

### Zusammenfassung

Obwohl es nahezu unmöglich erscheint, gibt es eine Reihe von Heroin- und Kokainkonsumenten mit einem kontrollierten Gebrauch ihrer Drogen, der durch mehr oder weniger explizite Selbstkontrollregeln bestimmt ist und die Lebensanpassung nicht beeinflusst. Drei Fragen tauchen im Kontext des kontrollierten Konsums auf: 1. Wie häufig ist kontrollierter Konsum von Heroin und Kokain in der Allgemeinbevölkerung? 2. Kann die Kontrolle über „harte“ Drogen nach einem Abhängigkeitsstadium durch eigene Anstrengungen zurückgewonnen werden? 3. Wie funktioniert kontrollierter Konsum? Bevölkerungsstudien in verschiedenen Ländern zeigen, dass kontrollierter Konsum „harter“ Drogen nicht unüblich, aber auch nicht häufig ist. Studien an ehemals abhängigen Konsumenten zeigen, dass kontrollierter Konsum auf lange Sicht betrachtet bei ihnen kein seltenes Phänomen darstellt. Ausgehend von Zinbergs Unterscheidung zwischen „drug“, „set“ und „setting“ haben sich in einer Reihe von Studien Selbstkontrollregeln bei Konsumenten harter Drogen identifizieren lassen. Eine Reihe dieser Regeln wird dargestellt. In der Diskussion werden Konsequenzen aus der Häufigkeit des kontrollierten Konsums für Behandlung und Sekundärprävention gezogen.

### Schlüsselwörter

Kontrollierter Konsum von Heroin und Kokain · Heroin-/Kokain-Selbstkontrolle

### Abstract

Although mostly seen as impossible, a number of users of cocaine and/or heroin is able to show a controlled use pattern, meaning not greatly conflicting with important personal goals and is governed by more or less explicit self-control rules. Three questions arise: 1) How prevalent is controlled use of drugs as heroin and cocaine in the community?, 2) whether control over hard drugs can be regained through one's own effort, and 3) in what modes controlled use occurs. Survey studies in different countries reveal that controlled hard drug use is not uncommon, although infrequent. Studies pertaining to the potential to regain control for ex-users show that, on the long run, this is not a rare phenomenon. Following Zinberg's distinction in the factors drug, set and setting, a series of studies have identified self-control rules in hard drug users. A palette of such rules is presented. In the discussion a number of consequences of the prevalence of controlled drug use for treatment and prevention practices are given.

### Key words

Controlled Use of Heroin and Cocaine · Heroin/Cocaine Self-Control

### Institutsangaben

Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Gerard M. Schippers · Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) · Keizersgracht 818 · 1017 EE Amsterdam, Niederlande · E-mail: schippers@aiar.nl · <http://www.aiar.nl>

### Bibliografie

Suchttherapie 2002; 3: 71–80 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

Alfred Lindesmith war der Erste, der nach dem 2. Weltkrieg Muster kontrollierten Drogengebrauchs ermittelte [1]. Er sprach von „Genusskonsumenten“, die „nicht drauf waren“. Später entdeckten Chein, Gerard, Lee und Rosenfeld [2] in einer scharfsinnigen Beobachtungsstudie der New Yorker Straßenszene, wie stark der Lebenskontext der Straßengangs beeinflusste, ob und vor allem wie ihre Mitglieder Heroin konsumierten. Selbst benachbarte Gangs unterschieden sich erheblich in ihren Regeln und Normen, nach denen sie ihren (weit verbreiteten) Drogenkonsum kontrollierten. Die Forscher dieser und anderer Untersuchungen erwähnen die Bedeutung, gleichzeitig aber auch den Mangel an Studien über *nichtabhängige* Drogenkonsumenten, führten aber selbst solche Studien niemals durch.

Der bedeutendste Erforscher des kontrollierten Konsums illegaler Drogen ist der Harvard-Professor Norman E. Zinberg. Er unternahm zwischen 1973 und 1981 eine Reihe sich aufeinander beziehender Studien über nicht abhängige Konsumenten von Heroin, LSD und anderen Psychedelika [3]. Er schlug ein Rahmenmodell vor, das 1984 in seinem Werk „Drug, Set and Setting“ zusammengefasst wurde [4]. In diesem Buch hebt er hervor, wie der vorherrschende kulturelle Glaube, jede Form des Drogenkonsums stelle bereits Missbrauch dar, die Erforschung dieses Verhaltens beeinflusst hat. Die meisten Studien unterscheiden nämlich nicht einmal zwischen moderatem und exzessivem/problematischem Konsum, und die Variabilität der Konsummuster führte zu einer Bandbreite unklarer Begrifflichkeiten. Ganz offensichtlich gibt es bis heute keinen allgemein akzeptierten Begriff für einen nicht missbräuchlichen, nicht abhängigen Gebrauch illegaler Drogen. Das macht es schwierig, derartigen Phänomenen in Forschungsstudien präziser nachzugehen.

In der bisherigen Forschung hat man vernachlässigt, sich auch mit der Frage des kontrollierten Konsums von Kokain und Opiaten auseinander zu setzen. Derartige Studien wären in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung: Ihre Ergebnisse könnten dem verbreiteten Glauben widersprechen, der kontrollierte Konsum von Heroin und Kokain führe zwangsläufig zu Abhängigkeit und schweren psychologischen/physiologischen Schäden und stelle „eine Fahrkarte ins Jenseits“ [5] dar; sie könnten eine bessere Hilfeleistung für abhängige Konsumenten ermöglichen; und längerfristig könnten Erkenntnisse aus dieser Forschung den Umgang mit illegalen Drogen auf politischer und juristischer Ebene normalisieren helfen.

Was meint nun aber „kontrollierter Konsum“ genau? Nach Carver und Schreier beinhaltet die Selbstregulation von Verhalten eine hierarchisch geordnete Folge von Schleifen auf verschiedenen kognitiven Funktionsebenen, durch die Diskrepanzen zwischen den Ebenen vermindert werden. Der Output höherer exekutiver Funktionen bildet dabei die Ausgangsbasis für die Funktionsweise niedrigerer Ebenen. „Unkontrolliert“ ist ein Verhalten zu nennen, bei dem die höheren Kontrollmechanismen aufgegeben werden. Wenn ein Verhalten den Zielen höherer Funktionsebenen widerspricht und es nicht zu einer Auseinandersetzung zwischen diesen höheren Ebenen kommt, führt dies zu problematischen Konsequenzen.

Zu einem Versagen der Selbstregulation kann es aus verschiedenen Gründen kommen: durch übermäßige Automatisiertheit des Verhaltens, das Bedürfnis nach Selbstverleugnung (z. B. negatives Selbstbild), gedrückte Stimmungslagen (die zum Grübeln führen) und eine Reihe weiterer Gründe. Ein spezieller Fall, in dem die höheren Kontrollmechanismen vermindert sind, liegt bei der Intoxikation durch Alkohol oder illegale Drogen und dem so genannten „Kontrollverlust-Phänomen“ vor. Obwohl aus dieser Sichtweise jedes von einer Person initiierte Verhalten „kontrolliert“ genannt werden kann, kann das Ausmaß der Kontrolle als die Verfügbarkeit über Regeln höherer Ordnung (z. B. „Ich konsumiere niemals, wenn ich deprimiert bin“) und das Ausmaß, in dem das Verhalten nicht mit höheren Lebenszielen kollidiert (z. B. Drogen zu nehmen und gute Leistungen in der Arbeit zu erbringen), definiert werden.

Wie lässt sich diese Sichtweise nun auf den kontrollierten Konsum harter Drogen anwenden? Konflikte höherer Ordnung liegen vor, wenn der Drogengebrauch beim Konsumenten zu problematischen Konsequenzen führt. Von „Kontrolle höherer Ordnung“ ist dagegen zu sprechen, wenn dem Konsumenten explizite Selbstkontrollregeln verfügbar sind und diese ihn von problematischem Konsum abhalten. *Kontrollierter Konsum harter Drogen lässt sich demnach als ein Konsum definieren, der nicht in nennenswertem Maß mit persönlichen Zielen kollidiert und durch Selbstkontrollregeln gesteuert wird, die explizit sind oder explizit gemacht werden können.* In den meisten sozialepidemiologischen Studien werden derartige Selbstkontrollregeln gar nicht erhoben. Wenn aber der Konsum harter Drogen in einem engen Spektrum verbleibt und nicht mit persönlichen und sozialen Problemen einhergeht, kann er als kontrolliert angesehen werden. In den meisten Studien wird kontrollierter Konsum auch so verstanden: als im Hinblick auf Menge und Häufigkeit limitierter und hinsichtlich der Konsequenzen unproblematischer Konsum. „Unkontrolliert“ steht demgegenüber für mengenmäßig hohen und häufigen (täglichen) Konsum und das Auftreten von Problemen als Konsequenzen des Konsums.

Spezifischer bedeutet „Kontrolle“ die Möglichkeit der Unterbrechung eines habitualisierten Verhaltens. „Unkontrolliert“ (im Sinne von „Kontrollverlust“) bedeutet die Unfähigkeit, ein abhängiges Konsummuster selbst stoppen zu können. Der Zusatz „selbst“ ist wesentlich, denn eine von außen erzwungene Unterbrechung des Konsummusters (z. B. im Rahmen einer Behandlung) ist in der Regel nicht als Form der Selbstkontrolle zu verstehen. Spontanheilungen ohne bzw. mit nur geringer professioneller Behandlung bieten eine besonders interessante Basis zur Untersuchung von „wirklich“ selbstkontrolliertem Konsum.

Die Frage, inwieweit es kontrollierten Konsum illegaler Drogen gibt, lässt sich nun wie folgt spezifizieren:

1. Wie häufig kommt kontrollierter, d. h. unschädlicher, unregelmäßiger und eingegrenzter Konsum von Heroin und Kokain innerhalb der Allgemeinbevölkerung vor?
2. Kann abhängiger und/oder problematischer Konsum dieser Substanzen aus eigener Kraft in kontrollierten Konsum „überführt“ werden?
3. Wenn es einen kontrollierten Konsum gibt: Wie funktioniert er?

Um die erste Frage der Prävalenz zu beantworten, werden wir diverse Bevölkerungsumfragen heranziehen und die Häufigkeit von kontrolliertem Konsum abschätzen. Zur Beantwortung der zweiten Frage (Übergang zwischen abhängigem und kontrolliertem Konsum) werden Follow-up-Studien über abhängige (Ex-)Konsumenten analysiert. Bezogen auf die dritte Frage ziehen wir einige Studien zur Häufigkeit des Einsatzes von Selbstkontrollregeln zu Rate. Bei allen drei Fragen konzentrieren wir uns auf die „harten“ illegalen Drogen Heroin und Kokain und sparen Marihuana, Amphetamine und Ecstasy (MDMA) aus, weil Letztere im Allgemeinen andere Abhängigkeitsprozesse und Schadensfolgen nach sich ziehen.

### Prävalenz des kontrollierten Konsums illegaler Drogen

Der direkteste Weg, die Prävalenz kontrollierten Konsums zu erheben, sind Repräsentativumfragen in der Allgemeinbevölkerung. Die Anzahl der Personen, die in diesen Untersuchungen angeben, unerlaubte Drogen zu nehmen oder genommen zu haben, ist sehr gering und dennoch nicht unbedeutend. In einer 1987 durchgeführten nationalen Erhebung aller Haushalte der Niederlande (Einschluss: alle über 15-Jährigen) gaben 1% an, mindestens einmal bereits Heroin oder Kokain konsumiert zu haben. Einige Jahre später gaben im drogenfreundlichen Amsterdam 6% der Befragten an, schon einmal Kokain probiert zu haben, 1,2% waren es bei Heroin [6].

Interessante Beobachtungen können bei Schülern gemacht werden, bei denen „Lifetime-Prävalenz“ bereits per definitionem kurz zurückliegenden und zumeist (noch) unregelmäßigen Konsum bedeutet. Das europäische ESPAD-Projekt [7] sammelte im Frühjahr 1999 in 30 Ländern (nicht in Deutschland) entsprechende Informationen bei 15- bis 16-jährigen Schülern. Der Prozentsatz der Kokain konsumierenden Jugendlichen reichte von 1% (Großbritannien) bis 3% (Niederlande). Die Anzahl derjenigen, die jemals Heroin ausprobiert hatten, war leicht höher, mit besonders hohen Werten vor allem in osteuropäischen Ländern. Auffallend hoch sind die analogen Prozentwerte mit 8 (!) bzw. 4% in den USA [8]. Gleichwohl lassen diese Zahlen keine Rückschlüsse auf die Prävalenz kontrollierten Konsums zu.

Erstmaliger Konsum kann selbstverständlich in problematischen Konsum übergehen. Nichtsdestoweniger wird lediglich eine kleine Gruppe der Konsumenten sozial auffällig oder kommt in Behandlung, wie verschiedene Studien belegen. Wenn man mehr über Konsumenten, die nach einer Experimentierphase die Kontrolle über ihren Drogenkonsum wahren, wissen möchte, benö-

tigt man Angaben zur Häufigkeit und Aktualität des Konsums und nicht nur Lifetime-Prävalenz-Daten. Leider wird in vielen Bevölkerungsstudien diese Information nicht erhoben. Eine Ausnahme bildet die Erhebung von Abraham, Cohen, Van Til & De Winter [9], die im Jahr 1997 22 000 Niederländer über das Vorkommen von legalem und illegalem Drogenkonsum befragte. Die Studie konzentriert sich ausdrücklich auf die Frage des regelmäßigen Konsums und ist darüber hinaus von Bedeutung, weil sie Vergleiche zwischen illegalen und legalen Substanzen vornimmt. Erfasst wurden der kontinuierliche Suchtmittelkonsum (operationalisiert als Anzahl der Konsumenten im letzten Monat) und die Anzahl erfahrener Konsumenten (operationalisiert als mehr als 25-maliger Substanzgebrauch im Leben) – Angaben, die sich der Lifetime-Prävalenz annähern. Zentrale Ergebnisse der Studie finden sich in Tab. 1.

Zunächst einmal zeigen sich zwischen den verschiedenen Substanzen auffallende Unterschiede. Alkohol und Nikotin werden am häufigsten konsumiert. Auffällender ist jedoch der Unterschied in der Beibehaltung des Konsums. Die große Mehrheit derjenigen, die jemals Alkohol oder Nikotin probiert haben, hat ihren Konsum danach fortgesetzt und diese sind nun erfahrene Konsumenten. Dies trifft aber nur auf ein Drittel derjenigen zu, die jemals Cannabis konsumierten, und auf weniger als ein Viertel der Kokain- oder Heroinprobierer. Ein vergleichbarer Unterschied zeigt sich bei denen, deren Konsum im letzten Monat erhoben wurde. Obwohl der Prozentsatz der Tabakraucher, die auch im letzten Monat noch rauchten, niedriger ist als der der Alkoholkonsumenten (was möglicherweise der relativ hohen Zahl von Exrauchern zuzuschreiben ist), sind beide Prozentsätze weit höher als die für illegale Drogen (zwischen 10 und 16%). Nur eine sehr kleine Minderheit derjenigen, die jemals harte Drogen konsumierten, konsumiert (fast) täglich. Der Unterschied zu den verbreiteteren Drogen wie Cannabis, Alkohol und Nikotin ist auffallend. Diese Ergebnisse legen die Schlussfolgerung nahe, dass der Gebrauch von Kokain und Heroin, auch bei erfahrenen Konsumenten, nicht notwendigerweise zu fortgesetztem und häufigem Konsum führt. Die Anzahl der kontrolliert Drogen Konsumierenden kann letztlich auf 1 bis 2 Promille der erwachsenen Bevölkerung geschätzt werden; das sind in den Niederlanden zwischen 10 000 und 20 000 Personen.

Es gibt auch eine neuere deutsche Studie mit interessanten Prävalenzdaten, die allerdings im Hinblick auf den kontrollierten Gebrauch illegaler Drogen wenig Ergänzungen liefert. Kraus und Angustin [10] berichten über illegalen Drogenkonsum bei den mehr als 8000 befragten 18- bis 59-jährigen West- und Ostdeutschen im Jahr 1997. Sehr vergleichbar mit den niederländischen

	Kokain	Heroin	MDMA (Ecstasy) bis	Canna-	Alkohol	Nikotin
Lifetime-Prävalenz	2,1	0,3	1,9	15,6	90,2	67,9
Erfahrene Konsumenten (> 25-maliger Konsum), bezogen auf die Lifetime-Konsumenten	22,7	24,3	25,4	33,1	88,4	88,0
Konsum im letzten Monat, bezogen auf die Lifetime-Konsumenten	10,0	10,2	14,0	15,8	81,4	50,5
Mehr als 20 Konsumtage im letzten Monat, bezogen auf die vorherige Zeile	1,8	*	0,0	25,6	24,3	*

Tab. 1 Prävalenz und Häufigkeit des Konsums unerlaubter Drogen in den Niederlanden, in Prozentwerten (Angaben nach [9])

\* keine Angaben

Zahlen haben von den Befragten 2% mindestens einmal im Leben Kokain und 0,3% mindestens einmal Heroin konsumiert. Auch in der deutschen Population hat nur ein Teil davon in den letzten 12 Monaten Drogen konsumiert: etwa 33% beide Substanzen (nur Kokain: 0,7%; nur Heroin: 0,1% [10]) – eine bedeutend höhere Zahl als in den Niederlanden (10%). Nach den Ergebnissen dieser Studie konsumierten hochgerechnet mindestens 333 000 Deutsche nicht nur einmal während ihres Lebens, sondern auch im letzten Jahr Kokain und/oder Heroin. Längst nicht alle von diesen sind als problematisch einzustufende Konsumenten, denn: In Kraus' und Angustin's gesamter Stichprobe erhalten 0,9% eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose in Bezug auf illegale Drogen. Es wird sich hier kaum oder nicht um die wirklich verelendeten Drogenabhängigen handeln – die reagieren gewöhnlich weniger begeistert auf postalisch und unbezahlt erbetene Fragebogeninformationen. Die Personen mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnosen fallen sodann auch nicht alle zusammen mit den Heroin- und Kokainkonsumenten der Stichprobe. Kraus und Angustin [10] berichten, dass die Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnosen überwiegend bei Cannabis (mit einer viel größeren Prävalenz) und in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen zu beobachten sind. Man kann daraus schließen, dass es auch in Deutschland eine vielleicht kleine, aber nicht zu ignorierende Gruppe sozial unauffälliger Konsumenten von Heroin und Kokain gibt.

Diese Schätzung der Anzahl sozial unauffälliger Konsumenten von Heroin und Kokain in Deutschland korrespondiert mit einer Schätzung für die Schweiz. Herrmann, Nydegger und Estermann [11] kommen auf eine Zahl von mehr als 10 000, das sind über ein Promille der Wohnbevölkerung.

Studien in der Allgemeinbevölkerung weisen den Nachteil auf, dass die Repräsentativität für seltene Verhaltensmuster – wie den Konsum harter Drogen – leicht verloren geht. Die kontrolliert Konsumierenden haben nämlich eine höhere Wahrscheinlichkeit als die unkontrolliert Konsumierenden, in die Stichprobe eingeschlossen zu werden. Dies tangiert indes nicht die Schlussfolgerung, dass es kontrollierten Konsum gibt, beeinträchtigt aber in hohem Maße eine reliable Schätzung der Anzahl kontrollierter Konsumenten und der Charakteristika kontrollierten Konsums. Diese Aspekte bedürfen andersartiger Studien, von denen eine Auswahl im nächsten Kapitel dargestellt werden soll.

### Herauswachsen aus der Drogenabhängigkeit und Rückgewinnung der Selbstkontrolle

Die zweite Frage bezieht sich darauf, ob kontrollierter Konsum von Heroin und Kokain überhaupt möglich ist, ob also das entstandene Muster abhängigen oder problematischen Verhaltens durch eigene Anstrengungen unterbrochen werden kann und damit der problematische und/oder häufige Konsum von Heroin und Kokain in einen schadensarmen Konsum überführt werden kann.

Antworten können am ehesten durch die Untersuchung von Personen gegeben werden, die dies bereits geschafft haben. Allgemein gesprochen können zwei Arten von Studien unterschieden werden, die solche Informationen enthalten. Da sind zum einen Follow-up-Studien von Drogenkonsumenten, die sich zu-

vor in Behandlungseinrichtungen oder dem Justizvollzug befunden haben. Zum anderen liegen Daten zu ehemals Drogenabhängigen aus Bevölkerungsstudien vor. Aufgrund der geringen Prävalenz von illegalem Drogenkonsum sind Letztere viel seltener. Sie haben aber eine größere Validität, weil sie den Bias klinischer Untersuchungsgruppen vermeiden. Beispiele für epidemiologische Studien der gelungenen „Selbstheilung“ bieten vor allem Winnick [12], Biernacki [13] und Klingemann [14]. Eine der einflussreichsten Studien zu diesem Thema stammt von Lee Robins und ihren Kollegen, die amerikanische Kriegsteilnehmer nach der Rückkehr aus Vietnam befragten [15,16]. Auf diese Studie werden wir im Folgenden detaillierter eingehen, da sie das Denken über die Genesung von Drogenmissbrauch erheblich beeinflusst hat und weil es ein Follow-up dieser Studie nach 25 Jahren gibt [17].

Die ursprüngliche Studie zielte darauf ab, das Ausmaß des Substanzkonsums und die Anpassungsprobleme in das zivile Leben von Soldaten, die in Vietnam gekämpft haben, zu erheben. Dies geschah nach einem und nach drei Jahren nach ihrer Rückkehr aus Vietnam (1972 und 1974). Die Ergebnisse zeigten, dass bei den Vietnamveteranen der Konsum von Heroin nicht immer in eine Abhängigkeit geführt hat, nicht einmal in anhaltenden Konsum. Heroinkonsum wurde vor der Ankunft in Vietnam bei 1% der eingeschriebenen Männer angegeben. Dieser Prozentsatz stieg auf 35% während des Einsatzes. Robins schätzte, dass 54% abhängig wurden, das waren 20% aller Soldaten. Zweifelsohne kam der Einstieg in erster Linie durch die Schrecken des Krieges und durch die Verfügbarkeit vor Ort zustande, auch bei Personen, die sonst nicht zum gefährdeten Personenkreis gehört hätten. Von daher lässt es sich auch erklären, dass viele Abhängige den Konsum beendeten, als sie nach Hause kamen. Nicht mehr als ungefähr 12% derjenigen, die in Vietnam abhängig waren, waren drei Jahre nach ihrer Rückkehr noch heroinabhängig [18].

Price, Risk und Spitznagel [17] erreichten 839 der Kriegsveteranen und der Nichtveteranen-Kontrollgruppe, das sind 68%. 1996 und 1997 erhoben sie rückblickend von Jahr zu Jahr den Konsum, den Missbrauch, die Remission sowie psychiatrische Behandlungen. Die Ergebnisse der Studie offenbaren eindrucksvoll die Heilungsmöglichkeiten von Drogenkonsumenten. Price und andere fassen dies wie folgt zusammen: Es gab relativ stabile Muster von häufigem Konsum, die Durchschnittsdauer vom ersten Konsum bis zum Nachlassen des Konsums lag zwischen 9 und 14 Jahren. Die Mehrheit versuchte, den Konsum zu beenden, viele nahmen bei ihren letzten Versuchen nicht mehr die traditionelle Drogenbehandlung in Anspruch. Weniger als 9% der laufenden Drogenkonsumenten wurden in ambulanten oder stationären Settings behandelt. Spontanheilung war eher die Regel als die Ausnahme. Dennoch muss darauf hingewiesen werden, dass 10% der Ausgangsgruppe vorzeitig starben und dass eine beträchtliche Anzahl von Drogenkonsumenten in irgendeiner Form der Behandlung war (obgleich von diesen nur eine Minderheit in einer Drogenbehandlung). Von daher weisen die Autoren darauf hin, dass ein beträchtliches Maß an Behandlungsbedarf für diejenigen weiter, bestand. Price und andere bezweifeln, dass die langjährige Erfahrung mit Drogenkonsum allein einen kontrollierten Gebrauch ermöglicht, da Arbeitslosigkeit, Beziehungsprobleme, soziale Probleme und psychiatrische Komorbi-

dität andere Konsummuster andeuten, die den Betroffenen die Kontrolle nicht möglich machten.

Wie oben erwähnt, gibt es inzwischen mehr Studien mit Ex-Konsumenten. In den letzten drei Jahrzehnten wurden zahlreiche Follow-up-Studien mit Konsumenten durchgeführt, die entweder in Behandlung oder in Haft waren. Für mehr Informationen verweisen wir auf eine unserer früheren Publikationen [19], in welcher wir einen Überblick über die verfügbaren empirischen Daten geben. Diese Sekundäranalyse präsentiert 52 empirische Einzelstudien von Langzeitverläufen Drogenabhängiger. Bei der Auswahl dieser Studien rekurrierten wir auf fünf Reviews, die zu dieser Zeit verfügbar waren. Diese Auswahl war angemessen, da die Reviews unter verschiedenen Gesichtspunkten zusammengestellt waren und sich nur zu einem geringen Teil überschneiden. Wir schlossen niederländische und deutsche Studien ebenso ein, so dass wir die übliche Verzerrung zu Gunsten angelsächsischer Studien vermieden, die häufig in Überblicksartikeln vorliegt. Zunächst möchten wir die Reviews charakterisieren:

Ladewig [20], ein Schweizer Psychiater, war an der Selbstheilung von Opiatabhängigkeit interessiert und fasste 24 Studien zusammen, einschließlich der amerikanischen DARP-Studie. Onstein [21], ein niederländischer Psychiater, legte sein Hauptaugenmerk auf die Effektivität von Langzeitbehandlungen für Opiatabhängige, die zehn oder mehr Jahre andauerten, und analysierte neun Studien, einschließlich der von Vaillant. Swierstra [22], ein niederländischer Kriminologe, stellte eine kritische Auswahl von 28 Studien zusammen, die sich damit beschäftigten, Ex-Konsumenten zu finden, die unzweifelhaft abstinent von Drogen sind. Schneider [23] erweiterte die Arbeit von Ladewig „zur Frage von Ausstiegchancen und Selbstheilung bei Opiatabhängigkeit“ und beschränkte sich nicht nur auf Abstinenz, sondern versuchte auch integrierten Konsum zu beobachten. Dabei kam er auf 35 Studien. Tims [24,25], zu der damaligen Zeit Leiter des Treatment Services Research Department der NIDA, berichtete über sechs breit angelegte amerikanische Follow-up-Projekte: CAP, Phoenix House, DARP, TOPS, Methadone Research Project und DATOS. In diesen Reviews konnten 52 Einzelstudien identifiziert werden. Aus jeder Studie wurden die Anzahl der Befragten und die Entwicklung im Verlauf dokumentiert.

Unter Nutzung der in den Reviews präsentierten Daten sammeln wir alle verfügbaren Informationen, um die Prozentsätze der Befragten in unterschiedlichen Ergebniskategorien und zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu schätzen: Verstorbene, problematische Konsumenten (Abhängige, missbrauchende Konsumenten) und Abstinente. Selbstverständlich geht die Anzahl der Erreichten Personen mit zunehmender Follow-up-Dauer stark zurück. Deshalb sollten insbesondere die 15- und 20-Jahres-Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden. Die Anzahl der eingeschlossenen Personen, die noch nach zehn Jahren erfasst werden konnten, liegt aber immer noch über 9000. Die Ergebnisse sind in Abb. 1 dargestellt.

Was sagt uns diese Abbildung? Zunächst einmal den graduellen Anstieg an Verstorbenen: fast 20% nach 20 Jahren. Aber ebenso wächst die Anzahl von Abstinenten zu jedem Follow-up: rund 20% nach fünf Jahren, ungefähr 40% nach 20 Jahren. Der Anteil problematischer Konsumenten verringert sich erheblich im Laufe der Zeit. Nach 5 Jahren konsumiert noch die Hälfte der Befrag-

ten illegale Drogen, nach 10 Jahren (und ab da konstant) sind es 20%. Am meisten Neugier entfacht indes der Umstand, dass die Prozentangaben sich nicht immer zu 100% aufaddieren lassen. Es bleibt ein Prozentanteil von 10–15% der Personen nach fünf Jahren und ungefähr 25% nach zehn Jahren, die nicht in eine der vorgegebenen Kategorien fallen. Das bedeutet, dass die Befragten noch am Leben sind, nicht abstinent sind und, obwohl sie Drogen konsumieren, keinen problematischen Umgang damit aufweisen. Diese Angaben führen zu dem Schluss, dass es einem substanzialen und wachsenden Anteil von Drogenkonsumenten gelingt, sich eine „sozial unauffällige“ Form des Drogenkonsums anzueignen. Daraus leiten wir ab, dass nicht alle Drogenkonsumenten dazu verurteilt scheinen, eine negative Entwicklung zu nehmen oder abstinent sein zu müssen.

Einige Mahnungen zur Vorsicht sollten allerdings von einem methodologischen Standpunkt gemacht werden. Neben der Negativselektion aus der Gesamtpopulation der Drogenkonsumenten, die diese Studien enthalten, haben die Originalstudien eine Reihe von anderen Mängeln. So ist das Vorkommen von Genesung selten das zentrale Ziel der Studien. Die Verläufe des Drogenmissbrauchs haben einen episodischen Charakter, bei denen Zeiträume mit (schwerem) Konsum mit anderen Zeiträumen von eingeschränktem oder gar keinem Konsum wechseln. Die Studien differieren im Zeitraum des Follow-ups von einem bis zu zwanzig Jahren und die Anzahl der jeweiligen Studienteilnehmer reicht von 36 bis zu über 10000 (TOPS). Nicht alle Studien definieren keinen und früheren Konsum auf dieselbe Weise. Ebenso unterscheiden sich die Indikatoren für „soziales Funktionieren“. Tims bemerkt, dass z. B. in den siebziger Jahren eine Arbeit zu haben ein guter Indikator dafür gewesen sei, in späteren Jahren aber nicht mehr. Am meisten Beachtung verdient aber, dass keine der Überblicksstudien das Thema des kontrollierten Konsums aufgreift. Die einzige Ausnahme bietet der Review von Schneider.

Nichtsdestoweniger ermöglicht diese Zusammenstellung der Studien der letzten vier Jahrzehnte aus den USA und Europa eine Übersicht über Suchtverläufe von nahezu 30000 Personen, die zum Zeitpunkt des ersten Kontaktes drogenabhängig gewesen sind.

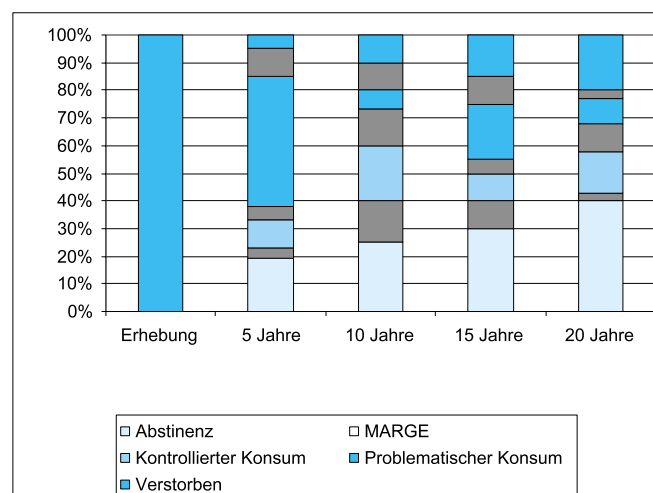


Abb. 1 Langzeit-Follow-up von Drogenkonsumenten, basierend auf einem Review von Längsschnittstudien (nach [19]).

## Art und Weisen des kontrollierten Konsums illegaler Drogen

Wie kommen Drogenkonsumenten zu einer Form kontrollierten Konsums? In diesem Abschnitt werden wir relevante Studien darstellen, die Beobachtungen über die Art und Weise, wie Drogenkonsumenten ihren Konsum kontrollieren, wiedergeben.

Zinberg [4] interviewte 99 kontrollierte Konsumenten und verglich sie mit 35 so genannten zwanghaften Konsumenten. Er war besonders davon beeindruckt, wie „*drug, set and setting*“ Menge, Art und Schädigungsgrad des Drogenkonsums beeinflussen. Kontrollierter Konsum wurde definiert als regelmäßiger, aber nicht abhängiger Konsum, bezogen auf eindeutige Kriterien (nicht weniger als 3 Zeiträume von 4 bis 15 Tagen Konsum, aber nicht mehr als sechs solcher Zeiträume in den letzten zwei Jahren und nicht mehr als einen Monat Behandlung in dieser Zeit). Die zwanghaften Konsumenten, die Kontrollgruppe, bestanden aus Personen, die mehr konsumierten. Die Konsumenten wurden mittels einer Zeitungsanzeige und durch ein System, das später als Schneeballsystem bekannt wurde, rekrutiert: Die Befragten rekrutierten ihrerseits konsumierende Freunde und Bekannte. Mit allen diesen Personen wurden vertiefte Interviews durchgeführt und mit der Hälfte ein paar Monate später nochmals.

Was waren nun die charakteristischen Unterschiede zwischen den kontrollierten und den zwanghaften Konsumenten? Zunächst einmal der Faktor *drug*. Die Art der Einnahme unterschied die Gruppen *nicht*: Intravenöse Konsumenten kamen in beiden Gruppen vor. Die kontrollierten Konsumenten unterschieden sich von den zwanghaften auch nicht signifikant bezüglich negativer Auswirkungen des Drogenkonsums. Jedoch reagierten deutlich weniger kontrollierte Konsumenten auf die negativen Konsequenzen mit erneutem Konsum. In ihren Drogenkonsummustern gab es einen hochsignifikanten Unterschied bezüglich der Fähigkeit, Opiate zu besitzen, ohne sie zu nehmen, also der Fähigkeit, den Konsum aufzuschieben. Das ist umso mehr bemerkenswert, da es hinsichtlich der Verfügbarkeit von Drogen keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen gab. „In short, in terms of access to opiates, the controlled and the compulsive subjects were equally at risk in relation to losing or gaining control over their drug use.“ [4]

Beim Faktor *set* bezieht sich Zinberg auf die Persönlichkeitsmerkmale der Konsumenten. Die Persönlichkeitstests in dieser Studie zeigten nicht viele Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, obwohl die zwanghaften Konsumenten einen eher gestörten Blick auf die Realität aufwiesen. Auch die Motive, Drogen zu konsumieren, unterschieden sich nur marginal; die zwanghaften Konsumenten nutzten Drogen häufiger zur Erleichterung, als Art der Selbstmedikation. Ein starker Unterschied der soziodemografischen Angaben lag darin, dass die kontrollierten Konsumenten sehr viel häufiger einen Vollzeit Arbeitsplatz hatten. Die beeindruckendsten Unterschiede aber fanden Zinberg und seine Mitarbeiter beim *setting*. Kontrollierte Konsumenten haben mehr Freunde und unter diesen Freunden sind häufiger Nichtkonsumenten. Auf der anderen Seite ist der zwanghafte Konsument vereinsamt, zum Bekanntenkreis gehören nur Drogenkonsumierende. Die Art und Weise des Konsums im Bekanntenkreis scheint eine hohe Bedeutung für die Art des Konsums der befragten Person zu haben. Weiterhin scheinen die kontrol-

lierten Konsumenten sorgfältiger beim Konsum selbst zu sein. Signifikant mehr von ihnen verfügten über ein *set* von selbst aufgestellten Regeln, die den Konsum minimieren.

Die wesentlichen Schlussfolgerungen, die Zinberg daraus zieht, sind: Der Drogenkonsum wird nicht nur durch die pharmakologischen Charakteristika der Droge und durch psychologische Merkmale (Einstellung, Persönlichkeit) des Konsumenten (*set*), sondern in einem hohen Ausmaß durch Werte und Verhaltensregeln (soziale Sanktionen) und Verhaltensmuster (soziale Rituale) bestimmt. Soziale Regeln und Sanktionen bestimmen formell und informell, wie eine bestimmte Droge genommen werden sollte. „Nicht betrunken Auto fahren“ ist eine soziale Regel. Soziale Rituale sind stilisierte, vorgegebene Verhaltensmuster für Drogengebrauch. Sie haben mit der Beschaffung und der Zufuhr der Drogen, der Auswahl des räumlichen und sozialen *settings* für den Konsum, den Aktivitäten nach der Zuführung der Droge und der Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen zu tun [4].

Nach Zinberg haben die Rituale von kontrollierten Konsumenten häufig die Funktion, die Umstände, die Menge und die Art und Weise des Konsums zu begrenzen: Konsum nur in Gemeinschaft mit anderen, nur nach Erledigung bestimmter Aufgaben und nicht, bevor bestimmte Vorbereitungen getroffen sind. Ähnlich wie die Rituale begrenzen häufig soziale Sanktionen in Form von individuellen oder sozialen Regeln den Konsum: Niemals allein konsumieren, nicht mehr Geld für Drogen ausgeben als einen bestimmten Betrag und nicht während der Arbeit Drogen nehmen usw.

Tab. 2 gibt einen Überblick über Selbstkontrollregeln, die Zinberg und andere Autoren herausgearbeitet haben.

Einige kürzlich durchgeführte Studien aus den Niederlanden und Belgien über Kokainkonsumenten bestätigen die allgemeinen Aussagen Zinbergs. Cohen und Sas [26] berichten über zwei Studien, die mittels Interviews durchgeführt wurden, und zwar bei erfahrenen, nicht devianten Kokainkonsumenten. Die erste Gruppe von 160 Personen wurde 1987 befragt. Sie wurde durch das Schneeballprinzip rekrutiert [27]. Als erfahrene Kokainkonsumenten wurden Personen definiert, die in ihrem Leben mindestens 25-mal Kokain benutzt haben. Die meisten Personen hatten mit ihrem Konsum in den siebziger Jahren begonnen. Nach der gleichen Methode wurden 1991 108 Konsumenten befragt. In dieser Gruppe lautete das Einschlusskriterium zehnmahliger Konsum und der Erstgebrauch nicht vor 1986, um eine Gruppe zu haben, deren Konsumbeginn dichter am Befragungszeitraum liegt. Nicht deviante Kokainkonsumenten wurden so definiert, dass sie ihren Hauptlebenserwerb nicht mit Prostitution oder Kriminalität bestreiten. Alle Rekrutierungen wurden mit Personen außerhalb der typischen „Junkieszene“ bzw. dem Kriminellenmilieu begonnen. In Belgien veröffentlichte Decorte [28] eine Längsschnittsuntersuchung von 111 Kokainkonsumenten im Raum Antwerpen. Sein Design und seine Schlussfolgerungen gleichen den Studien von Cohen [26, 27].

Wie in den meisten gemeindenahen Drogenkonsum-Studien sind auch hier die Teilnehmer aus beiden Gruppen (Amsterdam und Antwerpen) sozial gut integriert, wenn auch keine Durchschnittsbürger. Sie sind häufig jünger und zum größeren Teil

Tab. 2 Übersicht über die Selbstkontrollregeln von Heroin- und Kokainkonsumenten

	Zinberg (1984)	Haves & Schneider (1992)	Cohen & Sas (1995)	Decorte (2000)	Mainline (1996; 2002)
Konsumorte	Niemals an unbekanntem Orten	Bewusste Setting-Gestaltung		Regeln für bestimmte Situationen, in denen man mit Anderen Spaß hat, ausgehen, Party feiern, Leute treffen. Regeln für Nichtkonsum: nicht bei der Arbeit oder beim Lernen, kein Konsum vor Nichtkonsumenten (besonders Eltern und Kindern), nicht mit jeder Person	Nicht an unbekanntem Orten Nicht auf der Straße
Einbezogene Personen	Niemals mit Fremden Niemals allein		Mit ganz bestimmten Personen nicht. Nicht allein	Regeln für bestimmte Gruppen: Familienmitglieder, Nichtkonsumenten, Konsumenten, denen man nicht vertraut, schwere Konsumenten. Informelle Regeln über Kontextbedingungen des Konsums können verschiedenen Zielen dienen: 1. Drogen vor Nichtkonsumenten verbergen (sie könnten ärgerlich oder enttäuscht sein, sie könnten die Polizei oder den Arbeitgeber verständigen, sie müssen geschützt werden) 2. Positive Wirkungen des Konsums maximieren. 3. Konsumrisiken (z.B. zu viel nehmen, abhängig werden) minimieren.	Nicht mit Fremden Nicht mit jemandem aus der Familie Nie allein Wenn alleine, dann weniger nehmen
Kontakt zur Szene		Distanzierung von der öffentlichen Drogenszene			Nach Konsum: weg von der Szene Von der Szene wegbleiben, wenn man nichts nehmen will Die Eltern besuchen, um Konsum zu vermeiden
Gefühle			Nicht während Niedergeschlagenheit Nicht beim Sex Nur wenn man ausgeht Nur aus Spaß	Regeln, die besagen: nur bei guten Gefühlen, nie bei schlechten	Wenn man sich schlecht fühlt: kein Konsum
Konsumverhalten	Nur Schniefen Keine Arbeitsteilung beim Konsum „Kenne Deinen Dealer persönlich“	Bewusste Risikoabschätzung beim Gebrauch	Nur eigenen Stoff Nie Kokain kaufen Nicht konsumieren, wenn angeboten wird Nie von Fremden Nur qualitativ hochwertiges Kokain Regelmäßigen Kokainkonsum vermeiden	Einschränkungen, wo und wie man Kokain kauft Regeln zum Testen des Kokains Regeln über die Menge und Art der Einnahme Regeln zur Vermeidung polizeilicher Aufmerksamkeit	Nie injizieren Keine Arbeitsteilung beim Konsum Ich kaufe nur bei meinem Dealer Nur guter Stoff Ich nehme nur vorsichtig dosiert Keine anderen dürfen bei mir zu Hause konsumieren Ich teile meine Drogen (und verbrauche weniger) Lieber einmal als öfter Kein Heroin, wenn doch: kein Kokain Stopp bei Kontrollverlustempfinden
Zeitplanung	Spezielle Planung (z. B. nur nach der Arbeit) „Plane im Voraus“	Kein Gebrauch auf täglicher Basis Gebrauch nur bei bestimmten Anlässen	Regelmäßigen Kokainkonsum vermeiden Nicht früher als zu einer bestimmten Tageszeit Nur wenn nichts Wichtiges am nächsten Tag anliegt Nicht während der Arbeit oder beim Lernen Nicht vor dem Abendessen Nicht oder nur selten in der Woche Nie vorm Schlafen	Regeln über die Häufigkeit des Konsums, über die Höchstzahl von Einnahmen, Intervalle zwischen den Konsumperioden	Konsum nicht an festen Tagen Nicht tagsüber Nicht alles auf einmal Nicht vor Mittag Nicht mehr als zwei Tage hintereinander Zwischendrin ein paar Tage zu Hause bleiben, Methadon nehmen, gut essen und ausruhen Den ersten Schuss so lange wie möglich hinauszögern
Finanzen	„Schaffe ein Budget für den Konsum“		Finanzielle Grenzen beim Kauf beachten Nie mehr als eine bestimmte Summe	Regeln, um die Finanzen für den Konsum zu sichern	Nicht mehr ausgeben, als ich erübrigen kann Kein Geld, keine Drogen Keine Prostitution oder Raub, um Geld zu beschaffen Das Geld nur an vertrauenswürdige Leute geben Meine Mutter hat meine Kreditkarte

	Zinberg (1984)	Haves & Schneider (1992)	Cohen & Sas (1995)	Decorte (2000)	Mainline (1996; 2002)
Andere Prioritäten	Mache vorher sauber			Regeln über Aktivitäten, die Vorrang haben	Kein Konsum, wenn etwas Wichtiges am nächsten Tag ansteht Ich mache sauber, bevor ich konsumiere Ich esse erst Ich konsumiere nur am Wochenende Ich hebe etwas für abends auf
Drogenkombinationen		Keine parallele Einnahme verschiedener Drogen	Vorsichtig mit dem Alkohol während des Kokainkonsums	Regeln über angemessene und unangemessene Kombinationen von Kokain mit anderen Substanzen	Wenn ich Cannabis, Kokain und Heroin mische, habe ich weniger Verlangen Nach Kokain rauche ich Joints Kokain nur nach Heroin
Drogeneffekte			Bei bestimmten Gefühlen: Stopp!		Ich versuche, das Äußerste aus einer Dosis herauszuholen

männlich, haben eine höhere Bildung und geringere Einkommen (aufgrund des hohen Anteils von Studenten und Menschen, die von Sozialhilfe leben). Weiterhin haben sie weniger Kinder als die Durchschnittsbevölkerung [28].

Cohen und Sas [26] stellen zunächst die Ähnlichkeit in den Kokainkonsummern in ihren Gruppen fest. Sowohl in Bezug auf ihren Erstkonsum wie in ihrer Konsumententwicklung sind die Gruppen von 1987 und 1991 bemerkenswert ähnlich. Die Dosierungen, Häufigkeiten und allgemeine Höhe des Gebrauchs zeigen keine signifikanten Unterschiede. Wie 1987 zeigte sich ein Muster starken Konsums (i.e. mehr als 2,5 g pro Woche) bei etwa 20% der Konsumenten – dies schien aber kurzlebig zu sein, im Durchschnitt etwa ein Jahr andauernd. Ebenso wie 1987 begannen die Konsumenten mit kleinen Mengen Kokain, bewegten sich auf Zeiten mit einer Höchstmenge zu (die individuell sehr unterschiedlich ausfiel) und kehrten zu geringeren Mengen und Häufigkeiten zurück. Nichtsdestoweniger bezeichnen sich diese Konsumenten selbst als „kontrollierte“ Konsumenten. Die hauptsächlichen Indikatoren des „kontrollierten Konsums“, bezogen auf die Antwerpener Gruppe von Decorte, waren: zeitweise Abstinenz, Kokain ablehnen können, wenn es angeboten wird, geringe Dosen und/oder seltener Gebrauch, geringere Anstrengungen, um Kokain zu besitzen; zudem gibt es andere Aktivitäten, die eine höhere Priorität gegenüber dem Kokainkonsum einnehmen und *positive* Gründe für den Kokainkonsum. Die meisten Befragten berichten über ein Gefühl von Herrschaft und Kontrolle über das Mittel. Viele Konsumenten haben einen Prozess von Kontrollverlust über die Substanzeinnahme durchlaufen oder haben die negativen und gefährlichen Aspekte kennen gelernt. Am Ende waren sie aber in der Lage, die Substanz bewusster zu nehmen und zu verhindern, dass Kokain ihre Beziehungen oder Aktivitäten mit größerer Bedeutung (Arbeit, Familie usw.) stört [28].

Wie trainieren sie die Kontrolle? Möglicherweise trifft am ehesten die Schlussfolgerung von Cohen und Sas [26] zu, die besagt, dass das, was schon 1987 unter den „alten Konsumenten“ gesagt wurde, auch auf die anderen zutrifft: Sie kontrollieren ihren Kokainverbrauch über die Erschaffung von verschiedenen Regelsystemen. Typischerweise haben Konsumenten vorab aufgestellte Grenzen über die Konsummenge, die sie brauchen, die Geldmenge, die sie ausgeben, von wem sie Drogen kaufen, in welchen settings sie Drogen konsumieren und mit wem sie ihren Konsum gemeinsam durchführen. Außerdem neigen sie dazu, „Risikomo-

delle“ vor Augen haben, um ihren Konsum zu überwachen, und sie halten spezielle emotionale Verfassungen oder Stimmungen dem Konsum für angemessen oder unangemessen. Die Daten zeigen, dass externe Faktoren wie geringe Verfügbarkeit oder gefährvoller Erwerb eine nachgeordnete Rolle spielen, für viele gar keine. Wie Tab. 2 zeigt, sehen dies die Konsumenten selbst auch so.

Decorte [28] kommt zu demselben Schluss, dass sich viele Befragte gezielte Regeln zu eigen machen: nicht drogenbezogene Aktivitäten, die Vorrang haben; die Menschen, mit denen man (nicht) gemeinsam konsumieren sollte; die Höchstzahl des Konsums innerhalb einer bestimmten Zeit; Beziehung zu Nichtkonsumenten aufrechterhalten; Häufigkeit des Konsums; angemessene Gefühle beim Konsum; passende und unpassende Kombinationen von Kokain mit anderen Substanzen; Applikationsform; angemessene Dosis; wie man polizeiliche Aufmerksamkeit vermeidet; wo und wie man Kokain kauft; wie man mit den finanziellen Folgen des Kokainkonsums umgeht; wie man die Qualität des Stoffes prüft usw. [28]. Decorte beobachtete dabei, dass diese Regeln auch bei einem starken Verlangen nach Kokain intakt bleiben. Er schreibt dies der Attribuierung der Konsumenten zu, die das Verlangen als rein pharmakologisches Charakteristikum der Droge betrachtet.

Die Konsumenten erleben durchaus viele negative Effekte und Nachteile des Kokains, die dann auch zur Konsumeinschränkung führen. Für die Kokainkonsumenten, die voll in die Gesellschaft integriert sind, ist Kokain nicht mehr ein zentraler Aspekt ihres Lebens, obgleich ungefähr 30% der Befragten angeben, eine Zeit gehabt zu haben, in der sie vom Kokain „besessen“ waren.

In deutscher Sprache gibt es mehrere Studien mit qualitativen Daten über integrierte Konsumenten und ausgestiegene Drogenabhängige. Meistens handelt es sich jedoch um ziemlich kleine Stichproben. Dennoch können die Autoren die in anderen Studien gemachten Beobachtungen bestätigen. Weber und Schneider [29] verglichen insgesamt 60 kontrollierte Drogenkonsumenten mit Selbstausteigern. Sie betonen die Vielfalt von Entwicklungsmöglichkeiten, die zum kontrollierten Gebrauch führen können. Eine direkte Anwendung von kontrolliertem Konsum kommt vor, aber häufiger sind heterogene und zeitlich ausgedehnte Verlaufsentwicklungen oder kontrollierte Konsumphasen bei im allgemeinem Zwanghaft-schweren Gebrauch. Die informellen Regeln („selbst gestrickte Faustregeln“), die Weber und Schneider

notieren, sind den schon beschriebenen ähnlich. Sie betonen dabei besonders die Strategie der Vermeidung der offenen Drogenzene. Vielleicht ist dies ein Spezifikum der Situation in Deutschland. Weber und Schneider schließen, dass sich die Entwicklung zu einem autonomen kontrollierten Konsum oder zum selbst initiierten Ausstieg nicht quasi naturwüchsig vollziehen, sondern die Nutzung und Wirksamkeit von vorhandenen Hilfesystemen, die Antizipation positiver Folgen und die Aktivierung vorhandener Identitätsressourcen voraussetzen. Diese Entwicklungen sind wahrscheinlicher, je größer Handlungsmöglichkeiten und Anknüpfungspunkte außerhalb des drogenbezogenen Alltags sind.

Herrmann, Nydegger und Estermann [11] befragten 17 integrierte Heroin- und Kokainkonsumierende, die sie als „immun gegen die Erfassung durch Institutionen sozialer Kontrolle in den Bereichen der Repression und der Medizin“ umschreiben. Die Autoren schreiben die Möglichkeit integrierten Konsums dem „Bedürfnis nach autonomer Kontrolle und ihrer Erfahrung, ein Leben mit Drogen gemäß den eigenen Maßstäben gestalten zu können“, zu [11]. Sie stellten fest, dass diese Personen in ihrem gesellschaftlich unauffälligen Konsumverhalten, z. B. durch gegenseitige soziale Kontrolle innerhalb der Netzwerke Drogen konsumierender Personen und durch Aufrechterhaltung der Beziehungen zu einem nicht drogenbezogenen Umfeld unterstützt werden [11].

## Resümee

Nach der vorgestellten Datenlage ist gut belegt, dass es im Sinne einer medizinischen, sozialen und strafrechtlichen Unauffälligkeit kontrolliert Heroin und Kokain konsumierende Personen gibt. Es handelt sich dabei um eine Gruppe von Menschen mit risikobewusstem und regelorientiertem Konsum illegaler Drogen. Ihr Konsum ist weder als Vorstufe zur Abstinenz noch als kurze Zwischenetappe des ansonsten zwanghaften Konsums zu verstehen, sondern als relativ stabiles, in der Regel eigenständig eingeleitetes Gebrauchsmuster (vgl. [30]). Die Anzahl dieser Konsumenten kann auf mindestens ein Promille der Allgemeinbevölkerung geschätzt werden. Dies widerspricht dem verbreiteten Glauben, der Konsum von Heroin und Kokain führte zwangsläufig zu Abhängigkeit und schweren psychologischen und physiologischen Schäden.

Weiterhin ergibt die dargestellte Datenlage, dass nicht wenige Süchtige nach zwanghaftem Konsum mit einhergehendem Verlust der Konsumkontrolle zu Selbstkontrolle (zurück-)finden können. Langfristige Follow-up-Studien legen nahe, dass dies im Laufe von zehn Jahren bei bis zu 20% von ursprünglich in Institutionen behandelten Abhängigen auftreten kann, wobei sozial unauffälliger, fortgesetzter Drogenkonsum durchaus auch mit Problemen einhergehen kann. Diese Befunde widersprechen der These, Abhängigkeit sei unumkehrbar und eine Normalisierung von Konsummustern nicht aus eigener Kraft erreichbar.

Diese Befunde sind wenig verwunderlich, wenn man bedenkt, dass sich Ähnliches auch für ehemals Alkoholabhängige ergibt. So fanden Bischof und Kollegen [31] in einer Repräsentativstudie im Lübecker Raum, dass mehr als 84% ehemaliger „Alkoholiker“ imstande waren, ein moderates und sozial unauffälliges Trinkverhalten aufzunehmen.

Es ließ sich weiterhin herausarbeiten, dass es spezifische Gebrauchsregeln und ihre Ritualisierung sind, die ein relativ unproblematisches Konsummuster ermöglichen und stabilisieren. Die meisten Regeln implizieren eine Einschränkung der Gebrauchssituation (*Setting*; z. B. Plätze, Mitkonsumenten etc.), der Anzahl und Häufigkeit des Konsums, des finanziellen Aufwands und der Nutzung ritualisierter Formen des Konsums.

Resümiert man die bisherige Forschung zum kontrollierten Konsum illegaler Drogen, so fällt auf, dass es sich in Deutschland meist um qualitative und im Umfang limitierte Studien handelt. Es wäre wünschenswert, diese Datenbasis zu erweitern und vertiefende Analysen durchzuführen. Daneben ist zu empfehlen, Items zum integrierten, kontrollierten Drogenkonsum in die regelmäßig durchgeführten Bevölkerungsstudien aufzunehmen.

Aus der relativ hohen Prävalenz kontrollierten Drogenkonsums fordern manche Autoren Konsequenzen im Sinne einer Entkriminalisierung illegaler Drogen [30,32]. Dies würde in der Tat die Konsumbedingungen für die kontrolliert Drogen Gebrauchenden vereinfachen, nicht aber zwingend die Lebenssituation der aktuell Drogenabhängigen wesentlich ändern. Zudem würde eine weitgehende Legalisierung des Drogenkonsums vermutlich die Schwelle für Neueinsteiger in den Drogenkonsum senken. Aufgrund der vielfältigen gesellschaftlichen Folgen sollte deshalb in der Legalisierungsdiskussion das Argument, dass Drogengebrauch selbstkontrolliert erfolgen kann und nicht unbedingt zur Verelendung führt, nicht das ausschlaggebende sein.

Sicherlich können die aufgezeigten Befunde zum kontrollierten Konsum aber direkte Konsequenzen für die Beratungs- und Hilfepraxis nach sich ziehen. Nicht jeder Drogengebrauch ist gefährlich und nicht alle Heroin- oder Kokainkonsumenten sind „verelendete Junkies“. Diese Tatsache sollte bei Mitarbeitern der Drogenhilfe wie auch in der Bevölkerung zu einem weniger voreingenommenen und entmystifizierten Denken über dieses Thema führen. Ein offener und realistischer Blick auf die Möglichkeit unproblematischen Konsums macht jeden, der professionell mit Konsumenten in Kontakt kommt, glaubwürdiger und leichter zu akzeptieren. Vielleicht ist die Tendenz bei einer Reihe von Abhängigen (speziell in Deutschland!), Beratungsstellen und andere professionelle Hilfsangebote zu meiden, teilweise darauf zurückzuführen, dass sie nicht das Vertrauen haben, in ihrem zum Teil eben auch kontrollierten Konsum ernst genommen zu werden.

Unvoreingenommene, zieloffene und motivierende Gespräche könnten sodann eine Reihe von Konsumenten, für die die Abstinenz kein zur Zeit erwünschtes Ziel darstellt, an ein reduziertes, kontrolliertes Konsummuster heranführen [33]. Auch renommierte amerikanischer Drogenforscher wie O'Brien und McLellan [34] folgern, dass professionelle Hilfeleistung nicht zuallererst die Absicht haben sollte, Drogenabhängige „drogenfrei zu machen“, sondern die Motivation zu einer Änderung zu fördern. Die Genesung Drogenabhängiger beginnt nämlich im Regelfall nicht mit einer abrupten Entscheidung zur Abstinenz, sondern ist eher als Prozess des Herauswachsendens aus dem Drogenkonsum zu charakterisieren. In diesem Prozess kommt „akzeptierender Drogenarbeit“ [35,36] eine wichtige, bisweilen auch nur eine untergeordnete Rolle zu.

Eine Hilfe zur Anbahnung eines Schäden vermeidenden, kontrollierten Drogenkonsums können bereits entwickelte und erprobte Programme und schriftliche Materialien darstellen. Ein Beispiel ist das Programm „Selbstkontrolle und der Entzug von Drogen“ von Cramer und Schippers [19], das unter Einbeziehung von Konsumenten entwickelt worden ist [37]. Dieses Programm baut auf der Sichtweise auf, dass Drogenkonsum nicht per se als krankhaftes Verhalten zu betrachten ist. Es regt durch realistische, pragmatische und nicht moralisierende Informationen über Drogenkonsum zur Selbstveränderung an. Das Programm ist entlang der Selbsthilfebroschüre „Der Entzugsprozess – Eine Spirale nach oben“ [38] aufgebaut. Daneben enthält es ein Arbeitsbuch für den Konsumenten und ein Handbuch für den Berater (in Deutschland durch die binationale Drogenfachstelle für grenzübergreifende Zusammenarbeit [Münster] und ARCHIDO [Bremen] vertrieben).

Auch wenn man nicht nach vollständiger Entkriminalisierung oder Legalisierung illegaler Drogen strebt, ist es ethisch nicht länger verantwortbar, Hilfen für Drogenabhängige und ein ganzes Hilfesystem vom Streben nach Abstinenz abhängig zu machen. Der Forschungsstand rechtfertigt es, auch gezielte Hilfen zum reduzierten Konsum anzubieten und auf diesem Weg möglicherweise auch den zukünftigen (Selbst-)Ausstieg aus dem Drogenkonsum bzw. der Drogenabhängigkeit zu fördern.

## Literatur

- 1 Lindesmith AR. Addiction and opiates. Chicago: Aldine 1968 [1947]
- 2 Chein I, Gerard DL, Lee RS, Rosenfeld E. Narcotics, delinquency and social policy: The road to H. New York: Basic Books 1964
- 3 Zinberg N, Jacobson RC. The Natural History of 'Chipping'. American Journal of Psychiatry 1976; 133: 37–40
- 4 Zinberg NE. Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use. London: Yale University Press 1984
- 5 Strieder C. Kontrollierter Gebrauch illegalisierter Drogen. Funktion und Bedeutung des Gebrauchs illegalisierter Drogen im gesellschaftlichen Kontext. Band 32 der INDRÖ-Buchreihe. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung 2001
- 6 Van Sandwijk JP, Cohen PDA, Musterd S, Langemeijer MPS. Licit and illicit drug use in Amsterdam II. Amsterdam: CEDRO 1995
- 7 Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, Morgan M. The 1999 ESPAD report; alcohol and other drug use among students in 30 European countries. Stockholm: CAN 2000
- 8 Johnston LD. National survey on drug use from the monitoring the future study 1975–1995: Volume II: College students and young adults. In: LD Johnston, PM O'Malley, J Bachman (Hrsg) NIDA report. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse (NIDA) 1997; 159–188
- 9 Abraham MD, Cohen PDA, Van Til RJ, De Winter MAL. Licit and illicit drug use in the Netherlands 1997. Amsterdam: CEDRO 1999
- 10 Kraus L, Angustin R. Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Sucht 2001; 47 (Sonderheft)
- 11 Herrmann U, Nydegger B, Estermann J. Heroin und Kokain – Möglichkeiten des sozial integrierten Gebrauchs. In: Akzept e.V. (Hrsg) DrogenVisionen. Dokumentationsband zum 4. akzept Bundeskongress, 12.–15. September 1996 in Saarbrücken. Bd. 12 der INDRÖ-Buchreihe. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1997
- 12 Winick C. Maturing out of narcotic addiction. UN Bulletin on Narcotics 1962; 14: 1–7
- 13 Biernacki P. Pathways from heroin addiction. Recovery without treatment. Philadelphia: Temple University Press 1986
- 14 Klingemann HKH. The motivation for change from problem alcohol and heroin use. British Journal of Addiction 1991; 86: 727–744
- 15 Robins LN, Murphy GI. Drug use in a normal population of young Negro men. American Journal of Public Health 1967; 67: 1580
- 16 Robins LN. The Vietnam Drug User Returns. Washington D.C: Government Printing Office 1973
- 17 Price RK, Risk NK, Spitznagel EL. Remission from drug abuse over a 25-year period: Patterns of remission and treatment use. American Journal of Public Health 2001; 91: 1107–1113
- 18 Robins LN, Helzer JE, Davis DH. Narcotic use in Southeast Asia and afterward: an interview study of 898 Vietnam returnees. Archives of General Psychiatry 1975; 35: 955–961
- 19 Cramer EASM, Schippers GM. Zelfcontrole en ontwenning van hard-drugs. [Selbstkontrolle und der Entzug von Drogen]. Nijmegen: UNRAB: Universiteitsdrukkerij KUN 1994, 1996
- 20 Ladewig D. Katamnesen bei Opiatabhängigkeit. In: Kleiner D (Hrsg) Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten. Berlin, Heidelberg: Springer 1987; 55–69
- 21 Onstein EJ. Heroïneverslavingscarrières. Hoe is het beloop in de tijd? Heeft therapie effect? Zijn er prognostisch gunstige factoren. Tijdschrift voor Psychiatrie 1987; 29: 516–525
- 22 Swierstra KE. Heroïneverslaving: levenslang of gaat het vanzelf over? Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen 1987; 13: 78–92
- 23 Schneider W. Zur Frage von Ausstiegschancen und Entwicklungsmöglichkeiten bei Opiatabhängigkeit. Suchtgefahren 1988; 34: 472–490
- 24 Tims FM. Drug Abuse Treatment Outcomes: Two Decades of Research. Lecture. Arnhem: October Meeting Gelders Centrum voor Verslavingszorg 1993
- 25 Tims FM, Fletcher BW, Hubbard RL. Treatment Outcomes for Drug Abuse Clients. In: Pickens RW, Leukefeld CG, Schuster CR (Hrsg) Improving Drug Abuse Treatment. Washington: National Institute on Drug Abuse (NIDA) Research Monograph 1991; 106: 93–113
- 26 Cohen P, Sas A. Cocaine use in Amsterdam II. Initiation and patterns of use after 1986. Amsterdam: Department of Human Geography, University of Amsterdam 1995
- 27 Cohen P. Drugs as a social construct. Academic dissertation. Amsterdam: University of Amsterdam 1990
- 28 Decorte T. The Taming of Cocain. Brussels: VUB University Press 2000
- 29 Weber G, Schneider W. Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen, Selbstheilung, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg. Münster: Institut für Soziologie/Sozialpädagogik i. G., Westfälische Wilhelms-Universität 1992
- 30 Haves W, Schneider W. Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen: Forschungsstand und Konsequenzen. Drogalkohol 1992; 16: 75–89
- 31 Bischof G, Rumpf HJ, Hapke C, Meyer C, John U. Factors influencing remission from alcohol dependence without formal help in a representative population sample. Addiction 2001; 96: 1327–1336
- 32 Harding WM, Zinberg NE, Stelmarck SM, Barry M. Formerly-addicted-now-controlled opiate users. The International Journal of the Addictions 1980; 15: 105–118. Harding WM. Formerly addicted, now controlled opiate users. International Journal of the Addictions 1980; 15: 47–60 (auch: Kontrollierter Heroingenuss – ein Widerspruch aus der Subkultur gegenüber herkömmlichem kulturellem Denken, Rausch und Realität – Drogen im Kulturvergleich. In: Volger G (Hrsg). Teil 2: 694–701)
- 33 Schippers GM. Controlled Drinking: Conversation with a Patient. Kontrolliertes trinken: Ein Therapiegespräch. Sucht 2001; 47: 257–258
- 34 O'Brien CP, McLellan AT. Myths about the treatment of addiction. Lancet 1996; 347: 237–240
- 35 Stöver H, Herwig-Lempp J. Die Notwendigkeit akzeptierender Drogenarbeit. Sozialmagazin 1988; 13: 38–49
- 36 Stöver H. Kritische Bestandsaufnahme akzeptierender Drogenarbeit. Street Corner. Zeitschrift für aufsuchende soziale Arbeit 2001; 14: 103–125
- 37 Schmidt T. Kontrollierter Konsum/Selbstbestimmter Ausstieg und Drogenhilfe In: Akzept e.V. (Hrsg) DrogenVisionen. Dokumentationsband zum 4. akzept Bundeskongress, 12.–15. September 1996 in Saarbrücken. Bd. 12 der INDRÖ-Buchreihe. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 1997
- 38 Posma R, Cramer EASM, Schippers GM. Der Entzugsprozess: Eine Spirale nach oben. Nijmegen: Universiteitsuitgeverij 2000