

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

METHYLAMPHETAMIN (CRYSTAL-METH)

Erwünschte Rauschwirkung – Konsumart – seelische, körperliche und psychosoziale Folgen – Möglichkeiten und Grenzen von Diagnose und Therapie

Zu den derzeit berüchtigtsten Rauschdrogen gehört eine chemische Risiko-Gruppe, die zwar schon über 100 Jahre bekannt ist, derzeit aber unter ständig wechselnden chemischen Zusammensetzungen immer häufiger missbraucht wird – mit allen seelischen, körperlichen und psychosozialen Konsequenzen: Methylamphetamin: bekannt unter dem Szenen-Namen Crystal Meth. Was wird erwartet und wo wird Methylamphetamin derzeit am häufigsten missbraucht? Welche Folgen drohen und was kann man ggf. tun, um sie rechtzeitig zu erkennen und zumindest abzuschwächen. Dazu eine kurz gefasste Übersicht nach den derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Erwähnte Fachbegriffe:

Methylamphetamin – Crystal-Meth – Methamphetamin – Methamphetamin-bezogene Störungen – „Piko“ – „Ice“ – „Crystal“ – Konsumart – erwünschte Rauschwirkung – kurzfristige Rausch-Effekte – langfristige Rausch-Effekte – seelische Crystal-Meth-Störungen – körperliche Crystal-Meth-Störungen – „Post-Konsum-Syndrom“ – Entzugs-Syndrom – Ko-Morbidität – Methamphetamin-Diagnose – Methamphetamin-Therapie – theoretische Folge-Begrenzungen – u.a.m.

Methamphetamin – alt und neu zugleich

Keine Tagesinformation in den Medien ohne den Hinweis auf ein spektakuläres („unerklärliches“) Ereignis, bei dem wahrscheinlich Rauschdrogen im Spiel waren. Und wenn es sich um konkrete Vermutungen oder schließlich polizei-

liche Erkenntnisse handelt, dann spielt vor allem eine Droge die derzeitige Hauptrolle: *Methamphetamin*, in der Szene auch „Crystal Meth“ genannt. Und das in zunehmendem Maße, vor allem wenn von ungewöhnlichen, dramatischen, ja extrem rücksichtslosen bis gefährlichen Reaktionen die Rede ist, dazu noch meist in eigentlich alltäglichen, ja harmlosen Situationen. Das betrifft nicht nur den Kreis der Drogenkonsumenten untereinander, es betrifft, ja bedroht zusehends Ordnungskräfte, Verkäufer, Verkehrsteilnehmer, sogar Notfallsanitäter und die Ärzte, Schwestern und Pfleger in den Ambulanzen, immer häufiger auch ahnungslose Passanten. Das spektakuläre und risikoreiche Phänomen nimmt zusehends bedenkliche Formen an. Um was handelt es sich, was muss man wissen, was sollte man tun?

Dazu einige konkrete Hinweise nach allgemeiner Lehrmeinung, ergänzt durch die aktuelle S3-Leitlinie zu *Methamphetamin-bezogenen Störungen*, abrufbar unter www.aezq.de. Im Einzelnen:

Das Problem ist keinesfalls neu, im Gegenteil: Schon vor über 100 Jahren ist Methylamphetamin (auch Methamphetamin genannt) erstmals chemisch synthetisiert worden. Dabei bereits vor mehr als einem halben Jahrhundert als aufputschendes Medikament verfügbar, nicht zuletzt im II. Weltkrieg an der Front (z. B. US-amerikanische Luftwaffe, in Deutschland als „Panzerschokolade“ oder „Stuka-Tablette“ berüchtigt). Später zunehmend in der Drogenszene, aber auch schon im „zivilen Einsatz“ auf allen Ebenen (insbesondere als Putschmittel). Billig und selbst in primitiven Drogenküchen leicht herzustellen, vor allem nicht nur mittels medikamentöser, sondern auch technischer und damit doppelt gefährlicher Zusatz-Substanzen. Hohe Gewinn-Spanne im illegalen Straßenverkauf.

Anwendung: In Form großer Kristalle (siehe Szenen-Name) oder als Pulver verkauft, unter Decknamen wie „Piko“, „Ice“ oder „Crystal“ geschnupft, geraucht, aufgelöst geschluckt, in die Venen gespritzt oder in den After eingeführt.

Von der Drogenszene zur Leistungs-Stimulation

Früher eher auf die Drogenszene beschränkt, wenn auch schon damals heimlich als Weckmittel missbraucht (z. B. Studenten und akademische Kreise), flutet es jetzt – vor allem von Osteuropa ausgehend – insbesondere die östlichen, demnächst wohl auch westlichen Bundesländer und greift inzwischen auch auf Schulen, Universitäten, ja sogar scheinbar bisher drogenfreie Bereiche in der Allgemeinheit über.

Häufigkeit: Einzelheiten zur so genannten Prävalenz, insbesondere als kleiner historischer Rückblick und mit regionalen Schwerpunkten, siehe der Kasten. Epidemiologische Erhebungen in Deutschland zeigen, dass Amphetamin-Derivate (-Abkömmlinge) nach Cannabis (Haschisch/Marihuana) und Kokain zu den inzwischen am häufigsten konsumierten Drogen gehören. Rund 3 % der

bundesdeutschen erwachsenen Bevölkerung haben schon einmal Amphetamine oder Ecstasy konsumiert. Die 12 Monats-Prävalenz (Häufigkeit im Rahmen dieses Zeitraums) liegt bundesweit bei ca. 1 %. Das hört sich nicht sehr beunruhigend an, erreicht aber bei ca. 82 Millionen Bundesbürgern dann doch fast eine Million, zumal polizeiliche Daten sogar auf höhere Fallzahlen hindeuten.

Amphetamin-Konsum weltweit

- Die Vereinten Nationen schätzen, dass weltweit etwa 34 Millionen regelmäßig amphetamin-ähnliche Psychostimulanzien missbrauchen. Das übersteigt die Zahl der Heroin- und Kokain-Konsumenten deutlich.
- Europaweit steigt die Zahl der sichergestellten (Meth-)Amphetamine, was zu der Schätzung veranlasst, dass rund 11,5 Millionen Menschen davon Gebrauch gemacht haben.
- Besonders hoch war früher die Verbreitung der Amphetamine in den nordischen Ländern, später auch in der Tschechischen Republik und in der Slowakei. Von dort geht übrigens auch die größte derzeitige Gefahr aus.
- Weltweit werden die Psychostimulanzien als die am zweithäufigsten missbrauchten Substanzen eingestuft.
- Das Konsum-Muster bzw. die Missbrauchs-Ursachen streuen breit. Das geht von der „Droge der Armen auf dem Lande“, wie es früher in den USA registriert wurde (heute dort auch alle Bereiche erfassend) über den Versuch, möglichst viele exzessive Events durchzustehen bis zum Aktivierungswunsch von Studenten (besonders vor Prüfungen) oder gar jungen Frauen, die unter der Mehrfach-Belastung Beruf, Haushalt, Kind und Freizeit danach greifen (wobei Männer zumindest derzeit noch häufiger betroffen sein sollen). Weitere, allerdings schon ältere Motive sind Appetitzügelung und Gewichtsreduktion. Auch der Missbrauch von legal und ärztlich mit entsprechenden Substanzen versorgten ADHS-Patienten ist offenbar nicht zu unterschätzen.

Nach: M. Soyka u. Mitarb.: Prävalenz und Therapie bei Abhängigkeit von Methamphetamine („Crystal“). Fortschr. Neurol. Psychiatr. 85 (2017) 92

Innerhalb von wenigen Jahren registrieren inzwischen selbst die Ärzte, insbesondere in entsprechenden Klinik-Fachabteilungen, eine ambulant und stationär völlig veränderte Sucht-Entwicklung.

Zwar gibt es immer noch die „klassischen“ Mehrfach-Abhängigen (Fachbegriff: Polytoxikomanie, Szenen-Ausdruck: „Raver“, besonders in Zusammenhang mit

exzessiven Partys), die alles konsumieren, was auf dem Markt verfügbar ist. Und nach wie vor die Heroin-Abhängigen, die substituiert (mit Ersatzstoffen versehen) werden müssen, um überhaupt zu überleben. Allerdings haben auch diese begonnen, ihren so genannten Bei-Konsum auf Crystal umzustellen. Und natürlich nicht zu vergessen: die „kriminellen Konsumenten“ mit vor allem dissozialen oder impulsiven Persönlichkeitsstörungen.

Neu und ungewöhnlich ist dagegen die wachsende Gruppe der durchaus „moderat“ konsumierenden Crystal-Patienten, die ihren Alltag jedoch nur noch zu meistern glauben, indem sie sich mehr oder weniger regelmäßig bedienen. Die sind auch das besondere Diagnose-Problem, denn sie sehen gar nicht so aus wie die bekannten Vorher-Nachher-Warnplakate in den Medien und Behandlungs-Institutionen. Sie nehmen Crystal nicht täglich, sondern nur gelegentlich, um vor allem ihre Leistungsfähigkeit zu steigern. Keinesfalls würden sie sich mit der Drogenszene identifizieren.

Betroffen sind deshalb Drogen-Opfer aus allen, bisher durchaus unverdächtigen Schichten und Berufen, seien es Studenten, Handwerker, überforderte Alleinerziehende (s. Kasten), leistungsorientierte Angestellte, ja Schicht- und Fließbandarbeiter u. a. Allerdings auch jene, die sich in selbst-zerstörerischer Event-Gier pausenlos durch Partys peitschen, denn – in der Tat – Crystal-Meth macht es möglich – scheinbar (s. u.).

Geschlecht: Der Konsum illegaler Drogen ist generell bei jungen Männern häufiger als bei weiblichen Geschlecht. Dies gilt auch für die Amphetamine mit noch deutlicherer Präferenz (4-mal mehr?). Bei Methamphetamin soll sich aber das Geschlechter-Verhältnis bewegen, und zwar in Richtung Ausgleich.

Was macht also Crystal-Meth so attraktiv, trotz aller Konsequenzen, die ja nicht unerkannt bleiben?

Konsumart – Wirkung – Folgen

Aktuell dominiert in Deutschland das illegal hergestellte kristalline Amphetamin, eben das berühmt-berüchtigte „Crystal Meth“. Am häufigsten wird es geschnupft. Manche rauchen es auch oder spritzen es in die Venen, was natürlich die Suchtentwicklung und Ansteckungsrisiken gemessen an der nasalen Anwendung verstärkt.

Einmal abhängig geworden benötigt man etwa 0,5 bis 1,5 g Crystal Meth pro Tag. Je nach Dosis und Toleranz-Entwicklung kommt man dann auf das, was man wünscht, und zwar in „angemessener Form“. Denn die Wirkung hat es nicht nur in sich; sie verspricht auch nicht mehr, als sie dann wirklich hält (wie durchaus trügerisch bei manchen anderen Substanzen, z. B. Kokain). So jedenfalls die Konsumenten.

Um es mit wenigen Sätzen zu umreißen: Crystal macht euphorisch (inhaltsloses Glücksgefühl), wach, aufmerksam, voller guter Laune, ja unverletzlich (durch schmerzlindernden Effekt), ohne lästigen Appetit oder gar Hunger (= Idealgewicht, im Entzug nimmt der Betroffene dann aber wieder erheblich zu), ja voller Energie und Stärke, sexuell aktiv und leistungsfähig. Und vor allem selbstsicher: das Selbstwertgefühl pflegt bis zur Selbstüberschätzung auszufern. Alles ist möglich, Angst ist ein Fremdwort, nichts wird zum Problem.

Die Experten unterteilen dabei in kurz- und langfristige Effekte durch Crystal. Nochmals im Einzelnen:

- *Kurzfristige Effekte* sind gesteigerte Wachheit, vermehrte Aufmerksamkeit, grundlose Euphorie (selige Stimmungslage), ergänzt durch den subjektiven Eindruck von Energie, Stärke und Unverletzlichkeit, was natürlich scheinbare Kompetenz und grenzenloses Selbstvertrauen fördert. Dazu nicht nur vermehrte sexuelle Leistungsfähigkeit, sondern auch noch mehr entsprechender „Spaß am Vergnügen“.

Umgekehrt werden Gefühle von Einsamkeit, Langeweile oder gar Schüchternheit reduziert, ja sogar – wie erwähnt – Appetit und Schmerzempfindlichkeit begrenzt.

Eindrucksvoll schnell ist dabei der „Kick“ bei intravenöser Applikation (in die Venen) oder Rauchen durch entsprechend rasche Aufnahme ins Blut. Selbst beim Schnupfen wird das noch bisweilen gesteigert durch kleine Glassplitter im Pulver, die minimale Schnittwunden in der Nasenschleimhaut setzen, um dadurch die Substanz schneller in die Blutbahn zu schleusen.

- *Langfristige Effekte* sind dann allerdings negativ, wie zu erwarten (wenn auch verdrängt). Denn regelmäßiger bzw. zusätzlich exzessiver Konsum führt dazu, dass die Betroffenen tagelang nicht schlafen (können), was sie anfangs vielleicht sogar beabsichtigt hatten (Langzeit-Partytouren durch verschiedene Event-Orte). Zuerst geraten sie in einen Zustand von innerer Unruhe, Anspannung und Nervosität, reden unaufhaltsam, werden aber zunehmend erschöpfter und vor allem gereizter.

Merk- und Konzentrationsstörungen sind ohnehin schon an der Tagesordnung, werden aber ebenfalls immer ausgeprägter, peinlicher, folgenreicher. Manchmal reicht die Merkfähigkeitsspanne nur noch eine Viertelstunde, was insbesondere im Alltag und Beruf unübersehbare Konsequenzen nach sich zieht (in der ambulanten und stationären Behandlung müssen sich sogar die Gruppentherapeuten nach diesen eingeschränkten Aufmerksamkeits-Möglichkeiten richten). Das pflegt sich erst nach Wochen der Abstinenz wieder halbwegs auszugleichen.

Crystal-Patienten sind zwar schon zuvor häufig emotional instabil, was sie aber „danach“ noch mehr aufregt, weil sie es nicht zu ihrer Persönlichkeitsstruktur gehörig empfinden. Zermürbend sind auch die sich überstürzenden Gedankengänge, das Springen von einem Thema zum anderen, die erwähnte gesteigerte, aber eben nicht sinnvolle, ja langsam lästige Gesprächigkeit, die ihr Umfeld zunehmend nervt.

Die erwähnte Unruhe und das Gefühl des Getrieben-Seins führen auch zu einer vermehrten Risiko-Bereitschaft. Nach solchen Phasen unproduktiver Hektik droht dann immer häufiger der Absturz in ausgeprägte Erschöpfungsreaktionen. In dieser Zeit irritieren das Umfeld auch eigenartige Verhaltens-Stereotypen (z. B. das so genannte „Gesichts-Fashing“, d. h. unangepasste Mimik, ja unverständliche Grimassen).

Sehr folgenreich können bei schlecht kontrollierbarer Aggressivität vor allem selbstverletzende Verhaltensweisen sein, insbesondere wenn zusätzlich noch psychotische Erlebnisse verunsichern, sprich Wahnzustände, Situationsverkennungen, Sinnestäuschungen usw. Und bei Depressionen vor allem eine drohende Suizidgefahr.

Rein äußerlich verfallen die Betroffenen geradezu erschreckend, was aber auch recht lange dauern kann, bis das Umfeld darauf aufmerksam wird. Entscheidend ist aber nicht nur die Vergiftung von Körper und Geist mit entsprechenden seelischen Konsequenzen, sondern auch die mangelhafte Versorgung durch zu wenig Essen (Gewichtsabfall) und sogar Trinken (Ausdörrung). Dadurch fehlen mittel- bis langfristig entscheidende Nährstoffe, was sich beispielsweise am Gebiss zeigen kann (im Extremfall der erschreckende „Meth-Mund“ mit Zahnfleischverfärbung und herausfaulenden Zähnen).

Das allerdings ist noch lange nicht alles: Möglich sind nicht nur Schweißausbrüche, Hitzewallungen oder Kälteschauer, eine Pupillenerweiterung (häufig auch dem ansonsten ahnungslosen Umfeld auffallend), ggf. mit entsprechenden Sehstörungen, sondern auch Harnverhaltung, Lungen-Hochdruck, Muskelschwäche, Gesichtsmuskelkrämpfe (so genannte Masseter-Spasmen der Kaumuskulatur), schließlich sogar die Gefahr von entzündlicher Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen, epileptische Anfällen, Hirnschlag und Herzversagen.

Unästhetisch und damit rasch auffallend (Früh-Diagnose?) sind neben dem „alters-untypisch faulendem Gebiss“ auch abstoßende Hautveränderungen, die so genannte Crystal-Akne. Die werden nämlich ständig „bearbeitet“, was vor allem im Rausch bis zur stundenlangen „Pickeljagd“ ausufern kann und schließlich zu offenen Wunden führt, die narbig abheilen („Speed-Pickel“).

Die erwünschten Vorteile wurden bereits besprochen. Bei längerfristigem Konsum können sie allerdings eine Dosis-Erhöhung erfordern, schließlich gar er-

zwingen, was die erwünschte Wirkung, nämlich Stimmungshebung, vermehrte Geselligkeit, sexuelle Aktivierung usw. auch nicht mehr garantiert. Dann drohen schnell innerer Unruhe, Nervosität, Anspannung, ja Reizbarkeit und Aggressivität oder diffuse Ängste.

- Das so genannte „*Post-Konsum-Syndrom*“ nach gelegentlichem Gebrauch ist ohnehin durch extreme Erschöpfung mit langem Tiefschlaf charakterisiert, gefolgt von Freudlosigkeit, Müdigkeit, Motivationsverlust, allgemeiner Schwäche, Gereiztheit und depressiver Verstimmung. Diese Symptome können in der Regel rasch abklingen, aber auch mehrere Tage anhalten.

- Bei chronischem Konsum entwickelt sich dagegen oft ein zermürendes *Entzugs-Syndrom*, das mit obigen Symptomen über Wochen, in seltenen Fällen sogar Monaten anhalten kann. Hier sind dann vor allem die depressiven Folgen durch verstärkte Suizidalität riskant.

- In *körperlicher Hinsicht* sind es zum einen bei intranasaler Anwendung Blutungen der Nasenschleimhaut, Anosmie (Geruchsverlust), Nasennebenhöhlen-Entzündungen, vielleicht sogar eine angegriffene bis durchlöchernte Nasenscheidewand. Lebensgefährlich aber kann es werden bei drohenden Herz-Kreislauf- sowie Lungen-Störungen, z. B. beängstigend langsame Herzschlagfolge, Herzinnenhaut-Entzündung, Infekte, Abszesse usw.

- Ein besonders tragisches Phänomen ist der Crystal Meth-Konsum von jungen Frauen in der *Schwangerschaft*. Die Zahl der Betroffenen steigt, besonders in den grenz-nahen östlichen Regionen Deutschlands, die den derzeitigen Produktions-Zentren am nächsten liegen. Die Dunkelziffer ist hoch. Doch bei der Geburt kann es im Kreißsaal zu Problemen kommen. Crystal Meth-abhängige Frauen haben häufig eine geringe Schmerz- und Frustrations-Toleranz, was vor allem zu Aggressivität führen kann. Im Extremfall muss unter Vollnarkose mit Kaiserschnitt entbunden werden.

Außerdem ist mit entsprechenden körperlichen Schädigungen und Entwicklungsstörungen (schlechtere Durchblutung der Gebärmutter) beim Kind zu rechnen. Auch seine spätere Suchtgefährdung ist nicht auszuschließen.

Hier gilt es – trotz allem Vorwand – einfühlsam vorzugehen und beim Verdachtsfall die Mütter nicht zu stigmatisieren und konkrete Hilfsangebote zu vermitteln. Denn nur wenige Betroffene geben ihre Sucht zu, was auch im Kreißsaal zu Problemen führen kann, von den weiteren seelischen, geistigen, körperlichen und psychosozialen Konsequenzen für Mutter und Neugeborenes ganz zu schweigen.

Verschiedene Methamphetamin-Konsummuster

Im Gegensatz zu dem Konsum-Muster manch gängiger Rauschdrogen gibt es den „klassischen Meth-User“ offenbar nicht. Hier sind unterschiedliche Untergruppen abzugrenzen. Beispiele, wie sie die *S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen* unterscheidet:

- *Freizeitbereich*: Hier dreht sich alles um eine Art Gruppenzwang, etwa in der Disco. Ziel dieser jugendlichen Gruppierung ist es Hemmungen zu überwinden, trotz (zusätzlichem) Alkoholkonsum wach zu bleiben und für eine gewisse Euphorie zu sorgen.
- Im Bereich *Schule/Ausbildung/Beruf* geht es vor allem um die erwähnte subjektive(!) Leistungssteigerung, der nur selten auch eine beweisbare und vor allem ausreichend lange durchgehaltene objektivierbare Aktivität gegenübersteht.
- Es gibt aber auch den erst einmal sonderbar anmutenden Fall von *Eltern als Meth-User*. Hier sind vor allem junge Schwangere gemeint, die in früher Jugend anfangen und es trotz Gravidität nicht schaffen, gleichzeitig und konsequent aufzuhören.
- In puncto *Drogen und Sex* geht es in entsprechenden „sex-zentrierten Szenen“ vor allem um gleichgeschlechtlichen Verkehr unter Männern. Hier dominiert offenbar der intravenöse Drogen-Konsum, durch den sich dann ausgefallene, promiskuitive und anonyme Sex-Erlebnisse „risiko-ärmer“ ausleben lassen sollen, vor allem was ungeschützten Verkehr anbelangt, meint man.
- Schließlich darf man auch den Methamphetamin-Konsum im *Strafvollzug* nicht vergessen: Entsprechende Untersuchungen deuten darauf hin, dass jeder dritte Strafgefangene wegen einer Methamphetamin-Problematik Kontakt zu einer Suchtberatung aufnimmt.
- Zuletzt gibt es eine scheinbar wachsende Gruppe so genannter *wahlloser Nutzer*, die neben Crystal Meth weitere legale oder illegale Drogen einnehmen.

Wenn eine Krankheit zur anderen kommt

Angesichts dieser Erkenntnisse kann es nicht ausbleiben, dass nicht nur dieses vielfältige und lange schwer durchschaubare Krankheitsbild belastet und schließlich Körper, Geist und Seele zerstört, es finden sich auch so genannte psychiatrische Ko-Morbiditäten, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Am häufigsten sind neben den erwähnten Depressionen vor allem Angststörungen, insbesondere Panikattacken.

Manche Patienten behaupten, diese Leiden schon zuvor gehabt zu haben und deshalb nur in einer Art Selbstbehandlungsversuch zu Crystal-Meth gekommen zu sein. Am häufigsten sind Stimmungstiefs, von den leichteren gemütsmäßigen Beeinträchtigungen (Fachbegriff: Dysthymie) bis zu schweren, ja selbstmord-riskanten Depressionen. Am auffälligsten sind dann allerdings so genannte Amphetamin-Psychosen mit entsprechenden Wahn-Vorstellungen, die bis zu Selbst- und Fremd-Gefährdung führen können.

Möglichkeiten und Grenzen von Diagnose und Therapie

Die Diagnostik basiert vor allem auf der Anamnese (Vorgeschichte, und zwar sowohl vom Patienten als auch – falls möglich und von diesem akzeptiert – näheren Umfeld) sowie körperlichem Befund. Das beginnt mit dem äußeren Erscheinungsbild, nämlich Zähnen, Haut und Nase und geht bis zum direkten Nachweis im Urin (Crystal Meth wird zu 30 – 50 % unverändert über die Nieren ausgeschieden). So genannte labor-immunologische Methoden liefern schließlich semiquantitative Ergebnisse und dienen vor allem der Verlaufskontrolle.

Die psychologische Diagnostik beruht in erster Linie auf der erwähnten Anamnese, wobei bei Bedarf auch so genannte strukturierte Interview-Manuale hilfreich sein können (z. B. fachlich abgekürzt SKID, DIPS, CIDI usw.).

Der häufigste Grund, weshalb Crystal-Patienten schließlich doch noch in eine Behandlung kommen, ist weniger ihr desolater Gesundheitszustand, eher die psychosoziale Notlage. Durch Vergesslichkeit, innerseelisches Chaos, selbsttäuschende Energie- und Leistungs-Phantasien drohen natürlich erst einmal ganz banale Einbußen: So werden keine Termine mehr wahrgenommen, keine Rechnungen bezahlt, Freunde vor den Kopf gestoßen, sonderbare Verhaltensweisen in Kauf genommen. Kurz: das soziale Gefüge bricht zusammen, nichts geht mehr.

Wer jetzt einen Behandlungsplatz in der Spezialabteilung einer Fachklinik bekommt, ist noch gut dran, sofern er sich selber dazu entscheiden konnte. Das allerdings dauert seine Regenerationszeit. Denn nicht nur die körperlichen Folgen, auch die Seele ist meist so nachhaltig geschädigt, dass nach 6-wöchiger Entgiftung zumindest ein halbes Jahr eine psychotherapeutisch orientierte Behandlung in einer Fachklinik unerlässlich wird.

Das Therapieziel lautet natürlich vollständige Abstinenz. Das versucht man durch Einzel- und Gruppentherapie, Training sozialer Kompetenz, Psychoedukation (nicht zuletzt den meist unzureichenden Kenntnisstand bis hin zu neurobiologischen Hintergründen aufbessernd), durch Aktivierung und Motivation, Aufbau sozialer Netzwerke, Vermittlung von Stress-Theorien, Milderung von Schuld- und Schamgefühlen, Anleitung zur Konfliktlösung in belastenden Situationen, Stärkung der Selbstfürsorge, realistische Einschätzung des Leis-

tungsvermögens, Sexualität ohne aktivierenden Drogenkonsum, Umgang mit grenzwertigen Verhaltensgewohnheiten u.a.m.

Die Stichworte lauten: Stärkung von Selbstvertrauen und Selbst-Akzeptanz, Zunahme von Gelassenheit und Lebensfreude, die Auslöser eines Suchtmittelverlangens erkennen, Achtsamkeit im Alltag, Rückfallrisiko-Situationen meistern, ausgewogener Lebensstil, Impulskontrolle, zuletzt auch Ernährungsberatung und Anleitung zur gesunden Ernährung einschließlich Regulation des Körpergewichts (in den ersten Behandlungswochen extremer Heißhunger mit ggf. massiver Gewichtszunahme, was in manchen Fällen kein unerhebliches Rückfall-Risiko bedeutet).

In extrem schwierigen Fällen kann dann auch eine medikamentöse Behandlung notwendig werden, allerdings zumeist off-label use, d. h. außerhalb der jeweiligen Arzneimittel-Zulassung für diese Indikation (Heilanzeigen). Eine effektive Pharmakotherapie bei amphetamin-bezogener Störungen gibt es aber bislang nicht.

Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur bzw. die ärztlichen Spezialisten, die hier versuchen vor allem depressiv-ängstliche Reaktionen, innere Unruhe, Nervosität, Fahrigkeit, vielleicht sogar eine unkalkulierbare Neigung zu aggressiven Durchbrüchen in den Griff zu bekommen. Und – wenn es noch härter zugehen sollte – vielleicht sogar psychotische, d. h. wahnhaft-halluzinatorische Ausbrüche zu verhüten.

Dies aber ist – wie erwähnt – Aufgabe der Experten und nicht immer einfach, man kann es sich denken.

Zu jedem Entzug empfiehlt sich aber ab der Akut-Therapie eine qualifizierte psychotherapeutische Intervention, wobei auch Selbsthilfegruppen, informierte und hilfsbereite Angehörige, Freunde und Kollegen sowie sportliche Aktivitäten zusätzlich unterstützen können. Auch Neurofeedback und Ohr-Akupunktur werden diskutiert.

Und wenn der Ausstieg unerwünscht bleibt?

Für eine tragische Zahl von Betroffenen aber ist die Motivation zur Abstinenz nicht nur gering, manchmal überhaupt kein Thema – bis zum psychosozialen, seelischen, ja körperlichen Untergang.

Dann versuchen die zuständigen Experten bzw. Institutionen wenigstens eine Schadens-Begrenzung und die Sicherstellung von inzwischen unklaren Versorgungsfragen. Letzteres ist noch am ehesten machbar. Viel schwieriger wird es, wenn die Betroffenen von langanhaltenden Schlafstörungen, Alpträumen, Gewichtsproblemen (gerade bei jungen Frauen nicht unerheblich therapie-

entscheidend) und der Unfähigkeit gepeinigt sind, sich wieder in die Gesellschaft und ihre beruflichen Forderungen einzufügen. Daran misst sich im Übrigen oft die Frage: Wird er oder sie es schaffen?

Für solche desolaten (End-)Situationen halten die pragmatisch denkenden Fachleute einige Vorschläge zur Schadens-Begrenzung bereit. Die hören sich zwar erschreckend nüchtern, für den einen oder anderen sogar „herzlos bis menschenverachtend“ an. Doch das sind Einwände oder Vorwürfe, die nur auf Desillusionierung, Ahnungslosigkeit, Naivität, auf jeden Fall Kenntnislosigkeit schließen lassen. Wer mit solchen Fragen und Entscheidungen öfter konfrontiert ist und schon in vielen Fällen alles versucht hat, was nur menschlich möglich erscheint, dabei ständig enttäuscht, frustriert, ja schockiert wird, was die selbstzerstörerische Langzeit-Kraft der Drogen anbelangt, der weiß: Hier hilft nur realistische Nüchternheit weiter, um wenigstens das Schlimmste zu vermeiden, zumindest hinauszuzögern.

So auch die entsprechenden Empfehlungen für jene „Crystal-Konsumenten“, die nicht von Meth lassen können. Dazu einige Beispiele (siehe auch S3-Leitlinie unter www.aezq.de).

Die orale Einnahme gilt als risiko-ärmste Konsumform; bei i. v.-Gebrauch (in die Venen) nur eigenes Besteck verwenden, nicht ausleihen; wer bei Spritzen-Gebrauch seine Venen ruiniert hat, kommt bei der Applikation in den Anus ohne Kanüle zu fast ähnlicher Wirkung, was er dann vielleicht schon vorher zur Schonung seiner Blutgefäße überlegen sollte; auch beim Inhalieren (Mundstück empfohlen) oder Schnupfen ausschließlich eigene Geräte nutzen; Meth nicht mehrere Tage hintereinander konsumieren; sollte man den Überblick verlieren (was öfter und schneller vorkommt als man denkt), dann eventuell Konsum-Tagebuch führen; ja keine weiteren Substanzen einnehmen, vor allem jene, die man von Produktion und Herkunft nicht genauer einschätzen kann; dies gilt auch für Alkohol; beim Geschlechtsverkehr in entsprechenden Kreisen Kondome nicht vergessen; auch daran denken, dass die Wirkung der Anti-Baby-Pille abgeschwächt sein kann; auf ausgewogene Ernährung achten, vor allem wenn man Meth zur Gewichtsreduktion benützt (nach Abstinenz geht bekanntermaßen das Gewicht relativ schnell nach oben, mehr als manchem recht ist); Meth ist keine Gewichts-Diät, wie manchmal naiv behauptet wird; täglich 8 bis 10 Gläser Wasser trinken, um einer Ausdörrung vorzubeugen; saure Nahrungsmittel meiden, eine schonende Zahnpasta verwenden und beim Zähneputzen nur leichten Druck aufwenden (siehe Meth-typische Schädigungen); sich auf keinen Fall selber medikamentös, vor allem antidepressiv behandeln, auch wenn schwere Depressionen drohen: also keine Antidepressiva (tri- und tetrazyklische, atypische, MAO-Hemmer, SSRI u. a.) einnehmen, es droht ein so genanntes Serotonin-Syndrom, ein Vergiftungszustand durch Überproduktion des Botenstoffs Serotonin; überhaupt bei jeder körperlichen, vor allem aber chronisch werdenden Beeinträchtigung einen Arzt aufsuchen, der sich mit Rauschdrogen auskennt – und ihm seinen Meth-Konsum auch gesteste-

hen, damit er die notwendigen Therapie-Maßnahmen einleiten kann (einschließlich der zu beachtenden Neben- und Wechselwirkungen mit anderen Substanzen, was z. B. unter www.drugscouts.de nachprüfbar ist).

Kurz: Wer diese Hinweise liest, die die Experten unter den selbst-zerstörerischen Bedingungen unbelehrbarer Crystal-Konsumenten erarbeitet haben, der mag erschüttert sein – aber das ist der Preis der Betroffenen und die emotionslose, aber – so gut es geht – die bedrohte Rest-Gesundheit absichernde Strategie der therapeutischen Seite.

LITERATUR

Alltags-relevantes, ja langsam gesamt-gesellschaftlich riskantes Thema, das nicht nur zunehmend wissenschaftlich, sondern auch allgemeinverständlich in den Medien abgehandelt wird. Weitere Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Nachfolgend noch einige deutschsprachige Fach-Bücher bzw. -Informationen zum Thema (Auswahl):

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2012

Daumann, J., E. Gouzoulis-Mayfrank: Ecstasy und Designerdrogen. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2015

Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK): S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen, Konsultationsfassung. www.crystal-meth.aeqz.de

EMCDDA: Europäischer Drogenbericht. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon 2015

Gantner, A.: Psychotherapeutische Behandlung von Partydrogen. In: R. Thomasius (Hrsg.): Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen. Enke-Verlag, Stuttgart 1999

Iversen, L.: Speed, Ecstasy, Ritalin. Amphetamine – Theorie und Praxis. Huber-Verlag, Bern 2009

Jordan, W. u. Mitarb.: Notfallpsychiatrie und psychotherapeutische Krisenintervention. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2016

Küfner, H., C. Metzner: Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. In: H. U. Wittchen, J. Hoyer (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer-Verlag, Berlin 2011

Orth, B. u. Mitarb.: **Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum.** In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2015. Pabst Science Publishers, Lengerich 2015

Poehlke, Ch. u. Mitarb.: **Drogenabhängigkeit und Substitution. Ein Glossar von A bis Z.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2016

Scherbaum, N.: **Das Drogentaschenbuch.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 2017.

Soyka, M. (Hrsg.): **Drogennotfälle.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2013

Soyka, M.: **Medikamenten-Abhängigkeit.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2016

Sucht DG: **Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen.** Sonderheft Sucht 2, 2001

Tretter, F.: **Suchtmedizin kompakt.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2017