstörungen und zunehmende Vergesslichkeit anbelangt, vielleicht sogar wahnhaft, reizbar bis aggressiv.

Das wären die seelischen und psychosozialen Folgen. Im körperlichen Bereich ist es hier vor allem die Sturz-Gefahr unter Benzodiazepinen. Die kann ja beim älteren Menschen ohnehin erhöht sein, beispielsweise durch Beeinträchtigungen von Herz-Kreislauf-, Wirbelsäule und Gelenken, in neurologischer Hinsicht durch eine Störung der so genannten Tiefen-Sensibilität. Konkret also Muskelschwäche, Gang- und Koordinationsstörungen u. a. So etwas gibt es auch ohne medikamentösen Einfluss; ein erhöhtes Risiko unter zusätzlicher Arzneimittel-Belastung ist aber nachvollziehbar.

Diese zuletzt angesprochene Frage: Handelt es sich um eine „natürliche Alters-Erscheinung“ und/oder zusätzliche pharmakologische Beeinträchtigung, gilt es aber auch im seelischen und psychosozialen Bereich zu beachten. Denn bei älteren Patienten werden die Leistungs-Einbußen aufgrund der eingenommenen Arzneimittel (in diesem Fall also der Benzodiazepin-Beruhigungs- und/oder -Schlafmittel) oft als normale Alters-Erscheinung verkannt. Dabei haben sie ggf. eine zusätzliche chemische Belastungs-Ursache.

Doch selbst wenn man diese Möglichkeit in Betracht zieht, geschieht oft nichts. Zum einen fällt es dem Patienten selber schwer, hier etwas zu ändern, nicht zuletzt durch die erwähnte (medikamenten-bedingte) Schwunglosigkeit oder gar Apathie (Teilnahmslosigkeit). Und auch die Ärzte sind zurückhaltend, denn ein Entzug im höheren Lebensalter wird als besonders riskant eingestuft – zu Recht.

Zum anderen gibt es aber Beispiele, bei denen das sehr langsame Ausschleichen dieser Medikamente einen Gewinn an Lebensqualität bedeutet. Gerade ältere Patienten können danach regelrecht aufblühen und sich nach einiger Zeit einer deutlich gesteigerten Leistungsfähigkeit und Lebensqualität erfreuen.

Ein Versuch kann sich also lohnen. Er ist aber – das sei noch einmal betont – nicht ohne Risiko im seelischen, psychosozialen und sogar körperlichen Bereich, je nach Schweregrad und Dauer der Medikamenten-Abhängigkeit im Alter. Und natürlich je nach sozialem Umfeld, d. h. ob eine stets(!) verfügbare und vor allem belastbare Hilfestellung gegeben ist (Familie, Heim, ggf. Nachbarschaft und Freunde) – leider aber eben oft auch nicht.

Denn bei schweren Entzugs-Fällen durch Absetzen des gewohnten Benzodiazepin-Medikamentes bleibt es in der Regel nicht bei neurologisch anmutenden Störungen wie körperliche Missempfindungen, Gangstörungen u. ä., es treten auch quälende Schlafstörungen auf, Ängste, Verstimmungen, ja Muskelschmerzen, Zittern, Kopfschmerzen, Appetitverlust oder Übelkeit, Schweißausbrüche u. a. Und dies alles bei einem ohnehin labilen Gesundheits-Zustand, wie er im höheren Alter in der Regel hinzunehmen ist; d. h. bei zusätzlichen Beeinträchtigungen von Herz-Kreislauf, Stoffwechsel, sonstigen Organ-Einbußen usf. mit den dafür notwendigen Medikamenten.

Kurz: Ein Entzug – so die Experten – würde schon seinen Zweck erfüllen. Er braucht aber eine sehr zeit-intensive Betreuung seitens des Arztes und „gute Nerven“ für das nähere Umfeld. Weitere Hinweise siehe später, insbesondere was Nebenwirkungen und Entzugserscheinungen anbelangt. Die Frage: „Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren der Benzodiazepine im höheren Lebensalter“ sind also am besten vor dem Entschluss zu diskutieren, ob ein solches Beruhigungs- oder Schlafmittel längere Zeit notwendig und vertretbar ist.

Die Entzugs-Symptome

Die *Entzugssymptome* nach zu raschem Ausschleichen oder gar abruptem Absetzen von Benzodiazepin-Tranquilizern und -Schlafmitteln gehören durch ihr verwirrendes Beschwerdebild zu den eindrucksvollsten Phänomenen einer Abhängigkeitsentwicklung. Manchmal sind sie nur unerschwellig und erträglich und irritieren den Patienten lediglich durch ihre Vielfalt, ja Sonderlichkeit. Zumeist sind sie lästig bis unangenehm und beeinträchtigen zumindest Stimmung und Leistungsfähigkeit. Bisweilen aber können sie sogar quälend oder gefährlich werden.

Die häufigsten Entzugs-Symptome sind Schweißausbrüche, Zittern, Kopfschmerzen, Herzklopfen sowie Schlafstörungen mit belastenden Träumen.

In seelischer Hinsicht vor allem innere Unruhe, Verstimmungen, diffuse Ängste sowie auf geistiger Ebene Merk- und Konzentrationsstörungen.

Psychosozial irritieren vor allem ein Rückgang von Antrieb und Interesse und damit Leistungsfähigkeit, manchmal schon eine gewissen Vernachlässigung der (Körper-) Hygiene und damit Isolations-Gefahr.

Gesamthaft gesehen sollten nachfolgende, mehr oder weniger charakteristische Abstinenz-Symptome aufhorchen lassen:

- **Psychisch/psychosozial:**

Resigniert-depressiv oder missgestimmt-reizbar; distanzlos bis „unverfroren“.

Lustlos, passiv, schwach, kraftlos, leicht erschöpfbar; dabei innerlich unruhig, nervös, fahrig, getrieben, gespannt.

Unzufrieden, vorwurfsvoll, leicht verletzlich, überempfindlich, mürrisch, aufbrausend, aggressiv, ja boshaft, spöttisch, chronisch, zynisch bis „feindselig“.

Merk- und Konzentrationsstörungen sowie (bisher ungewöhnliche) Vergesslichkeit.

Scheinbar unmotivierter Wechsel zwischen inhaltslosem Glücksgefühl und depressiv-weinerlich-ängstlich-zurückgezogen, affektlabil bis ausgeprägt rührselig.

Angstanfälle (so genannter „Angst-Rückschlag“, nachdem die Ängste zuvor nur chemisch unterdrückt und nicht psychotherapeutisch aufgearbeitet wurden) sowie Panikattacken.

Überempfindlichkeit gegenüber Sinnesreizen wie Licht, Geräusche, Gerüche oder Berührung (was noch keine wahnhaften Dimensionen annehmen muss – s. u.).

So genannte Derealisations-Phänomene („alles so weit weg, sonderbar, komisch, größer, kleiner, verschoben, verzerrt usw. „) und Depersonalisations-Erscheinungen („ich bin nicht mehr ich“).

Weitere eigentümliche Körperwahrnehmungen (s. u.) sowie Hör-, Seh-, Gefühls-, Geschmacks- und Geruchs-Trugwahrnehmungen (körperliche Störungen, die aber seelischer Natur sind).

Desorientierung, und zwar örtlich, zeitlich sowie schließlich zur eigenen Person.

Phobische (konkrete, zwanghafte) Ängste, z. B. Herzphobie: Angst vor dem Herzstillstand; weitere psychosomatisch interpretierbare Zustände (seelische Störungen, die sich körperlich äußern).

Suizidphantasien oder gar Suizidimpulse.

In schweren Fällen ausgeprägte wahnhaft Psychose sowie eine delirante Symptomatik (ähnlich dem Alkoholentzug, bei dem aber häufiger Veränderungen der Sinneswahrnehmungen auftreten).

Vor allem die Störungen der Sinnesempfindungen und Wahnphänomene beunruhigen die Betroffenen sehr (Angst vor dem Verrücktwerden), weshalb sie diese Entzugsfolgen nicht selten verheimlichen und erst auf direkte Nachfrage berichten.

- **Körperliche Entzugs-Symptome:**

Zittern, Schwitzen; Herzrasen, „Herzschlag bis zum Hals“; Blutdruckänderungen; Schwindel; Kopfschmerzen; allgemeines Schwächegefühl; Gehörsüberempfindlichkeit, manchmal verbunden mit einem „Dröhnen im Kopf“; Lichtscheu; Metallgeschmack im Mund; Berührungs- und Schmerzüberempfindlichkeit; „Liftgefühl“, „wie auf Watte“; Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen; Steigerung der Eigenreflexe; Gefahr von Krampfanfällen; vor allem aber die bereits erwähnten Schlafstörungen mit unangenehmen bis belastenden Träumen (so genannte „Rückschlag-Schlafstörungen“ (s. u.), nachdem der Schlaf zuvor zu lange nur chemisch erzwungen worden war).

Rückfall oder Entzug?

Besonders bei Angsterkrankungen ist es häufig umstritten, ob die nach Absetzen auftretenden Symptome Entzugserscheinungen oder erneute Symptome nach Abschluss einer bis dahin erfolgreichen medikamentösen Therapie sind (so genannte „Rebound-Phänomene“, siehe auch Rückschlag – s. o.).

Tatsächlich können Entzugserscheinungen und Angstsymptome sehr ähnlich sein. Kein Problem macht die Diagnose eines Abstinenz-Syndroms durch schwere depressive Zustände, Wahnphänomene, Entzugs-Delirien sowie Entzugs-Krampfanfälle. Kritischer wird es bei den viel häufigeren Störungen von Schlaf, Vegetativum (Magen/Darm, Herz/Kreislauf u. a.) und Sinnesorganen sowie Angstattacken, die sowohl dem Entzug als auch einem Rückschlag zugeschrieben werden können.

Bei kurz dauernder Benzodiazepin-Therapie wird man solche Phänomene eher als Rückschlag interpretieren müssen. Nach längerer Behandlung ist ein Entzugs-

Syndrom in Betracht zu ziehen. Bei mittelfristigem Gebrauch können beide Phänomene eine Rolle spielen.

Neue Symptome, die vor der Benzodiazepin-Behandlung nicht vorhanden waren, sprechen natürlich für ein Entzugs-Syndrom.

Zeichen einer Mehrfach-Abhängigkeit (Polytoxikomanie, Multipler Substanzgebrauch)

Die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen ist nur mit wenigen der aufgeführten Entzugs-Symptomen belastet und kommt aus ihrer Suchtgefährdung relativ glimpflich wieder heraus - auch wenn diese Zeit sehr hart auszufallen pflegt. Doch es gibt auch Menschen, die sich in eine fortschreitende Abhängigkeit verstricken, ja manchmal sogar zu *Mehrfach-Abhängigen* werden (früher *Polytoxikomanie*, heute *Multipler Substanzgebrauch* genannt).

Eine solche Mehrfach-Abhängigkeit hängt natürlich von vielen Faktoren ab: Persönlichkeitsstruktur, Disposition (Neigung und damit Gefährdung), zwischenmenschliche, insbesondere familiäre, aber auch berufliche Belastungen u. a. Sie ist bei Rauschgiftsüchtigen schneller erreicht. Doch auch bei längerfristiger „reiner“ Medikamentensucht ist sie zuletzt nicht mehr auszuschließen: Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel, nicht selten ein zusätzlicher Alkohol- und Nikotin-Missbrauch.

Auf was muss man achten, wenn sich die schwerwiegende Entwicklung einer Mehrfach-Abhängigkeit abzuzeichnen droht? Nachfolgend nochmals einige Hinweise in Stichworten, die natürlich nicht nur Beruhigungs- und Schlafmittel-Abhängige vom Benzodiazepin-Typ betreffen, hier aber eingeordnet werden, weil diese Stoffklasse derzeit am häufigsten beteiligt zu sein scheint:

- **Psychosoziale Aspekte:** auffallend häufige Verschreibungswünsche (so genannte „Wunschverschreibungen“) beim behandelnden Arzt bzw. bei mehreren Ärzten (Parallel-Konsultationen, auch als „doctor-shopping“ oder „-hopping“ bezeichnet).

Inzwischen offenkundige selbständige Dosiserhöhung, auch bei den Benzodiazepinen, bei denen dies ja nicht obligat ist (s. o.).

Versuch, an „kaschierte“ benzodiazepin-haltige Kombinationspräparate heranzukommen (Benzodiazepine in Kombination mit krampflösenden Spasmolytika, ferner mit Herz-Kreislaufmitteln, früher auch Sexualhormonen, Schmerzmitteln u. a.).

Einsatz von Tranquilizern und Schlafmitteln, um „frischer“ zu werden, deshalb Benzodiazepin-Schlafmittel auch tagsüber.

Patient fordert entsprechende Präparate immer ungestümer, auch ohne medizinische Indikation. Schließlich vermehrt Jammern, Klagen, zuletzt Drohungen verschiedenster Art, von der Verleumdung über „Meldung bei den zuständigen Stellen“ bis zu Gewalt oder Suizidversuch für den Fall der Verweigerung.

Anlage von Tabletten-Depots, ständiges Beisichführen von Medikamenten, Rezept in Reserve usw.

Patient ist auf entsprechende Präparate fixiert, „braucht die Tabletten“, glaubt, ohne sie nicht leben zu können, hält eine Abhängigkeit selber für nicht mehr ausgeschlossen.

Schließlich zunehmende Gleichgültigkeit, Kritikverlust, gemütsmäßige Nivellierung bis hin zur „seelischen Verflachung“ (Tiefgang-Verlust), Konfliktvermeidung, Realitätsflucht, ernstere missgestimmt-depressive Zustände, Vernachlässigung der persönlichen Hygiene und Pflichten, persönlichkeits-fremde Unordnung in der Wohnung oder am Arbeitsplatz (persönlichkeits-fremd = früher nicht, erst jetzt, aber warum?)

Zuletzt vermehrt „unerklärliche“ Erinnerungslücken ohne Alkohol-Abusus („trockene Trunkenheit“).

- **Körperliche Folgen:** gehäuft Stürze, Frakturen, Verletzungen. Interessanter Hinweis, wenngleich selten zu sehen: Blutergüsse verschiedenen Alters (und damit Farbe) an Becken- und Schultergürtel sowie Armen und Schienbeinen. Ferner Brandwunden bei Rauchern (nachlassende Vorsicht während der Intoxikation). Einlässen und/oder Einkoten ohne erklärbare Ursachen.
- **Unfallgefährdung:** vor allem Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit (seelisch-geistig-körperliche Verlangsamung in der Regel umso folgenschwerer, je weniger sie vom Betroffenen wahrgenommen wird). Deshalb gehäuft Fahr-, Betriebs- (rotierende Maschinen) und Hausunfälle (Treppen, Leitern) mit entsprechenden Folgen.
- **Arbeitsplatz:** Nachlassen der Leistung (s. o.), häufiger Wechsel und Arbeitsplatzverlust, ggf. beruflicher Abstieg.
- **Kriminelle oder halbkriminelle Praktiken zur Medikamenten-Beschaffung:** Simulierung von Krankheitszeichen, Beschaffung durch Dritte, Rezeptfälschung bzw. -diebstahl, Überredung des Apothekenpersonals zur Abgabe ohne Verschreibung, Schwarzmarkt, Medikamentendiebstahl, Apothekeneinbrüche u. a.
- **Drohende Extremfolgen im Endzustand:** Verlust der gesellschaftlichen Stellung, Trennung, Scheidung, Arbeitsplatzverlust, Isolation, sozialer Abstieg. Als sekundäre Körperschäden auch vermehrt Frakturen, Verbrennungen, Unfälle, Verlet-

zungen (z. B. durch intoxicationsbedingte epileptische Anfälle); erhöhte Sterblichkeitsziffer.

- **Suizidgefahr:** Die Gefahr, Hand an sich zu legen (nachdem man es zuvor einige Male vergeblich versucht hat) ist gerade bei Abhängigen jeglicher Art extrem hoch. Das ist auch für Medikamenten-Abhängige nicht anders, wobei hier unterschiedliche Zahlen irritieren (z. B. 16-, 20-, ja 44-fach erhöhtes Suizidrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung). Aber eines ist und bleibt erschreckend:

Auch die stille, die vornehme, versteckte Sucht der Tabletten-Abhängigkeit läuft verstärkt Gefahr, das Leben ihrer Opfer durch Selbsttötung zu beenden.

Anhang: Flunitrazepam

In diesem Unter-Kapitel werden keine Handelsnamen genannt (bitte bei Hausarzt oder Apotheker nachfragen). Auch von Substanz-Namen ist nur selten die Rede; und wenn, dann wegen besonders problematischer Konsequenzen. So etwas gilt für das hochwirksame Benzodiazepin-Schlafmittel *Flunitrazepam*.

Wie die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft in ihrem Leitfaden *Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit* ausdrücklich ausführt, ist dieses Mittel wegen seiner schnellen Anflutung und damit seinem raschen Wirkungseintritt besonders für Abhängige von Opiaten bzw. für Polytoxikomane hoch attraktiv. Auch wird es häufig in Kombination mit Heroin und anderen Substanzen konsumiert, insbesondere von „Spritzen-Drogenabhängigen“ auch häufig aufgelöst und intravenös (d. h. in die Venen) injiziert.

Wenn also ein Patient (Vorsicht: Rauschdrogenabhängige sind nicht nur junge sowie seelisch-körperlich „abgewrackte“ Menschen!) auf der Verschreibung größerer Mengen genau dieses Arzneimittels besteht, sollte der konsultierte Arzt immer an die Abhängigkeit von illegalen Drogen denken. Auch wenn der Rauschdrogenkonsum eingestanden wird: Flunitrazepam ist keine Medikation zur Milderung des Entzugs, wie ebenfalls gerne angeführt wird. Es ist und bleibt eine sucht-riskante Substanz und nicht selten eine Kombinations-Droge für Opiat-Abhängige.

Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen

In diesem Kapitel werden aus Platzgründen in der Regel keine therapeutischen Hinweise zur Entzugsbehandlung gegeben; das setzt eine ausführlichere Darstellung voraus. Da die Abhängigkeit von Beruhigungs- und Schlafmitteln vom Typ der Benzodiazepine jedoch ein so weit verbreitetes Phänomen ist und in der Regel kaum den niedergelassenen Facharzt und schon gar nicht die Fachklinik erreicht, seien hier ausnahmsweise einige Hinweise in Stichworten vermittelt:

Die meisten Patienten, die Beruhigungs- und Schlafmittel vom Typ der Benzodiazepine zu hoch dosiert und zu lange eingenommen haben, kommen trotzdem durch konsequente Dosis-Reduktion („Ausschleichen“), einige sogar durch einen radikalen Einnahmestopp aus der drohenden oder gar eingetretenen Abhängigkeit wieder heraus.

In einigen Fällen aber bleibt der Patient daran hängen und es entwickelt sich ein Teufelskreis, der nicht zuletzt das Arzt-Patient-Verhältnis belastet. So verschließen manche Ärzte die Augen und rezeptieren die Benzodiazepine weiter, wenngleich zunehmend auf Privat-Rezept. Und dies, obgleich alle Beteiligten wissen, dass es neue Belastungen schafft und seelisch-körperlich sowie psychosozial nicht ohne Konsequenzen bleiben kann (s. o.).

Hier wäre die beste Lösung ein stationärer Entzug in einer Fachklinik. Doch dazu kommt es aus den unterschiedlichsten Gründen, einschließlich nachvollziehbarer Ängste und überholter Vorurteile nur selten. Deshalb bleibt oft nur der *ambulante Entziehungsversuch*.

Nachfolgend dazu einige generelle Hinweise in Stichworten:

Ist der Entzug erfolgreich, bleibt auch die weitere Prognose im Allgemeinen günstig. Man spricht von fast zwei Drittel aller Betroffenen, die auch in Zukunft abstinent bleiben können. Konkrete Daten dazu sind allerdings schwer zu bekommen. Was auf jeden Fall stimmt: Kann der Patient tatsächlich auf „seine“ Benzodiazepine verzichten, steigt auch die Lebensqualität, die zuvor durch eine Reihe von unklaren Beeinträchtigungen (dann wohl meist medikamentös bedingt) gelitten hat.

Der Entzug setzt allerdings sehr genaue Kenntnisse voraus, was Beschwerdebild vor, während und danach, wirkliche(!) Dosis-Höhe und Einnahme-Zeit, seelischer, geistiger und körperlicher Zustand (einschließlich psychosomatisch interpretierbarer Beschwerden), das soziale Umfeld mit seinen spezifischen Belastungen (einschließlich höheres Lebensalter, wo die Belastungen anderer Natur als in den „besten Jahren“ sind), vor allem aber was die schon mehrfach erwähnte Halbwertszeit der ja rund zwei Dutzend bei uns verfügbaren Benzodiazepin-Substanzen mit zahlreichen Handelsnamen (je nach Anbieter) anbelangt. Und da kann es ganz erhebliche Unterschiede geben.

Nachdem alle diese Daten verfügbar sind, pflegt der Fachmann auf einen Wirkstoff mit mittlerer Halbwertszeit umzustellen. Danach wird in immer kleiner werdenden Reduktionsschritten innerhalb weniger Tage „ab-dosiert“.

Hat der Patient hohe Dosen eingenommen und/oder leidet (deshalb) unter merklichen Entzugs-Erscheinungen, geben manche Experten ein Antikonvulsivum (Arzneimittel gegen Krampfanfälle) dazu.

Was gerne unterschätzt wird, in Wirklichkeit aber eine wichtige, insbesondere stabilisierende Funktion hat, ist der gesamt-therapeutische Rahmen, das einerseits umfassende, andererseits spezifische Therapie-Konzept. Dabei spielt die so genannte Psychoedukation eine große Rolle (d. h. konkrete Informationen von der Pharmakologie bis zur Psychologie des Alltags).

Häufig wird auch ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm angeboten, das sich neben der Medikamenten-Abhängigkeit und ihren Folgen auch der jeweiligen Begleit-Störungen annimmt. Beispiele: Aggressionen, Zwangs- und Angststörungen, Konflikt-, Belastungs- und Überforderungs-Syndrome u. a. Dabei geht es vor allem um die Vorgeschichte der Abhängigkeits-Entwicklung. Oder konkret: Wie konnte es dazu kommen? Was war einfach nicht mehr erträglich? Wie haben die Benzodiazepine geholfen? Und vor allem: Was kann man jetzt umsetzen, nutzen, und zwar ohne die medikamentöse „Krücke“.

Dabei geht es nicht nur um psychosoziale Ursachen, sondern auch um Persönlichkeitsmerkmale, um Motivation, Beziehungsfähigkeit, die Wahrnehmung eigener Gefühle, das Erkennen und Umsetzen eigener Bedürfnisse (Medikamenten-Abhängige sind in der Regel nicht „pflicht-vergessen“, sondern eher übertrieben pflicht-bewusst – bis zu Erschöpfung und damit Leistungseinbruch).

Entsprechende Fach-Kliniken und -Ambulanzen bieten deshalb Spezial-Stationen oder -Gruppen für Medikamenten-Abhängige an, vor allem was die Benzodiazepine angeht, da diese Kranken in der Regel andere Probleme und Persönlichkeitsstrukturen aufweisen (können) als beispielsweise Alkoholiker oder Rauschgiftsüchtige. Patienten, die auf ähnliche Weise betroffen sind, können sich in der Regel besser gegenseitig verstehen und stützen.

Und schließlich geht es um jene Gruppe, die über die erwähnten Depressionen, Angststörungen, Überforderungen u. a. an die Benzodiazepine geraten und hängen geblieben sind (Fachbegriff: ko-morbide Patienten). Hier interessiert natürlich neben dem Entzug die Grund-Erkrankung, von der alles „Elend“ ausgegangen ist. Und dabei stellt sich oft ein sehr spezielles Problem, nämlich die erwähnte Unterscheidungs-Notwendigkeit: Wirklich Grund-Erkrankung oder Folge der Benzodiazepin-Langzeiteinnahme? Und wenn es sich um eine zugrunde liegende andere Störung handelt, ist sie eher biologischer Art (z. B. nicht zuletzt erbliche Depressionen und Angststörungen) oder durch das Lebens-Umfeld des Patienten ausgelöst und unterhalten?

Kurz: Das alles zeigt, dass eine fachärztliche Behandlung, ob ambulant oder stationär, in schwierigen Fällen (noch einmal: Dosis-Höhe, Einnahme-Dauer, psychosoziale Ursachen, Umfeld u. a.) unumgänglich ist.

Ausblick

Tranquilizer und Schlafmittel vom Typ der Benzodiazepine gehörten lange Zeit zu den Mitteln der ersten Wahl für zahlreiche Heilanzeigen. Diese Position kommt nicht von ungefähr. Die Ärzteschaft schätzte den raschen Therapieerfolg, die (scheinbar) nicht so folgenreichen Nebenwirkungen, das geringe Intoxikations-Risiko und damit ganz allgemein die große therapeutische Breite dieser Wirkgruppe, wie es die Experten nennen. Diese Einstellung basierte auf der Erfolgs-Beurteilung von Millionen von Patienten in aller Welt und wurde durch zahlreiche wissenschaftliche Dokumentationen gestützt.

Doch es gilt auch die Risiken oder gar Gefahren zu beachten:

Deshalb keine Einnahme ohne ärztliche Untersuchung und Verordnung. Keine „Verordnungsautomatie“ einreißen lassen oder gar erzwingen (Arzt unter Druck setzen). Sich bei erneutem Rezeptieren stets fragen, wie viel seit wann schon bisher eingenommen wurde. Und ob es noch notwendig ist, dies fortzuführen - und wenn ja, wie lange noch.

Außerdem: Wurden inzwischen die nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten genutzt/erlernt: Autogenes Training, Yoga, andere Entspannungsverfahren, Einschlafhilfen, körperliche Aktivität, Reduktion der Genussgifte, soziotherapeutische Korrekturen, psychagogische und/ oder psychotherapeutische Stützung u. a.?

Und zuletzt die etwas schlicht anmutende Frage: Gibt es nur „böse“ Medikamente oder auch ein bequemes, leichtfertiges, risikoreiches bis unverantwortliches Einnahme-Verhalten, wo doch jeder Mensch letztlich für sich selbst verantwortlich sein sollte.

ÜBERSICHT ÜBER DIE WICHTIGSTEN WIRKGRUPPEN, STOFFKLASSEN UND WIRKSTOFFE MIT ABHÄNGIGKEITSGEFAHR

Nach einer ausführlicheren Übersicht über die drei wichtigsten Wirkgruppen mit Suchtgefahr, nämlich Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel, sollen jetzt im 3. Teil die bedeutendsten Wirkgruppen, Stoffklassen und Wirkstoffe noch einmal zusammengefasst werden - stichwortartig und alphabetisch geordnet. Im Einzelnen:

ANTIDEPRESSIVA

Antidepressiva sind stimmungsaufhellende Arzneimittel mit Wirkung auf depressive Zustände. Antidepressiva machen nicht abhängig. Das ist eine wichtige Erkenntnis, die aber leider nicht zum allgemeinen Wissensstand gehört. Dies wird eigenartiger Weise von der Allgemeinheit nämlich oft anders gesehen – oder schlichtweg furcht-

sam verwechselt. Daran sind bestimmte Medien-Berichte, ja die Hinweise von selbst-ernannten „Experten“ nicht unschuldig.

Zwar soll es mitunter Einzelfall-Beispiele geben, bei denen eine „süchtige Fehlentwicklung“ durch sonst nicht abhängig-machende Antidepressiva geschildert wird. Wahrscheinlich handelt es sich hier jedoch um schwer sucht-gefährdete Patienten mit einer Mehrfach-Abhängigkeit, bei der auch Antidepressiva eine zusätzliche Rolle spielen können. Für sich allein genommen sind aber alle Antidepressiva nicht sucht-gefährlich.

Allerdings gibt es zwei Ausnahmen, die gerne übersehen wurden (heute nicht mehr von Bedeutung): 1. *Kombinations-Präparate* zwischen nicht-süchtigmachenden antidepressiven Wirkstoffen und einem Benzodiazepin-Tranquilizer (früher viel verordnet, inzwischen so gut wie kein Thema mehr). 2. *Der Benzodiazepin-Tranquilizer Alprazolam* ist zur Behandlung von akuten und chronischen Spannungs-, Erregungs-, und Angstzuständen, insbesondere Panikattacken anerkannt, wird aber noch immer gelegentlich als Antidepressivum eingesetzt. Das ist einerseits bei z. B. biologisch angelegten (früher „endogen“ genannten) Depressionen eine Überforderung, andererseits droht bei mittel- bis längerfristiger Gabe Suchtgefahr (Einzelheiten siehe Benzodiazepine).

Schlussfolgerung: Antidepressiva als Mono-Substanz mit nur einem stimmungsaufhellenden Wirkstoff machen nicht abhängig. Bei Kombinations-Präparaten oder Benzodiazepinen mit lediglich antidepressivem Therapie-Anspruch aber auf Suchtgefahr achten.

ANTIHISTAMINIKA

Antihistaminika werden auch als Histamin-Antagonisten oder Histamin-Rezeptorenblocker bezeichnet. Indikationen: gegen Allergien (vor allem Heufieber, Urticaria), Juckreiz, zur Narkosevorbereitung, Hemmung der Salzsäureproduktion der Magenschleimhaut (z. B. Magen- und Dünndarmgeschwür) sowie zur Beruhigung und Schlafförderung.

Dabei gibt es Mono-Präparate und – vor allem früher – Misch-Präparate, bei denen sich dann die Heilanzeigen noch vermehren (z. B gegen Hustenanfälle, Brechreiz u. a). Einzelheiten was die verschiedenen Handelsprodukte anbelangt siehe Arzt oder Apotheker. Was gilt es aber zu wissen?

- *Allgemeine Aspekte:* Häufig gebraucht und gelegentlich auch missbraucht als Schlafmittel und leider auch zu Selbsttötungs-Versuchen (frei in der Apotheke erhältlich).

- *Nebenwirkungen:* Je nach Substanz Beeinträchtigung bestimmter Schlafstadien möglich. Bei Überdosierung ggf. Sinnestäuschungen, Koordinationsstörungen (z. B.

Gehunsicherheit), Krampfanfälle, Erregungszustände und Intoxikations-Psychosen („Vergiftungs-Wahnsinn“).

Vorsicht durch unbeabsichtigte oder bewusste Vergiftungsmöglichkeiten (vor allem entsprechenden Zugriff vor Kleinkindern sichern, die gerne herumliegende Arzneimittel als Bonbons „versuchen“). Suchtgefahr bei unkritischem Einsatz nicht auszuschließen (z. B. zu hoch dosiert, vor allem zu lange).

Schlussfolgerung: Antihistaminika haben verschiedene Heilanzeigen, nicht zuletzt als (freiverkäufliche) Schlafmittel als Mono- und Kombinationspräparate. Vorsicht vor unkritischer Selbstbehandlung ohne ärztliche Kontrolle.

BARBITURATE

Barbiturate sind über 100 Jahre alte Beruhigungs- und Schlafmittel, Antiepileptika (gegen Krampfleiden) und Kurz-Narkotika (Narkose). Früher auch als zahlreiche barbiturat-haltige Schmerzmittel, insbesondere Spasmolytika (krampflösend) und Migränemittel als Mono- und Misch-Präparate genutzt; heute nur noch vereinzelt in Gebrauch (z. B. als Antikonvulsiva gegen epileptische Anfälle).

- *Allgemeine Aspekte:* einteilbar in kurz-, mittellang- und lang-wirkende Substanzen. Bei Letzteren droht Kumulations-Gefahr, d.h. eine langsame Stoff-Anreicherung trotz gleichbleibender Dosierung (Halbwerts-Zeiten von 24 bis über 100 Stunden!). Ausgeprägte Arzneimittel-Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten möglich.

- *Nebenwirkungen (besonders nach längerfristiger Einnahme):* inhaltsloses Glücksgefühl („matte“ Euphorie), Gleichgültigkeit, beeinträchtigte Erlebnisfähigkeit, missgestimmte, depressive oder reizbare Verstimmungen, Gefühlslabilität; leichte Irritierbarkeit, Aggressivität oder gar Feindseligkeit; Nachlassen von Merk- und Konzentrationsfähigkeit; Schwunglosigkeit, innere Ermattung, Antriebsarmut, Vernachlässigung von Pflichten, Sozialkontakten und Körperpflege; psychotische Episoden wie bei einer „Geisteskrankheit“ nicht auszuschließen; Schwindel, Übelkeit und Erbrechen; Hauterscheinungen (z.B. vielfältige Hautausschläge), Licht-Überempfindlichkeit.

Bei Überdosierungs- bzw. Vergiftungszuständen: Koordinationsstörungen (z.B. Gehunsicherheit), Sprachstörungen, Nystagmus (schnelle Augenbewegungen), Würgegefühl und Schluckreflex-Störungen (Gefahr des Verschluckens), herabgesetzte Muskel-Eigenreflexe, Atemschwäche, Lungenödem, Atemlähmung, Koma.

- *Suchtgefahr:* Eine Abhängigkeit entwickelt sich zwar in der Regel erst bei höheren Dosen, dann aber unausweichlich. Als Entzugs-Erscheinungen beeinträchtigen vor allem allgemeine Schwäche, Zittern, Muskelzuckungen, Appetitmangel, Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust, Blutdruckabfall, Benommenheit, schließlich Gefahr von Entzugsdelir und großen Krampfanfällen.

- *Schlussfolgerung*: heute – wie erwähnt – nur noch gelegentlich gegen epileptische Anfälle und zur Narkose-Einleitung genutzt; als Beruhigungs- und Schlafmittel kaum mehr in Gebrauch. Dann entsprechende Vorsicht.

BENZODIAZEPINE

Benzodiazepine sind die wichtigste Stoffklasse der Beruhigungsmittel (Benzodiazepin-Tranquilizer) gegen Angst- und Spannungszustände, psychovegetative (Herz-Kreislauf, Magen-Darm usw.) sowie Schlafstörungen (Benzodiazepin-Hypnotika); ferner gegen Krampfanfälle (Benzodiazepin-Antikonvulsiva), Muskelverspannungen (Benzodiazepin-Relaxantien), Erregungszustände usw.

Sie sind die am häufigsten verordneten, gebrauchten und leider auch missbrauchten Psychopharmaka. Einzelheiten dazu siehe das ausführliche Kapitel über Benzodiazepine. Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen.

- *Allgemeine Aspekte*: eigentlich nur kurz- bis mittelfristig vertretbar, leider aber zu häufig, zu lange, zu unkritisch und meist unkontrolliert eingenommen, vor allem bei Stress-Tätigkeiten und im höheren Lebensalter.

Besonders ältere Patienten halten mit oft ungeheurer angst-gebahnter(!) Zähigkeit an ihrer Benzodiazepin-Einnahme fest, die aber schon lange eine unerkannte oder verheimlichte Medikamenten-Sucht ist.

Vorsicht bei Kombination mit anderen, vor allem dämpfenden Medikamenten und Alkohol (auch vom Vortage/Vorabend). Je nach Substanz lange Nachwirkungen über viele Stunden bis mehrere Tage. Dadurch auch Gefahr der Anreicherung des Wirkstoffs im Körper (wiederum nicht zuletzt beim älteren Menschen mit seiner veränderten Stoffwechselfunktion). Grundsätzlich auch Vorsicht bei aktiver Teilnahme am Verkehr (Reaktionszeit-Verlängerung).

- *Nebenwirkungen*: Gleichgültigkeit (Indolenz-Syndrom); Unfähigkeit, entsprechenden Belastungs- und Konfliktreaktionen selbstkritisch, planend und vorausdenkend zu begegnen; zunehmende Benommenheit, Müdigkeit und Schläfrigkeit; Konzentrationsschwäche und Vergesslichkeit; Erinnerungslücken; wachsende Verstimmungen, Reizbarkeit, schließlich sogar Aggressivität und Feindseligkeit; innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit; unerklärliche Angstzustände, zunehmende Furchtbereitschaft; Flucht aus der Realität; mangelnde Belastbarkeit, unbemerkte Abnahme der Leistungs- und Reaktionsfähigkeit am Arbeitsplatz, aber auch im Haushalt und besonders im Verkehr; Schlafstörungen, belastende Träume; Appetit- und Gewichtszunahme; Juckreiz; Störungen der Monatsblutung, Nachlassen von sexuellem Verlangen und Leistungsfähigkeit; Kopfschmerzen; Herzrasen, unklare Herzschmerzen; Zittern; Gefühlsstörungen; Schwindel, Bewegungs-Unsicherheit bis hin zur Kollapsgefahr, besonders im höheren Alter (harmloser: Hämatome (blaue Flecken) und Prellungen, gefährlich: Knochenbrüche – s. u.); uncharakteristische Sehstörungen; erhöhte Unfallgefahr durch unterschwellige

störungen; erhöhte Unfallgefahr durch unterschwellige Benommenheit und Muskeler schlaffung (Schädelprellungen, Oberschenkelhals-Brüche usw.).

- *Paradoxe Medikamentenfolgen*: „Belebung“, „Frische“, aber auch Unruhe- und Erregungszustände, Panikreaktionen, Ein- und Durchschlafstörungen usw.

- Bei *Überdosierung* (auch bei gleichbleibend niedriger Einnahme möglich, da viele Substanzen nur langsam ausgeschieden werden und sich dadurch im Organismus gleichsam selber und unbemerkt anreichern – s. o.): verstärkte seelische und körperliche Verlangsamung, Gleichgültigkeit, Muskelschwäche, Gangunsicherheit, Schwindelzustände, Übelkeit, Kopfschmerzen, verwaschene Sprache, Doppelbilder usw.

- *Psychosoziale Folgen*: wachsende Gleichgültigkeit („Wurstigkeit“), zunehmendes Desinteresse an Aufgaben, Hobbys, Umwelt; Vergesslichkeit (besonders in intellektuellen Kreisen und im Rückbildungs-Alter mit Beunruhigung registriert, nach Ausschleichen des Arzneimittels aber in der Regel wieder „Zustandsbesserung“); missgestimmt-depressiver Dauerzustand; appetitlos, matt, schwach („was ist nur los mit mir?“). Seelische Fixierung an das Arzneimittel (ständiges Beisichführen von Medikamenten, Rezept in Reserve, Anlage von Tabletten-Depots, immer häufigere Rezeptwünsche beim Arzt, zuletzt bei mehreren Ärzten = doctor-shopping).

- *Suchtgefahr*: bereits nach relativ kurzer Einnahmezeit (d. h. nach wenigen Wochen); in jeder Anwendungsform (Tabletten, Tabs, Dragees, Kapseln, Zäpfchen, Tropfen, Injektion). Selbst in gering erscheinender Dosierung (so genannte Niedrig-Dosis-Abhängigkeit) und sogar in gleichbleibender (niedriger) Dosierung ohne Dosiserhöhung. Auch in so genannten Kombinationspräparaten möglich, denen Benzodiazepine beigemischt wurden.

- *Entzugserscheinungen* nach zu raschem Ausschleichen oder gar abruptem Absetzen: lustlos, schwach, kraftlos, leicht erschöpfbar; reizbar-missgestimmt oder depressiv; innerlich unruhig-getrieben, gespannt; unzufrieden, vorwurfsvoll, leicht verletzlich, überempfindlich, mürrisch, aufbrausend, aggressiv; Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit; Wechsel zwischen missgestimmter Distanzlosigkeit und inhaltlosem Wohlgefühl; unmotivierter Stimmungsumschwung von heiter bis weinerlich oder von freundlich bis gereizt; mangelhafte Beherrschung der eigenen Gefühle; gehäuft Angstanfälle oder Panikattacken; eigentümliche Körperwahrnehmungen oder ungewohnte Seh-, Geschmacks- oder Hörreize. Sinnestäuschungen oder diesen ähnliche Phänomene im Bereich von Hören, Sehen, Schmecken, Fühlen und Riechen (z. B. Großsehen, Kleinsehen, Missempfindungen, Empfindungsverschiebungen usw.); aber auch eindrucksvolle Wahnsymptome (was die Patienten sehr beunruhigt und alles möglichst lange verheimlichen lässt: „Werde ich verrückt?“).

Ferner Gehörs-Überempfindlichkeit, „Dröhnen im Kopf“, Lichtscheu, „Lift-Gefühl“, Metall-Geschmack im Mund; hartnäckige Schlafstörungen und belastende Träume; Übelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen, sonstige Magen-Darm-Störungen; zuneh-

mende Verlangsamung und Reaktionsschwäche; allgemeines Schwächegefühl, Zittern, Schwitzen, Schwindel; Kopfschmerzen, Herzrasen; ggf. epileptische Krampfanfälle u. a.

Schlussfolgerung: Benzodiazepine sind als Beruhigungs- und Schlafmittel nach wie vor unersetzlich. Sie dürfen aber nur unter ärztlicher Kontrolle und zeitlich befristet eingesetzt werden. Alles andere muss mit einer Reihe von - oft ungewöhnlichen und manchmal nicht adäquat registrierten - Nebenwirkungen und vor allem einer schwer behandelbaren Suchtgefahr bezahlt werden. Ausnahmen werden nicht selten verheimlicht toleriert, sollten dann aber von einem Psychiater/Nervenarzt mit pharmakologischen Kenntnissen begleitet werden.

BENZODIAZEPIN-ANALOGA (Z-SUBSTANZEN)

Die Benzodiazepine verdrängten als Beruhigungs- und Schlafmittel die früher auf diesem Gebiet dominierenden Barbiturate (s. o.). Als Schlafmittel werden sie inzwischen durch so genannte *Benzodiazepin-Analoga* (analog = entsprechend, gleichartig) abgelöst. Dabei handelt es sich vor allem um die Wirkstoffe Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon (deshalb auch gelegentlich auch als Z-Substanzen bezeichnet).

Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen.

- *Allgemeine Aspekte:* Seit Einführung der Benzodiazepine in den 1960er Jahren wurde keine neue Stoffklasse unter den Schlafmitteln synthetisiert. Dies änderte sich seit den 1980er Jahren mit den drei obigen Substanzen, die mit keinem der bisher vorliegenden Hypnotika bezüglich chemischer Klasse vergleichbar sind. Diese Schlafmittel werden rasch resorbiert und damit schlaf-induzierend aktiv. Zwei von ihnen werden auch sehr rasch wieder ausgeschieden, was einen hangover (Überhang-Effekt am nächsten Morgen) verhindert und somit zu keiner stärkeren Beeinträchtigung der Wachheit und Leistungsfähigkeit führt (was allerdings bei älteren Patienten und solchen mit Leber- und Nierenfunktions-Störungen anders, d. h. nun doch länger als erwartet ausfallen kann).

- *Nebenwirkungen:* Schläfrigkeit, Benommenheit, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit, Muskelschwäche, Bewegungs- und Gangunsicherheit (besonders bei älteren Patienten: Sturzgefahr), Kopfschmerzen, Übelkeit, ggf. Alpträume, nächtliche Unruhe, Gedächtnisstörungen, Zittern, depressive Verstimmungen, undeutliches Sprechen, Sehstörungen, Durchfall (und bei einem der Substanzen ein häufig auftretender bitterer bis metallischer Geschmack im Mund).

- *Suchtgefahr:* Im Gegensatz zu den Benzodiazepinen, bei denen man bereits ein Jahr nach Einführung wusste, dass – je nach Dosishöhe, Disposition und Einnahmezeit – eine seelische und körperliche Abhängigkeit droht, war man sich bei den Benzodiazepin-Analoga viele Jahre nicht klar, wie groß die Suchtgefahr hier werden könnte, falls überhaupt.

Leider scheint sich die Annahme eines wenigstens deutlich geringeren Abhängigkeits-Risikos offenbar nicht zu bewahrheiten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat jedenfalls Zolpidem (das am häufigsten eingesetzte Schlafmittel dieser Gruppe) bezüglich des Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisikos bereits den Benzodiazepinen gleichgestellt.

Schlussfolgerung: Die Benzodiazepin-Analoga sind inzwischen die am häufigsten verordneten und eingenommenen Schlafmittel, und zwar mit guter Wirkung und relativ wenig Nebenwirkungen. Allerdings nicht völlig ohne Suchtgefahr auf Dauer, wenngleich weniger ausgeprägt als bei den Benzodiazepin-Hypnotika, die früher den Schlafmittel-Markt beherrschten.

BIPERIDEN

Biperiden ist ein Antiparkinsonmittel mit zusätzlichen neurologischen und internistischen Heilanzeigen. Vor allem aber das wohl wichtigste „Gegenmittel“ gegen die frühen neuroleptika-bedingten Bewegungsstörungen (Frühdyskinesien) sowie das neuroleptika-bedingte Parkinson-Syndrom (neuroleptisches Parkinsonoid).

Die modernen („atypischen“) Neuroleptika (Antipsychotika) entwickeln allerdings diese gefürchteten frühen (und auch später auftretenden) Bewegungsstörungen nicht mehr in dem Ausmaße, die grundsätzlich ein spezifisches Gegenmittel erfordern würden. Deshalb spielt Biperiden heute keine Rolle mehr. Da es aber immer noch Patienten gibt, die ihr „vertrautes“ Neuroleptikum bevorzugen und damit das ggf. notwendige Gegenmittel, nachfolgend eine kurze Übersicht. Die Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen.

- *Nebenwirkungen:* allein oder in Kombination mit den meist parallel laufenden Neuroleptika z. B. Benommenheit, Müdigkeit, Verwirrheitszustände, Sehstörungen, innere Unruhe, psychose-ähnliche (z. B. rauschartige) Zustandsbilder; ferner Mundtrockenheit, Störungen von Magen-Darm-Funktion (Verstopfung) und Schweißdrüsentätigkeit; Herz-Kreislaufstörungen wie schnelle Herzschlagfolge, Herzstolpern und Blutdrucksenkung mit Schwindelzuständen; Probleme beim Wasserlassen usw.

- *Vorsichtsmaßnahmen:* keine zu rasche Dosissteigerung oder gar Überdosierung, Vorsicht bei Kombination mit anderen Pharmaka mit ähnlichen Begleiterscheinungen (z. B. Neuroleptika, deren Nebenwirkungen man ja dadurch gerne begrenzen würde). Kein zu rascher Dosiswechsel, kein schlagartiges Absetzen, sonst drohen innere Unruhe, Miss-Stimmung, Depressivität, seelisch-körperliche Blockierung, Verwirrtheit oder psychose-ähnliche Bilder, ferner Kreislaufstörungen, Schwindel usw.

Wichtig: Beim Einsatz gegen die Frühdyskinesien und das neuroleptische Parkinsonoid kann durch eine unnötig hohe und Langzeit-Kombination Neurolepti-

kum/Biperiden die erwünschte antipsychotische Wirkung des Neuroleptikums unterlaufen werden (deshalb zuerst mit Dosis-Anpassung versuchen).

- *Suchtgefahr* nicht auszuschließen (in der Drogenszene früher durchaus bekannt und genutzt). Auch wird der leicht stimmungsaufhellende und belebende Effekt von (chronisch schizophrenen) Patienten mit dauernder Miss-Stimmung und Antriebslosigkeit so geschätzt, dass es auch deshalb zu entsprechenden Tabletten-Forderungen kommen kann, bis zur Vorspielung von Frühdyskinesien und neuroleptika-bedingtem Parkinsonoid (Bewegungsstörungen, Blickkrämpfe, Versteifungen, Zungen-Schlund-Krämpfe usw.).

Schlussfolgerung: besonders früher wichtiges psychotropes Pharmakon mit unersetzlichen Aufgaben, jedoch Suchtgefahr bei unkontrollierter Medikation. Hat heute an Bedeutung verloren.

BROMIDE / BROMUREIDE

Bromide / Bromureide sind brom-haltige Arzneimittel mit dämpfender Wirkung. Früher bei manisch-depressiven Erkrankungen und Krampfanfällen eingesetzt. Zuletzt als Schlafmittel. Hat heute keine Bedeutung mehr.

Zuletzt auch nur noch als Misch-Präparat verfügbar, heute praktisch ohne sinnvolle Heilanzeigen.

- *Allgemeine Aspekte:* sehr langsame Ausscheidung aus dem Organismus, daher Gefahr des Bromismus (s. u.).

- *Nebenwirkungen:* Verfärbungen und entzündliche Reaktionen der Haut, gelegentlich Übelkeit, Erbrechen, Durchfall; paradoxe Reaktionen; Kopfschmerzen; Schwindel. Suchtgefahr.

Bromismus: chronische Bromvergiftung, auch erst einmal unbemerkt möglich. Beschwerdebild: Verlangsamung, Schläfrigkeit, Benommenheit bis hin zur Apathie; depressive und reizbare Verstimmungszustände, ferner Sinnestäuschungen, krankhafte Hochstimmung oder gar Erregungszustände mit Verwirrtheit. In körperlicher Hinsicht Hautausschläge, Bewegungsstörungen, Augenbindehaut-Entzündung, Schnupfen, Schwindel, Zittern, Würgen im Hals, Kopfschmerzen, Sprach- und Gehörstörungen u. a. Also ein vielfältiges Beschwerdebild, das vor allem lange Zeit nicht als Bromismus erkannt wird.

- *Suchtgefahr.*

Schlussfolgerung: Suchtgefahr, heute aber so gut wie nicht mehr in Gebrauch.

CHLORALHYDRAT

Chloralhydrat ist schon über 100 Jahre im Einsatz und damit wohl das älteste noch immer verfügbare Schlafmittel. Man gibt es bei Ein- und Durchschlafstörungen.

Handelsnamen: Bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen.

- *Allgemeine Aspekte:* vor allem im höheren Lebensalter eingesetzt, jedoch Vorsicht vor Überdosierung (relativ geringe therapeutische Breite, d. h. man gerät schnell in kritische Dosierungs-Bereiche, je nach individueller Patienten-Situation).
- *Nebenwirkungen:* Magen-Darm-Störungen, Schleimhautreizung, allergische Reaktionen; Müdigkeit und Verwirrtheitszustände.
- *Suchtgefahr* möglich.

Schlussfolgerung: Suchtgefahr nicht auszuschließen, aber offensichtlich selten.

COFFEIN

Coffein ist ein Psychostimulans, eine Substanz, die das Zentrale Nervensystem anregt. Coffein kommt vor in rund 60 coffein-haltigen Pflanzen, von denen rund ein halbes Dutzend als Genussmittel verwendet werden. Dazu gehören der Kaffee- und Teestrauch, der Mate, die Cola-Nuss, die Kakao- und die Guarana-Pflanze. Außerdem ist es synthetisch herstellbar.

Auch in einer Vielzahl von Kombinations-Medikamenten ist es enthalten; vor allem in anregenden Substanzen = Analeptika, besonders aber in Schmerzmitteln in Form von Misch-Analgetika (siehe diese) – und dies nicht zuletzt in hohen Einzeldosen oder großen Gesamtmengen.

Eine Tasse Kaffee enthält zwischen 40 und mehr als 150 mg Coffein (je nach Aufbereitung aber auch ein Mehrfaches davon); eine Tasse Schwarztee die Hälfte bis ein Drittel, Cola-Getränke in der Regel noch weniger (aber bestimmte, vor allem dunkle Schokolade-Sorten nicht unerheblich).

Die meisten coffein-haltigen rezeptpflichtigen oder frei verkäuflichen Medikamente enthalten pro Tablette zwar deutlich weniger Coffein als eine Tasse Kaffee, was aber mitunter durch unkontrollierte Dosis-Steigerung wieder ausgeglichen werden kann.

Handelsnamen von Schmerzmitteln, denen Coffein zugesetzt ist bzw. reinen Coffein-Tabletten, bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen.

- *Erwünschte Wirkung:* Anregung, vermehrter Antrieb, verbesserte Konzentrationsleistung und Merkfähigkeit, Stimmungshebung, verkürzte Reaktionszeit, Aktivie-

rung insgesamt (was sich auch tatsächlich objektivieren lässt und nicht von jeder stimulierenden Substanz gesagt werden kann).

- Jedoch *Vorsicht* bei Herzerkrankungen (z. B. Herzrhythmusstörungen), Leberzirrhose (Abbau-Hemmung des Coffeins in der Leber), Schilddrüsen-Überfunktion und Magen-Darm-Störungen (Verstärkung entsprechender Beschwerdebilder).

Während diese Belastungen mehr oder weniger bekannt sind, gilt dies für ein seelisches Krankheitsbild weitaus weniger, obgleich hier sehr unangenehme Folgen drohen können. Gemeint ist die Verstärkung von Panik-Attacken, ja coffein-ausgelöste Panik-Zustände.

Während Panik-Attacken bei Gesunden nicht zu befürchten sind, ist dies doch bei Patienten mit entsprechenden Angststörungen und im Vorfeld einer Depression nicht auszuschließen und kann sich schon nach wenigen Tassen Kaffee bemerkbar machen.

- *Beschwerdebild*: Schon ohne Missbrauch (Coffeinismus - s. u.) drohen Angstzustände, Reizbarkeit, depressive Verstimmungen, Nervosität, Zittern der Hände, Muskelzuckungen, Herzrasen oder -stolpern, Herzklopfen, erhöhte Atemfrequenz, ggf. Atemnot, Magen-Darm-Beschwerden, Kopfdruck und vor allem Schlafstörungen.

- *Coffein-Überdosis bzw. -Vergiftung*: innere Unruhe, Nervosität, Angstzustände, gespannte Ruhelosigkeit, Schlaflosigkeit, gerötetes Gesicht, verstärktes Wasserlassen, Magen-Darm-Beschwerden, Schwindel, Brechreiz, Durchfall, Kopfschmerzen, Zittern, ggf. Ohrenklingen, Lichtblitze.

Im Extremfall: Erregungszustände, Sinnestäuschungen, Verwirrtheit, Muskelzuckungen, Muskelschmerzen, ernstere Herz-Rhythmusstörungen, Bluthochdruck, Koordinationsstörungen (Bewegungsstörungen), Atemnot, Temperaturanstieg usw.

Möglicher Endzustand: ggf. Krampfanfälle, Lähmungen, Schock, Herz- und Kreislaufversagen, Atemlähmung.

- Eine *Suchtgefahr* ist möglich (bei längerfristiger Einnahme droht eine erhebliche Toleranz-Entwicklung), wobei aber eine Abhängigkeit im engeren Sinne eher selten zu sein scheint (allerdings kaum in ärztliche Behandlung kommt und damit in die Statistik eingehen kann, sprich: hohe Dunkelziffer?).

- Denn *Entzugserscheinungen* sind nicht so selten, wenngleich – wie erwähnt – kaum klinisch fassbar (und vor allem möglich schon ohne eindeutige Abhängigkeit): niedergeschlagen, resigniert, ängstlich, leicht irritierbar, ruhelos, aber auch müde, schläfrig, Arbeitsunlust, verminderte Leistungsfähigkeit und Kopfschmerzen (so genannter Coffein-Absetzkopfschmerz, der zusammen mit dem Kopfschmerzmittel-Kopfschmerz den gefürchteten Teufelskreis unterhalten kann).

In einem solchen Zustand dient die erste Tasse Kaffee nicht der Aktivierung, sondern der Milderung der über Nacht aufgebauten Entzugs-Erscheinungen. Erst die Folgende(n) führt wieder zur gewohnten Stimulierung.

ANHANG: COFFEINISMUS?

Die Rolle des Coffeins als beliebtes Genussmittel (weit mehr als Bier, Mineralwasser oder Milch) und legales Psychostimulans (wie Nikotin auch) macht eine exakte wissenschaftliche Einstufung schwierig, zumal sich selbst im Extremfall die seelischen, psychosozialen und körperlichen Folgen in Grenzen halten (können).

So ist auch der (Fach-)Begriff *Coffeinismus* schwer zu definieren, am ehesten als überzogener Konsum oder gar Missbrauch von Coffein in verschiedenen Formen (Genussmittel: Kaffee, ggf. Tee, Cola-Getränke); vor allem aber auch in Kombinations-Medikamenten (z. B. Schmerzmittel mit Coffein oder reine Coffein-Tabletten usw.) bis zur Medikamenten-Abhängigkeit. Die Grenzen sind fließend (z. B. Coffeinismus in Kaffeeform: mehr als 6 bis 10 Tassen pro Tag?).

Einiges aber ist schon so weit gesichert, nämlich:

- *Beschwerdebild*: siehe Coffein mit entsprechender Häufung der dort beschriebenen Extremzustände: ggf. Bluthochdruck, Herzrasen/Herzstolpern, Erbrechen, Verwirrheitszustände mit Personenverknennung, Erstickungsangst, Lähmungen, epilepsie-artige Krämpfe, schließlich Schock, Kollaps, Herz- und Kreislaufversagen.
- *Vorkommen des Coffeinismus*: vor allem unter Akademikern, Kellnern, Nachtarbeitern, Studenten und hier insbesondere Examens-Kandidaten, Fernfahrern, aber auch Sportlern mit begrenzten bzw. nachlassenden körperlichen Reserven und im Kampf gegen den (altersbedingten) Leistungsrückgang (Breiten- oder Volks-Sport).

In zunehmendem Maße auch Langzeit-Parties („Coffie-Parties“), wofür immer häufiger Coffein-Tabletten am Abend zuvor (aus der Apotheke?) bezogen werden. Gelegentlich spielen auch der Samen der amerikanischen Lianenart Guarana als Kaffee-Ersatz in Form von Pulver, Lösung, Gebäck, Riegel sowie bestimmte starke Coffein-Limonaden eine Rolle.

Im Extremfall dient eine Überdosis von Kaffee als Ersatz für Rauschdrogen: z. B. Vollzugsanstalten, bisweilen auch Suchtabteilungen und Drogenfachkliniken („Kaffee-Peitsche“, mitunter sogar in die Venen gespritzt).

In psychiatrischen Kliniken wird Kaffee gerne von seelisch Kranken zur Aktivierung, Stimmungsaufhellung und Milderung bestimmter Nebenwirkungen durch Neuroleptika ge- bzw. missbraucht.

Schlussfolgerung: Überzogener Genuss, Missbrauch oder gar Suchtgefahr durch Coffein werden gerne bagatellisiert, da weit verbreitetes Genussmittel ohne offensichtlich ernstere psychosoziale Folgen (wie sonst bei Rauschdrogen oder Alkoholkrankheit zu erwarten). Jedoch Vorsicht, vor allem als überzogenes Anregungs- und Aktivierungsmittel (nicht zuletzt in wachsendem Maße bei Jugendlichen).

CLOMETHIAZOL

Clomethiazol ist ein psychotropes Pharmakon mit verschiedenen psychiatrischen Indikationen: Delirien im Rahmen von Alkoholismus, bestimmten Medikamenten (Antidepressiva, Neuroleptika, Anticholinergika u. a.), durch Infektionskrankheiten, Vergiftungen oder andere schwere Allgemeinkrankheiten; auch zur Delir-Vorbeugung eingesetzt. Ferner nicht-delirante Erregungs- und Unruhezustände verschiedener Ursache, Schlaf-Wach-Störungen im höheren Lebensalter, fortdauernde epileptische Krampfanfälle, akute manische Zustände sowie eine Reihe weiterer Heilanzeigen aufgrund seiner stark dämpfenden, schlaf-fördernden, antikonvulsiven und antideliranten Wirkung.

Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen.

- *Nebenwirkungen:* Hautausschläge (Exantheme), Magenbeschwerden, verstärkter Nies- und Hustenreiz, mögliche Atemdepression (flache Atmung, Gefahr des Atemstillstandes) sowie Blutdruckabfall. Vorsicht vor intravenöser Injektion oder Tropf-Infusion (am besten nur stationär oder gar in einer spezialisierten Abteilung mit den dafür notwendigen Überwachungsmöglichkeiten von Atmung, Blutdruck, Puls usw.).

Das *Entzugssyndrom* ist ähnlich wie bei den Barbituraten bis hin zur Gefahr epileptischer Krampfanfälle. *Gegenanzeigen und Vorsichtsmaßnahmen:* z. B. akute Alkohol-Intoxikation (nicht bei lediglich alkoholisierten Patienten einsetzen), internistische Gegenanzeigen beachten.

- *Suchtgefahr*, und zwar schon nach kurzem Einsatz und in jeder Anwendungsform. Exakte Sucht-Vorgeschichte erheben (Alkohol, Rauschdrogen, Medikamente, Nikotin usw.). Denn Clomethiazol hat ein eigenes hohes Missbrauchs-Potential, so dass es nicht selten im Rahmen einer unkritischen Begleit-Medikation ambulanter Entzugs-Versuche zum Umstieg auf eine Clomethiazol-Abhängigkeit oder gar zu kombinierten Alkohol-Clomethiazol-Abhängigkeit gekommen ist. Dies vor allem dann, wenn dem Patienten Großpackungen zur eigenen(!) Verwendung und Dosierung verordnet werden. Deshalb hat Clomethiazol seinen Behandlungs-Schwerpunkt im stationären (Klinik-)Entzug. Eine unreflektierte ambulante Behandlung ist wegen der drohenden Nebenwirkungen und einer unerlässlichen ständigen Überwachung nicht zulässig.

Schlussfolgerung: wichtiges, für einige Heilanzeigen noch immer unerlässliches Notfall-Medikament, das jedoch sorgfältiger Indikation und Verlaufskontrolle bedarf, am besten durch Facharzt/Fachabteilung.

GLYKOLDERIVATE

Glykolderivate waren ursprünglich als muskel-erschaffende Mittel gedacht, ab 1955 als Tranquilizer eingesetzt. Diese muskel-erschaffende Wirkung ist es wohl auch, die das Einschlafen begünstigt, während der schlaf-anstoßende Effekt an sich geringer eingeschätzt wird.

Handelsnamen der Mono-Präparate bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen.

- *Nebenwirkungen*: Schläfrigkeit, Muskel-Erschlaffung, Blutdrucksenkung mit Gefahr entsprechender Kreislaufstörungen, Missempfindungen, Kopfschmerzen, Hautreaktionen, Blutbildveränderungen (z. B. Agranulozytose) sowie paradoxe und allergische Reaktionen.
- *Warnsymptome bei möglicher Vergiftung*: Kollapsgefahr, Schwindel, verwachsene Sprache, ggf. Atemschwäche, Lungenödem, Herzversagen, Schock und Koma.
- Bei raschem Entzug entsprechende *Entzugserscheinungen*.
- Gefahr einer ernsteren *Suchtgefahr* ist wahrscheinlich vernachlässigbar.

Schlussfolgerung: bei den heute verfügbaren Schlafmitteln immer seltener eingesetzt, doch vor allem Vorsicht bei unüberlegtem Einsatz.

LAXANZIEN

Laxanzien sind Abführmittel (vom lat.: laxare = lockern) und gehören als solche zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln, auch wenn darüber wenig bekannt wird (wer äußert sich schon gerne über seine anders nicht behebbare Verstopfung).

Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen.

- *Allgemeine Aspekte*: keine psychotropen Pharmaka mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem oder gar eigentliche Psychopharmaka wie Antidepressiva, Neuroleptika, Beruhigungsmittel u. a.; keine Abhängigkeitsgefahr im herkömmlichen Sinne, dennoch Missbrauchsgefahr, und zwar öfter als angenommen. Im Einzelnen:
- *Missbrauchs-Ursachen*: Verstopfung durch übliche ballast- und schlackenarme Ernährung, mangelhafte körperliche Aktivität; selten körperliche (z. B. Schilddrüsen-Unterfunktion), eher seelisch bedingte Ursachen: Überlastung, Konfliktreaktionen, neurotische Entwicklung, psychosomatische Störungen, depressive Zustände usw.

Häufig auch Begleiterscheinung durch bestimmte Arzneimittel mit langfristiger Einnahme (z. B. Antidepressiva und Neuroleptika); ferner einseitig ausgerichtetes Werbe-Ideal von Schlankheit, Attraktivität und Gesundheit durch Unterdrückung des Appetits (z. B. Appetitzügler) oder raschere Magen-Darm-Passage (Abführmittel).

Hohe Dunkelziffer, weil – wie erwähnt – über Verdauungsstörungen selten gesprochen und Laxanzien meist in Selbst-Medikation am Arzt vorbei bezogen werden.

- *Missbrauch-Folge*: dünner Stuhl oder chronischer Durchfall mit erheblichem Wasser- und Salzverlust (Natrium, Kalium, andere Salzionen), dadurch Erschlaffung der Darmmuskulatur, Darmträgheit und erneute Verstopfung. Teufelskreis mit jahre- oder jahrzehnte-langer Einnahme und z. T. erschreckenden Folge-Krankheiten (Beispiele in Fachbegriffen: spastische Kolitis, toxisches Megakolon, Nephritis, Melanosis coli, sekundärer Hyperaldosteronismus, Osteoporose u. a.).

- *Vorkommen*: meist weibliches Geschlecht (Hausfrauen, Sekretärinnen, Verkäuferinnen usw.), jedoch ohne augenscheinliche seelische, körperliche und psychosoziale Folgen, insbesondere keine psychosozialen Konsequenzen (z. B. Verwahrlosung). Die Betroffenen wissen meist nicht, dass sie zu den Suchtkranken im weiteren Sinne gehören.

Schlussfolgerung: weitgehend unbeachtete und unterschätzte Form der „Abhängigkeit“ im erweiterten Sinne. Langwieriger, d. h. monate- oder jahrelanger Verlauf mit häufig frustrierenden Entzugsbemühungen, die schließlich eine zusätzliche psychotherapeutische Betreuung erfordern können.

EXKURS: NASENSPRAY

Ein ähnlich unterschätztes, mitunter sogar ironisch abgewertetes „Sucht“-Problem im erweiterten Sinne ist der zwanghaft gewordene Einsatz von Nasen-Spray mit abschwellender Wirkung.

Über die Ursachen einer verstopften Nase über die übliche Schnupfen-Erfahrung hinaus siehe die entsprechende HNO-Fachliteratur. Für die Betroffenen ist der Nasen-Spray auf jeden Fall eine ggf. unverzichtbar gewordene Hilfe, ja Erlösung. Wer durch die Nase keine Luft mehr bekommt und nur noch durch den Mut atmen kann, bleibt von einer solchen Behinderung nur in den seltensten Fälle unbeeindruckt. Die Angst, keine Luft mehr zu bekommen und zu ersticken, so unrealistisch sie anatomisch und physiologisch auch sein mag, diese Angst ist für die Betroffenen eine reale Bedrohung. Das mag tagsüber lästig sein, wächst sich aber nachts zur schlafstörenden „Katastrophe“ aus.

Dabei ist die Lösung ganz einfach – scheinbar: Ein moderner Nasen-Spray, rezeptfrei zu erhalten, jährlich allein bei uns in Millionen von Packungen verkauft (unter den 20 meist-verkauften Arzneimitteln in Deutschland waren 2007 vier Schnupfenmittel).

Der in der Regel rasche Therapie-Erfolg ist befreiend, beruhigend und – mit dem Fläschchen in Griffnähe – halbwegs ertragbar, lästig zwar, „aber man muss ja froh sein, dass es so etwas überhaupt gibt“.

Der erwünschte befreiende Effekt geht auf eine Verengung der Blutgefäße in der Nasenschleimhaut zurück. Doch wenn die sich zusammenziehen und damit die Schwellkörper schrumpfen, um wieder ein freies Atmen zu ermöglichen, droht nach und nach auch ein Versorgungs-Mangel über die ja nicht mehr voll ergiebigen Blut-Zuflüsse. Die Folge ist eine Kipp-Reaktion, d. h. nach Ablauf der Befreiungs-Phase füllen sich die Blutgefäße wieder umso stärker, ist die Luftpassage noch verstopfter als zuvor.

Damit fängt das Elend von vorne an, wobei – wie zu erwarten – in immer kürzeren Abständen und höheren Dosen gesprüht werden muss. Allein die Furcht, dann nicht mehr das rettende Fläschchen in der Nähe zu wissen, kann zu erheblichen Beeinträchtigungen bis hin zu psychovegetativen Reaktionen führen (Herzrasen und Erstickungs-Ängste).

So nehmen viele Betroffene die Medikamente über Jahre, manchmal Jahrzehnte. Das hat zwei Konsequenzen: In körperlicher Hinsicht kommt es zur Schädigung der Nasen-Schleimhäute bis hin zur drohenden „Stinknase“ (Fachbegriff: Ozaena). Hier entwickelt sich in der Tat ein abstoßend süßlich-fauliger Geruch aus der Nase, extrem unangenehm für den Betroffenen und irritierend für sein Umfeld.

Zum anderen aber kommt es zu einer so genannten psychologischen Fixierung, also keine Suchtgefahr in seelischer und körperlicher Hinsicht wie bei wirklich abhängig-machenden Substanzen, sondern indirekt, über eine erst organische, dann auch seelische und schließlich psychosoziale Schiene (nicht selten Rückzug und Isolation, vor allem natürlich im erwähnten End-Zustand).

Der Entzug ist mühsam, mit HNO-ärztlicher Hilfe aber möglich (z. B. „Ein-Loch-Methode“, Sprays für Kinder und Säuglinge, Verdünnung mit Kochsalzlösung, ggf. kortison-haltiger Nasenspray usw.).

Die „Nasenspray-Sucht“ ist kein Scherz, ernste Aufklärung sollte schon in der Apotheke erfolgen. Experten für die Suchtmedizin dagegen sind hier in der Regel überfordert.

NICHT-OPIOIDE (SCHMERZMITTEL MIT NICHT-MORPHIN-ARTIGER WIRKUNG)

Opiate sind Substanzen, die chemisch vom Opium abstammen (z. B. Morphin, Codein).

Opioide sind synthetische Substanzen (also chemisch hergestellt) mit morphinartigen Eigenschaften.

Nicht-Opioide sind schmerzlindernde Stoffe mit nicht-morphinartiger Wirkung. Ähnliche Bedeutung wie peripher angreifende, schwach wirkende, kleine oder milde Schmerzmittel.

Schmerzmittel mit nicht-morphinartiger Wirkung machen zumeist nicht abhängig, auch wenn in Einzelfällen darüber die Diskussion noch nicht abgeschlossen erscheint. Deshalb, und weil sie nicht selten als Misch-Präparate mit sucht-gefährlichen Substanzen (z. B. Coffein, Codein, früher vor allem Barbiturate u. a.) kombiniert werden, trotzdem zur besseren Übersicht einige Beispiele, die vor allem Patienten mit Migräne, Spannungskopfschmerzen, Beschwerden nach Schädel-Hirn-Unfall oder Schleuder-Trauma u. a. betreffen. Und hier nicht selten nach überlangem Gebrauch mit der Komplikation eines medikamenten-induzierten Dauer-Kopfschmerzes („Kopfschmerzmittel-Kopfschmerz“). Einzelheiten dazu siehe die einleitenden Kapitel.

Salicylsäure-Derivate (Acetylsalizylsäure)

Schmerzmittel aus der Gruppe der *Salicylsäure-Abkömmlinge* (Fachbegriff: Derivate) entwickeln gute schmerzlindernde, aber auch fiebersenkende und entzündungshemmende Eigenschaften. Außerdem werden sie immer häufiger gegen Thrombose und Embolie eingesetzt (Blutpfropfbildung bzw. Gefahr eines in kritische Körperbereiche weggeschwemmten Blutpfropfs und damit Vorbeugung von Koronarinfarkt (Herzkranzgefäße), vor allem aber Verhütung eines wiederholten Herzinfarktes oder Schlaganfalls). Weitere Behandlungsmöglichkeiten werden diskutiert. Heute verwendet man nicht die schwächer wirksame und dafür mit mehr Nebenwirkungen belastete Salizylsäure, sondern fast nur noch die Acetylsalizylsäure.

Handelsnamen der Mono-Präparate und einer Vielzahl von Misch-Präparaten bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen.

- *Nebenwirkungen*: Magen-Darm-Beschwerden (d. h. Sodbrennen und Druckgefühl). Erhöhte Blutungsneigung und damit beispielsweise kleinste Blutungen der Magenschleimhaut, Entstehung von Magen-Darm-Geschwüren; ferner Hautausschläge, allergische Reaktionen, Asthma-Anfälle usf.
- Bei *Überdosierung oder Vergiftung* können typische Nebenwirkungen auftreten, die man als „*Salicylismus*“ bezeichnet: Benommenheit, Übelkeit, Erbrechen, Ohrenklingen, rückbildungs-fähiger Hörverlust, Schwindel, Kopfschmerzen und bestimmte Stoffwechselstörungen.
- *Komplikationen bei Kindern*: Reye-Syndrom (extremes Fieber, Erbrechen, Änderung der Bewusstseinslage, Stoffwechselstörungen usw.).

- *Psychische Störungen durch Acetylsalizylsäure*, insbesondere bei akuter Überdosierung: seelisch-körperliche Unruhe, Reizbarkeit, Erregungs- und Verwirrheitszustände, Gedächtnis- und schließlich Bewusstseinsstörungen, Koma-Gefahr. Bei langfristigem Gebrauch vorübergehende Wahnwahrnehmungen und andere psychotische Krankheitszeichen. In Kombination mit Alkohol und cola-haltigen Getränken soll es zu euphorischen und wahnhaften Zuständen kommen. Bei Kindern nach längerer Gabe Verwirrheits- und Ohnmachtzustände sowie Krampfanfälle möglich.
- *Suchtgefahr*: Acetylsalizylsäure allein scheint nicht abhängig zu machen, auch wenn es unterschiedliche Meinungen gibt. Bei Arzneimittel-Kombinationen Abhängigkeitsgefahr je nach süchtig machenden Zusätzen. Missbrauch nicht ausschließbar.

Phenacetin

Phenacetin ist ein Schmerzmittel, das früher z. T. als völlig harmlos angesehen und deshalb in großen Mengen eingesetzt wurde. Dann kam die Ernüchterung: so genannte „Phenacetin-Niere“, also chronische Nierenschäden im Sinne einer Analgetika-Nephropathie.

- *Nebenwirkungen in seelischer Hinsicht*: euphorisierende, beruhigende und entspannende, aber auch anregende Wirkung, die zu einer Leistungssteigerung führte. Verstärkt wurde dies durch entsprechende Beimischungen von Coffein oder (früher) Barbituraten, von Codein und stimulierenden Substanzen. Dadurch kaum durchschaubare Situation („Missbrauchs-Cocktails“), die auch heute noch eine eindeutige Aussage zur Suchtgefährdung erschwert. Im Weiteren nach chronischem Gebrauch bzw. Missbrauch Merk- und Konzentrationsstörungen, Stimmungslabilität, Neigung zu Eigensinn und Reizbarkeit usw.

In körperlicher Hinsicht mangelhafte Bewegungskontrolle, Händezittern, Übelkeit, Abmagerung. Im *Vergiftungsfalle* Erregungszustände, Krämpfe und Delir.

Aufgrund der schweren Nierenschäden nach chronischer Anwendung und hoher Dosis dürfen Phenacetin-Arzneimittel heute nicht mehr in den Verkehr gebracht werden.

Paracetamol

Paracetamol ist eine schmerzlindernde Substanz, die schon vor der Acetylsalizylsäure synthetisiert wurde, als Schmerzmittel jedoch jahrzehntelang hinter Phenacetin zurückstehen musste, bis es dieses ersetzen konnte.

Handelsnamen sowohl für Mono- als auch Misch-Präparate bitte Arzt oder Apotheker fragen.

- *Nebenwirkungen*: galt lange Zeit als das sicherste Schmerzmittel. Ähneln in seiner Wirkung dem Phenacetin, hat aber weniger Nebenwirkungen als dieses. In den letzten Jahren häuften sich jedoch Berichte über Leberschädigung bei Überdosierung. Offenbar ist auch eine Nieren-Schädigung nach chronischem Paracetamol-Gebrauch, insbesondere in Kombinations-Präparaten, nicht völlig auszuschließen.
- Einflüsse auf das Zentrale Nervensystem sind bisher kaum nachgewiesen. Es besteht also *keine Suchtgefahr*, obgleich ein mögliches Missbrauchs-Potential gelegentlich diskutiert wird.

Ibuprofen

Ibuprofen wird vor allem als schmerzlindernde Substanz auch in der Laienpresse intensiv beworben, z. B. gegen Kopf-, Zahn- und Regelschmerzen. Gehört derzeit zu den am häufigsten verordneten Schmerzmitteln.

Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheke erfragen.

- Hinsichtlich *unerwünschter Begleiterscheinungen* bezüglich Nieren, Blutbild, Haut und Magen-Darm-Kanal ähnelt es der Acetylsalizylsäure (s. o.).

In seelischer Hinsicht fanden sich bisher keine ernsteren Beanstandungen. Offenbar auch *keine Suchtgefahr*.

Metamizol

Metamizol wird seit über 100 Jahren synthetisch hergestellt. Die Substanz stand viele Jahrzehnte in der Verordnungshäufigkeit der deutschen Ärzteschaft bei den Schmerzmitteln an erster Stelle. Dies vor allem wegen ihrer guten schmerzlindernden und fiebersenkenden sowie zusätzlich spasmolytischen (krampflösenden) Wirkung. Dann begann die Diskussion um problematische Begleiterscheinungen.

Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheke erfragen.

- *Nebenwirkungen*: Blutbildungsstörungen (insbesondere Agranulozytose) und anaphylaktische Reaktionen (Überempfindlichkeitsreaktionen, z. B. an der Haut). Einzelheiten siehe Fachliteratur.

In *seelischer Hinsicht* sind ernstere Gefahrenhinweise nicht bekannt geworden. Ein Missbrauch ist nicht auszuschließen, doch scheint eine ausgeprägte *Suchtgefahr* nicht erwiesen.

Diclofenac

Diclofenac ist eine entzündungshemmende, schmerzlindernde und fiebersenkende Substanz. Gehört derzeit zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln zu obigen Heilanzeigen.

Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheke erfragen.

- *Nebenwirkungen*: Magen-Darm-Störungen möglich, jedoch ohne Einwirkung auf die Blutgerinnung.

In *seelischer Hinsicht* bisher keine negativen Hinweise. Eine ernstere *Suchtgefahr* scheint nicht erwiesen.

Naproxen

Als weitere Alternative zur Behandlung von Schmerz und Entzündung gilt *Naproxen* (*Handelsnamen* bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen). Besondere Warnhinweise in *seelischer Hinsicht*, insbesondere eine mögliche *Suchtgefahr*, sind nicht bekannt.

Nicht-steroidale Antirheumatika

Nicht-steroidale Antirheumatika sind ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von Substanzen, die teilweise schon besprochen wurden. Beispiele: Ibuprofen, Naproxen, ferner Ketoprofen, Phenopropfen, Flurbiprofen, Phenpropfen usw. (*Handelsnamen* bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen).

Sie dienen der Linderung von Schmerzen, Steifigkeit, Entzündungen und Schwellungen durch eine Vielzahl von Leiden, die vor allem Muskeln, Knochen oder Gelenke befallen und schließlich sogar zu Deformierungen führen können.

Stehen die entzündungshemmenden Eigenschaften im Vordergrund, bezeichnet man sie auch als *nicht-steroidale Antiphlogistika* (aus dem griech.: phlogosis = Entzündung). Der Zusatz „nicht-steroidal“ unterscheidet sie von den Corticosteroiden, sehr effektiven Wirkstoffen, die aber besonders bei Langzeitbehandlung problematische Nebenwirkungen verursachen können.

- *Indikation*: rheumatoide Arthritis, ferner Rücken- und Kopfschmerzen, Gicht, aber auch Menstruations-Beschwerden, leichtere Schmerzen nach operativen Eingriffen sowie bei Bindegewebs-Verletzungen, nach Zerrungen und Quetschungen usw.

- *Nebenwirkungen*: siehe Fachliteratur, wobei auch nicht-steroidale Antirheumatika inklusive der neueren Gruppe der COX-2-Hemmer in Verdacht stehen, bei langfristigem Gebrauch bestimmte Organ-Schädigungen hervorrufen zu können. Hier besteht allerdings noch Forschungsbedarf. Einzelheiten siehe Hausarzt.

- Eine ernstere *Suchtgefahr* ist bei diesen nicht-steroidalen Antirheumatika bisher nicht bekannt geworden.

Schlussfolgerung

Nicht-Opioide, also so genannte „schwach“ wirkende, als kleine, milde u. a. bezeichnete Schmerzmittel führen offensichtlich zu keiner ernsteren Suchtgefahr. Jedenfalls sind derzeit keine überzeugenden Warn-Hinweise bekannt geworden. Dennoch können die Nicht-Opioide in eine Suchtentwicklung verwickelt werden, wenn man sie mit Stoffen kombiniert, bei denen eine Abhängigkeit nicht auszuschließen ist: so genannte *Misch-Analgetika*.

Die Komplikationen, die dann zu erwarten sind, entsprechen denen der suchterzeugenden Substanz, wobei eine gegenseitige Verstärkung süchtigmachender Komponenten nicht auszuschließen ist. Daher bemüht man sich heute im Alltag von Klinik und Praxis zunehmend um Mono-Präparate, die nur eine Substanz enthalten und deshalb bezüglich Wirkung/ Nebenwirkungen besser überschaubar sind.

OPIATE/OPIOIDE (SCHMERZLINDERNDE STOFFE MIT MORPHIN-ARTIGER WIRKUNG)

Opiate/Opioide sind schmerzlindernde Stoffe mit morphin-artiger Wirkung. Bedeutungsähnliche Begriffe: Hypno-Analgetika, stark wirksame oder zentral angreifende Schmerzmittel (Analgetika). Nochmals der Unterschied:

- *Opiate* sind Substanzen, die chemisch vom Opium abstammen (z. B. Morphin, Codein).
- *Opioide* sind synthetische Substanzen mit morphin-artigen Eigenschaften.

Die meisten Indikationen, Nebenwirkungen, Risiken und Gefahren der Opiate/Opioide sind im Wesentlichen für alle nachfolgenden Substanzen ähnlich, weshalb sie nicht noch einmal aufgeführt werden. Einzelheiten siehe die entsprechenden Ausführungen in diesem Beitrag. Beispiele:

Morphin

Morphin kommt von den natürlich vorkommenden Opium-Alkaloiden die größte Bedeutung zu. Es stellt gleichsam die Basis bezüglich Wirkung und Nebenwirkungen dieser Stoffe dar. Wenn es einen Missbrauch gibt, dann vor allem durch Drogenabhängige, oft intravenös (in die Venen gespritzt) und zwar nicht nur als Überbrückungshilfe in der Heroin-Versorgungslücke. Die Beschaffung läuft überwiegend über die Drogen-Szene, weshalb sich eine weitere Erläuterung in diesem Rahmen erübrigt.

Codein

Der Methylether des Morphins *Codein* sowie der Codein-Abkömmling *Dihydrocodein* haben eine - wenn auch dosisabhängig - weniger ausgeprägte schmerzstillende und psychotrope (auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben zielende) Wirkung wie Morphin. Zusätzlich entwickeln sie aber einen ausgeprägten hustenstillenden (antitussiven) Effekt. Deshalb werden sie sowohl als Schmerzmittel wie auch Antitussiva eingesetzt. Letzteres spielt zwar als „Suchtschiene“ eine untergeordnete Rolle, darf aber nicht völlig vernachlässigt werden. Codein findet sich vor allem in zahlreichen analgetischen (schmerzstillenden) Misch-Präparaten als Kombinationspartner wie auch in husten-hemmenden Arzneimitteln.

Handelsnamen (Mono- und Kombinationspräparate mit mehr hustenstillenden bzw. schmerzlindernden Effekt) bitte bei Arzt oder Apotheke erfragen.

- Die *Nebenwirkungen* sind nicht so ausgeprägt wie die bei Morphin, insbesondere was die Verstopfung angeht (wenngleich noch immer lästig). Dosisabhängig kommt es aber auch hier nicht selten zu Benommenheit, Schläfrigkeit, Übelkeit sowie Juckreiz. Ein wachsendes Problem aber ist die
- *Suchtgefahr*: Die Rolle von Codein unter Missbrauchs-Aspekten wird nach wie vor kontrovers diskutiert und muss wahrscheinlich neu bestimmt werden. In manchen Lehrbüchern wird Codein noch immer als „kaum suchterzeugend“ eingestuft. Einige Untersuchungen scheinen dies zu widerlegen.

Nun kann man argumentieren, dass eine Missbrauchsgefahr von der Menge des Codein-Gehalts in den jeweiligen Präparaten abhängt. Das Problem liegt aber nicht nur in der Codein-Menge pro Tablette oder Milliliter Saft/Tropfen, sondern in der Intensität des Missbrauchs. Und die bestimmt der Missbraucher oder Abhängige selber. Natürlich ist Codein schwächer als Morphin. Das lässt sich aber durch Dosissteigerung ausgleichen. Denn was der Süchtige will, ist die Euphorisierung, also das inhaltslose Glücksgefühl durch opiat-haltige Substanzen.

Das kann man zwar durch eine geringere Morphin-Dosis erreichen (an die man aber nicht herankommt) - oder eben dadurch, dass man beim schwächeren Codein oder Dihydrocodein einfach die Dosis so lange steigert, bis der gleiche Effekt eintritt. So gesehen spielt es dann keine Rolle, ob man eine stärkere oder schwächere Substanz missbraucht, wenn man ihre Wirkung einfach über die Dosis zu regeln vermag. Und darin besteht die spezifische Gefährdung durch Codein (ganz abgesehen davon, dass durch eine Hoch-Dosierung auch noch andere Nebenwirkungen in Kauf genommen werden, bis hin zur Vergiftungsgefahr).

So dienen Codein und Dihydrocodein nach wie vor nicht wenigen Medikamenten-Abhängigen, bisweilen sogar Alkoholkranken, vor allem aber Rauschdrogensüchtigen.

gen als leicht erhältliche Überbrückungshilfe und als Ersatzstoff - und zwar in erheblichem und wahrscheinlich noch wachsendem Umfang.

Schlussfolgerung: Codein ist als Beigabe zweifellos sinnvoll, wenn 1. mit so genannten peripheren oder «kleinen» Schmerzmitteln das Schmerzbild nicht befriedigend zu beherrschen ist und 2. der Einsatz stark wirksamer „zentraler“ Analgetika (s. u.) aber noch nicht gerechtfertigt erscheint. Ein Missbrauchs- oder gar Sucht-Potential ist allerdings nicht völlig von der Hand zu weisen.

Pethidin

Pethidin (Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen) war als stark wirksames Schmerzmittel früher das am meisten verordnete Opioid. Es ist etwa 5-mal schwächer schmerzstillend wirksam als Morphin und besitzt auch ein geringeres Suchtrisiko. Seine Wirkungsdauer ist kürzer, da es rasch im Körper abgebaut wird. Das zeitliche Maximum des Missbrauchs liegt schon einige Jahrzehnte zurück. Inzwischen ist das - der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung unterstellte - Opioid mit einstmals nicht unerheblichem Missbrauchs-Potential kein aktuelles Suchtproblem mehr.

Pentazocin

Pentazocin (Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen) hat eine nur schwach euphorisierende Wirkung, endet bereits im mittleren Dosisbereich und kann sogar ins Gegenteil umschlagen. Das wäre ein Vorteil, besonders bei suchtanfälligen Patienten, die es auf dieses inhaltslose Glücksgefühl abgesehen haben.

Pentazocin schien zunächst nicht bzw. wenig *suchterzeugend* zu sein. In Wirklichkeit wurden schon bald nach Einführung dieses Schmerzmittels in den USA erste Missbrauchsfälle gemeldet, deren Zahl dann auch in Europa z. T. erhebliche Ausmaße annahm. Nicht wenige der betroffenen Missbraucher waren Medizinalpersonen, vor allem Schwestern, Pfleger, Stationshilfen und Ärzte. Deshalb wurde Pentazocin in Deutschland 1984 unter die Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung gestellt.

Neben der *Suchtgefahr* finden sich auch lästige Nebenwirkungen: Wie bei Morphin kommt es zur Atemstörung, ferner zu Benommenheit, Schläfrigkeit, Übelkeit, Schwindel, zu Miss-Stimmung, Albträumen und sogar Trugwahrnehmungen sowie – im Gegensatz zu Morphin – zu erhöhtem Blutdruck und gesteigerter Herzschlagfolge.

Buprenorphin

Buprenorphin (Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen) ist ein wirkungsvoller Morphin-Abkömmling mit starker analgetischer Wirkung und einer

Wirkdauer von 6 bis 8 Stunden, bei dem öfter über Übelkeit und Erbrechen, Schwindelgefühl, Miss-Stimmung und Sedierung geklagt wird. Nach seiner Einführung drohte ein fast epidemieartig ausbrechender *Missbrauch*, der aber durch rasche Unterstellung unter die Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung gestoppt werden konnte.

L-Methadon

L-Methadon (= Levomethadon; Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen) ist in der Öffentlichkeit weniger als Schmerzmittel, mehr als kontrovers diskutiertes Ersatzmittel für heroinsüchtige Rauschgiftabhängige bekannt geworden (Methadon-Ersatzprogramm). Seine Nebenwirkungen halten sich in Grenzen, insbesondere was Atemdämpfung, Wahnwahrnehmungen, Gefahr von Somnolenz und Koma anbelangt, jedoch Kumulationsgefahr durch relativ lange Halbwertszeit mit entsprechenden Folgen, d. h. der Wirkspiegel im Blut steigt langsam an, weil auf Dauer weniger ausgeschieden als „nachgeschluckt“ wird.

Die potentielle *Suchtgefahr* von L-Methadon ist auf jeden Fall nicht zu vernachlässigen, wie die Erkenntnisse aus der Rauschdrogen-Szene zeigen.

Tramadol

Tramadol (Handelsnamen bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen) hat eine mittlere schmerzstillende Wirksamkeit, ist dafür aber gut verträglich und von geringerer Gefahr, was die sonst gefürchtete Atemdämpfung anbelangt. Als unerwünschte Begleiterscheinungen gelten vor allem Schweißausbrüche, Hitzewallungen und Übelkeit. Die Missbrauchs-Häufigkeit scheint bis heute relativ begrenzt geblieben zu sein. Wahrscheinlich hat Tramadol tatsächlich ein geringeres *Suchtpotential* als die meisten übrigen Opiode, was aber natürlich kein „Freibrief“ darstellt.

Tilidin

Tilidin hat ein hohes *Missbrauchs-Potential* und wurde schon früh und gerne von Drogenabhängigen als Ersatzstoff missbraucht und deshalb nach einiger Zeit der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung unterstellt. Später wurde es mit einem Morphin-Antagonisten (Naloxon) kombiniert, der es für die Drogenszene unattraktiv macht. Eine völlige Sicherheit gegen missbräuchliche Einnahme, insbesondere bei Medikamenten-Abhängigen, gibt es aber dennoch nicht, worauf bei diesem an sich wirkungsvollen Schmerzmittel zu achten ist.

Schlussfolgerung

Opiathaltige Schmerzmittel sind unverzichtbar. Die meisten werden - teilweise erzwungen durch die Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung (BtMVV) - streng kontrolliert und manchmal sogar zu vorsichtig bis unbegründet zurückhaltend ein-

gesetzt. Hier dürfte sich in nächster Zeit keine großzügigere, wohl aber eine gezielt intensivere Schmerzbekämpfung durchsetzen.

Ein ungelöstes Problem ist die Kombination verschiedener Schmerzmittel, vor allem mit dem Opiat Codein. Codein ist als Beigabe oftmals gerechtfertigt. Der Einsatz sollte aber bestimmte Bedingungen erfüllen, die einen Missbrauch eingrenzen helfen.

PSYCHOSTIMULANZIEN

Psychostimulanzien sind aktivierende Arzneimittel (vom griech.: psyche = Seele und lat.: stimulare = anregen).

Die bedeutungsgleichen oder zumindest -ähnlichen Begriffe lauten: Psychoanaleptika, Energetika, Psychoenergetika, Psychotonika, Weckamine, gelegentlich auch Amphetamine (was jedoch nur eine bestimmte Stoffklasse beschreibt).

Historische Aspekte

Zur pharmakologischen Gruppe der Psychostimulanzien, Psychoanaleptika u. ä. gehören eine Reihe von Substanzen, die schon recht lange, auf jeden Fall länger als die meisten anderen Psychopharmaka bekannt sind. Beispiele:

- *Amphetamin* wurde erstmalig 1887 synthetisiert, jahrzehntelang zu verschiedenen Zwecken getestet und schließlich in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts beispielsweise in der Asthma-Behandlung eingesetzt. Bald danach entdeckte man aber auch die stimulierende Wirkung und nutzte sie bei dem neurologischen Krankheitsbild Narkolepsie – nebenbei bis heute. Im II. Weltkrieg wurden Amphetamine vielfach zur Leistungssteigerung der (vor allem US-)Soldaten, insbesondere Piloten eingesetzt. Auch in der Nachkriegszeit fanden sie vermehrt Zuspruch, teils zur seelisch-körperlichen Aktivierung, aber auch bei der Frage, ob sie Patienten mit Parkinson, Epilepsie, Vergiftungen, Alkoholismus, Depressionen u. a. von Nutzen sein könnten. Das hat sich alles als nicht haltbar erwiesen, mit Ausnahme der Narkolepsie und der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), für die aber Methylphenidat (s. u.) bevorzugt wird.

In den 1980er Jahren entwickelte sich schließlich eine heftige Diskussion um die Psychostimulanzien, wobei auch verschiedene Interessen-Gruppen ihre eigenen Ziele verfolgten (z. B. bestimmte Sekten). Da die Drogen-Problematik sich aber generell und auch in dieser Sparte immer mehr auszuweiten drohte, wurden die Amphetamine schließlich unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt, was den Missbrauch (erst einmal) deutlich eindämmte.

- *Methylphenidat* ist inzwischen die bekannteste Substanz aus der Gruppe der Psychostimulanzien. 1944 entwickelt, wurde es 1954 als mildes „Psychotonikum“ auf den Markt gebracht (was „ermuntert und belebt – mit Maß und Ziel“, so die damalige Werbung). Durchgesetzt, wenn auch meist heimlich, hat es sich auch als Appetit-Zügler, offiziell schließlich als gezieltes Medikament gegen die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS).

Aufmerksam geworden war man auf diesen Effekt schon vor rund 80 Jahren, allerdings mit anderen Substanzen und Heilanzeigen. Mitte des 20. Jahrhunderts gab es dann spezifische Untersuchungen an Schülern mit entsprechender Unruhe und Leistungseinbußen, wissenschaftlich fundierter – und mit z. T. erstaunlichem Erfolg, wie die Autoren bekräftigten (frühere Begriffe lauteten „Hyperkinetische Impulsstörung“, später „Minimale Zerebrale Dysfunktion“, zuletzt Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung – ADHS).

Heute gibt es mehrere hundert Studien mit tausenden von untersuchten Kindern und Jugendlichen dazu, in denen Methylphenidat als „ausreichend wirksam und ausreichend sicher eingeschätzt wird“, wie es die Fachleute trotz aller Vorsicht formulieren. Auf jeden Fall gehört es zu den wenigen Medikamenten in der Medizin, von der Kinder- und Jugendpsychiatrie ganz zu schweigen, für die inzwischen mehr als ein halbes Jahrhundert konkrete Erfahrungen vorliegen.

Psychostimulanzien enthalten Wirkstoffe aus der Amphetamin-Gruppe (Fenetylin, Amfetaminil) bzw. Amphetamin-Derivate (-Abkömmlinge wie Pemolin und Methylphenidat; letzteres das derzeit am meisten eingesetzte, aber auch kontrovers diskutierte „Zappelphilipp-Präparat“). Einige Grippe- und Asthma-Mittel enthalten Wirkstoffe aus der Ephedrin-Gruppe (Phenylpropanolamin, L-Ephedrin) oder Wirkstoffe aus der Amphetamin-Gruppe (Amfepramon).

Handelsnamen von Psychostimulanzien und Appetitzüglern bitte bei Arzt oder Apotheker erfragen.

Einnahme-Muster

Das *Einnahme-Muster* richtet sich nach akzeptierter (sprich: indikations-gerechter) oder nicht akzeptierter Heilanzeige.

- Beim *indikations-gerechten Einsatz*, d. h. ärztlich verordnet und kontrolliert bei Narkolepsie oder ADHS gibt es letztlich keine offenen Fragen. Vor allem die Suchtgefahr unter dem „ADHS-Präparat“ Methylphenidat ist kein Thema mehr, im Gegenteil: Die von ihrem Krankheitsbild her suchtfährdeten jungen Patienten können durch den Einsatz dieser Substanz von einer „Sucht-Karriere“ bewahrt bleiben (vor allem was Nikotin, aber auch Alkohol und Rauschdrogen anbelangt). Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

- Zur *missbräuchlichen Einnahme* gehören - entweder episodisch oder chronisch - die Gewichts-Reduktion oder die Aktivierung (z. B. geistig oder körperlich - Einzelheiten siehe die einleitenden Kapitel mit den Stichworten (Sport-)Doping bzw. Gehirn-Doping/Neuroenhancement). Und natürlich im Rahmen einer Rauschdrogen-Karriere, meist bei Mehrfach-Abhängigkeit (Polytoxikomanie), wenn beispielsweise beim Medikamenten-Missbrauch die unerwünschten Negativ-Folgen von Beruhigungs- und Schlafmitteln u. ä. gemildert werden sollen, von Alkohol und Rauschdrogen ganz zu schweigen.

Nebenwirkungen

Nebenwirkungen finden sich relativ bzw. gar erstaunlich selten bei indikationsgerechtem(!) Einsatz gegen Narkolepsie oder ADHS. Sie sind allerdings auch hier nicht auszuschließen, auf jeden Fall deutlich milder als bei der missbräuchlichen Einnahme. Nachfolgend eine Übersicht in Stichworten, die sich vor allem auf den Missbrauch in der Rauschdrogen-Szene, aber auch im körperlichen und geistigen Doping bezieht:

In *seelischer/psychosozialer/organischer Hinsicht* anfangs unmotiviertes Wohlbefinden bis Glücksgefühl, erhöhte Wachheit, allgemeine Aktivierung mit verstärktem Antrieb, vermehrter Zuversicht und unrealistischem Selbstvertrauen, gesteigerter Merk- und Konzentrationsleistung sowie erhöhter Assoziationsfähigkeit („schnelles Schalten“); aber auch Gefühl von überwacht, aufgedreht bis überdreht, künstlich, aufgesetzt, Selbstüberschätzung, inhaltloses Hochgefühl, vermeintlich gesteigerte Einsichtsfülle, unmotivierter Rededrang, rasches Sprechen bis zum „Verhaspeln“, Springen von Thema zu Thema usw.; gelegentlich beeinträchtigte Urteilsfähigkeit, Größenideen, aggressive Durchbrüche mit Tätlichkeiten und psycho-physische Erschöpfung („Auszehrung“).

Entzugserscheinungen

Entzugserscheinungen, vor allem nach Missbrauch (kaum bei ärztlicher Verordnung) finden sich gelegentlich

- *seelisch/körperlich*: nach Abklingen des wohltuend stimulierenden Effektes überwacht, aufgedreht und müde zugleich; ferner nervös, gespannt, missgestimmt bis herabgestimmt. Zermürend kann eine pharmakogene = chemisch ausgelöste Depression werden, die umgehend scheinbar nur durch erneute Psychostimulanzien-Einnahme aufgehoben werden kann.

Nach längerem Missbrauch unruhig, fahrig, rastlos, erregt oder aggressiv mit verbalen und brachialen Übergriffen; dazu Angstzustände, Panikattacken, Benommenheit, Zwangslachen, herabgesetztes Urteilsvermögen bis zur Kritiklosigkeit, ggf. Verwirrtheitszustände, Ideenflucht, Depersonalisations- und Derealisationsgefühle („ich bin nicht mehr ich“ oder „alles so sonderbar, weit weg“).

Gegebenenfalls wahnhaftige Ideen, Fehlwahrnehmungen von vorhandenen Sinnesindrücken (illusionäre Verkennungen) und Trugwahrnehmungen: Halluzinationen auf dem Gebiet von Hören (Stimmen, die den Namen rufen), Fühlen (z. B. krabbelnde Insekten auf der Haut), Schmecken, Tasten, vor allem aber Sehen (Intoxikations- oder Vergiftungspsychose), oftmals mit Beziehungsideen („was soll das alles“, „was heißt das für mich?“). Ferner Wahn-Wahrnehmungen und damit sogar Verfolgungswahn bei sonst klar erscheinender Bewusstseinslage; dadurch gelegentlich uneinfühlbares bis bizarres Verhalten (Reaktion auf Verzerrung des Körperbildes, Verkennung menschlicher Gesichter, Halluzination von Insekten oder anderem Ungeziefer auf oder unter der Haut mit ständigem Kratzen und ausgedehnten Hautläsionen usw.).

- In *körperlicher Hinsicht* teils im Rahmen der erwähnten Auszehrung, vor allem aber als Entzugssymptome Pupillenerweiterung, Zittern des Augapfels, Mundtrockenheit, Hecheln, Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen, Durchfall, Magen-Darm-Krämpfe, Brustschmerzen, Herz-Kreislaufstörungen: Herzrasen, Herzstolpern, Blutdrucksteigerung (Gefahr einer Hirnblutung (Hirnschlag), aber auch gefährlich im Lungenkreislauf); ferner Blutdruckabfall, sinnlose Wiederholung bestimmter Gesten und Bewegungen (z. B. stereotype Mund-, Zungen-, Arm- und Handbewegungen), pulsierender Kopfschmerz, Schwitzen, Schüttelfrost, Erhöhung der Körpertemperatur, Anstieg von Pulsschlag und Atemfrequenz, Ein- und Durchschlafstörungen, unerquicklicher Tiefschlaf, Heißhunger (besonders nach Erschöpfungsphasen), ggf. Gefahr eines plötzlichen Zusammenbruchs (crash), weil man kein Gespür mehr für die eigenen Leistungsgrenzen hat.

Eine sexuelle Leistungssteigerung wird zwar immer wieder diskutiert, ist aber nicht objektivierbar (Pseudo-Potenzsteigerung); nach längerem Missbrauch sogar Minderung von Libido und Potenz, vor allem Ejakulations-Störungen.

- Bei *chronischem Missbrauch oder Überdosierung*, nicht zuletzt durch Doping, drohen ein unüberwindbares Verlangen nach weiteren Aufputzmitteln, permanente („bleierne“) Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Lethargie (Teilnahmslosigkeit), pharmakogene (chemisch bedingte) Depressionen, ferner Abmagerung, Lungenödem, Nerven- und Nierenschädigungen, Krampfanfälle, Delir, schließlich ernstere Herz- und Kreislaufstörungen mit Gefahr von Kollaps, Herzversagen, Gehirnblutung, Atemlähmung. Vor allem aber ein unüberwindbares Verlangen nach weiteren Aufputzmitteln.

Der Einsatz als *Schlankheitsmittel* war seit jeher umstritten. Eine rein chemisch gesteuerte Appetitminderung kann auf Dauer keinen Erfolg garantieren. Sie führt sogar über die substanz-typischen Nebenwirkungen Unruhe und Nervosität häufig zu einem verstärkten Essdrang.

- *Suchtgefahr*: Psychostimulanzien machen seelisch abhängig (Gier, unstillbares Verlangen). Eine körperliche Abhängigkeit wird diskutiert, erscheint aber dann doch eher unwahrscheinlich (wofür - im Gegensatz zur allgemeinen Meinung - vor allem der bisherige Zeitrahmen an Erfahrung spricht, nämlich über 100 Jahre verfügbar).

- *Vorkommen*: Die schwersten Konsequenzen in seelischer, psychosozialer und körperlicher (Auszehrung) Hinsicht finden sich nach wie vor in der Rauschdrogen-szene (z. B. zur Aktivierung: up pills). Etwas seltener, aber durchaus nicht weniger riskant als „kognitive Psychostimulanzien“ (geistige Anregung) oder Dopingmittel im eigentlichen Sinne; hier hohe Dunkelziffer. Auch der Gebrauch bis zum Missbrauch von Appetitzüglern ist häufiger als angenommen, da in der Regel am Arzt vorbei.

Das unterstreicht den großen Unterschied zwischen selbstherrlicher Einnahme zu Missbrauchs-Zwecken (Aktivierung in der Rauschdrogen-Szene, Sport- und Gehirn-Doping) über den Grenzfall einer ärztlich nicht kontrollierten Schlankheitsmittel-Einnahme bis zu den zwei indikations-gerechten Einsätzen Narkolepsie und ADHS. Dort finden sich nämlich nur selten die obigen, z. T. auch durchaus Furcht einflößenden Nebenwirkungen, psychischen Entzugserscheinungen und körperlichen Folgen.

Und nochmals zum Thema ADHS: Sogar die bei ADHS nicht selten krankheits-relevante Suchtgefahr (fast alle dieser Patienten rauchen beispielsweise) wird durch die Gabe von Methylphenidat reduziert (vor allem Nikotin-Abusus, aber auch Alkohol-Gefährdung, Rauschdrogen-Bereitschaft, schließlich Mehrfach-Abhängigkeit). Einzelheiten dazu siehe die spezifische Fachliteratur.

Schlussfolgerung

Früher wurden die Psychostimulanzien rezeptfrei verkauft und fanden dabei zeitweise eine große Verbreitung. Dies zumeist als Weckmittel (Unterdrückung von Müdigkeitsgefühlen und Schlafbedürfnis, erhöhte Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit), als kreislauf-aktivierende Substanzen und nicht selten als Dopingmittel. Seit jeher auch als Appetitzügler (Anorektika = Abmagerungsmittel) zur Unterdrückung von Hungergefühlen. Auch wurden sie teilweise als Kombinations-Substanz bestimmten Grippe- und Asthma-Mitteln zugefügt.

Keine kontroversen Diskussionen ergaben sich seit jeher zur Milderung der Tages-schläfrigkeit bei Narkolepsie-Patienten (siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie). Deutlich weniger werden auch die Einwände zur Linderung von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität beim Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) im Kindes- und Erwachsenenalter. Narkolepsie und ADHS gelten als indikations-gerechter Einsatz, wie es die Experten nennen, allerdings unter fachärztlicher Kontrolle (z. B. Neurologen für die Narkolepsie und Kinder- und Jugendpsychiater für ADHS in diesem Altersbereich).

ANHANG 1: DESIGNER-DROGEN (PARTY-DROGEN)

Das Problem der Designer-Drogen oder Party-Drogen ist nicht neu. Zum einen war die Tendenz zu aufputschenden und euphorisierenden (also ein Wohl- oder gar Glücksgefühl vermittelnden) Substanzen schon zu Beginn des letzten Jahrhunderts Mode, wenngleich damals eher in Künstlerkreisen und nicht wie heute bei der seelisch-körperlich und psychosozial besonders verwundbaren Jugend. Mit Beginn der 1990er Jahre wurden die modernen Designer-Drogen dann auch mehr und mehr zum allgemeinen Problem und damit klinisch/wissenschaftlich genauer untersucht. Einzelheiten siehe die Fachliteratur und das spezifische Kapitel in dieser Serie. Nachfolgend eine komprimierte Auswahl zu diesem Thema:

ALLGEMEINE ASPEKTE

Zur Gruppe der *Designer-Drugs* oder *synthetischen Halluzinogene* unter den Rauschdrogen gehören neben halbsynthetischen Produkten wie LSD die voll synthetischen Substanzen. Letztere, auch als Voll- oder Total-Synthetica bezeichnet, sind im Vormarsch. Das hat zwei Gründe:

Zum einen ist es die Möglichkeit der systematischen Abwandlung der so genannten Molekular-Struktur dieser Substanzen,

- um nicht nur das Wirkungs-Spektrum ständig zu ändern oder ggf. nach Bedarf anzupassen,
- sondern auch um die staatlichen Drogenbekämpfungs-Maßnahmen zu umgehen.

Deshalb auch als Designer-Drogen bezeichnet. Denn sobald auch nur eine geringe Veränderung im Molekular-Gerüst vorgenommen wurde, handelt es sich ja nicht mehr um die alte, ggf. verbotene Substanz, sondern um eine „neue“, der sich erst wieder die Behörden mühsam (und damit langfristig?) annehmen müssen, bis ein neues Verbot möglich ist. Wer bis dahin aber bereits Opfer der entsprechenden Folgen geworden ist, hat Pech gehabt (wobei er allerdings durch seinen unvorsichtigen Konsum nicht unbeteiligt ist).

Bei diesen voll-synthetischen Designer-Drugs handelt es sich sowohl um Halluzinogene und amphetamin-artige Aufputschmittel als auch um Narkotika mit zumeist unberechenbaren Wirkungen. Auf jeden Fall zeichnet sich seit den 90-er Jahren des 20. Jahrhunderts eine Trendwende ab: weg von zentral-dämpfenden und hin zu zentral-stimulierenden voll-synthetischen Drogen, insbesondere Amphetamine und Amphetamin-Derivate (s. u.). Und da sich immer etwas in der Szene tun muss, von den schweren Konsumenten bis zu den Party-Probiernern, häuft sich jetzt der Mischkonsum mit allem, was an (scheinbaren) „Naturdrogen“ und synthetischen Produkten möglich ist. Die Konsequenzen kann man sich denken.

Warum werden Designer-Drogen in einem Kapitel über Medikamenten-Abhängigkeit aufgeführt? Das hat nicht zuletzt psychosoziale Gründe.

Denn der neue Trend hat auch etwas mit ästhetischen, ja Gesundheits-Aspekten zu tun, so paradox sich das anhört. Wirkstoffe, die in sauberer Tablettenform angeboten werden (etwa die Vielzahl professionell hergestellter Tabletten von Ecstasy), signalisieren eine beruhigende Nähe zum „üblichen“, sozial akzeptierten Medikamenten-Konsum, wie er ja heute „überall praktiziert wird“.

Beispiele: Leistungssteigerung, Konzentrationsmängel, ja sogar sportliches Doping, von den Substanzen ganz zu schweigen, die eine reale, d. h. nützliche und wissenschaftlich abgesicherte Funktion für bestimmte Krankheiten haben, auch wenn sie für alles mögliche (und unmögliche) missbraucht werden können.

Diese „saubere“ Produktions-Schiene mit scheinbar gleichbleibender Wirkstoff-Zusammensetzung suggeriert Sicherheit, ja Gesundheit, auch wenn durch eigenes Verschulden das Gegenteil droht.

Zur Geschichte der neuen Drogen-Generationen

Die Substanzen, zu denen heute auch Ecstasy und verwandte Stoffe gehören, wurden schon vor fast hundert Jahren synthetisiert und hatten eigentlich den Zweck, als „sanfte“ Halluzinogene erst einmal zu Forschungszwecken im Rahmen der Schizophrenie-Forschung eingesetzt zu werden. Erwogen wurde auch schon früh der Einsatz als Appetitzügler, fand aber erst einmal keine Verwendung. Ende der 1960-er und vermehrt seit Ende der 70-er Jahre des 20. Jahrhunderts kamen dann entsprechende Derivate (Abkömmlinge) als Designer-Drogen oder Disco-Drogen auf den Markt, der schließlich über England und die Niederlande auch in den übrigen europäischen Ländern zum Problem wurden, vor allem als Misch-Konsum zusammen mit so genannten „Natur-Drogen“. Chemische Einzelheiten würden hier zu weit führen, ganz abgesehen von den zumeist zeilen-langen Chemie-Namen.

Von besonderem Interesse aber ist das **spezifische Wirk-Spektrum**, wie bereits in den einleitenden Kapiteln ausgeführt: Je nach Dosierung, Persönlichkeitsstruktur und Umfeld-Situation geht es nämlich hier vor allem um die emotionale, die Gemüts-Verfassung. Und hier ist es insbesondere die offenbar gesteigerte Fähigkeit, „in sich selber hinein zu schauen“ – und damit eine vertiefte Selbst-Erkenntnis bei gleichzeitiger „Öffnung innerseelischer Abläufe“. Und – nicht unwesentlich – die verstärkte Fähigkeit zur Verbalisierung unterdrückter Gefühle, d. h. die Möglichkeit, seine Emotionen in Worte zu fassen. Deshalb wird diese Stoffgruppe mitunter auch als „Entactogene“ (vom lat. tactus = berührt, also eine innere Rührung verursachend) bzw. als „Emphatogene (für emphatisch = nachdrücklich, betont, konkret: „über-emotional“) bezeichnet.

Der wissenschaftlich und klinisch durchaus nachvollziehbare Forschungs-Hintergrund war die Überlegung, eine Art „psycholytische Psychotherapie“ zu ermöglichen; dabei sollten bei neurotisch veranlagten Patienten die ansonsten

abgewehrten Gefühle zugelassen, entäußert und geklärt und damit verdrängte Erlebnis-Inhalte mit negativen Folgen neutralisiert werden. Außerdem erhoffte man sich antidepressive (depressions-aufhellende) und anxiolytische (angst-lösende) Effekte. Was von diesen diagnostischen und therapeutischen Träumen geblieben ist, sind die heutigen Party-Drogen.

Party-Drogen: erwünschte und unerwünschte Rauschwirkungen

Konsumiert in Tablettenform, seltener auch in Pulverform durch die Nase aufgenommen (gesniff) oder in Saft aufgelöst getrunken, kommt es in Abhängigkeit von den erwähnten Aspekten (s. o.) nach etwa 15 bis 30 Minuten zu innerer Unruhe, ggf. Übelkeit, Kribbeln im ganzen Körper, u. U. zu Kopfschmerzen, Mundtrockenheit, Hungergefühl, einer Pupillen-Erweiterung und Blutdruck-Erhöhung mit Herzklopfen. Möglich ist auch eine Hyperaktivität bis hin zu plötzlichen unkontrollierten Bewegungen der Arme und Beine, ja zur Ataxie (Stand- und Gehunsicherheit), wenn nicht gar zu einer erhöhten Krampfbereitschaft des Gehirns.

Was besonders problematisch, weil erst einmal kaum erkennbar ist, ist die bisweilen starke Erhöhung der Körpertemperatur (Fachbegriff: Hyperthermie) mit lang anhaltendem Schwitzen und Hitzegefühl. Auch eine Drogen-Akne (rausdrogenbedingte Hausausschläge) ist möglich.

Wegen der erwähnten Pupillen-Erweiterung und vor allem verlangsamten Pupillen-Reaktion mit Blend-Gefahr im Straßenverkehr ist auch die Fahrsicherheit gefährdet.

Das ist die negative Seite der zu erwartenden Nebenwirkungen, d. h. negativen Empfindungen und Reaktionen. Was aber erwarten sich die Konsumenten in **positiver Hinsicht?**

Das ist vor allem ein meist leicht kontrollierbarer, also wohlig empfundener Rauschzustand mit gesteigerter Sinneswahrnehmung, Aktivität, Offenheit und Emotionalität sowie Gesprächigkeit bei leicht euphorischer Grundstimmung und erhalten bleibendem Bewusstsein (so genannter „klarer Rausch“) – wenn man Glück hat. Es kann aber auch anders ausgehen (s. u.).

Auf jeden Fall dauert dieses „chemische Phänomen“ etwa ein bis drei Stunden und klingt dann wieder ab, gefolgt von starker Erschöpfung.

Im Gegensatz zu den eher „überpersönlichen“ und ungewohnten, nicht steuerbaren Erfahrungen mit LSD, PCP und Mescaline wird dieser Rauschzustand von den entsprechend erfahrenen Drogen-Konsumenten als persönlichkeits-bezogener und „sanfter“ empfunden. Das betrifft offenbar die meisten Derivate (Abkömmlinge) dieser Gruppe.

Früher nannte man deshalb diese Substanzen auch „Harmonie-Drogen“ mit ihrer stundenlangen milden Euphorie und psychischen Ausgeglichenheit, verbunden mit

dem Gefühl, alle zu lieben und zu verstehen (siehe emotionale Offenheit und entspannte Enthemmung); vor allem aber ohne das mitunter bei anderen Drogen drohende Gefühl einer labilen Ich-Identität (Stichwort: Depersonalisation: bin ich noch ich selber?). Das Selbstgefühl ist gesteigert, die Selbstsicherheit nimmt zu. Gleichzeitig nimmt aber auch die Risiko-Bereitschaft zu und das Verantwortungsbewusstsein ab.

Neben den erwähnten körperlichen Begleiterscheinungen (s. o.) ist aber auch eine seelische und psychosoziale Dimension zu verkräften, wenn es dann doch unkontrollierbar „aus dem Ruder läuft“. So droht im **Drogenrausch** vor allem die Gefahr einer Verzerrung des Raum- und Zeit-Erlebens. Daneben Sinnestäuschungen (z. B. eine „Dreidimensionalität von Musik“), die jedoch verschwimmen, sobald der Betreffende sich darauf konzentriert. Die Wahrnehmung ist auf jeden Fall gestört. Mit Schwerpunkt-Unterschieden innerhalb dieser Substanzen kann es auch zu visuellen und akustischen Wahrnehmungs-Veränderungen kommen (z. B. Farb-Visionen), die zu einer halluzinogen-artigen überdimensionalen und verzerrten Wahrnehmung des Raumes führen.

Das Ganze kann sich nach etwa sechs bis acht Stunden wieder verflüchtigen. Das Erlebte bleibt meist bildhaft in Erinnerung. Es können aber auch Erschöpfungszustände resultieren, die bis zu zwei Tagen anhalten, durchaus auch verbunden mit Angst und dem Gefühl der Bedrohtheit und des Selbstwert-Verlustes.

Interessanterweise verspürt der Konsument erst nach etwa sechs Wochen Abstinenz wieder die volle Wirkung. Wer dann auf diesen Drogen-Effekt angewiesen zu sein meint, versucht durch wiederholte, erst einmal frustrierende Einnahme schließlich andere Substanzen beizumischen, vor allem „Speed“ und Alkohol – mit nicht abschätzbarer Misch-Wirkung.

Zur Frage der **Toleranz-Entwicklung** gehen die wissenschaftlichen Meinungen auseinander. Auf jeden Fall ist bei einer Hoch- oder Über-Dosierung keine Steigerung des Rausch-Effektes mehr zu erwarten. Dafür verstärkt sich das körperliche Beschwerdebild und dehnt sich der anschließende Erschöpfungszustand aus. Bei hohen Dosen muss auch eher mit dysphorisch-missgestimmt erlebten Nebenwirkungen gerechnet werden, vor allem Denk- und Wahrnehmungs-Störungen sowie Depression und Angstzuständen, ganz zu schweigen von zum Teil heftigen optischen, akustischen und taktilen (Haut-)Halluzinationen mit psychotischen Reaktionen und Verwirrtheit.

Und um noch einmal auf die **körperlichen Folgen** zurück zu kommen, seien auch nicht die Extrem-Konsequenzen verschwiegen: So mögen innere Unruhe, Brechreiz, Seh- und Hörstörungen, Muskelkrämpfe sowie Störungen des Bewegungs-Ablaufs nicht ungewöhnlich, wenn auch beunruhigend bis qualvoll sein, in ihren letzten Konsequenzen aber vielleicht absehbar. Gefährlich wird es hingegen bei der Erhöhung der Herzschlagfolge und des Blutdrucks sowie bei Hitze- und Kältewallungen mit gleichzeitiger Verringerung des Körperwassers (Fachbegriff: Dehydratation = „Ausdörrung“).

So etwas findet sich beispielsweise bei (drogen-bedingtem) erhöhtem Harndrang sowie gleichzeitiger schweiß-treibender körperlicher Anstrengung (z. B. Tanzen), was ebenfalls den Flüssigkeitsverlust fördert. Außerdem die Kombination mit Alkohol. Die Folge ist die erwähnte Hyperthermie mit schweren zentralen Kreislaufstörungen, Herzrhythmus-Störungen, wenn nicht gar Herzinfarkt. Außerdem drohen ein akutes Nierenversagen und cerebrale Krampfanfälle. Der Tod geht meist auf unkalkulierte Misch-Intoxikationen zurück.

Als **Langzeitwirkungen** kann es zu Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, zu einem parkinson-ähnlichen Krankheitsbild mit Ruhe-Zittern und Grimassieren, zu Nieren- und Leberschädigungen, ggf. gar zu einem Leber-Versagen kommen – und dem Ausklinken einer bisher nicht bekannten Psychose. Dort sind es dann vor allem psychotische Trugwahrnehmungen und Wahnideen, aber auch Depressionen und Angst-Attacken, die den Patienten heimsuchen – bis hin zur Suizidgefahr.

Weitere Hinweise siehe die entsprechende Fachliteratur bzw. der Beitrag über *Party-Drogen* in dieser Serie mit Einzelheiten zu den derzeit wichtigsten Designer-Drogen.

ANHANG 2: DOPING-MITTEL ZUM BODYBUILDING

Ebenfalls nicht zum engeren Thema der psychotropen Arzneimittel mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Gemütsleben wirkend, indirekt aber in Einzelfällen schon und über die Missbrauch-Schiene ebenfalls vergleichbar, sind die zu Doping-Zwecken im Leistungs-, immer mehr aber auch im Breitensport eingesetzten Anabolika, Wachstumshormone u. a. bedeutsam. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht in Stichworten (MMW-Fortschr.Med. 31-33, 2010).

Neben den Anabolika, Androgenen und Wachstumshormonen, bestimmten Diäten, Diuretika (harntreibenden Substanzen), Schmerzmitteln und Antirheumatika, ja Insulin (Vorsicht: Hypoglykämie, d. h. ggf. gefährliche „Unterzuckerung“) werden auch immer wieder neuere Stoffe versucht, z. B. eine Kombination aus Fettsäuren, Lidocain sowie Benzylalkohol. Letzteres wird unter die Haut oder direkt in den Muskel gespritzt und kann geradezu monströse Muskelformen entwickeln, jedoch ohne Kraftzuwachs (und dafür die Gefahr örtlicher Infektionen auslösend, z. B. Hepatitis B und C sowie HIV-Infektion, denn oft verwenden mehrere Sportler die gleiche Nadel).

Beim Einsatz von Androgenen (männliche Geschlechtshormone) und anabolen Steroiden (Androgen-Abkömmlinge) kann man schon auf den ersten Blick so man-

ches diagnostizieren. Beispiele: So genannte Quell-Muskeln, Exophthalmus (Vortreten des Augapfels aus den Augenhöhlen), Alopecia androgenetica (Haarausfall), Steroid-Akne (Knötchen- und Knotenbildung der Haut), Gynäkomastie (Ausbildung der weiblichen Brust beim Mann), Striae am Bauch (anfangs etwas erhabene, bläuliche bis braunrote Streifenbildungen der Haut), Seborrhö (übermäßige Fett-Entwicklung der Oberhaut) sowie Penis-Atrophie (Schrumpfung).

Bei Frauen können die Symptome dieser Virilisierung (Vermännlichung) noch deutlicher werden. Dazu kommen beim weiblichen Geschlecht eine Mamma-Atrophie (Schrumpfung der Brüste), eine Vergrößerung der Klitoris (des Kitzlers), eine Hypertrophie (Vergrößerung) des Schildknorpels mit einer Senkung der Stimmhöhe, mit Bartwuchs, Hirsutismus (vermehrte Behaarung vom männlichen Typ) und einem maskulinen Breiten-Wachstum.

Werden Wachstumshormone genommen, so drohen Akromegalie (Größenzunahme von Nase, Ohren, Kinn, Händen, Füßen u. a.), Makroglossie (Vergrößerung der Zunge), Prognathie (in Bezug zur Schädelbasis zu weit vorragender Oberkiefer), Erweiterung der Interdentalspalten („Zähne auf Lücke“), Hyperhidrosis (verstärkte Schweißausbrüche), Knöchel-Ödeme (Flüssigkeits-Einlagerungen), Haare von Drahtbürsten-Konsistenz und Supraorbitalwülste (Wulstbildungen am oberen Rand der Augenhöhle).

Bei der Sonographie (Ultraschall Diagnostik) zeigt sich darüber hinaus eine Vergrößerung vieler Organe, z. B. des Herzens. Bei der Prüfung der Laborwerte lassen sich Folgeschäden an der Leber, an den Nieren im Fett- und Kohlenhydrat-Stoffwechsel feststellen. Neuerdings wird auch der Zusammenhang zwischen Anabolika bzw. Wachstumshormonen und bestimmten malignen Tumoren diskutiert.

ZUR THERAPIE DER MEDIKAMENTEN-ABHÄNGIGKEIT

Die beste Behandlung ist eine erfolgreiche Vorbeugung. Wer kennt ihn nicht, diesen Satz, den alle vorbehaltlos akzeptieren, der aber viel zu selten Realität wird. Deshalb auch die vielen vorangegangenen Informationen, die die nachvollziehbaren Wünsche des interessierten Laien bei weitem übersteigen dürften. Trotzdem, noch einen alten Lehrsatz zitierend: Wissen ist Macht, vor allem Macht zu helfen (anderen und sich selber).

Nachfolgend nun einige Hinweise für jenen Zustand, der als Missbrauch, Sucht, Abhängigkeit, vielleicht sogar Mehrfach-Abhängigkeit beschrieben wird, viel Leid, Unglück, Qual und psychosoziale Konsequenzen nach sich zieht, und zwar nicht nur für den Betroffenen selber, auch für seine Angehörigen, ggf. Freundeskreis,

Nachbarn, Beruf, spezifische Aspekte wie Kultur, Verwaltung, Sport, Wissenschaft u. a. Kurz: Die Medikamenten-Abhängigkeit ist häufig, schwer durchschaubar, selten offenkundig, noch seltener rechtzeitig erkannt, gezielt behandelt und erfolgreich abgeschlossen. Gleichwohl: Man muss etwas tun, aber was? Deshalb eine komprimierte Übersicht zum Thema: Was kann man tun?

Allgemeine Aspekte

Bei der Behandlung von Sucht-Erkrankungen ist - mehr als bei den meisten anderen Leiden – die aktive Mitarbeit des Patienten gefordert. Das ist ein alter Lehrbuch-Satz. Und weiter: Nur wenn der Patient selbst von der Notwendigkeit einer Veränderung überzeugt ist, besteht Aussicht auf Erfolg. Hier liegt aber bereits ein ernstes Problem.

Denn bei vielen Patienten besteht erst einmal die Auffassung, ihre Medikamenten-Einnahme sei notwendig, um die leidigen Symptome zu behandeln, die sie schon so lange beeinträchtigen, z. B. Ängste, Schlafstörungen, Müdigkeit, Leistungseinbuße, innere Unruhe, Anspannung und Nervosität, vor allem aber chronische Schmerzen. Die also gilt es zu behandeln, und das zeigt im Allgemeinen erst einmal eine halbwegs befriedigende Wirkung: Die Belastung nimmt ab, die Beschwerden lassen sich tatsächlich mildern, die Betroffenen „funktionieren“ wieder.

Die vom Arzt verordneten und vom Patienten zuverlässig eingenommene Medikamente haben also erst einmal Erfolg. Dann aber kommt die Phase, in der man *ohne* diese „chemische Krücke“ weiterleben, weiterarbeiten, wie erwähnt: weiter „funktionieren“ sollte.

Dabei stößt einem schon einmal das Wort *weiterleben* skeptisch auf, etwas zu hochgestochen klingend. Doch bei genauem Nachdenken ist genau dies der Punkt: Das Medikament ist nämlich in der Tat zu einer „unverzichtbaren Lebens-Hilfe“ geworden. Und mit ihm lassen sich offenbar die Auseinandersetzungen mit den Anforderungen der Umwelt und sogar der Innenwelt(!) bewältigen. Mehr als Um- und Innenwelt aber gibt es nicht. Und beides funktioniert inzwischen leidlich – aber eben nur chemisch unterstützt. Und das soll sich plötzlich ändern, zum Nachteil des Betroffenen? Denn er weiß sehr gut, dass der stabile Zustand weniger eine Eigenleistung (seelisch, körperlich, psychosozial), mehr die erwähnte biochemische Unterstützung ist. Das bedeutet, dass die Motivation des Patienten, jene Verhaltensmuster zu ändern, die zum behandlungsbedürftigen Beschwerdebild führten, gering ausfällt, zumindest am Anfang. Hier also müsste der Arzt das Grund-Problem ansprechen, nicht verklausuliert, halbherzig oder gar schon im Vorfeld Kompromisse in Aussicht stellend, sondern letztlich ohne Umschweife, direkt, freundlich-unterstützend, aber auch konsequent.

Das kann der eine Therapeut besser, der andere weniger, je nach Persönlichkeitsstruktur, Zuwendung, Ausbildung, aber natürlich auch Zeit (und Kraft!) und dem aufrichtigen Bemühen, nicht „von oben herab“ zu dozieren, sondern den Patienten

„dort abzuholen, wo er steht“. Oder kurz: verständnisvoll, aber das End-Ziel nicht aus den Augen verlierend.

Dies hat allerdings gerade bei der Medikamenten-Abhängigkeit seine Grenzen. Und die muss der Patient halt auch allgemein-verständlich vermittelt bekommen. Das kann zwar eine kurze Erläuterung werden, aber sie darf nicht endlos „um den Brei herumreden“. Auf jeden Fall muss klar werden: Dieser Medikamenten-Konsum ist bereits ein Missbrauch, wenn nicht gar eine Abhängigkeit und wird früher oder später entsprechende Folgen nach sich ziehen. Dann haben wir zu dem ursprünglichen Problem ein zweites, obgleich es ja die Lösung sein sollte.

Nun gerät der Patient aber in Angst, wenn er plötzlich auf seine medikamentöse Unterstützung verzichten soll. Das ist nachvollziehbar, das kann man sich gut vorstellen, wenn man allein nur die Entzugssymptome überfliegt, die bei den einzelnen Substanzen drohen. Deshalb sollte man bei unmotivierten Patienten wenigstens auf eine Verringerung des Suchtmittel-Konsums hinwirken, um die drohenden körperlichen Schäden überschaubar zu halten. Danach könnte ein definitiver Entzug nicht mehr so erschreckend wirken.

Wie motiviert man einen Medikamenten-Abhängigen?

In der Ärzteschaft werden verschiedene Modelle diskutiert und verschiedene Konzepte angeboten, wie man einen Medikamenten-Abhängigen zum Entzug motiviert. Einzelheiten würden hier zu weit führen, doch soll wenigsten auf einige Aspekte hingewiesen werden, wie sie beispielsweise die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft in ihrem Leitfaden *Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit* vorstellt, ergänzt durch *Leitlinien zur Behandlung der Medikamentenabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen*, wie sie die meisten Fachkliniken inzwischen erstellt haben (in diesen Ausführungen in Anlehnung an das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Stand 16.06.2009). Im Einzelnen kurz gefasst und allgemein-verständlich, um möglicherweise auch Patienten und ihre Angehörigen zum Nachdenken, vielleicht sogar zu konkreten Schritten anzuregen:

1. Der Patient ahnt, was er sollte. Doch seine Problem-Wahrnehmung ist noch gering, seine Zwiespältigkeit dafür groß. Also muss der Arzt erst einmal Informationen vermitteln, das Problem-Bewusstsein schärfen, die Vor- und Nachteile des Medikamenten-Konsums mit Beispielen herausarbeiten und Hilfen zur Entscheidungsfindung vermitteln, vor allem was die Risiko-Einschätzung und die negativen Konsequenzen anbelangt.

2. Nach und nach wird sich der Patient also klar, was er zu tun hat. Er orientiert sich über die verschiedenen Möglichkeiten (und negativen Folgen, falls er es nicht „packt“), entwickelt Ziele, Absichten und konkrete Schritte. Der Arzt fördert diese Selbstbeobachtung, vermittelt unterstützende Maßnahmen (z. B. Suchtberatungs-

stelle), vor allem planen beide eine Änderung des Medikamenten-Konsums, ggf. unter Nutzung alternativer Handlungsweisen.

3. Jetzt geht es voran, die Theorie wird, ja muss umgesetzt werden. Die geplanten Ziele könne aber auch Teilziele sein, es muss nicht gleich alles in Angriff genommen werden. Das setzt Verhaltens-Änderungen, Selbstverpflichtung (z. B. Vernichtung von Medikamenten-Vorräten), die Nutzung hilfreicher Beziehungen (z. B. durch Einweihung nahe stehender Personen) und professioneller Möglichkeiten voraus (z. B. Suchtberatungsstelle, Entwöhnungsbehandlung, Psychotherapie).

4. Diese Neu-Orientierung braucht aber vor allem eines: Nachhaltigkeit, wie man das heute nennt. Oder schlicht gesprochen: Durchhalten, auch wenn es mühsam ist (was die Nicht-Betroffenen in der Regel nicht abschätzen können, sie ahnen meist nicht einmal, was ein Entzug bedeutet; deshalb die vielen konkreten Hinweise in dieser Serie). Der Arzt aber unterstützt den mühsamen Gang: Gemeinsam wird das Erreichte dokumentiert (und vor allem lobend erwähnt!). Auch alternative Strategien gilt es zu prüfen, stabilisierende Faktoren (z. B. Nutzung hilfreicher Beziehungen, professionelle Nachsorge) auszubauen und insbesondere die Rückfallprophylaxe (Vorbeugung) zu stärken.

5. Und was ist, wenn nun tatsächlich ein Rückfall und damit Abbruch der Entzugs-Behandlung hinzunehmen ist? War dann alles umsonst? Nein. Hier muss der Arzt zwar nicht begeistert, aber auch nicht ernüchert registrieren: Rückfälle sind nicht selten sogar ein Teil des Genesungs-Prozesses. Rückfälle gehören zum schweren Kampf im Rahmen des Entzugs. Jetzt gilt es das Geschehene aufzuarbeiten, die auslösenden Rückfall-Faktoren zu klären, zu benennen und für den nächsten Anlauf zu neutralisieren.

Wichtig: Schuldgefühle bearbeiten, denn die können mehr zerstören, als man ahnt („Nun ist ohnehin alles umsonst, ich bin halt ein Versager“). Rückfälle halten auf, aber bringen das gemeinsame Ziel nicht ins Wanken. Was jetzt allerdings sinnvoll ist, sind zusätzliche „Sicherungs-Systeme“ für den nächsten Versuch (s. o.).

Dieses so genannte „Transtheoretische Modell“ nach Prochaska und DiClemente (zitiert nach dem Leitfaden für die ärztliche Praxis: *Medikamente - Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit*) geht davon aus, dass die Motivation verschiedene Stadien durchläuft, mit in der Regel fließenden Übergängen. Das kann viele Gespräche erforderlich machen (und das Zeit-Budget des jeweiligen Arztes wohl auch rasch überfordern, weshalb es nicht jedem problemlos gegeben ist, „je nachdem wie voll das Wartezimmer ist“ - siehe auch der bedrohlich zunehmende Ärztemangel in Deutschland).

Wichtig ist aber auch das Arbeitsbündnis mit Gesprächsstrategien, die vor allem Akzeptanz und Respekt, Wertschätzung (ohne zu verurteilen), Rücksicht auf Schamgefühle und Ängste, Verständnis für die Zwiespältigkeit des Patienten sowie Geduld und Ermutigung voraussetzen. Dabei gilt die Erfahrung: Der Patient wird sich umso mehr für ein Rückfall schämen, je motivierter er zunächst war.

Deshalb jeder drohenden Entmutigung rechtzeitig entgegenwirken: Der Anfang ist besonders schwierig; den meisten geht es ähnlich; kleine Schritte sind wertvoll; Rückfall-Auslöser erkennen und bei der nächsten Runde rechtzeitig neutralisieren.

Auch ist immer wieder zu prüfen: Sind die Ziele gleich geblieben? Wurde eines oder mehrere erreicht bzw. doch immerhin ein Teil-Erfolg? Gerade bei Erfolglosigkeit die gewählten Therapie-Ziele gründlich überlegen und ggf. in kleinere Teil-Schritte zerlegen. Auf jeden Fall jede Bemühung, ob mit oder ohne sichtbaren Erfolg würdigen („ein Anfang ist getan“).

Suchtberatungsstellen nutzen

Suchtberatungsstellen sind das Bindeglied zwischen den verschiedenen Hilfsangeboten: sucht-spezifische Informationsvermittlung und -beratung, Selbsthilfe, Angehörigen-Hilfe, Vorbereitung auf stationäre Entwöhnungsbehandlung und Begleitung in der Nachsorge-Phase. Jene Einrichtungen, die als Beratungs- und Behandlungsstellen ausgewiesen sind, können auch zur ambulanten Rehabilitation und Nachsorge nach einer stationären Maßnahme genutzt werden.

Entzug von psychotropen Medikamenten

Der Entzug von psychotropen Medikamenten (also mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben) muss sorgfältig mit dem Patienten besprochen werden: pro und contra. Und wird vom Arzt auch sorgfältig protokolliert.

Gründe *für* einen Entzug sind: Die Wirksamkeit des entsprechenden Medikaments ist zurück- oder gar verloren gegangen; Zunahme von Angst- und Schlafstörungen trotz des Medikaments; weitere negative Folge-Erscheinungen wie medikamenten-induzierter Kopfschmerz, Einschränkung von Gedächtnis und Merkfähigkeit (nicht zuletzt im Rückbildungsalter), Gefühlsverflachung, Muskelschwäche und Koordinationsstörungen. Auch eine pharmakogene Depression (durch das oder die Medikamente) ist ein stichhaltiger Grund. Bei hochbetagten Patienten, die sich schon lange Zeit an ihr Medikament gewöhnt haben (z. B. Beruhigungs- und Schlafmittel) und nur schwer davon ablassen wollen, müssen die in der Tat ernst zu nehmenden Risiken und Beeinträchtigungen eines Entzugs vor allem gegen eventuell drohende psycho-motorische (Bewegungs-)Einschränkungen abgewogen werden, was schließlich zu Gangunsicherheit und folgenreichen Stürzen führen kann.

Der Zeitpunkt für einen Entzug ist allerdings erst dann gekommen, wenn der Patient von dessen Notwendigkeit überzeugt ist, so der Leitfaden für die ärztliche Praxis *Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit*. Dabei sollen auch alternative Behandlungsmöglichkeiten besprochen werden, insbesondere wenn zusätzliche Störungen bestehen.

Beispiele: Bei Schlafstörungen über schlafhygienische Maßnahmen aufklären; bei Angsterkrankungen auf psychotherapeutische Maßnahmen hinweisen, vor allem eine kognitive Verhaltenstherapie. Dazu Veränderungen in der eigenen Lebensweise, der Besuch einer Selbsthilfegruppe, manchmal eine übergeordnete psychotherapeutische Behandlung. Gegebenenfalls sind auch zusätzliche Medikamente nötig, z. B. bei Depressionen und Angststörungen, wobei allerdings weitere suchterzeugende Arzneimittel vermieden werden sollten. Gerade beim Entzug von Benzodiazepinen können Depressionen noch verstärkt werden. In diesem Fall muss man den Entzug unterbrechen und zuerst einmal die Depression ausreichend behandeln.

Konkrete Entzugs-Maßnahmen

Wie geht man konkret bei einzelnen Substanzen vor? Dazu einige Hinweise in komprimierter Form, bei den Benzodiazepinen etwas ausführlicher. Im Einzelnen:

- **Entzug von Opiaten und Opioiden**

Die Entzugs-Behandlung von Opiat-Abhängigen aus der Drogenszene unterliegt anderen Bedingungen und erzwingt deshalb andere Strategien. In den vorliegenden Ausführungen geht es um die Therapie einer Abhängigkeit von Opiaten/Opioiden, die sich im Rahmen einer ärztlichen Behandlung entwickelt hat. Das sind meist chronische Schmerzen. Denn die können zu einer massiven Opiat-Abhängigkeit mit entsprechender Dosis-Steigerung und ggf. Selbst-Injektionen führen. Hier ist ein ambulanter Entzugs-Versuch meist nicht so erfolgreich.

Andererseits ist bei chronischen Schmerz-Syndromen eine ausreichende Schmerztherapie auf jeden Fall Voraussetzung für den Erfolg eines Opiat-Entzugs. Dafür kommen Schmerzmittel, z. B. nicht-steroidale Antirheumatika, trizyklische Antidepressiva in kleinen Dosen, im Einzelfall auch Krankengymnastik oder Kraftsport infrage. Das erzwingt eine enge Zusammenarbeit mit einer schmerztherapeutischen Spezial-Einrichtung.

Überflüssig zu erwähnen: Bei schweren Krebs-Schmerzen oder sonstigen Schmerz-Ursachen führt auch eine indikations-gerechte Opiat-Therapie notgedrungen zur Toleranz-Entwicklung und damit zu Entzugserscheinungen bei nachlassender Wirkung. Doch von einer Opiat-Abhängigkeit im eigentlichen Sinne kann man dann nicht mehr sprechen. Deshalb wäre ein Opiat-Entzug hier auch nicht sinnvoll, ja kontra-indiziert (also gerade das Gegenteil einer zweckmäßigen Heilanzeige).

Denn die durch regelmäßige Opiat-Einnahme entstehende körperliche Gewöhnung stellt gegenüber der chronischen schweren Schmerz-Symptomatik ein zu vernachlässigendes Problem dar, geben die Experten zu bedenken. Einer Toleranz-Entwicklung wird in diesem Fall durch Dosis-Erhöhung begegnet. Im Einzelfall gelten die Regeln der Algesiologie (spezialisiertes Teilgebiet der Medizin, das sich mit

dem Schmerz, seinen Ursachen und der gezielten Therapie dazu befasst): Dosis-Erhöhung, Umstellung auf ein wirksameres Opioid, die Kombination mit anderen Schmerzmitteln u. a.

Einige Opioide wie Codein, Tramadol oder Tilidin werden gelegentlich auch zu „Entspannungszwecken“ eingesetzt bzw. missbraucht. Hier kann u. U. ein ambulanter Entzug versucht werden, vor allem wenn der Betreffende eine ausreichende Compliance (Therapietreue) zeigt und sozial gut integriert ist. Der reine Opiat-Entzug ist jedoch – entgegen landläufiger Vorstellung – zwar unangenehm, aber nicht lebensgefährlich. Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel.

Bei Abhängigkeit von Heroin, besonders wenn noch andere legale (also Medikamente) oder illegale Drogen (Rauschgiftarten) hinzukommen, ist in der Regel aber ein stationärer Entzug unumgänglich.

- **Entzug von Beruhigungs- und Schlafmitteln vom Typ der Benzodiazepine**

Die Abhängigkeitsgefahr durch Beruhigungs- und Schlafmittel vom Typ der Benzodiazepine liegt schon rein statistisch, also quantitativ an der Spitze des Medikamenten-Problems. Deshalb auch die ausführliche Darstellung in den vorangegangenen Kapiteln. Nachfolgend das Gleiche bei den konkreten Entzugs-Hinweisen.

Bereits nach wenigen Wochen Benzodiazepin-Einnahme in therapeutischer Dosis können sich Entzugs-Erscheinungen entwickeln, meist in Form von innerer Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, gesteigerter Erregbarkeit, Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit u. a. Warum? Eigentlich wäre bei der jetzt zu erwartenden Toleranz-Entwicklung eine Dosis-Steigerung fällig. Doch dazu erklären sich viele nicht bereit, haben sie doch zuvor schon eine ungewisse Angst vor drohender Abhängigkeit. Schließlich steht es schon im Beipackzettel und ist auch sonst überall zu lesen und zu hören.

Viel häufiger aber erklärt man sich dieses plötzliche Wieder-Ausbrechen (Fachbegriff: Rebound) alter Beschwerden als fortbestehende, leidvoll bekannte Störung (Angst-Erkrankung, Überforderungs- und Erschöpfungs-Syndrom, stressbedingte Schlafstörung u. a.). Wer also jetzt zur Eigen-Initiative greift und die Dosis erhöht, hat zwar ein schlechtes Gewissen – aber erst mal auch Erfolg. Leider gerät er aber damit in einen Teufelskreis. Wer das Phänomen jedoch als Rebound-Erscheinung erkennt bzw. anerkennt, kann durch ärztlich geleitetes stufenweises Absetzen das Problem langsam in den Griff bekommen (mit Betonung auf „langsam“). Außerdem schwierig, mühsam bis ggf. qualvoll, kurz: einen nicht geringen Preis bezahlend (s. u.).

Schwieriger wird der Entzug aber auf jeden Fall nach einer jahrelangen (nicht selten sogar jahrzehnte-langen) Medikamenten-Abhängigkeit. Dies findet sich vor allem bei älteren Patienten, insbesondere weiblichen Geschlechts. Eine besondere Situation ist die Verordnung von psychotropen Substanzen generell an Patienten in Alten- und Pflegeheimen sowie in der häuslichen Pflege. Häufig wird der Arzt vom Pflegepersonal, von pflegenden (und inzwischen erschöpften) Angehörigen oder

von Mitarbeitern der Sozialstation aufgefordert, eine nächtliche Unruhe, vor allem aber die Umkehrung des Schlaf-Wach-Rhythmus („tags dösiger, nachts umhergeistern!“) medikamentös zu behandeln – und zwar ausreichend. Auch dadurch kann die Einnahme über einen ansonsten erstaunlichen, wenn nicht gar unfassbaren Zeitraum gebahnt werden.

Das Ergebnis kann man sich denken: ein Teufelskreis mit neuen Symptomen wie Verwirrtheit, Tagesmüdigkeit, Schluckbeschwerden, Muskelschwäche und damit Sturzgefahr, Blasenentleerungs-Störungen, Verstopfung u. a. Hier kann nur ein ständig kritisch kontrollierter Medikamenten-Plan von diesem so häufigen Irrweg abhalten.

Häufig irritiert aber auch das, was man eine Niedrig-Dosis-Abhängigkeit nennt. Einzelheiten siehe die entsprechenden Ausführungen im Benzodiazepin-Kapitel. Die Dosis erscheint(!) also durchgehend als gering, was bei Langzeit-Konsum für den Patienten trotzdem seine Folgen haben kann (z. B. „ständig wie hinter einer Glaswand“). Die Wahrheit kommt meist erst dann heraus, wenn auch die gleichbleibend niedrige Dosis abgesetzt wird: Entzugserscheinungen. Wie geht man nun konkret vor? Dazu einige fach-spezifische Hinweise, die aber trotzdem angeführt werden und die man sich im Bedarfsfalle von seinem Arzt erklären lassen soll:

- Der Entzug im Rahmen einer *Niedrig-Dosis-Abhängigkeit* kann ambulant durchgeführt werden, wenn die tägliche Einnahme nicht mehr als das Doppelte der üblichen Tagesdosis des missbrauchten Medikamentes betragen hat (Leitfaden für die ärztliche Praxis: *Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit*).

Bei Langzeit-Einnahme von hochpotenten oder kurz wirksamen Benzodiazepinen empfiehlt sich die Umstellung auf die entsprechende Dosis eines mittellang oder lang wirksamen Benzodiazepins wie Clonazepam, Oxazepam oder Diazepam.

Die Dosis wird über Wochen bis Monate reduziert: Anfangs in größeren Schritten, später in kleineren (z. B. jeweils Halbierung des vorherigen Dosis). Dauer und Stärke der Entzugs-Beschwerden hängen von der Dauer der Abhängigkeit, der eingenommenen Dosis, der Halbwertszeit des Mittels (je kürzer, desto schwerer der Entzug), dem Allgemeinzustand des Patienten, d. h. seiner seelischen und körperlichen Verfassung sowie der notwendigen psychosozialen Unterstützung durch sein näheres und weiteres Umfeld ab.

Als sinnvoll wird eine Entzugs-Dauer von 6 bis 10 Wochen genannt, eine recht lange Belastungs-Zeit, das wissen, das spüren, das ahnen die Betroffenen. Bei langjährig Abhängigen kann der Entzug aber noch viel länger dauern, manchmal bis zu einem Jahr und mehr.

Bei höheren Dosierungen oder ohnehin bisher schon mehrfacher täglicher Tabletten-Einnahme sollte die Dosis über den Tag verteilt werden. Damit lassen sich die Schwankungen im Blutspiegel halbwegs niedrig halten. Bei kleineren Dosierungen kann auch eine einmalige Gabe sinnvoll sein. Die Reduktions-Schritte pflegen am

Anfang größer, im weiteren Verlauf dann aber immer langsamer und kleiner zu sein. Jedenfalls hat sich diese Strategie bewährt. Denn zu schnelles „Runter-Dosieren“ kann mit lästigen Entzugs-Erscheinungen bezahlt werden, was vor allem die Motivation untergräbt. Und wenn das Ganze sich zu lange hinzieht, dann droht den Patienten bisweilen die Kraft auszugehen, zumindest aber die notwendige Motivation schaden zu nehmen. Deshalb pflegt man in manchen Expertenkreisen auch einen Entzug zwischen 3 Wochen und 4 Monaten zu empfehlen.

Arzt und Patient müssen wissen: Solange „runter-dosiert“ wird, können immer wieder Entzugserscheinungen auftreten. Bei starken Beschwerden sollten die Reduzierungs-Schritte entsprechend modifiziert werden. Gleichzeitiger Alkohol-Konsum oder die zusätzliche Belastung durch eine Depression oder Angststörung sowie eine Vorgeschichte mit anderen Suchtformen (früher Alkohol oder Heroin) erschweren natürlich das Leidenbild.

Noch einmal: Umstellung auf ein mittel- oder langwirksames Benzodiazepin, schrittweise Dosis-Reduktion, Information über Entzugserscheinungen und die zu erwartende Entzugs-Dauer.

- Der Entzug bei *Hoch-Dosis-Abhängigkeit oder kombinierter Abhängigkeit von Benzodiazepinen und Alkohol* sollte grundsätzlich stationär, und zwar in einer dafür spezialisierten Einrichtung vorgenommen werden (in der Regel einer psychiatrischen Klinik mit Spezial-Abteilung). Auch hier wird erst auf die entsprechende (Äquivalenz-)Dosis des verwendeten Medikaments umgestellt (also Diazepam oder Oxazepam). Dann wird „runter-dosiert“ (Fachbegriff: abdosiert).

Das Beschwerdebild kann ggf. mit dämpfenden trizyklischen Antidepressiva erleichtert werden. Bei Gefahr eines großen generalisierten Krampfanfalls (was ohnehin eine sofortige stationäre Einweisung nahe legt) werden Antikonvulsiva (Antiepileptika, z. B. Oxcarbazepin) eingesetzt. Nicht zu vergessen die psychologische Unterstützung (siehe Kasten).

Und nochmals wichtig: stationärer Entzug in einer Spezial-Einrichtung, Umstellung auf ein mittel- oder langwirksames Benzodiazepin, begleitende Medikamente gegen eventuell auftretende Entzugs-Komplikationen.

Praktische Tipps zur Entzugs-Strategie bei Benzodiazepin-Abhängigkeit

Benzodiazepine ambulant nie abrupt absetzen, auch wenn es immer wieder praktiziert wird und mitunter sogar mehr oder weniger tragbar vorübergeht. Erträglicher ist das langsame Ausschleichen mit psychotherapeutischer und ggf. medikamentöser Unterstützung.

Die Basis ist eine vorbehaltlose Aufklärung über die seelischen, psychosozialen und körperlichen Entzugerscheinungen - aber auch über die Konsequenzen beim Scheitern dieses Entzugs und damit drohendem Langzeitkonsum.

Die Angehörigen sollten zur Mitarbeit motiviert und ebenfalls aufgeklärt werden, zumal sich die Folgen einer Entziehungsbehandlung am nachhaltigsten im engeren Familienkreis äußern. Auch kann man manche Angehörige durchaus zu hilfreichen Co-Therapeuten anlernen.

Wichtig ist ein gemeinsam erstellter schriftlicher(!) Therapieplan mit ständig aktualisierten Dosis- und Zeitangaben. Rein mündliche Abmachungen kranken grundsätzlich an unterschiedlichen Interpretationen durch Arzt und Patient, was bei den zu erwartenden Abstinenzsymptomen durchaus verständlich ist.

Da man Tabletten, Dragees, Kapseln und selbst Bruchrillentabletten für eine Dosisreduktion nicht optimal verkleinern kann, sollte man auf eine flüssige Darreichungsform umsetzen. Das ist bei einigen Benzodiazepinen kein Problem. Danach wird die Dosis langsam reduziert, zuerst unterstützt durch psychotherapeutische und psychagogische Maßnahmen seitens Arzt (und Angehörigen); später, wenn sich die Entzugerscheinungen immer lästiger bis quälender bemerkbar machen, durch die zusätzliche Gabe eines niederpotenten Neuroleptikums oder - inzwischen häufiger empfohlen - sedierenden Antidepressivums, je nach Entzugssymptomatik. Dabei werden die - ja nicht süchtig machenden - Neuroleptika/Antidepressiva in dem Maße aufdosiert, wie das Benzodiazepin-Präparat ausgeschlichen werden muss.

Am Schluss bleibt eine gewisse Erhaltungsdosis von Neuroleptikum/Antidepressivum über eine durchaus mittelfristige bis längere Zeit bestehen, um die psychosoziale Stabilisierung des Patienten nicht zu gefährden und somit nicht eine Rückfallgefahr zu provozieren.

Auch sollen während dieser Zeit zusätzliche Belastungen vermieden und vor allem keine weiteren Entzugswünsche (z. B. gleich auch noch Rauchen, Alkohol oder Übergewicht) ins Auge gefasst werden. Dafür empfehlen sich zusätzlich ballast- und vitaminreiche Kost, ggf. physikalische Behandlungsmaßnahmen (Bürstenmassagen, Wechselduschen, Sauna) sowie vor allem tägliche körperliche Aktivität („Gesundmarsch“, Fahrradfahren, Schwimmen, Langlauf, Gymnastik, Turnen Tanz, Gartenarbeit usw. - allerdings ohne schädigenden Ehrgeiz).

Schließlich kann auch das Neuroleptikum/Antidepressivum langsam ausgeschlichen werden (Vorsicht: keine abrupten Absetzversuche, die zwar keine Entzugssymptome, wohl aber genauso lästige Absetzbeschwerden auslösen können). Sobald als möglich auch nichtmedikamentöse Entspannungsverfahren lernen lassen (Autogenes Training, Yoga - wobei allerdings der alte Erfahrungssatz zu bedenken ist: Entspannungsverfahren lernen *bevor* man sie braucht!).

Werden später wieder entspannende, angstlösende und schlafanstoßende Medikamente in entsprechenden Situationen gefordert, dann auf keinen Fall mehr Beruhigungs- oder Schlafmittel vom Typ der Benzodiazepine einsetzen, sondern den gleichen Effekt mit niederpotenten Neuroleptika, ggf. Antidepressiva oder - falls ausreichend - mit psychotropen Pflanzenmitteln zu erreichen suchen. Letztere müssen jedoch ausreichend hoch dosiert und lang genug genommen werden.

Schussfolgernde Aspekte

Die Entwicklung von Benzodiazepinen für verschiedene Heilanzeigen vor mehr als einem halben Jahrhundert war ein Glücksfall. Wer nur die Nachteile im Auge hat, kann sich zwar der „derzeit öffentlichen Zustimmung“ sicher sein, bei der Frage nach wirkungsvollen und problemlosen Alternativen aber wird er passen müssen, vor allem wenn er in der täglichen praktischen Arbeit steht. Insbesondere in der Behandlung akuter Beschwerden gelten Benzodiazepine als unverzichtbare Medikamente, die auch sehr gut vertragen werden, vor allem anfangs.

Ist man zu einer Langzeit-Anwendung gezwungen, sind entsprechende Vorsichtsmaßnahmen und Einbußen zu bedenken, vor allem eine relativ unvermeidbare Suchtgefahr. Dies gilt insbesondere für die sedierenden (dämpfenden), hypnotischen (schlaf-anstoßenden) und psychomotorischen Effekte (den Bewegungsapparat betreffend).

Schwieriger wird schon die Frage, wie man die anxiolytische (angstlösende) Wirkung der Benzodiazepine beurteilen soll, vor allem wenn man an die oft lebenslangen Angststörungen denkt. Glücklicherweise bieten sich hier die so genannten SSRI-Antidepressiva als wirkungsvolle und nicht-süchtigmachende Alternativen an.

In der Regel wird die Einnahme-Dauer bei den verschiedenen Heilanzeigen auf 4, maximal 8 Wochen veranschlagt. Doch in mehr als der Hälfte aller Patienten, die Benzodiazepine verordnet bekommen, sind es mehr. Die meisten davon kommen auch mit sehr niedrigen Dosierungen aus bzw. nehmen diese Arzneimittel nur bei Bedarf. Einige stoßen dabei bei ihren Ärzten auf Verständnis, andere weniger – und lassen sich ihre Rezepte von verschiedenen Ärzten ausstellen. In einer wachsenden Zahl (offenbar zunehmende Dunkelziffer, wie man das nennt) verordnen immer mehr Ärzte Benzodiazepine auf Privat Rezept. Das hat nachvollziehbare Gründe, löst aber nicht das ggf. drohende Abhängigkeits-Problem.

Und das macht sich so oder so bemerkbar. Denn der Organismus gewöhnt sich an die erhaltene Dosis und fordert eine „Angleichung“, d. h. eine Dosis-Erhöhung. Erhält er sie nicht, gerät er erst einmal in so genannte „relative Entzugserscheinungen“, ein verwirrend vielschichtiges Phänomen. Warum? Weil es dem alten, scheinbar längst ausgestandenen, weil gut therapierten Beschwerdebild ähnelt, oder kurz: eine langsame und immer unerträglich werdende Verstärkung des ursprünglichen Leidens.

Das ist einerseits nicht auszuschließen, denn – wie erwähnt – die ursprüngliche Dosis reicht ja nicht mehr. Andererseits finden sich auch neue, ungewöhnliche, bisher jedenfalls noch nie registrierte Symptome. Das sind nicht nur die Stimmungsschwankungen (die auch innerhalb eines Tages mehrfach beeinträchtigen können) sowie Schlafstörungen, sondern eine veränderte Körper-Wahrnehmung mit eigenartigen Missempfindungen, auch in anderen Sinnes-Bereichen (siehe das entsprechende Kapitel in diesen Ausführungen).

Wenn hier nicht aus der Sicht des Organismus „endlich die Dosis angepasst wird“, dann drohen im weiteren Verlauf der sich jetzt festigenden Abhängigkeit Beschwerden, die früher ebenfalls unbekannt waren. Gemeint ist ein Nachlassen der körperlichen Aktivität, eine Art dauerhafte und zunehmende Mattigkeit, Energielosigkeit, Schwunglosigkeit, dazu unangenehme Merk- und Konzentrationsstörungen, ja eine peinliche Vergesslichkeit sowie das, was die Experten eine „affektive Indifferenz“ nennen, auf Deutsch: keine selbst-erarbeitete Gelassenheit, sondern chemische Gleichgültigkeit, ja „Wurstigkeit“.

Das alles würde in jüngeren und mittleren Jahren die Alarmglocken schrillen lassen. Da aber viele Benzodiazepin-Konsumenten höheren Alters sind, wird dies auch dem Alter zugeschoben. Dabei kann sowohl das eine als auch andere eine Rolle spielen, beides zusammen auf jeden Fall sich wechselseitig verstärkend.

Wenn nichts geschieht, dann treten jetzt relativ typische Sucht-Erscheinungen auf, wie sie in dem entsprechenden Kapitel als End-Phase geschildert werden. Das führt auch zu einer verhängnisvollen Resignation, zu Rückzug und Isolationsgefahr („es ist ohnehin alles umsonst bzw. zu spät“). Das aber ist ein verhängnisvoller Irrtum, wie so mancher zuvor.

Wer die Entziehung schafft, hat zwar „die Hölle durchlaufen“, wie es nicht wenige Patienten nennen, auf jeden Fall wird er von niemand dafür beneidet. Bewundern aber könnte man sie schon, denn der erfolgreiche Entzug von Benzodiazepinen ist eine gewaltige Leistung, auch wenn sich das ein Außenstehender kaum vorstellen kann. Und belohnt wird es außerdem von einem sich dann doch langsam sich erholenden Organismus mit allen früheren Funktionen, seien sie körperlicher, seelischer oder geistiger Natur. Vielleicht ist es nicht mehr jene Ausgangsbasis, die man sich erträumt hat. Wenn man aber die „normalen“ Einbußen, vor allem im Rückbildungs-Alter eingerechnet, dann kann man eigentlich mit dem Erreichten zufrieden sein.

- **Entzug von Clomethiazol**

Clomethiazol ist noch immer ein unverzichtbares Medikament für verschiedene Heilanzeigen (siehe das entsprechende Kapitel). Eine davon ist die Delir-Gefahr im Rahmen des Alkoholismus und bestimmten Medikamenten. Da gilt es dann verschiedene Risiken im Auge zu behalten.

Darüber hinaus kann es selber abhängig machen, wobei dann sein Entzug äußerst schwer ausfallen kann, beispielsweise mit Krampfanfällen und einem eigenen Delir. Man sieht, wie kompliziert manches ineinander verwoben ist. Aus diesem Grund soll der Entzug aber auf jeden Fall stationär erfolgen und u. U. unter dem Schutz eines Antikonvulsivums (Antiepileptikums) stehen.

- **Entzug von Benzodiazepin-Analoga**

Zu den *Benzodiazepin-Analoga* zählen vor allem die drei modernen Schlafmittel Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon. Einzelheiten siehe das entsprechende Kapitel. Eigentlich hatte man sich erhofft, damit nicht neue Probleme zu schaffen, doch die Hoffnung scheint zu trügen. Nach ihrem Absetzen entsteht bei hoch dosiertem und lang-anhaltendem(!) Gebrauch bisweilen ein benzodiazepin-ähnliches Entzugs-Syndrom mit Schlaflosigkeit und Angst. Also muss man hier im Wesentlichen denselben Weg gehen wie bei der Benzodiazepin-Abhängigkeit, d. h. auf ein mittel- bis langwirksames Benzodiazepin umstellen und kontrolliert herunter dosieren.

- **Entzug von Misch-Analgetika**

Bei den *Misch-Analgetika* handelt es sich um eine Kombination aus zwei oder gar mehreren Substanzen, wobei häufig Coffein zugesetzt wird. Ursache ist oft ein zermürbender, dumpf-diffuser, helm- oder ringartig quälender Langzeit-Kopfschmerz, aber auch Migräne-Attacken. Die Betroffenen halten es schließlich nicht mehr aus, sie nehmen etwas, meist eben ein Misch-Analgetikum – und fühlen sich danach nicht mehr so müde, abgeschlagen, zermürbt.

Dies ist der Wirk-Anteil des Coffeins. Und der bahnt den Abusus oder gar die Abhängigkeit. Daraus ergibt sich dann ein Teufelskreis. Unter diesem Aspekt ist eine ambulante, ja sogar stationäre neurologisch-psychiatrische Behandlung mitunter nicht zu umgehen, besonders nach dem ein- oder mehrfachen Scheitern eines ambulanten Behandlungsversuchs. Dann sollte man aber möglichst eine spezialisierte Institution aufsuchen, nämlich eine Schmerz-Klinik oder noch spezifischer: Kopfschmerz-Klinik, ggf. auch eine psychiatrische Sucht-Station mit Erfahrung bei Misch-Analgetika-Missbrauchern – wie die Experten mahnen (siehe auch die Homepage der Deutschen Kopfschmerzgesellschaft: www.dmkkg.de).

- **Entzug von Psychostimulanzien**

Bei den *Psychostimulanzien* handelt es sich entweder um ein Problem im Rahmen eines Rauschgift-Missbrauchs, wenn vor allem stärkere Amphetamine bzw. amphetamin-ähnliche Substanzen konsumiert wurden. Dann gehört dieses Thema in die Hand der Rauschgift-Experten.

Handelt es sich jedoch um die Behandlung eines ADHS-Patienten mit Methylphenidat unter fachärztlicher Kontrolle, dann darf man nach bisheriger Erfahrung davon ausgehen, dass diese Kontrolle zwar weiterhin sorgfältig einzuhalten ist, doch ernstere Schwierigkeiten dürften sich daraus nicht ergeben, auch beim kontrollierten Absetzen. Wie sich das allerdings beim offenbar zunehmenden Missbrauch von Methylphenidat in so genannten „intellektuellen Leistungs-Kreisen“ auswirken mag, bleibt vorerst offen. Falls eine Entzugs-Behandlung erforderlich ist, halten sich die Probleme in meist ertragbaren Grenzen, weil Psychostimulanzien allenfalls eine psychische, aber keine körperliche Abhängigkeit provozieren.

DAS SUCHTBEHANDLUNGS-SYSTEM MIT ENTZUG, ENTWÖHNUNG UND NACHSORGE

Ziel einer Entzugs-/Entgiftungs-Behandlung ist die körperliche Voraussetzung für weitergehende therapeutische Maßnahmen. Dazu gehört u. U. eine medikamentöse Behandlung gegen die jeweils spezifischen Entzugs-Erscheinungen. Dies sollte in der sucht-medizinischen Abteilung einer psychiatrischen Klinik oder in einer spezialisierten Abteilung eines Akut-Krankenhauses erfolgen. Die Dauer des klinischen Entzugs hängt von der Art und Dosis der missbrauchten Substanz ab und dauert im Schnitt etwa eine Woche, bisweilen aber auch (deutlich) länger, je nach seelisch-körperlicher Stabilität des Betroffenen. Da Letzteres aber in der Regel eher als labil einzustufen ist (siehe Vorgeschichte und deshalb entgleiste medikamentöse Langzeit-Stützung), pflegen Experten mit Erfahrung hier etwas flexibler zu sein, sofern es die jeweiligen „administrativen Bedingungen erlauben“ (z. B. stationäre Behandlungsdauer).

Neben der körperlichen Entgiftung beginnt dann eine qualifizierte Entzugs-Behandlung durch psychotherapeutische Maßnahmen. Ziel: die Krankheitseinsicht fördern und für eine weiterführende Behandlung motivieren. Das ist in der Regel wieder die Aufgabe einer sucht-medizinischen Abteilung in einer psychiatrischen Klinik oder in spezialisierten Abteilungen anderer Krankenhäuser. Dauer: mindestens 2 Wochen, oftmals länger.

Ziel der Entwöhnungs-Behandlung („medizinische Rehabilitation“) ist der Erhalt einer gefährdeten bzw. die Wiederherstellung einer verloren gegangenen Erwerbsfähigkeit einschließlich Förderung der aktiven Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft. Dies ist auch ambulant möglich, muss aber vorher sorgfältig geklärt werden (s u.). Im Einzelnen:

- *Ambulante Entwöhnungs-Behandlungen* werden in den dafür anerkannten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen durchgeführt (z. B. Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamenten-Abhängige, integrierte Suchtberatungsstellen u. a.). Ambulant ist dann möglich, wenn der Betroffene auch schwierige Zeiten durchzustehen vermag, ohne auf seine „alt-bewährte“ Bewältigungsstrategie mittels Medikamenten-Missbrauch zurückgreifen zu müssen. Die Therapeuten sind sucht-

therapeutisch qualifizierte Fachkräfte in Einzel- und Gruppentherapie. Die Behandlungsdauer beträgt bis zu 12, wenn nicht gar 18 Monate. Während dieser Zeit sollte auch eine Selbsthilfe-Gruppe genutzt werden. In manchen Regionen stehen auch ganztägige ambulante Behandlungsangebote zur Verfügung (so genannte teilstationäre oder tages-klinische Einrichtungen).

- *Stationäre Entwöhnungs-Behandlungen* in entsprechenden Fachkliniken bieten jene qualifizierte Therapiekonzepte an, die sich nicht nach zeitlichen oder sonstigen einschränkenden Rahmen-Bedingungen richten müssen, wie das im ambulanten Bereich häufig der Fall ist. Dazu folgende Behandlungs-Möglichkeiten, die natürlich zumeist auch ambulant möglich sind, wenn es die erwähnten Bedingungen zulassen. Beispiele: Einzel- und Gruppentherapie, ärztliche Behandlung, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie, Entspannungs- und Musiktherapie, arbeitsbezogene Leistungen u. a. Dafür gibt es allerdings nur wenige Einrichtungen, die sich ausschließlich auf Medikamenten-Abhängige konzentrieren. Deshalb werden die meisten mit anderen Patienten zusammen behandelt, die „an anderen stoffgebundenen Suchterkrankungen leiden“, wie es die Experten nennen (also zumeist Alkohol, aber auch Rauschdrogen). Auch Angehörige können in den Therapie-Verlauf einbezogen werden.

Eine stationäre Entwöhnungstherapie dauert in der Regel 8 bis 16 Wochen.

- Die „*Nachsorge*“ danach kann in einer dafür zugelassenen ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle durchgeführt werden. Sie besteht in wöchentlichen Gruppentherapie-Sitzungen, in denen das erworbene Wissen aufgefrischt und die Abstinenz-Motivation unter alltäglichen Rahmen-Bedingungen stabilisiert bzw. erhalten werden soll. Bewährt hat sich hier die Einbindung in Sucht-Selbsthilfegruppen.

In allen drei Bereichen gibt es natürlich Überschneidungen, Schwerpunkte, Einschränkungen (personell, zeitlich, räumlich u. a.), wechselnde Angebote usf. Deshalb hängt die Entscheidung für das eine oder andere von Kriterien ab, die wiederum im Einzelfall geprüft werden müssen, und zwar sowohl von der Patienten- als auch Therapeuten-Seite.

Kriterien zur Durchführung von ambulanter oder stationärer Rehabilitation

Eine *ambulante Rehabilitations-Maßnahme* ist laut Kostenträgern dann angezeigt, wenn sie Aussicht auf Erfolg hat und eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist. Das ist vor allem dann erfolgsversprechend, wenn der Betroffene über ein stabiles soziales Umfeld verfügt und etwaige Belastungs-Faktoren professionell aufgefangen werden können. Beispiele: stabile Wohnsituation, ausreichende berufliche Integration, Ansprechpartner u. a.

Umgekehrt ist eine *stationäre Maßnahme* dann sinnvoll, wenn der Betreffende aus einem krankheits-auslösenden und -unterhaltenden sozialen Gebiet herausgenommen werden muss. Dies gilt insbesondere für eine fehlende, unzureichende oder ständig wechselnde berufliche Integration.

Bei folgenden Problem-Konstellationen ist eine stationäre Rehabilitations-Maßnahme indiziert (nach dem Leitfaden für die ärztliche Praxis: *Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit*):

- Langjährige chronifizierte Medikamenten-Abhängigkeit
- Der Patient ist chronisch mehrfach beeinträchtigt
- Es liegen co-morbide Störungen vor, wie z. B. chronifizierte Angsterkrankungen, somatoforme Schmerzstörungen (früher als psychosomatisch bezeichnet), Depressionen, schwere Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-, narzisstische oder dissoziale Persönlichkeitsstörungen, Ess-Störungen sowie posttraumatische Belastungsstörung.

SCHLUSSFOLGERUNG

Psychotrope Arzneimittel sind eine relativ schnell erreichbare, leicht konsumierbare und anfangs durchaus effektive Suchtbrücke aus Beziehungs-, Arbeits-, Wohn- oder sonstigen Problemen. Sie hinterlassen weniger Spuren wie Alkohol und Rauschdrogen, sind unauffällig einzunehmen und „nach außen“ gesellschaftlich eher akzeptiert. Außerdem sind es Fachleute, nämlich Ärzte und Apotheker, die die Auswahl treffen und die Einnahme überwachen.

Weshalb soll der Verbraucher bzw. Patient deshalb misstrauisch werden? Doch die Realität sieht anders aus. Die Folgen werden immer schwerwiegender und vor allem immer häufiger – nicht zuletzt im höheren Lebensalter generell und beim weiblichen Geschlecht im Besonderen.

Damit sich diese bedrohliche Entwicklung verlangsamt, müssen Ärzte, Apotheker, Herstellerfirmen und staatliche Stellen auf allen Ebenen zusammenarbeiten. Doch dies hat erfahrungsgemäß seine Grenzen: Konkurrenzdruck, finanzielle Aspekte, beschränkte Kontrollmöglichkeiten usw. Wichtiger ist es deshalb, beim Patienten selber anzusetzen.

So müssen die persönlichen und nicht-medikamentösen Bewältigungshilfen jedes Einzelnen entwickelt und gefördert werden, und zwar individuell unter Berücksichtigung der entsprechenden Stärken und Schwachpunkte: seelisch, geistig, körperlich und psychosozial.

Solche Aktionen beginnen mit Lehr-Angeboten in den Schulen und müssen sich bis an den Arbeitsplatz erstrecken. Ohne die Hilfe der Medien wird es jedoch schwer sein, ein breites Aufklärungs- und Motivations-Angebot zu schaffen und vor allem zu unterhalten. Auch darf man nicht vergessen, dass die Massenmedien auch von der Werbung leben und sich deshalb unter dem derzeitigen Konkurrenzdruck bisweilen – vor allem von der wirtschaftlichen Seite eingeschränkt – nicht so engagiert geben können, wie es die meisten Journalisten gerne möchten. Deshalb wird der Hauptteil der Arbeit bei entsprechenden Institutionen (z. B. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren), bei Krankenkassen, Ärzten, Apothekern, Lehrern usw. liegen.

Von hier aus muss nicht nur Aufklärung, sondern auch eine Art „Gegen-Werbung“ ausgehen, die wenigstens versucht, die verhängnisvollsten Folgen einer Arzneimittelwerbung zu neutralisieren, die in Zukunft an Zahl und psychologischem Raffinement noch zunehmen wird, nach Ansicht warnender Experten bis in diverse nicht-medizinischen Medien-Bereiche (was bisher grenzwertig gehandhabt wird) und vor allem bis in frühe Lebens-Alter hinein. Letzteres gilt als besonders schwerwiegend, weil heimlich und folgenschwer, man kann es sich denken.

Deshalb sind sich auch die meisten Hersteller im Grunde (und im persönlichem Gespräch) ihrer Verantwortung durchaus bewusst; doch entschuldigen sie ihr Vorgehen in der Regel mit dem erwähnten Hinweis, dass ihnen der Konkurrenzdruck keine andere Wahl lasse. Eine bedenkliche Perspektive.

Der Medikamenten-Missbrauch bis hin zur Abhängigkeit wird deshalb zunehmen und eine heimlich dominierende Schädigungs-Position in unserer Zeit und Gesellschaft erringen. Alles, was dagegen *danach* aufgeboten wird, steht auf relativ dünnem Eis, wenn nicht oft genug auf verlorenem Posten. Deshalb gilt es im Vorfeld anzusetzen, und das heißt Aufklärung. Dann wird immer noch ein nicht unerheblicher Rest von Bedürftigen übrig bleiben, die für sich keine andere Wahl als die zwar risikoreiche, aber für sie scheinbar unersetzliche, dauerhafte, zumindest aber langfristige medikamentöse Unterstützung sehen. Doch hier muss man ohnehin diagnostisch und therapeutisch differenzierter vorgehen.

Weit gefährlicher erscheint den Fachleuten der erst einmal bedenkenlose, dann „schön-geredete“ und schließlich verheimlichte Griff zur Tablette, aus welchem zwingenden oder leichtfertigen Grund auch immer. Daraus folgt der größere Anteil medikamenten-abhängiger Menschen in Zukunft. Hier hat die erwähnte Aufklärung ihren besonderen Stellenwert und heilsamen, wenn auch wohl begrenzten Effekt.

ANHANG: BEGRIFFSBESTIMMUNGEN, DEFINITIONEN, KLASSIFIKATIONEN DER SUCHT EINST UND HEUTE

Zum Abschluss dieses Kapitels seien die wichtigsten Begriffe und Definitionen in einer Art historischen Dokumentation vorgestellt, ergänzt durch neuere Empfehlungen, zumal sich gerade auf diesem Gebiet in letzter Zeit viel getan hat, was den Überblick noch mehr erschweren dürfte.

In der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie gibt es praktisch für jedes (häufigere) Krankheitsbild unterschiedliche Ansichten, Definitionen, Klassifikationen u. a., je nach „Schule“, Institution und sogar aus individuellem Blickwinkel. Das ist zwar gelegentlich spannend, erschwert aber den Überblick, ja sogar konkrete Diagnose-Stellung, Differentialdiagnose – und damit mitunter die notwendige spezifische Therapie, Rehabilitation und bereits Prävention.

Bei der „Sucht“ ist es nicht anders, im Gegenteil. Nicht wenige Kritiker des derzeit dominierenden „Leitfaden-Systems“ (s. u.) warnen: Die Diagnose „Sucht“ ist wissenschaftlich nicht ausreichend fundiert, aber gesundheits-politisch hoch bedeutsam. Und weiter: Schon der Begriff „Sucht“ dient vor allem als Instrument im Wettbewerb, wer, was und wie definiert, um nicht zuletzt seine eigenen Ziele durchzusetzen – medizinisch, gesetzlich, wissenschaftlich oder gar moralisch.

So werden auch die derzeit dominierenden ICD-10- oder DSM-IV-Kriterien für ausschließlich stoff-bezogenen „schädlichen Gebrauch“ oder gar „Abhängigkeit“ rein deskriptiv (beschreibend) und ausdrücklich nicht ätiologisch (von der Ursache her) abgeleitet. Das mündet in eine „Verhaltens-Symptom-Auszähl-Diagnostik“, wie die Kritiker beklagen. Dabei wird lediglich festgelegt, nach welchen kennzeichnenden Merkmalen jemand mit problematischem Verhalten beim Stoffkonsum diese Diagnose erhält.

Wie sich das in Zukunft entwickelt, noch beschreibend enger (und damit zugegebenermaßen relativ einfach) oder im Gegenzug eher psychodynamisch-verhaltenstherapeutisch, muss sich erst zeigen. Dabei werden nicht zuletzt wirtschaftliche und gesundheitspolitische Interessen das im Grunde medizinische Krankheits-Phänomen eher erschweren als erleichtern. Daran sollte man beim Studium der nachfolgenden Erläuterungen denken. Im Einzelnen:

- **Drogen**

Der Begriff *Drogen* wurde ursprünglich für Substanzen pflanzlicher Herkunft verwendet. Heute meist im Sinne von Rauschdrogen gebraucht. Drogen sind jedoch nicht nur illegale Rauschmittel, sondern auch legale Substanzen. Unter dem in der englischsprachigen Literatur verwendeten Begriff «drug» versteht man laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) alle Stoffe, Mittel und Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur bestimmte Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern (vor allem im Bereich der Sinnesempfindungen, der Stimmungslage, des Bewusstseins u. a.). Als Drogen gelten also laut WHO nicht nur Rauschdrogen, sondern auch Alkohol, Medikamente (vor allem jene mit psychotroper Wirkung), ferner Tabak usw.

- **Sucht**

Unter Sucht (was nicht von *suchen*, sondern von *siech* = krank abgeleitet wird) verstand man früher ein mehr passives, begierde-mäßiges, zwanghaftes Verhalten, dem das Merkmal einer freien Entscheidungsmöglichkeit fehlt. Dies ist auch ohne Konsum chemischer Substanzen möglich, wobei im Falle einer stoffgebundenen Sucht (z. B. Alkohol, Rauschdrogen, Tabak, Medikamente) noch die von der Substanz abhängigen biologischen Einflüsse zu berücksichtigen sind.

Heute wird der Begriff Sucht vor allem umgangs-sprachlich gebraucht (wobei sich jedoch der Begriff *Suchtkrankheiten* auch in der Medizin bisher noch halten konnte).

- **Süchtigkeit**

Süchtigkeit wurde früher als ein starkes, hemmungsloses Verlangen nach bestimmten Werten oder Scheinwerten beschrieben, das aus der Persönlichkeit heraus das gewöhnliche Maß überschreitet und daher auch zerstörerisch und selbstzerstörerisch wirkt.

Eine Ähnlichkeit zeichnet sich ab bei den Begriffen Hang, Neigung oder Monomanie im Sinne von Arbeitssucht, Putzsucht, Internetsucht, Kaufsucht usf.

Später maß man der Süchtigkeit weitere Bedeutungen bei: 1. als Synonym (bedeutungsgleich) für Sucht, 2. als Bezeichnung für eine süchtige Fehlhaltung, die zur Entwicklung einer Sucht führt, also die allen Süchtigen gemeinsame psychologische Grundlage, 3. als Verlangen nach einem bestimmten Suchtmittel bei schon bestehender Sucht und 4. als Charakteristikum für die eigengesetzliche süchtige Persönlichkeits-Entwicklung. Heute ist der Begriff Süchtigkeit vor allem historisch zu sehen.

- **Missbrauch/schädlicher Gebrauch**

Missbrauch war seit jeher am schwersten zu definieren: Dieser Begriff steht am ehesten für den Umstand, dass eine Sache in einer Weise ge- bzw. damit missbraucht wird, die von dem üblichen Gebrauch bzw. von dem ursprünglich dafür gesetzten Zweck abweicht. Das kann in quantitativer (Menge, Dosis) oder qualitativer Hinsicht geschehen (z. B. Medikamente zur Euphorisierung statt zur Schmerzlinde- rung). Meist handelt es sich um eine Kombination beider Formen.

Später wurde Missbrauch zum einen als Vorstadium der Abhängigkeit bezeichnet. Andererseits muss man bezweifeln, ob Missbrauch ohne Abhängigkeit überhaupt möglich ist. Die WHO erarbeitete mehrere Definitionen. Früher verstand man z. B. unter *Medikamenten-Missbrauch* den andauernden oder gelegentlich übermäßigen

Medikamentengebrauch, der ohne vertretbare ärztliche Begründung geschieht. Da diese Definition jedoch gleichzeitig unangemessene ärztliche Verschreibungen wie auch Selbstmedikationen umfasste, versuchte man später eine erneute Begriffsbestimmung. Dabei unterschied man vier verschiedene Gebrauchsformen: 1. Missbrauch ist unerlaubter Gebrauch, der von der Gesellschaft oder einer sozialen Gruppe nicht gebilligt wird. 2. Missbrauch ist gefährlicher Gebrauch, der für den Konsumenten wahrscheinlich schädliche Folgen haben wird. 3. Missbrauch ist dysfunktionaler Gebrauch, der psychische und soziale Anforderungen beeinträchtigt und 4. Missbrauch ist schädlicher Gebrauch, der beim Konsumenten manifeste Schäden (bis zur Krankheit) hervorgerufen hat.

1991 wurde der Begriff Missbrauch in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durch den Begriff „*schädlicher Gebrauch*“ ersetzt. Er wird jedoch weiterhin im US-amerikanischen Klassifikationssystem DSM-IV-TR benutzt und bezieht in dieser Kategorie auch die durch den Gebrauch hervorgerufenen sozialen Probleme in die Definition mit ein (s. o.).

Missbrauch bzw. schädlicher Gebrauch von Sedativa/Hypnotika (Beruhigungs- und Schlafmittel) bezeichnet ein entsprechendes Konsum-Muster, das zu einer körperlichen oder seelischen Gesundheitsschädigung führt, z. B.

- Amnestische Störungen (Erinnerungsstörungen), die bei Benzodiazepin-Konsumenten (wichtigste Substanzgruppe für Beruhigungsmittel/Tranquilizer, aber auch eine Reihe von Schlafmitteln) vor allem unter hohen Dosen und bei schnell resorbierbaren Substanzen vorkommen
- Verhaltensstörungen in Kombination mit Alkohol (auch in kleinen Mengen)
- Zunahme von Angst- und/oder Schlafstörungen unter der Medikation (Arzneimittel-Einnahme)
- Dosis-Steigerung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit für schwerwiegende Folgen
- Psycho-motorische (seelisch-körperliche) Behinderungen im Umgang mit Maschinen, mit Zunahme von Straßenverkehrs-Unfällen, häuslichen Unfällen und Frakturen (Knochenbrüchen), vor allem bei älteren Menschen und bei Verwendung lang wirksamer Substanzen.

Der isoliert schädliche Gebrauch (ohne gleichzeitige Abhängigkeit) ist beim Medikamenten-Konsum selten und führt noch seltener zum Behandlungs-Wunsch. Missbrauch von Sedativa und Hypnotika in diesem Sinne kommt deshalb vor allem bei Abhängigen von illegalen Rauschdrogen im Rahmen eine Polytoxikomanie (Mehrfach-Abhängigkeit) vor.

- **Abhängigkeit**

Da der Begriff *Sucht* unscharf ist, empfahl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihn schon sehr früh im Bereich der chemisch definierten Substanzen durch *Abhängigkeit* zu ersetzen. Dabei unterschied man zwischen 1. psychischer (seelischer) und 2. physischer (körperlicher) Abhängigkeit. Im Einzelnen:

- **Psychische (seelische) Abhängigkeit:** Ausgeprägtes (massives, unabweisbares) Verlangen nach ständiger oder periodischer (regelmäßig wiederkehrender), auch episodischer (gelegentlicher) Einnahme eines Wirkstoffes, um dessen psychotrope Wirkung (auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben) zu erfahren („Gier“, unstillbares Verlangen).

Im Laufe der Zeit werden diesem unabweisbaren Verlangen alle anderen seelischen und geistigen Kräfte unterstellt. Es geht nur noch um Beschaffung, Einnahme und Verheimlichung. Folge: Verhaltensauffälligkeiten und soziale Isolation. Kennzeichnend ist der Kontrollverlust (s. u.) gegenüber dem verwendeten Wirkstoff.

Häufig sind auch Phänomene wie ständiger Arztwechsel („doctor shopping“), klagendes Verhalten und die Produktion immer neuer körperlicher und seelischer Symptome, um z. B. bei Medikamenten an den gewünschten Wirkstoff zu kommen (Fachausdruck: „drug seeking behaviour“).

Eine psychische Abhängigkeit kann sich langsam (z. B. Opiate, morphinhaltige Schmerzmittel) entwickeln. Die psychische Abhängigkeit kann die physische weit überdauern, auch nach erfolgreichem körperlichem Entzug. Das macht sie gefährlicher, als allgemein eingestuft (Rückfallgefahr).

- **Physische (körperliche) Abhängigkeit** ist charakterisiert durch Entzugserscheinungen (Abstinenzsymptome) nach Absetzen oder auch nur Dosisreduktion eines entsprechenden Wirkstoffes (s. u.). Der Organismus hat sich an die ständige Anwesenheit der entsprechenden Substanz gewöhnt und reagiert bei seinem plötzlichen Fehlen mit Entzugserscheinungen. Es handelt sich also um ein biologisches Geschehen, bei dem psychologische Aspekte keine wesentliche Rolle spielen.

Die Entzugserscheinungen verschwinden nach (ausreichender) erneuter Dosierung aus der gleichen (gelegentlich auch ähnlichen) Stoffklasse.

Die Weltgesundheitsorganisation unterschied dann folgende Gruppen von Substanzen, die eine physische Abhängigkeit hervorrufen können: Morphin und Opioide. Barbiturate und Alkohol. Kokain. Cannabis (Haschisch/Marihuana). Amphetamine. Khat. Halluzinogene (z. B. LSD).

Später kamen noch die spezifischen Opiat-Antagonisten und die Schnüffelstoffe (organische Lösungsmittel) dazu, die zumeist dem Alkohol-Barbiturat-Typ zuge-

rechnet wurden. Benzodiazepine wurden wie Nikotin und Coffein erst einmal nicht genannt.

Die physische Abhängigkeit entwickelt sich bei einigen Medikamenten sehr schnell (z. B. Barbiturate), meist jedoch in Abhängigkeit von Dosishöhe und Einnahmedauer. Ein relativ spät erkanntes Phänomen ist die so genannte Niedrig-Dosis-Abhängigkeit bei Benzodiazepinen (Abhängigkeit trotz gleichbleibend niedriger Dosis).

Abhängigkeits-Syndrom nach ICD-10

Heute spricht man bei der ICD-10 der WHO (s. Literatur) von einem Abhängigkeits-Syndrom dann, wenn in einem Zeitraum von 12 Monaten drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Es besteht ein starker Wunsch bzw. Zwang, die psychotrope Substanz zu konsumieren.
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit im Umgang mit der Substanz.
- Beim Absetzen der Substanz tritt ein körperliches Entzugssyndrom auf.
- Es hat eine Toleranz-Entwicklung (s. u.) stattgefunden.
- Soziale und berufliche Aktivitäten werden anhaltend vernachlässigt.
- Der Substanzgebrauch wird trotz eindeutiger Schädigung fortgesetzt, worüber sich der Konsument im Klaren ist.
- Auch niedrige Dosierungen können bereits zu einer Abhängigkeit führen. Gesicherte Gefahren-Grenzwerte existieren jedoch nicht; allerdings ist die Grenze zwischen einer kurzfristigen, zweckgerichteten Befindlichkeits-Manipulation (ruhiger - gelassener - „besser drauf“) und einem abhängigkeits-relevanten Konsum-Muster schnell überschritten.

Weitere konkrete Abhängigkeits-Hinweise siehe später.

WEITERE SUCHTBEGRIFFE

• Toleranz

Unter *Toleranz* versteht man Anpassung und Gewöhnung des Körpers an die ständige Anwesenheit einer Substanz (wichtiger Aspekt der physischen, der körperlichen Abhängigkeit). Die Toleranzentwicklung (früher auch Gewöhnung genannt) besagt:

Um gleich bleibende Wirk-Effekte zu erzielen, muss die Dosis fortlaufend gesteigert werden. Toleranz ist - je nach Wirkstoff - schneller (z. B. Opioide, Barbiturate) oder langsamer (z. B. Alkohol, Nikotin) zu erwarten. Nach längerer Abstinenz bildet sie sich wieder langsam zurück. Bei der erneuten Einnahme der vorher verwendeten Substanz kann es zu bedrohlichen Überdosierungs-Erscheinungen kommen, wenn

auf die zuletzt eingesetzte Dosis zurückgegriffen wird. Zu den Begriffen selektive Toleranz und Kreuztoleranz s. u.

- Als **selektive Toleranz** bezeichnet man das Phänomen, dass sich die Toleranz einer Substanz nicht auf alle Wirkungskomponenten in gleicher Ausprägung und Geschwindigkeit erstrecken muss. Beispiele: Bei Benzodiazepinen (Beruhigungs- und Schlafmittel) ist die Toleranz gegenüber der Sedierung (Beruhigung, Dämpfung) rascher als gegenüber der antiepileptischen Wirkung (bei epileptischen Krampfanfällen) zu erwarten. Wer also auf ein gewisses Sedierungs-Niveau („chemische Gelassenheit“) angewiesen ist, muss die Dosis schneller erhöhen als zur Aufrechterhaltung eines befriedigenden Krampfschutzes.
- Als **Kreuztoleranz** bezeichnet man die Toleranz gegenüber anderen Stoffen aus der gleichen Substanzklasse.

- **Abhängigkeitspotential**

Abhängigkeitspotential, auch als Missbrauchs- oder Suchtpotential bezeichnet, ist ein vor allem im experimentellen Bereich verwendeter Fachbegriff ohne allseits anerkannte Begriffsbestimmung. In der Regel versteht man darunter die Wahrscheinlichkeit, mit der sich eine psychische Bindung unter der Einnahme einer Substanz entwickeln kann. Bestimmende Faktoren sind – in Fachbegriffen ausgedrückt – Resorptions- und Anflutungsgeschwindigkeit. Das Abhängigkeitspotential wird umso größer, je schneller eine Substanz im Zentralen Nervensystem wirksam und je rascher sie wieder eliminiert (ausgeschieden) wird, so dass subjektiv deutlich spürbare Entzugserscheinungen ausgelöst werden, die nach umgehend neuer Stoffzufuhr verlangen.

NEUERE ABHÄNGIGKEITS-DEFINITIONEN

Zu den neueren Definitionen von Missbrauch und Abhängigkeit gehören jene des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-III-R / DSM-IV-TR) der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) sowie der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) in 10. Revision der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Im Einzelnen:

1. DSM-III-R / DSM-IV-TR

Substanzabhängigkeit nach DSM-III-R / DSM-IV-TR ist charakterisiert durch einen Komplex kognitiver, verhaltensspezifischer und körperlicher Symptome, die eine herabgesetzte Kontrolle über den Missbrauch psychotroper Substanzen anzeigen und auf einen fortgesetzten Missbrauch der Substanz trotz negativer Auswirkung hinweisen. Die Symptome des Abhängigkeitssyndroms schließen die körperlichen Symptome von Toleranz und Entzug ein, sind aber nicht darauf beschränkt.

Diagnostische Kriterien der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen nach DSM-III-R / DSM-IV-TR sind:

- A) Wenigstens drei der neun Leitsymptome von Abhängigkeit sind erforderlich, um die Diagnose Substanzabhängigkeit zu stellen:
- (1) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
 - (2) Anhaltender Wunsch oder ein oder mehrere erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
 - (3) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z. B. Diebstahl), sie zu sich zu nehmen (z. B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
 - (4) Häufiges Auftreten von Intoxikations- oder Entzugssymptomen, wenn eigentlich die Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule und zu Hause erwartet wird (geht nicht zur Arbeit wegen eines Katers, erscheint „high“ in der Schule oder bei der Arbeit, ist intoxikiert, während er auf seine Kinder aufpasst) oder wenn die Einnahme einer Substanz zur körperlichen Gefährdung führt (z. B. Alkohol am Steuer).
 - (5) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
 - (6) Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden sozialen, psychischen oder körperlichen Problems, das durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde (z. B. fortgesetzter Heroin-Missbrauch trotz Vorwürfen seitens der Familie, kokaininduzierte Depressionen oder ein Magengeschwür, das sich durch Alkoholkonsum verschlechtert).
 - (7) Ausgeprägte Toleranzentwicklung: Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung (d. h. wenigstens 50% Dosissteigerung), um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen oder eine deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
 - (8) Charakteristische Entzugssymptome (Ausnahmen möglich, z. B. bei Cannabis, Halluzinogenen oder PCP).
 - (9) Häufige Einnahme der Substanz, um Entzugssymptome zu bekämpfen oder zu vermeiden.
- B) Einige Symptome der Störung bestehen seit mindestens einem Monat oder sind über eine längere Zeit hinweg wiederholt aufgetreten. – Im Weiteren spezifische Kriterien für den Schweregrad der Abhängigkeit von psychotropen Sub-

stanzen in jeweils leicht, mittel, schwer sowie partiell bzw. voll remittiert (genesen).

Missbrauch Psychotroper Substanzen nach DSM-III-R / DSM-IV-TR: Restkategorie zur Beschreibung unangepassten Gebrauchs psychotroper Substanzen, wobei die Kriterien einer Abhängigkeit innerhalb einer bestimmten Substanzkategorie niemals erfüllt wurden. Im Einzelnen:

- A) Ein unangepasstes Konsummuster psychotroper Substanzen, bestehend aus wenigstens einem der folgenden Kriterien:
- (1) Fortgesetzter Gebrauch trotz des Wissens um ein ständiges oder wiederholtes soziales, berufliches, psychisches oder körperliches Problem, das durch den Gebrauch der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt wird.
 - (2) Wiederholter Gebrauch in Situationen, in denen der Gebrauch eine körperliche Gefährdung darstellt (z. B. Alkohol am Steuer).
- B) Einige Symptome der Störung bestehen seit mindestens einem Monat oder sind über eine längere Zeit hinweg wiederholt aufgetreten.
- C) Die Kriterien für eine Abhängigkeit von der psychotropen Substanz wurden zu keinem Zeitpunkt erfüllt.

Polytoxikomanie nach DSM-III-R / DSM-IV-TR: Missbrauch und Abhängigkeit betreffen verschiedene Substanzen, wobei der Konsum entweder gleichzeitig oder nacheinander erfolgt. Die Diagnose einer Mehrfachabhängigkeit beschränkt sich auf die Feststellung eines Zeitabschnitts von mindestens 6 Monaten, in dem die Person wiederholt Substanzen aus wenigstens drei Kategorien zu sich nahm, ohne dass der Konsum einer einzigen psychotropen Substanz im Vordergrund stand. Weiterhin müssen während dieses Zeitabschnitts die Abhängigkeitskriterien für psychotrope Substanzen (als Gruppe) erfüllt sein, jedoch nicht für jede einzelne Substanz.

2. ICD-10

- **Akute Intoxikation durch psychotrope Substanzen nach ICD-10:** gleiche Bedeutung wie akuter Rausch bei Alkoholismus, „Horror-Trip“ (Angstreise) bei halluzinogenen Substanzen sowie nicht näher bezeichneter Rausch. Vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Substanzen oder Alkohol mit Störungen oder Veränderungen der körperlichen, psychischen oder Verhaltensfunktionen und -reaktionen. Ergänzung durch begleitende Komplikationen wie Verletzungen, medizinische Komplikationen, Delir, Wahrnehmungsstörungen, Koma, Krampfanfälle und pathologischer Rausch (bei Alkohol).

- **Schädlicher Gebrauch durch psychotrope Substanzen nach ICD-10:** Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung (z. B. Hepatitis durch Selbstinjektion) oder eine psychische Störung sein (z. B. depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum).

- **Abhängigkeitssyndrom durch psychotrope Substanzen nach ICD-10:** Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihm früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren. Die Diagnose soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums.
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und der entsprechenden positiven Erfahrung.
4. Ein körperliches Entzugssyndrom.
5. Nachweis einer Toleranz.
6. Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz wie z. B. die Tendenz, Alkohol an Werktagen so wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer Acht zu lassen.
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
8. Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Diese können körperlicher Art sein (z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken) oder sozial (z. B. Arbeitsplatzverlust durch eine substanzbedingte Leistungseinbuße) oder psychisch (z. B. depressive Zustände nach massivem Substanzkonsum).

Als wesentliches Charakteristikum des Abhängigkeitssyndroms gilt das Vorliegen eines aktuellen Konsums oder ein starker Wunsch nach der Substanz. Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Tabak oder Diazepam), auf eine Gruppe von Substanzen (z. B. Opiate oder opiatähnliche Medikamente) oder auch auf ein weiteres Spektrum unterschiedlicher Substanzen (z. B. bei jenen Personen, die eine Art Zwang erleben, regelmäßig jedes nur erreichbare Mittel zu sich zu nehmen und die qualvollen Gefühle, Unruhe und/oder körperliche Entzugserscheinungen bei Abstinenz entwickeln).

Weitere Differenzierung des Abhängigkeitssyndroms in 1. gegenwärtig abstinent, 2. gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (z. B. Krankenhaus, therapeutische Gemeinschaft, Gefängnis usw.), 3. gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogen-Programm, 4. gegenwärtig abstinent, aber in

Behandlung mit aversiven (die Einnahme-Lust vergällenden) oder hemmenden Medikamenten, 5. gegenwärtiger, 6. ständiger bzw. 7. episodischer Substanzgebrauch.

- **Entzugssyndrom durch psychotrope Substanzen nach ICD-10:** Symptomkomplex von unterschiedlicher Zusammensetzung und wechselndem Schweregrad bei absolutem oder relativem Entzug einer Substanz, die wiederholt und zumeist über einen längeren Zeitraum und/oder in hoher Dosierung konsumiert worden ist. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor dem Absetzen verwendet worden ist. Das Entzugssyndrom kann durch Krampfanfälle kompliziert werden. Im Einzelnen:

Das Entzugssyndrom ist einer der Indikatoren des Abhängigkeitssyndroms (s. o.). Es soll dann diagnostiziert werden, wenn es Grund für die gegenwärtige Konsultation und wenn das Erscheinungsbild so schwer ist, dass es eine besondere medizinische Behandlung erfordert.

Die körperlichen Symptome sind je nach verwendeter Substanz unterschiedlich. Häufige Merkmale sind auch psychische Störungen (z. B. Angst, Depression und Schlafstörungen). Die Patienten berichten typischerweise, dass sich die Entzugssymptome durch die erneute Zufuhr der Substanz bessern.

Viele Symptome eines Entzugssyndroms können auch durch andere psychische Störungen hervorgerufen werden (z. B. Angstzustände und depressive Störungen). Der einfache „Kater“ oder ein Tremor aus anderen Gründen dürfen nicht mit einem Entzugssyndrom verwechselt werden. – Weitere Unterteilungsmöglichkeiten: Entzugssyndrom ohne Komplikationen und mit Krampfanfällen. – Ferner

- **Entzugssyndrom mit Delir durch psychotrope Substanzen nach ICD-10:** alkoholbedingtes Delirium tremens; kurzdauernder, aber gelegentlich lebensbedrohlicher toxischer Verwirrheitszustand mit somatischen Störungen. Das Delir ist gewöhnlich Folge eines absoluten oder relativen Entzugs bei stark abhängigen Trinkern mit einer langen Vorgeschichte. Differenzierungsmöglichkeiten im Entzugssyndrom mit Delir ohne bzw. mit Krampfanfällen.

- **Weitere Störungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10** sind 1. psychotische Störungen (bedeutungsgleiche Begriffe: Alkoholhalluzinose, alkoholischer Eifersuchtswahn, alkoholische Paranoia, nicht näher bezeichnete Alkoholpsychose), 2. ein durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingtes amnestisches Syndrom (bedeutungsgleicher Begriff: durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingte Korsakow-Psychose) sowie 3. ein durch Alkohol oder psychotrope Substanzen bedingter Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störungen mit entsprechenden diagnostischen Leitlinien, differentialdiagnostischen Abgrenzungen sowie weiteren Unterteilungsmöglichkeiten.

LITERATUR

Umfangreich erscheinende Fachliteratur und zwar sowohl was wissenschaftliche Publikationen als auch Fachbücher anbelangt. Bei genauem Hinsehen aber eine erstaunliche Diskrepanz: Während die Fachliteratur in jeglicher Form (einschließlich populärmedizinischer Angebote) für Alkohol und Rauschdrogen nicht mehr überschaubar und selbst für die Nikotin-Sucht noch immer sehr eindrucksvoll ist, fällt – gemessen an diesem Standard – das Angebot für die Medikamenten-Abhängigkeit erstaunlich begrenzt aus. Nachfolgend deshalb eine Auswahl mit auch älteren Fach- und Sach-Büchern aus dem deutschsprachigen Bereich.

American Psychiatric Assoziation (APA): **Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-III-R.** Beltz-Verlag, Weinheim und Basel 2003

Arnold, W. u. Mitarb. (Hrsg.): **Suchtkrankheiten.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio 1988

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (Hrsg.): **Arzneiverordnungen.** 21. Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006

Aßfalg, R., H. Rothenbacher,: **Die Diagnose der Suchterkrankung.** Neuland-Verlagsgesellschaft, Hamburg 1987

Bartsch, N. u. Mitarb. (Hrsg.): **Sucht und Erziehung.** Beltz-Verlag, Weinheim 1987

Bender, St.: **Das klinische Bild des Benzodiazepin-Missbrauchs.** Hartung-Gorre-Verlag, Konstanz 1986

Bengel, J.: **Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten.** Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 1993

Benkert, O. u. Mitarb.: **Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie.** Springer-Verlag, Heidelberg 2006

Beubler, E. u. Mitarb. (Hrsg.): **Opiatabhängigkeit.** Springer-Verlag, Wien 2007

Bochnik, H. J.: **Bedürfnis, Rausch und Sucht.** Hoheneck-Verlag, Hamm 1963

Böger, R. H., G. Schmidt: **Analgetika.** In: U. Schwabe, G. Paffrath: **Arzneiverordnungs-Report 2006.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2006

Böhm, N.: **Frauen, das kranke Geschlecht?** In: B. Rommelsbacher (Hrsg.): **Weibliche Beziehungsmuster, Psychologie und Therapie von Frauen.** Campus Verlag, Frankfurt 1993

Böhme, G., M. v. Engelhardt (Hrsg.): Entfremdete Wissenschaft. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1979

Bonhoff, G., H. Lewrenz: Über Weckamine (Pervitin und Benzedrin). Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1954

Borchard, U., C. Haring (Hrsg.): Nutzen und Gefahren der Therapie mit Benzodiazepinen. Steinhoff-Verlag, Darmstadt 1987

Braun, B., G. Glaeske (Hrsg.): Lieber Handeln als Schlucken. Asgard-Verlag, St. Augustin 1991

Brüggemann, R.: Pharmawerbung. Mabuse-Verlag, Frankfurt 1990

Bundesärztekammer (Hrsg.): Stellungnahme zur Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007

Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (Hrsg.): Medikamente – Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Ein Leitfaden für die ärztliche Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Konsum und Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen. Bonn 1983

Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz (Hrsg.): Die stille Sucht. Information für Ärzte und Apotheker. Wien 1984

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Bericht der Bundesregierung über die gegenwärtige Situation des Missbrauchs von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1986

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI): Pharma-Daten (fortlaufende Jahreszahl). Fortlaufende Informationsreihe, Frankfurt, jeweilige Jahreszahl. Erweiterte Auswahl deutschsprachiger Monographien und Sammelbände

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Medikamentenkonsum. Teilband-Verlag, Köln 1982

Coper, H., H. Rommelsbacher (Hrsg.): Benzodiazepine. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1987

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2003

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr (Hrsg.): **Medikamente, Verbrauch, Missbrauch, Abhängigkeit.** Hoheneck-Verlag, Hamm 1976

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): **Medikamentenabhängigkeit.** Eine Information für Ärzte. Hamm 1993

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): **Medikamentenabhängigkeit.** Lambertus-Verlag, Freiburg 1992

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): **Abhängigkeit bei Frauen und Männern.** Lambertus-Verlag, Freiburg 1990

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): **Frau und Sucht.** Hamm 1981

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): **Medikamente: Verbrauch, Missbrauch, Abhängigkeit.** Hoheneck-Verlag, Hamm 1976

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): **Süchtiges Verhalten, Grenzen und Grenzzonen im Alltag.** Hoheneck-Verlag, Hamm 1985

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren: **Jahrbuch Sucht.** Jährliche Herausgabe. Hamm, fortlaufende Jahreszahl

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): **Nicht mehr alles schlucken...! Frauen. Medikamente. Selbsthilfe. Ein Handbuch.** Hamm 2005

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): **Immer mit der Ruhe... Nutzen und Risiken von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.** Hamm 2006

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): **Substanzbezogene Störungen im Alter. Informationen und Praxishilfe.** Hamm 2006

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): **Jahrbuch Sucht 2006.** Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht 2006

Dölle, W. u. Mitarb. (Hrsg.): **Grundlagen der Arzneimitteltherapie.** Wissenschaftsverlag, Mannheim 1985

Döpfner, M. u. Mitarb.: **Hyperkinetische Störungen.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 2000

Drogenbeauftragte der Bundesregierung: **Drogen- und Suchtbericht.** Bundesministerium für Gesundheit, Berlin 2003

Egle, U. T., S. O. Hoffmann (Hrsg.): **Der Schmerzkranke.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1993

Elsesser, K., G. Sartory: Ratgeber Medikamentenabhängigkeit. Informationen für Betroffene und Angehörige. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2005

Ernst, A., I. Füller: Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können. Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 1988

Eser, A. u. Mitarb. (Hrsg.): Lexikon Medizin – Ethik – Recht. Herder-Verlag, Freiburg-Basel-Wien 1992

Fachverband Sucht e.V.: Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen. 12. Auflage, Bonn 2006

Faust, V. (Hrsg.): Angst – Furcht – Panik. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1986

Faust, V. (Hrsg.): Schlafstörungen. Häufigkeit – Ursache – Schlafmittel – nichtmedikamentöse Schlafhilfen. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1985

Faust, V. (Hrsg.): Suchtgefahren in unserer Zeit. Alkoholkrankheit – Medikamentenmissbrauch – Nikotinabusus – Rauschdrogenkonsum – Polytoxikomanie. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1993

Faust, V. u. Mitarb.: Drogengefahr. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1982

Faust, V., H. Baumhauer: Psychopharmaka in Stichworten. ecomed-Verlag, Landsberg 1992

Faust, V., H. Baumhauer: Psychopharmaka. Kurzgefasster Leitfaden für Klinik und Praxis. ecomed-Verlag, Landsberg 1990

Faust, V., u. Mitarb.: Der gestörte Schlaf und seine Behandlung. Universitätsverlag Ulm, Ulm 1992

Faust, V.: Medikament und Psyche. Band 1: Neuroleptika – Antidepressiva – Beruhigungsmittel – Lithiumsalze. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1994

Faust, V.: Psychopharmaka. Arzneimittel mit Wirkung auf das Seelenleben. TRIAS-Verlag, Stuttgart 1994

Fett, A. (Hrsg.): Diagnostik in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Lambertus-Verlag, Freiburg 1992

Finzen, A.: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. PsychiatrieVerlag, Rehbun-Loecum 1979

Fleischmann, H.: **Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen bei älteren Menschen.** In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): *Alter & Sucht. Dokumentation der Fachtagung vom 11.1.1996*, Stuttgart-Hohenheim 1996

Fleischmann, H.: **Suchtprobleme im Alter.** In: M. Gastpar u. Mitarb. (Hrsg.): *Lehrbuch der Suchterkrankungen.* Thieme-Verlag, Stuttgart 1999

Foß, R. (Hrsg.): **Helfen, aber nicht auf Rezept.** Verlag Reinhardt/Hoheneck, München/Hamm 1984

Foß, R. (Hrsg.): **Pillen für den Störenfried?** Verlag Hoheneck/Reinhardt, Hamm/München 1983

Foß, R.: **Anpassung auf Rezept.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 1987

Fülgraff, G. (Hrsg.): **Bewertung von Risiken für die Gesundheit.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1977

Gastpar, M. u. Mitarb. (Hrsg.): **Lehrbuch der Suchterkrankungen.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1999

Geschwinde, T.: **Rauschdrogen – Marktformen und Wirkungsweise.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2009

Gerlach, M. u. Mitarb. (Hrsg.): **Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter.** Springer-Verlag, Wien 2008

Glaeske, G.: **Der Stellenwert des Arzneimittelmissbrauchs in unserer Gesellschaft.** In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Medikamentenabhängigkeit.* Lambertus-Verlag, Freiburg 1992

Glaeske, G. u. Mitarb.: **Nebenwirkung: Sucht – Medikamente, die abhängig machen.** Verlag Antje Kunstmann, München 1997

Glaeske, G, K. Janhsen: **„GEK-Arzneimittel-Report 2002“.** Asgard-Verlag, St. Augustin 2002

Glaeske, G.: **Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential.** In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: *Jahrbuch Sucht 06.* Geesthacht 2006

Glaeske, G.: **Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential.** In: *Jahrbuch Sucht (DHS).* Neuland-Verlag, Geesthacht 2007

Gnegel, A. (Hrsg.): **Medikamentenprobleme am Arbeitsplatz.** Nicol-Verlag, Kassel 1989

Gouzoulis-Mayfrank, E.: Komorbidität Psychose und Sucht. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2007

Gouzoulis-Mayfrank, E.: MDMA und andere moderne Designerdrogen (Ecstasy). In: F. Holsboer u. Mitarb. (Hrsg.): Handbuch der Psychopharmakotherapie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2008

Grigoleit, H.: Medikamentenabhängigkeit aus der Sicht der Krankenkassen. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr (Hrsg.): Medikamentenabhängigkeit. Lambertus-Verlag, Freiburg 1992

Graß, H.: Designerdrogen – neue Formen des Drogengebrauchs. In: B. Farke u. Mitarb. (Hrsg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Thieme-Verlag, Stuttgart-New-York 2003

Günther, J.: Migränemittel. In: U. Schwabe, G. Paffrath: Arzneiverordnungs-Report 2006. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2006

Gutscher, H. u. Mitarb. (Hrsg.): Medikamentenkonsum und Medikationsrisiken. Verlag Hans Huber, Stuttgart 1986

Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren: Frau und Sucht. Hohe-neck-Verlag, Hamm 1981

Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren: Abhängigkeit im Alter. Möglichkeiten und Grenzen der Hilfe. Hamburg 1989

Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.): Abhängigkeit im Alter. Schriftenreihe zu Suchtfragen, Heft 3. Hamburg 1989

Havemann-Reinecke, U. u. Mitarb. (Hrsg.): Alkohol und Medikamente. Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. Lambertus-Verlag, Freiburg 1998

Häßler, F., J. N. Fegert (Hrsg.): Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2000

Heyman, S. E.: Manual der psychiatrischen Notfälle. Enke-Verlag, Stuttgart 1988

Hinterhuber, H. u. Mitarb. (Hrsg.): Seiteneffekte und Störwirkungen der Psychopharmaka. Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1986

Hippius, H. u. Mitarb. (Hrsg.): Benzodiazepine – Rückblick und Ausblick. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

Hippius, H.: **Benzodiazepine in der Behandlung von Schlafstörungen.** Informed-Verlag, Gräfelfing 1982

Hoffmann, C., V. Faust: **Psychische Störungen durch Arzneimittel.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1983

Hurrlemann, K.: **Sind Arzneimittel die Einstiegsdroge für Ecstasy.** Forschungsbericht Universität Bielefeld, Bielefeld 1995

IFAK-Institut Traunstein (Hrsg.): **Sucht und Süchtige in der Vorstellung der Bundesbürger.** Traunstein 1981

Iten, P. X.: **Fahren unter Drogen- oder Medikamenteneinfluss.** Institut für Rechtsmedizin, Zürich 1994

Informationsstelle Frauen – Alltag – Medikamente: **Konzept zur Prävention des Gebrauchs und der Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten.** Hamburg 1989

Jahrbuch Sucht (DHS). Neuland-Verlagsgesellschaft, Geesthacht 2007

Jungeblodt, U. (Hrsg.): **Suchtkranke am Rande: übersehen – vergessen – vernachlässigt.** Lambertus-Verlag, Freiburg 1990

Kellermann, B.: **Suchtproblem Nr. 3. Über die Abhängigkeit von Medikamenten.** Neuland Verlagsgesellschaft, Hamburg 1980

Keup, W. (Hrsg.): **Behandlung der Sucht und des Missbrauchs chemischer Stoffe.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1981

Keup, W. (Hrsg.): **Biologie der Sucht.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokio 1985

Keup, W. (Hrsg.): **Folgen der Sucht.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1980

Keup, W.: **Missbrauchsmuster bei Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen.** Lambertus-Verlag, Freiburg 1993

Kisker, K.P. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychiatrie der Gegenwart. Band 3: Abhängigkeit und Sucht.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokio 1987

Kleiner, D. (Hrsg.): **Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-London-Paris-Tokio 1987

Klotz, U.: **Tranquillanzien.** Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1985

Kraus, L., R. Augustin: Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Ep. Suchtsurvey, Sonderheft Sucht 1, 2005

Krausz, M. u. Mitarb. (Hrsg.): Pharmakotherapie der Sucht. Karger-Verlag, Basel 2003

Kretschmar, C. u. Mitarb. (Hrsg.): Angst - Sucht - Anpassungsstörungen im Alter. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie Band 1, Hamburg 2000

Krock, M.: Gebrauch und Abhängigkeit von Psychopharmaka bei älteren Frauen. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Frauen und Sucht. Dokumentation des BundesFrauenKongresses Sucht „Ungeschminkt“ am 5./6.10.2002 Berlin 2002

Kupfer, A.: Brauchen Dichter Drogen? Anmerkungen zur künstlichen Rausch-erfahrung. In: B. Kanitscheider (Hrsg.): Drogenkonsum – bekämpfen oder freigeben? Hirzel-Verlag, Stuttgart-Leipzig 2000

Ladewig, D. u. Mitarb.: Drogen unter uns. Karger-Verlag, Basel 1983

Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Alter & Sucht. Dokumentation der Fachtagung am 11.1.1996, Stuttgart-Hohenheim 1996

Langbein, K. u. Mitarb.: Bittere Pillen. Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 1993

Langer, G., H. Heimann (Hrsg.): Psychopharmaka – Grundlagen und Therapie. Springer-Verlag, Wien 1983

Längle, G. u. Mitarb. (Hrsg.): Sucht. Die Lebenswelten Abhängiger. Attempo-Verlag, Tübingen 1996

Laux G.: Pharmakopsychiatrie. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena 1992

Laux, G. u. Mitarb.: Psychopharmaka. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1988

Laux, G.: Tranquilizer. Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1989

Leuner, H. C.: Die experimentelle Psychose. Springer-Verlag, Berlin 1962

Linde, O.K. (Hrsg.): Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Tilia-Verlag - Mensch und Medizin, Klingenmünster 1988

Lohse, M. J., B. Müller-Oerlinghausen: Hypnotika und Sedativa. In: U. Schwabe, G. Paffrath: Arzneiverordnungs-Report 2006. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2006

Lohse, M. J. u. Mitarb.: Psychopharmaka. In: U. Schwabe, G. Paffrath: Arzneiverordnungs-Report 2006. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2006

Lyck, D.: Zum Verhältnis von Hausfrauendasein, Krankheit und Psychopharma-Konsum. Diplomarbeit. Marburg 1988

Mann, K. u. Mitarb. (Hrsg.): Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Lambertus-Verlag, Freiburg 2007

Marks, J.: Die Benzodiazepine. Gebrauch und Missbrauch. Ed. Roche, Basel 1985

Melchinger, H. u. Mitarb.: Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential. Nomos-Verlagsges., Baden-Baden 1992

Merfert-Diete, Ch., R. Soltau (Hrsg.): Frauen und Sucht. Rowohlt-Verlag, Reinbek 1984

Merfert-Diete, Ch.: Alkohol- und Medikamentenprobleme bei Frauen im Betrieb. In: E. Knischewski (Hrsg.): Alkohol im Betrieb. Nicol-Verlag, Kassel 1988

Miller, W.R., S. Rollnick: Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus-Verlag, Freiburg 1999

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrsg.): Kinder und Medikamente. Untersuchung über Medikamentenmissbrauch von Schulkindern. Düsseldorf 1989

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): Suchtmittelmissbrauch, Erscheinungsformen, Zusammenhänge, Motivation, Verbreitung. Stuttgart 1980

Nette, A.: Alkohol- und Medikamentenmissbrauch im Alter. In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol- und Medikamentenmissbrauch im Alter. Dokumentation des Studientages vom 16.10.1997, Hannover 1997

Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol- und Medikamentenmissbrauch im Alter. Dokumentation des Studientages vom 16.10.1997, Hannover 1997

Nord, D.: **Arzneimittelkonsum in der Bundesrepublik Deutschland – eine Verhaltensanalyse von Pharmaindustrie, Arzt und Verbraucher.** Enke-Verlag, Stuttgart 1976

Orth, B., L. Kraus: **Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum.** In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2009. Neuland-Verlag, Geesthacht 2009

Pallenbach, E.: **Die stille Sucht.** Wiss. Verlagsges., Stuttgart. 2009

Pegel-Rimpel, U.: **Alkohol- und Medikamentenmissbrauch im Alter. Daten und Fakten zum Suchtproblem.** In: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol- und Medikamentenmissbrauch im Alter. Dokumentation des Studientages vom 16.10.1997, Hannover 1997

Platz, W.E., H.M. Bartsch: **Psychopharmaka bei psychiatrischen Erkrankungen.** Vieweg-Verlag, Braunschweig-Wiesbaden 1985

Pohlisch, K., F. Panse: **Schlafmittel-Missbrauch.** Thieme-Verlag, Leipzig 1934

Pöldinger, W., F. Wider: **Tranquilizer und Hypnotika.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart 1985

Poser, W. u. Mitarb.: **Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre Angehörigen.** Deutscher Caritasverband, Freiburg 1981

Poser, W. u. Mitarb.: **Ratgeber für Medikamentenabhängige.** Lambertus-Verlag, Freiburg 1985

Poser, W.: **Klinik der Medikamentenabhängigkeit.** In: K. P. Kisker u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart 3: Abhängigkeit und Sucht. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1987

Poser, W.S.: **Arzneimittelabhängigkeit.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1996

Poser, W. u. Mitarb.: **Medikamentenabhängigkeit (Sedativa, Hypnotika, Analgetika, Psychostimulanzien).** In: L.-G. Schmidt u. Mitarb. (Hrsg.): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006

Remschmidt, H. u. Mitarb. (Hrsg.): **Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.** Thieme-Verlag, Stuttgart 2008

Reymann, G., M. Gastpar: **Opioidbezogene Störungen.** In: L.-G. Schmidt u. Mitarb. (Hrsg.): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006

Rommelspacher, H.: **Amphetamine und Entaktogene.** In: M. Gastpar u. Mitarb. (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1999

Rösner, S., H. Kufner: **Jahresbericht 2002 Medikamentenmissbrauch bei Klienten ambulanter Suchthilfeeinrichtungen.** IFT-Berichte, München 2003

Rösner, S., H. Kufner: **Monitoring des Arzneimittelmisbrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen.** Sucht-Sonderzeitschrift 1, 2007

Sahihi, A.: **Designer-Drogen.** Beltz-Verlag, Weinheim-Basel 1989

Sahihi, A.: **Drogen von A bis Z. Ein Handwörterbuch.** Beltz-Verlag, Weinheim-Basel 1990

Saller, R., D. Hellenbrecht: **Schmerzen. Therapie in Praxis und Klinik.** Marseille-Verlag, München 1991

Scheerer, S., I. Vogt (Hrsg.): **Drogen und Drogenpolitik.** Campus-Verlag, Frankfurt-New York 1989

Schmidt, L. G. u. Mitarb. (Hrsg.): **Evidenzbasierte Suchtmedizin.** Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006

Schanze, C. (Hrsg.): **Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2007

Schmidt, L. G. u. Mitarb. (Hrsg.): **Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen.** Deutsche Ärzte-Verlag, Köln 2006

Schmidtbauer, W., J. v. Scheid: **Handbuch der Rauschdrogen.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1977

Schmidtbreick, B.: **Die heimliche Sucht.** Hoheneck-Verlag, Hamm 1983

Schneider, B.: **Risikofaktoren für Suizid.** Roderer-Verlag, Regensburg 2003

Schrappe, O. (Hrsg.): **Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1983

Schrappe, O.: **Toxikomanie.** In: U. H. Peters (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band X: Kindler-Verlag, München 1980

Schwabe, U., G. Paffrath: **Arzneiverordnungsreport 1985.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1985

Schwabe, U., G. Paffrath: Arzneiverordnungs-Report 2006. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2006

Schwabe, U., G. Paffrath: Arzneiverordnungs-Report 2009. Springer-Verlag, Berlin 2009

Schuhler, P., H. Baumeister: Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Beltz-Verlag, Weinheim 1999

Schulte-Markwort, M., A. Warnke (Hrsg.): Methylphenidat. Thieme-Verlag, Stuttgart 2004

Simchen, H.: Die vielen Gesichter des ADS. Begleit- und Folgeerkrankungen erkennen und behandeln. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2003

Soyka, M.: Drogen- und Medikamentenabhängigkeit. Wiss. Verlagsges., Stuttgart 1998

Staehein, J. E.: Nichtalkoholische Süchte. In: H. Gruhle, R. Jung (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart.* Bd. 2. Springer-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1960

Steinbrecher, W., H. Solms (Hrsg.): Sucht und Missbrauch. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1975

Stetter, F. (Hrsg.): Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende. Neuland-Verlag, Geesthacht 2000

Täschner, K.-L.: Rausch und Psychose. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1980

Täschner, K.-L.: Rauschmittel. Drogen – Medikamente – Alkohol. Thieme-Verlag, Stuttgart 2002

Täschner, K.-L. u. Mitarb.: Therapie der Drogenabhängigkeit. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2010

Thomasius, R. (Hrsg.): Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen. Enke-Verlag, Stuttgart 1999

Thomasius, R., E. Gouzoulis-Mayfrank: Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. In: L.-G. Schmidt u. Mitarb. (Hrsg.): *Evidenzbasierte Suchtmedizin.* Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2006

Tornatore, E. L. u. Mitarb.: Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1991

transparenz-telegramm 1990/91. A. V. J. Arzneimittel-Verlags GmbH, Berlin 90/91

Trott, G. E.: **Das Hyperkinetische Syndrom und seine Behandlung.** Barth-Verlag, Leipzig 1993

Trott, G. E.: **Stimulanzien.** In: G. Nissen u. Mitarb. (Hrsg.): Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart 1998

Uchtenhagen, A, W. Zieglgänsberger (Hrsg.): **Suchtmedizin.** Verlag Urban & Fischer, München 2000

Waldmann, H. (Hrsg.): **Medikamenten-Abhängigkeit.** Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 1983

Walitza, S. u. Mitarb.: **Psychostimulantien.** In: M. Gerlach u. Mitarb. (Hrsg.): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Springer-Verlag, Wien-New York 2004

Weber, E. (Hrsg.): **Taschenbuch der unerwünschten Arzneiwirkungen.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1988

Weltgesundheitsorganisation (WHO): **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto 1992

Westhoff, G.: **Zur gesellschaftlichen Verbreitung, Funktion und Anwendung von Psychopharmaka.** FHS, Frankfurt 1972

Wiesbeck, G. A.: **Gibt es eine Suchtpersönlichkeit?** In: M. Soyka, H. J. Möller (Hrsg.): Alkoholismus als psychische Störung. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1997

Wiesbeck, G. A. u. Mitarb.: **Persönlichkeit und Suchtverhalten.** In: F. Stimmer (Hrsg.): Suchtlexikon. Oldenbourg-Verlag, München-Wien 2000

Woggon, B.: **Behandlung mit Psychopharmaka.** Verlag Hans Huber, Bern 2005

Wübbels, R.: **Suchterkrankungen im Pflegeheim.** In: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.): Abhängigkeit im Alter. Schriftenreihe zu Suchtfragen, Heft 3. Hamburg 1989

Zehentbauer, J.: **Chemie für die Seele.** Zweitausendeins, Frankfurt 1991

Zenz, M., Jurna, I. (Hrsg.): **Lehrbuch der Schmerztherapie.** Wiss. Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1993