

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 27 (2001)
Heft: 4

Artikel: Kokain : auch ein Medikament
Autor: Suter, Daniel / Umenhofer, Georg
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-799992>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 04.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Kokain: Auch ein Medikament

Bei der Betreuung von so genannt «schwierigen», Kokain konsumierenden PatientInnen zeigt sich, dass eine sorgfältige Abklärung auf ADHS für die weitere Behandlung von grosser Bedeutung ist. Im Falle einer ADHS-Diagnose macht möglicherweise der Einsatz des Medikamentes Ritalin® Sinn, da es bei diesen PatientInnen eine ähnlich beruhigende Wirkung hat wie Kokain.

DANIEL SUTER UND
GEORG UMENHOFER*

Dass wir Süchtige nicht mehr unter dem Blickwinkel von Moral und Ideologie zu sehen versuchen, hat bei uns die Sicht freigemacht für eine vertiefte Erkenntnis psychopathologischer Mechanismen, Vorgänge und Zusammenhänge. Diese Faktoren bringen Sucht nicht nur hervor, sondern unterhalten sie bei unverändertem Fortbestehen: So wird die chronisch traumatisierte Pa-

tientin erst dann auf Heroin verzichten können, wenn ihre Traumata verarbeitet sind.

Selbstbehandlung macht Leiden erträglich: ein Fallbeispiel

Unter dieser Prämisse kann der Konsum psychoaktiver Substanzen (vor allem dämpfend-betäubender) letztlich nur als Selbstbehandlungsversuch interpretiert werden: Alkohol lockert neurotische Hemmungen, Benzodiazepine (Tranquilizer) dämpfen Angst und Panik, Opiate machen Traumata zwar nicht ungeschehen, aber erträglich (Überlebensstrategie). Diese These soll an einem ersten Fallbeispiel erläutert werden:

Der 28-jährige, aus dem Libanon stammende Patient konsumiert Heroin, seit er als Soldat im Krieg eine Rakete in ein Haus feuerte; in der zerstörten Ruine fand er die verbrannten Leichname mehrerer durch ihn getöteter Kinder. Bereits in der ersten Nacht nach dem Ereignis überfiel ihn der später stets wiederkehrende Albtraum dieses traumatisierenden Ereignisses. Im Sinne einer (zunächst unbewussten) Überlebensstrategie begann er, Heroin zu konsumieren und behandelte so seine posttraumatische Stressstörung. Im stationären, methadon-unterstützten Entzug stellten sich ab einer minimalen Methadon-Dosierung die quälenden Albträume wieder ein.

Kokain-Konsum den gleichen Status einer Selbstbehandlung zuzugestehen, fällt schwer und macht mehr Mühe, als dies bei anderen Substanzen der Fall ist. In der Folge soll gezeigt werden, dass dem Konsum von Kokain wie bei andern Substanzen bisweilen der Status der Selbstmedikation zugeschrieben werden kann und dass sich dieser Umstand auch in der medizinischen Behandlung der betroffenen PatientInnen niederschlagen sollte.

Kokain, das Beruhigungsmittel

In den letzten Jahren hat – durch geduldiges Nachfragen und genaues Zuhören – das diagnostische Profil eines Teils der Kokain Konsumierenden an Deutlichkeit gewonnen. Typischerweise sind dies Erwachsene, bei denen das nachfolgende Syndrom beeindruckt:

- Persönlichkeitsstörung (z.B. vom narzisstischen oder Borderline-Typus)
- Anamnestic mindestens Verdacht auf ADS/ADHS (siehe weiter unten)
- «Paradoxe» Kokain-Wirkung (Beruhigung, Impulskontrolle etc.)

Hier ein weiteres Fallbeispiel zur Verdeutlichung des Syndroms und seiner Faktoren: Der 27-jährige Patient steht zum zweiten Mal in unserer stationären Behandlung. Im Laufe einer ausführlichen Anamneseerhebung wird bekannt, dass in seiner Jugendzeit ein hyperkinetisches Syndrom (ADS/ADHS, siehe weiter unten) diagnostiziert worden ist. So wurde er im Verlauf des Aufenthaltes in einer Arbeitserziehungsanstalt mit Methylphenidat (Ritalin®) behandelt. Diese Medikation verbesserte seine Befindlichkeit eindrucklich: Er habe sich sehr ruhig und ausgeglichen gefühlt – vergleichbar mit dem Zustand in den letzten Monaten und Jahren, in denen er Kokain konsumierte. Heroin, Cannabis oder Benzodiazepine hätten ihn nie mit derselben Qualität beruhigen können wie Kokain.

Während des 3 Wochen dauernden, methadon-gestützten Heroin-Entzuges behandelten wir den Patienten erneut mit Ritalin®. Er äusserte sich in der Folge sehr zufrieden über die Kontrollierbarkeit seiner psychomotorischen Unruhe durch eine relativ niedrige Dosis von 2 x 20 mg Ritalin® retard pro Tag. Auch beim Bruder des Patienten war in der Kindheit ein ADS/ADHS diagnostiziert und mit Ritalin® erfolgreich behandelt worden.

* Dr. med. Daniel Suter war bis Ende November 2000 Oberarzt auf der Entzugs- und Therapiestation für Drogenabhängige der Psychiatrischen Klinik Wil/SG und betreibt heute eine eigene psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis in Winterthur. Er ist seit ca. 6 Jahren mit FOEN, einem Projekt mit forciertem Opiatentzug im Kanton St. Gallen verbunden (vgl. dazu SuchtMagazin 4/99) und arbeitet seit Herbst 2000 mit der Clinica San Rollo in Grono/Gr zusammen.

Dr. med. Georg Umenhofer; Assistenzarzt auf einer Abteilung für stationäre Psychotherapie der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Wil/SG; bis Anfang 2001 Assistenzarzt auf der Entzugs- und Therapiestation für Drogenabhängige der Psychiatrischen Klinik Wil/SG (zusammen mit Dr. Suter).

TABELLE 1: ADHS-SYMPTOME IM ERWACHSENENALTER

- Emotionale Impulsivität
- Niedrige Frustrationstoleranz
- Schwierigkeiten, mit plötzlichen Veränderungen oder mangelnder Struktur im Umfeld umzugehen
- Instabile interpersonelle Beziehungen zu Menschen, mit denen man eng zusammen ist
- Unreife
- Neigung, in Wutanfälle, Befürchtungen, Panikattacken oder extreme «Katastrophenreaktionen» zu entgleisen

Quelle: Neuhaus, Cordula, 2000: Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme. Erwachsene werden mit ADS. Was Eltern tun können. Urania, Berlin

TABELLE 2: DAS MULTIAXIALE KLASSIFIKATIONSSCHEMA

- Achse 1: Psychiatrisches Syndrom nach ausführlicher Anamnese
- Achse 2: Umschriebene Entwicklungsstörungen wie Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche
- Achse 3: Testdiagnostik (Entwicklungsstand, Intelligenzquotient)
- Achse 4: Abklärung möglicher körperlicher Symptomatik (z.B. Tic-Störung, Neurodermitis, Migräne)
- Achse 5: Assoziierte, aktuelle, abnorme psychosoziale Umstände (z.B. Schulschwierigkeiten, Ausgrenzungstendenzen, abnorme Streitbeziehungen)
- Achse 6: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Quelle: Neuhaus, Cordula, 2000: Hyperaktive Jugendliche und ihre Probleme. Erwachsene werden mit ADS. Was Eltern tun können. Urania, Berlin

ADS/ADHS

Die Begriffe ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom) und ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) stammen aus der Kinderpsychiatrie. Sie entsprechen weitgehend dem vor Jahrzehnten bereits verwendeten, etwas unglücklichen Begriff des kindlichen (infantilen) POS. Gemeint sind «Zappelphilippe», Kinder also, die sich durch unkontrollierbare motorische Hyperaktivität und Impulsivität und ein Aufmerksamkeitsdefizit auszeichnen. Die Störung kann ein Ausmass annehmen, das zur «sozialen Invalidisierung» führt: Das Zusammenleben in der Familie oder die Teilnahme am Schulunterricht können aufs Schwerste beeinträchtigt sein.

ADHS beruht nach heutigem Wissen auf einem vermutlich genetisch determinierten, angeborenen Defekt im Bereich des Stoffwechsels des Neurotransmitters Dopamin. Die früher gehegte Annahme, das ADHS «wachse sich aus», wurde durch die Erkenntnis entkräftet, dass ein beträchtlicher Teil dieser Kinder im Jugend- und Erwachsenenalter psychiatrische Störungen entwickeln: Die Hyperaktivität verschwindet zwar meist, innere Unruhe, inneres Chaos, emotionale Impulsivität und niedrige Frustrationstoleranz bleiben jedoch erhalten (Tabelle 1).

Die Diagnose des ADHS erfolgt nach einem multiaxialen Klassifikationsschema (vgl. Tabelle 2).

Das kindliche ADHS kann auf verschiedenen therapeutischen Ebenen behandelt werden, unter anderem durch Medikation mit Methylphenidat-HCl (Ritalin®). Das chemisch der Gruppe der Amphetamine zugehörige Medikament wirkt sich günstig auf den Defekt im Stoffwechsel des Neurotransmitters Dopamin aus. Im Gegensatz zu seiner üblicherweise stimulierenden Wirkung führt Ritalin® bei ADHS-Kindern zur Abnahme der Hyperaktivität, zur Beruhigung – man kann also in diesem Fall von einer paradoxen Wirkung des Medikamentes sprechen.

Kokain und Ritalin: Zwei Geschwister

Die Befürchtung, bei indikationsgerecht behandelten ADHS-Kindern entwickle sich im Laufe der Behandlung eine Ritalin-Abhängigkeit, ist nicht begründet: Es kommt weder zu Toleranzentwicklung mit Dosis-Steigerung, noch zum Auftreten von Entzugssymptomen nach Absetzen des Medikamentes zum richtigen Zeitpunkt. So zäumt das Pferd am Schwanz auf, wer behauptet, eine Ritalin-Behandlung im Kindesalter prädisponiere zu späterem Kokain-Konsum.

Unsere Beobachtungen und Überlegungen führen zu gegensätzlichen Folgerungen: Es sind wohl die nicht ausreichend behandelten oder nicht behandelbaren ADHS-Kinder, die sich im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter mit Kokain selber «behandeln». Freilich tun sie dies nicht bewusst, sondern realisieren beim Ausprobieren verschiedener Substanzen die für sie nützliche Wirkung des Kokains – in diesem Falle eben eine paradoxe Wirkung: die Beruhigung.

Beachtung von ADHS bei der Anamnese

Aus der Darstellung des ADHS bei Kindern und Erwachsenen, aus den Übereinstimmungen und Unterschieden in der Psychopathologie und aus der Erkenntnis der therapeutischen Möglichkeiten, insbesondere des Einsatzes von Kokain und Ritalin®, müssen für die Erwachsenen-Psychiatrie wichtige und für die durch sie behandelten PatientInnen essentielle Schlussfolgerungen gezogen werden:

- ADHS-Symptome bei Erwachsenen, mit oder ohne Hyperaktivität, aber auch «nur» die Diagnose Persönlichkeitsstörung (vom Borderline-Typ) müssen uns zwingend veranlassen, die Frage des kindlichen ADHS und eine allfällige Ritalin®-Behandlung im Kindesalter anamnestic präzise zu klären.
- Bei vorliegendem Gelegenheitskonsum von Kokain, Toxokomanie oder Polytoxikomanie mit Kokain muss geklärt werden, ob eine «paradoxe» Kokain-Wirkung (Beruhigung, Sedation) vorliegt.

Eine gezielte Anamnese-Erhebung und Diagnostik geben uns die Möglichkeit, einem spezifischen Segment von Patientinnen gerecht zu werden, denen wir bisher mit wenig Verständnis begegnet sind. Der indikationsgerechte Einsatz von Ritalin® vermittelt uns zudem ein therapeutisches Werkzeug, mittels dessen wir PatientInnen unterstützen können, deren Leiden wir bisher oft hilflos gegenüberstanden.

Ein weiteres Fallbeispiel

An einem weiteren Fallbeispiel soll gezeigt werden, welche Bedeutung die sorgfältige Berücksichtigung von ADHS in der Anamnese-Erhebung und eine allfällige medikamentöse Behandlung



für die PatientInnen haben kann: Der 27-jährige Patient steht zum insgesamt 11. Mal in unserer stationären Behandlung. Im Laufe der Zeit, während der wir den Patienten kennen und behandeln gelernt haben, haben wir realisiert, dass völlige Abstinenz uns und ihn selber hoffnungslos überfordert: Ohne medikamentösen «Schutz» ist er seiner Persönlichkeitsstörung und seinen vielen erlebten Traumata hilflos ausgeliefert: Er gerät regelmässig mit sich und seiner Umwelt (etwa mit andern PatientInnen oder dem Behandlungsteam) in Konflikt, kann seine erwachende und überschüssende Emotionalität nicht kontrollieren. Aus dieser Konstellation resultieren immer wieder an sich von allen Seiten ungewollte, aber wegen massiver Verstösse gegen die Stationsregeln unvermeidliche Behandlungsabbrüche. In den rasch chaotisch eskalierenden Verhältnissen ausserhalb der Klinik wird der Patient überall mit Hausverbot oder zumindest Rückweisung belegt, was seine latenten Konflikte mit der Umwelt rasch manifest und unerträglich werden lässt. Bei der bislang letzten Behandlung jedoch manifestieren sich gewisse Änderungen: Bei Eintritt substituieren wir den Patienten grosszügig mit Methadon und Benzodiazepinen – Substanzen, die er zuvor exzessiv konsumiert

hat. Gleichzeitig beginnen wir mit einer Ritalin®-Medikation, unter der er das Absetzen der Benzodiazepine (Xanax retard®) problemlos toleriert. Zum ersten Mal gelingt es unter dieser Behandlung, mit dem Patienten in eine verlässliche und einigermaßen tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung einzutreten.

Mehr Fragen als Antworten

Ziel und Anspruch dieses Artikels kann keineswegs sein, das Thema des Einsatzes von Ritalin® bei ADHS-Erwachsenen abschliessend darzustellen. Es geht vielmehr darum, wieder einmal die Diskussion über ein Thema zu lancieren, das bisher unter Süchtigen und bei in der Suchtarbeit oder der Psychiatrie tätigen Fachkräften weitgehend ignoriert, verkannt, verschwiegen und tabuisiert wurde und wird. Der Disput, der durch den gezielten Einsatz von Ritalin® («so wenig wie möglich, so viel wie nötig», kaum je jedoch über 80 mg täglich) (re-)aktiviert wird, ist alt und nicht selten ideologisch eingefärbt: Sollen Menschen, die ihre quälenden ADHS-Symptome mit Kokain behandeln, durch uns auch auf medikamentöser Ebene (mit Ritalin®) Linderung ihres Leidens erfahren? Dieselbe Frage stellt sich beim Einsatz von Antidepressiva, Neuroleptika und Metha-

don: Sind es nicht gerade die «unverbesserlichen» Kokain-Konsumenten in Methadon-Programmen, die nicht nur pädagogische Auseinandersetzung über Rückfälligkeit, sondern pharmakologisches Verständnis und vielleicht Ritalin® benötigen? Ideologisch-moralisch gefärbte Grabenkämpfe sind unseres Erachtens nicht nur überflüssig, sondern gefährlich: Sie behindern den Einsatz eines nachweislich wirksamen und gut untersuchten Medikamentes und schaden so der Behandlungsqualität.

Abschliessende Bemerkungen

Was die «Faktorenkette» «Kindliches AHDS – Erwachsenen-ADHS – Borderline-Störung – Persönlichkeitsstörung – paradoxe Kokain-Wirkung» anbelangt bedarf es unserer erhöhten Aufmerksamkeit, um zuverlässig abschätzen zu können, welche Relevanz dieses Phänomen für die Suchtarbeit und Psychiatrie hat. Erst dann können und müssen die notwendigen therapeutischen Konsequenzen gezogen werden. Entsprechend interessiert sind die Verfasser dieses Artikels an einer Intensivierung der skizzierten Diskussion: Wir sind dankbar für jede Art von Rückmeldung, Beobachtung, Bestätigung und anderslautenden Stellungnahmen. ■