

Substanzbezogene Störung, Drogenmissbrauch, fehlgeleitete Selbstmedikation – mit Shared Decision Making zur stimmigen Diagnose

Gundula Barsch

Fachbereich Soziales.Medien.Kultur, Hochschule Merseburg, Deutschland

Zusammenfassung

Gesundheitspolitisch werden Bemühungen von Patienten, durch eigene Strategien für eine Heilung bzw. Linderung von Krankheits- und Leidenszuständen zu sorgen, positiv gewertet. Dies vor allem, weil eine kleinliche Nachfrage nach medizinischer Behandlung das medizinische Versorgungssystem heillos überfordern würde. Diese Leitidee gilt allerdings nicht für alle Patientengruppen. Insbesondere diejenigen, die für ihre selbstinitiierten Behandlungsversuche auf illegale psychoaktive Substanzen zurückgreifen, sehen sich einem besonderen Misstrauen gegenüber. Hier wird eher umgehend mit den Diagnosen „Abhängigkeit“, „Drogenmissbrauch“ oder „fehlgeleitete Selbstmedikation“ reagiert, obwohl eine sorgfältige und differenzierte Auseinandersetzung mit den Beweggründen, Konsummustern und Einbindungen in den Lebensstil durchaus zu anderen Bewertungen kommen könnte.

Insbesondere beim Umgang mit dem sogenannten Beikonsum im Rahmen einer Substitutionstherapie, aber auch in Zusammenhang mit dem Rückgriff auf Cannabis als Medizin, ergeben sich aus dieser Störung in der Kommunikation nicht nur erhebliche Nachteile für die betroffenen Patienten. Vielmehr werden auch Chancen vertan, schnell und zielgenau zu einer Behandlungsform zu finden, die auf bereits vorliegenden Erfahrungen mit einer Selbstmedikation aufbaut und deshalb eine hohe Adhärenz verspricht. Eine Umbewertung der sogenannten fehlgeleiteten Selbstmedikation und das Etablieren von Shared Decision Making auch in diesen medizinischen Behandlungsfeldern scheinen aus dieser Perspektive überfällig.

Keywords: Cannabismedizin, Selbstmedikation, fehlgeleitete Selbstmedikation, Beikonsum

Substance-related disorder, substance abuse, ill-considered self-medication – with Shared Decision Making to a coherent diagnosis

Abstract

Viewed through the lens of health policy, patients' endeavors to self-manage healing or relief from illnesses and suffering are regarded positively. This stance is primarily rooted in the recognition that an unrestrained demand for medical therapy would overwhelm the healthcare system. However, this principle does not apply to all groups of patients. Particularly those who resort to illicit psychoactive substances for self-initiated treatment are met with skepticism. In such cases, diagnoses like "addiction", "substance abuse", or "ill-considered self-medication" are often swiftly applied, despite a thorough and nuanced assessment of motivations, usage patterns and the kind of integration into the user's life could yield alternative evaluations.

Particularly in scenarios involving what is termed "concomitant use" within the framework of substitution treatment, as well as in relation to the utilization of cannabis as a medicinal agent, this breakdown in communication between patient and therapist not only bestows significant drawbacks upon the patients. Also results in a missed opportunity to swiftly and intentionally identify a treatment approach that capitalizes on their prior experiences with self-medication, holding the promise of strong adherence.

Keywords: Cannabis-medicine, self-medication, ill-considered self-medication, concomitant use

1 Einleitung

In Bezug auf den sozialen Umgang mit psychoaktiven Substanzen ist weiterhin vieles ungeklärt und mit Emotionen besetzt. Allen Forschungen zum Trotz wird noch immer nicht umfänglich verstanden, warum einige Menschen daran scheitern, dem Konsum psychoaktiver Substanzen in ihrem Leben einen angemessenen Stellenwert zu geben;

Kontaktadresse:

Prof. Dr. phil. habil. Gundula Barsch
Hochschule Merseburg
Fachbereich Soziales.Medien.Kultur
Eberhard-Leibnitz-Straße 2
06217 Merseburg
E-Mail: gundula.barsch@hs-merseburg.de

also einen Weg zu finden, der nicht in das Scheitern an wesentlichen Bereichen ihrer physischen, psychischen und sozialen Gesundheit führt (u. a. West 2005). Die Antworten auf diese Fragen prägen nicht nur Ansätze der klinischen Arbeit mit Drogenkonsumenten. Weil sie weitreichend den Umgang mit Menschen prägen, die psychoaktive Substanzen nutzen, sind die gefundenen Erklärungen von grundsätzlichem Interesse und dies nicht nur auf der Ebene des Alltagshandelns der Menschen. Wie die aktuellen Debatten um Regulierungsmodelle von Cannabis unterstreichen, haben diese Erklärungsmodelle auch Wirkkraft auf der Ebene des politischen Handelns von Gruppen und Gesellschaften.

In Anbetracht der anhaltenden Suche nach einem Verstehen von „Sucht/Abhängigkeit“ müssen die jeweiligen Konstruktionen des Wissens zumindest für jeden Fragenkomplex immer wieder überdacht werden. Dabei gilt, auch die Debatten um die Bewertung und den Umgang mit selbstinitiierten Behandlungen mit Cannabis-Medizin zu einer differenzierteren Sicht zu führen. Dies vor allem, weil auch der Rückgriff auf Cannabis-Medizin oft vorschnell als fehlgeleitet bewertet und im Weiteren als Selbstbetrug diskreditiert wird (u. a. Loflin et al. 2014, Havemann-Reinecke 2007, S. 95f.).

Die Berechtigung einer weiteren Diskussion zum Thema leitet sich aus dem fehlenden Konsens zu den Erklärungsversuchen problematischen Drogenkonsums ab. Diese stützen sich auf höchst unterschiedliche Wissenschaftsdisziplinen: Biomedizinische Begründungen machen physiologische Besonderheiten für entgleitenden Drogenkonsum verantwortlich, wobei, je nach medizinaktuellen Forschungslinien, unterschiedliche Bereiche in den Fokus geraten: Lange waren es biochemische Prozesse, insbesondere regulative Fehlsteuerungen des endokrinen Systems (vgl. u. a. Stimmer & Andreas-Siller 2000, S. 422, Kielstein 1990, 68 ff.); mit dem erneut aufkommenden medizinischen Interesse an der Genetik richtet sich die Suche nach Erklärungen nicht nur auf genetische Konstellationen (u. a. Maier & Franke 2003, Cloninger 1987, S. 410–416), sondern, mit Vorankommen der entsprechenden technischen Möglichkeiten, auf molekulargenetische Analysen psychischer Eigenschaften und Störungen und deren Blick auf Gen-Umwelt-Interaktionen (u. a. Maier et al. 2017). Aktuell sind es zudem Hirnbereiche, denen in den Erklärungsmodellen ein zentraler Stellenwert zugesprochen wird (u. a. Goldstein & Volkow 2002, McLellan et al. 2000). Man darf gespannt sein, wie sich die aufstrebende Psychoneuroimmunologie in die Diskussionen um das Verstehen von Drogenkonsum einbringen wird (vgl. Müller 2017).

Methodologisch andere Wege der Erklärung werden von der Psychologie beigesteuert, die mit Entwicklungsstrukturen der Persönlichkeit oder deren biografischen Lebensbezügen die Wurzeln eines Scheiterns benennen (u. a. Walter et al. 2022). Sozialwissenschaftliche Disziplinen fügen diesem Potpourri der Erklärungsversuche noch Lebensstil-, Sozialisations- und Lernmodelle (u. a. Reißig 1994, Engel &

Hurrelmann 1989, Hurrelmann & Hesse 1991, Nordlohne 1992) sowie klassische Armuts- und Depravationszirkel hinzu (vgl. Henkel 2010), wodurch sozialpolitische Dimensionen in die Erklärungen eingebracht werden. Obwohl bereits in vielen Richtungen nach einem Verstehen „missglückten“ Lebens gesucht wurde, können die bisher vorgelegten Erklärungen selbst dann nicht befriedigen, wenn ein multivariates Modell reklamiert wird (u. a. Modell der Sucht-Trias von Sting & Blum 2003). Es darf jedoch als Fortschritt in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen psychoaktiver Substanzkonsum gelten, dass problematischer Konsum nicht mehr als ein diffuses/dämonisches In-Besitz-Nehmen des Betroffenen durch eine „Droge“, sondern als begründet und damit letztlich als nachvollziehbar und verstehbar gesehen wird (vgl. Herwig-Lempp 1994). Dies ist als Gewinn anzuerkennen, auch wenn es zur Klärung der Ursachen selbst keinen Konsens gibt.

Diese Offenheit in der wissenschaftlichen Debatte ist jedoch insofern problematisch, als Hilfeangebote in ihrer Ausrichtung grundsätzlich davon abhängen, wie das Handeln der betroffenen Person verstanden wird und wie die so erkannten Verursachungen zu korrigieren sind. Die Gefahr, dass die betroffenen Menschen dabei missverstanden werden und deshalb in einen gutgemeinten, aber nötigen „helfenden Zwang“ geraten, ist groß (vgl. Böllinger 2009). In diesem Problemfeld gehört der Umgang mit selbstinitiierten Behandlungsversuchen unter Zuhilfenahme psychoaktiver Substanzen zu den besonders umstrittenen Themen, für die medizinische Praxis und gelebter Alltag vielfach auseinanderfallen.

2 Die „Selbstmedikation“

Ganz allgemein werden Selbstmedikation und damit selbstinitiierte, also selbstverantwortete Behandlungsversuche als zentraler Baustein der Gesundheitsversorgung auch in Deutschland gewürdigt (vgl. BAH 2022). Sie bietet den Menschen die Möglichkeit, sich bei leichteren Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen schnell, wirksam und sicher selbst zu behandeln, Gesundheitsbeschwerden vorzubeugen oder eine ärztliche Therapie ergänzend zu unterstützen. Die Bedeutung der Selbstmedikation begründet sich nicht allein durch Aspekte von Schnelligkeit und Verfügbarkeit, sondern auch von Verhältnismäßigkeit in der Wahl der Mittel. So wird zunächst eher zu tendenziell milderer Phyto-Pharmaka gegriffen, die oft nachgeordnet sind gegenüber den in der ärztlichen Therapie oft nebenwirkungsreicheren und deshalb verschreibungspflichtigen Standardmedikationen (vgl. Sajogo 2004). Bei aller Skepsis, die aus professionell berufenen Mündern der Selbstmedikation schon immer entgegen gebracht wird (u. a. Winkelmann 1978), lässt sich diese durchaus positiv deuten: Die Chance auf eine gelungene Selbstbehandlung ist dann besonders groß, wenn sie (1) auf einer guten Beobachtung und reflektierten Erfahrungsbasis mit körperlichem und psychischem Missbefinden und (2) der Einordnung der Eigenbe-

obachtung in die individuelle Lebenswelt mit den jeweils subjektiv wichtigen Einflussfaktoren auf das Befinden beruht, (3) durch eine informierte Einordnung als mögliches Krankheitssymptom begründet werden kann und (4) durch bereits vorliegende individuelle Erfahrungswerte zu einem wissenden Umgang mit therapeutischen Mitteln führt, der nicht an Behandlungsleitlinien gebunden ist, sondern (5) den individuellen Vorstellungen von Wegen einer Heilung weitestgehend entgegenkommt. Damit lässt sich Selbstmedikation in den Diskurs um Patientenmündigkeit bzw. Patientenadhärenz einordnen, würdigen und als förderungsfähig bewerten (u. a. Homburg & Dietz 2006).

Das Thema Selbstmedikationen hat auch im Drogenbereich Beachtung gefunden, allerdings dominieren hier eher Skepsis und negative Bewertungen. Dabei versuchen Selbstmedikations-Hypothesen die Einnahme von sogenannten „Drogen“ zunächst verstehbar zu machen. Sie gehen vor allem auf Khantzian (1996) zurück und haben über die Zeit immer weitere Ausformulierungen gefunden. Diese Ideen verstehen „Drogenkonsum“ als Kompensation einer psychopathologischen Störung, die durch den Konsum psychoaktiver Substanzen gemildert oder sogar wesentlich gebessert wird. Es könnten aber auch unerkannte psychische Störungen sein, die einen Konsum von als Rauschmittel bekannten Substanzen befeuern (u. a. Krausz et al. 1998). In diesem Licht erscheint der Konsum psychoaktiver Substanzen als „fehlgeleiteter Versuch“ einer Selbstbehandlung – wobei „fehlgeleitet“ vor allem damit begründet wird, dass außerhalb des therapeutischen Systems nach Lösungen gesucht wurde (u. a. Ridinger 2016a). Weniger rückt das Dilemma in den Blick, dass sich zudem auf oft illegalisierte, also in Bezug auf Dosis und Zusammensetzung selten kontrollierte und damit wenig abgesicherte Substanzen gestützt wird. Die Kompensations-Hypothese eines individuellen Defizits findet sich auch in einem eher biomedizinischen Erklärungsansatz für Selbstmedikationen. Danach könnte die Entwicklung einer Substanzgebrauchsstörung auch dadurch angeschoben werden, dass die Betroffenen unter physiologischen Mängeln im endogenen Neurotransmittersystem leiden, die sie mit dem Griff zu bestimmten psychoaktiven Substanzen temporär ausgleichen. Formuliert werden in diesem Zusammenhang u. a. die „Dopaminmangel-“ und die „Endorphinmangel-Hypothese“. Beide gehen von einem physiologisch zustande gekommenen Defizit an Transmittern aus, das durch den selbstinitiierten Behandlungsversuch vorübergehend ausgeglichen wird. So wird beispielsweise bei ADHS ein relatives Dopamindefizit vermutet, das durch den Gebrauch von Stimulanzien besänftigt wird (vgl. Ridinger 2017, S. 83–84). Ähnlich wird bei einem Endorphinmangel argumentiert, der eher den Griff zu Opiaten fördert (u. a. Rommelsbacher 1998, S. B2.1.1–B2.1.9).

Wie auch immer die konkreten Argumentationslinien formuliert werden, im therapeutischen Alltag können sie die Zweifel an einer Bewertung als ernstzunehmender Behandlungsversuch des Patienten oft nicht auflösen. Im besten Fall

wird von der Dynamik des Konsums auf die Schwere der darunter liegenden Erkrankung geschlossen und diese als Notwendigkeit einer suffizienten Diagnose und Therapie gedeutet. In der Regel aber werden diese Konsummuster als „fehlgeleitete Selbstmedikation“ eingeordnet, die ohne professionelle Hilfe zu einer Substanzgebrauchsstörung führen und deshalb unbesehen zu unterbinden sind (u. a. Ridinger 2016b). Gehen diese Argumentationen zudem von einem Entwicklungs-/Karrieremodell von Abhängigkeit aus, werden selbstinitiierte Behandlungsversuche umgehend zu Entwicklungsschritten/Phasen einer Abhängigkeitserkrankung erklärt (vgl. Ridinger 2016b). Auch die aktuellen Modelle, die mit einer Dynamik in den Gen-Umwelt-Interaktionen argumentieren, geben dieser Reaktionskette neue Energie (u. a. Frölich & Lehmkuhl 2006, LaHoste & Swanson 1996). Die Erfahrungen der Patienten mit ihren selbstinitiierten psychoaktiven Behandlungen gelten nun als Hinweiszeichen für eine Abhängigkeit, zumindest aber für eine hohe Vulnerabilität für eine solche Entwicklung (u. a. Biederman & Wilens 1999). In der Folge werden diese selbstinitiierten Behandlungsversuche einer Abstinenzforderung unterstellt; mit allen Konsequenzen, die dies für die Behandlungsstrategie als Ganzes hat.

Für diese hier holzschnittartig skizzierten Problemlagen, mit denen Patienten regelmäßig konfrontiert sind, ist jedoch auch eine positive Lesart möglich. Diese schließt an die eingangs skizzierte Bewertung von Selbstmedikation aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht an. Ein Blick in die Praxis der Substitutionsbehandlung und auf Themen, die sich bei einer medizinischen Cannabistherapie z. B. bei ADHS regelmäßig auftun, liefert Hinweise, die ein Umdenken anregen.

3 Substitutionstherapie für Opiatabhängige und die Frage des Beigebrauchs

Nach turbulenten Anfangsjahren hat sich die Substitutionsbehandlung als die häufigste Therapieform für opioidabhängige Menschen auch in Deutschland durchgesetzt – laut Statista waren 2022 in Deutschland 81 200 Substitutionspatienten registriert (vgl. Statista 2022). Die Zwecke, die mit einer solchen Behandlung verfolgt werden, sind vielfältig und haben im Laufe der Zeit erhebliche Änderungen durchlaufen. Heute zielt Substitution nicht mehr auf absolute Drogenfreiheit, sondern eher darauf, die Risiken des illegalen Konsums zu reduzieren, die Zahl der Drogennot- und Drogentodesfälle zu minimieren, Behandlungsfähigkeit für psychische und physische Begleiterkrankungen zu schaffen und den Betroffenen ein weitestgehend geregeltes individuelles Leben mit gesellschaftlicher Anerkennung zu ermöglichen (vgl. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger vom 8.4.2023, S. 6f). All diesen Entwicklungen zum Trotz ist die Irritation geblieben, die der sogenannte Beikonsum in diesem Behandlungsregime nach wie vor verursacht. Die-

ser eignet sich durchaus, unter dem Aspekt von Selbstmedikation betrachtet zu werden.

Der Begriff „Beikonsum“ wird fast nur im Kontext substitionsgestützter Therapien genutzt. Zwar werden in der Literatur synonym auch Begriffe wie Bei- und Nebengebrauch oder concomitanter Konsum verwendet. Eine Recherche zeigt allerdings, dass die Definition und Abgrenzung zu anderen Phänomenen eines Mehrfachkonsums uneindeutig sind (vgl. Wurtz 2020, S. 23f).

Generell ist der Begriff „Beikonsum“ eher negativ konnotiert und bezieht sich auf den Konsum nicht verordneter Drogen und Medikamente, für den in der Regel problematische Auswirkungen skizziert werden (vgl. Gellert & Schneider 2002, S. 124) und/oder für die eine komorbide Substanzgebrauchsstörung – in der Regel von Alkohol und einer weiteren, in der Regel illegalen Substanz – angenommen wird (u. a. Kraigher 2017). Dies ist allerdings nur scheinbar eine Klarstellung. Der Begriff „Beikonsum“ bleibt, mit den Worten Westermanns (ebenda 2000), weiter ein „merkwürdiges Thema“: So setzt Beikonsum die Unterscheidung in „Haupt- und Nebendrogen“ voraus, wobei mit Eintritt in die Substitutionsbehandlung das verabreichte Opioid unbeschrieben zur Hauptsubstanz definiert wird (vgl. Raschke 1994, S. 173). Allerdings weisen viele Substituierte schon vor Aufnahme einer Substitutionstherapie polyvalente Konsummuster auf. Das heißt, sie konsumieren mehrere, oft pharmakologisch unterschiedliche Substanzen. Dabei ist der Stellenwert der verwendeten psychoaktiven Stoffe für den einzelnen Konsumenten jeweils verschieden und meist von der situativen Verfügbarkeit abhängig (vgl. Poehlke et al. 2016, S. 114). Dabei haben nicht alle Konsummuster chaotische und/oder wenig kontrollierte Formen. Unbestritten ist, dass der Konsum von Substanzen neben dem verschriebenen Substitut nicht ein Einzelfall, sondern in der Regel ein Begleitphänomen ist und sowohl für die Betroffenen als auch für die Behandler zu einer langfristigen therapeutischen Aufgabe wird, die beispielsweise im Rahmen der motivationalen Gesprächsführung zu thematisieren und für die ggf. Therapieangebote zu finden sind (vgl. Gözl 2000, S. 43).

Genauso wie die Entwicklung der Substitutionstherapie selbst hat sich auch die Sichtweise auf den Beikonsum im Laufe der Jahre verändert. Mit dem damaligen Ziel der vollständigen Drogenfreiheit sollte auch der Beikonsum mit allen Mitteln eliminiert und Patienten – sofern sie Beikonsum hatten – aus der Behandlung ausgeschlossen werden. Diese Regelungen begründeten sich durch die vielfach zu beobachtende, komorbiden Alkohol- und Substanzgebrauchsstörung, die in konkreten Konstellationen zu einem erheblichen gesundheitlichen Risiko werden kann. Die Lebensrealität von Patienten ist aber vielfältiger und schließt den parallelen Konsum auch anderer Couleur ein. Deshalb erkennen viele Behandler vermehrt die diversen Formen des Beikonsums an. Das bedeutet zum einen, dass es zweifelsfrei Konsummuster des Beikonsums gibt, die für eine

Substitutionstherapie dysfunktional sind. Zum anderen lässt sich jedoch nicht übersehen, dass bestimmte Formen des Beikonsums als Varianten verstanden werden können, mit der die Menschen aktiv und bewusst ihre bestehenden psychischen Belastungen behandeln. Dazu gehören beispielsweise Angst- oder Schlafstörungen, Stress sowie akute Problemsituationen, die Bestandteil des Lebensstils sind und/oder auch im Rahmen der Substitutionsbehandlung entstehen (vgl. Gaspar 2000, S. 51). Die PREMOS-Studie aus 2010 verdeutlichte, wie weit verbreitet diese Leidenszustände unter Substitutionspatienten sind: Immerhin waren 83,9 % aller Patienten durch eine hohe psychopathologische Symptombelastung gekennzeichnet. Unter den psychischen Störungen sind nach Arzturneil Depressionen (38,4 %), Persönlichkeitsstörungen (20,2 %), Angststörungen (16,9 %) und Schlafstörungen (13,5 %) die häufigsten Einzeldiagnosen (vgl. Wittchen et al. 2012, S. 56f). Insofern setzt sich zunehmend durch, für die Einordnung des Beikonsums auch das Motiv einer Selbstmedikation zu akzeptieren (vgl. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen 2018, S. 47). Einige Patienten geben zudem an, bestimmte Substanzen zu konsumieren, um unerwünschte Nebenwirkungen des Substitutionsmittels zu behandeln. So sind Schlafprobleme, Appetitlosigkeit und Übelkeit häufig vorkommende Nebenwirkungen, die z. B. oft und wirkungsvoll mit Cannabis behandelt werden (vgl. Wurtz 2020, S. 32f). Kokain, aber auch Amphetamine und Methamphetamine können hingegen günstige Effekte bei Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Abgeschlagenheit haben und bei mangelndem Selbstwertgefühl kompensatorische Zwecke erfüllen (Wurtz 2020). Diese Formen des Beikonsums müssen ihre negative Bewertung im Rahmen einer Substitutionstherapie durch die physiologischen Grenzen erfahren, wenn durch Wechselwirkungen zwischen dem Substitut und der Art des Beigebruchs die Gefahren eines drogenbedingten Notfalls oder schwerwiegender gesundheitlicher Folgen gegeben sind (vgl. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen 2018, S. 46). Sie werden auch dann zu einem zentralen Therapiethema, wenn sie in exzessive und unkontrollierte Konsummuster driften und damit augenscheinlich zu einem Beleg für eine Spielart der Abhängigkeit werden. Dann werfen Entwicklungen, die als Selbstmedikation starteten, durchaus die Frage auf, ob sich mit der Argumentation „Selbstmedikation“ nicht eher ein Selbstbetrug Bahn bricht (vgl. Bötsch 2023), der im Rahmen der Substitution zum Thema werden muss und für den Hilfeangebote zu offerieren sind.

Was aber, wenn diese Konsummuster dem Bild einer Abhängigkeit oder eines Drogenmissbrauchs nicht entsprechen? Wie lassen sich Konsummuster einordnen, denen sowohl in ihrer Form als auch in ihrer Funktion eher die Bewertung einer Selbstmedikation zugesprochen werden muss? Dies drängt sich insbesondere bei der Betrachtung des Konsums von Cannabis während der Substitutionsbehandlung auf: Immerhin gehen Studien davon aus, dass bis zu 80 % der Substituierten Cannabis konsumieren (vgl. Fischer et al. 2000, S. 99 ff.). Allerdings ist die dezidierte Studienlage zu

diesem Thema eher dürftig. Schon das unterstreicht, dass viele Mediziner für diese Art des Beikonsums keinen Handlungsbedarf sehen, den Gebrauch nicht problematisieren und diesen nicht tiefgehend ausloten. Dies nicht nur, weil aus medizinischer Sicht der Konsum von Cannabinoiden während der Substitutionsbehandlung weniger riskant ist. In Anbetracht der dramatischen Folgen, den ein Ausschluss aus der Substitutionsbehandlung für die Patienten haben kann, hat sich zumindest durchgesetzt, den Konsum von Cannabinoiden nicht unbesehen zu dramatisieren, sondern dafür ggf. das Muster einer Selbstmedikation in Betracht zu ziehen.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Studien erbrachte auch eine quantitative schriftliche Befragung unter Patienten aus vier Substitutionspraxen der Ostdeutschen Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin im Jahr 2019 unter den 183 antwortenden Patienten (Rücklaufquote 73 %), dass mehr als 60 % der Befragten bereits vor der Substitutionsbehandlung Cannabis konsumierte und mehr als 50 % dies auch während ihrer Substitutionsbehandlung beibehalten. Insofern bestätigt sich in diesen empirischen Befunden, dass der Konsum von Cannabis unter Substitutionspatienten weit verbreitet ist. Für eine differenzierte Bewertung interessierte, inwieweit sich die Konsummuster in Dosis und Konsumintervallen von einem offenkundigen Recreation-Use unterscheiden: In dieser kleinen Studie gaben 54 % der Beikonsumenten an, Cannabis mehrmals pro Tag zu konsumieren, womit die Frage nach eher problematischen Konsummustern zwar aufgeworfen ist, dies allerdings zu einer genaueren differenzialdiagnostischen Betrachtung der Konsummuster auffordert. Immerhin ca. 18 % gaben an, einmal am Tag und ca. 27 % mehrmals pro Woche zu konsumieren. Als Konsumgründe gaben 88 % Entspannungsbedürfnisse an, 77 % nutzten Cannabis zum Einschlafen und 36 % gegen Schmerzen. Diese Aussagen bestätigen, dass Cannabis von einem nicht unerheblichen Teil der Patienten zielgerichtet eingesetzt wird, um physische und psychische Beschwerden zu behandeln. Insofern wird die Einordnung als Selbstmedikation auch dadurch untermauert, dass für eine große Gruppe der Substituierten diese Cannabiskonsummuster sowohl in Bezug auf die Ziele als auch auf die Dosierung über viele Jahre weitgehend stabil praktiziert werden. Dass sich der Anteil derjenigen verringert, die während der Substitution auch weiterhin mit Benzodiazepinen versorgt werden müssen, rundet das Bild einer selbstverantworteten Behandlung ab. Auch wenn diese empirischen Befunde nur einen nicht repräsentativen Spot auf das Gesamtphänomen sichtbar machen, zeigen sich bei näherer Betrachtung Konsummuster, für die sich weder objektive Anhaltspunkte für ein Abgleiten in Konsumformen mit einer problematischen Dynamik noch eine oft postulierte Suchtverlagerung aufzeigen lassen. Vielfach verhindern vor allem gesetzliche Vorschriften, wie das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) und die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) und deren restriktive juristische Durchsetzung eine passgerechte Bewertung, ob und inwieweit eine beikonsumierte Substanz tatsächlich

ein Problem darstellt. Dies erschwert, zu dieser Art des Beikonsums einen Perspektivenwechsel vornehmen zu können. Dabei unterlegen nicht nur die hier zitierten empirischen Daten der eigenen Untersuchung, dass es nicht „den“ richtigen Umgang mit Beikonsum gibt. Wichtig ist vielmehr ein Behandlungssetting, das frei ist von paternalistischen Leitideen auch gegenüber drogenkonsumierenden Menschen und die Bedeutung einer einzelfallbezogenen individuellen Vorgehensweise, die Beikonsum als eine erfahrungs- und wissensgeleitete Selbstmedikation ernst nimmt. Hier bietet sich das Prinzip Shared Decision Making als Lösung geradezu an. Erfreulicherweise wurden die BÄK-Richtlinien bezüglich des Beikonsums inzwischen auch an diese Behandlungsrealität angepasst, so dass die fatalen Folgen eines völlig unverhältnismäßigen Umgangs vermieden und ein therapeutischer Raum möglich wird, in dem die Wahrnehmung von und die Umgangsweise mit Formen von Selbstmedikation eine Chance bekommen (vgl. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen 2018).

4 Selbstinitiierte Behandlungen von ADHS mit Stimulanzien und Phyto-Cannabinoiden: Es kann nicht sein, was nicht sein darf!

Die Diskussion um „fehlgeleitete Selbstmedikation“ ist vor allem in der Auseinandersetzung mit Menschen, die unter einem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) leiden, ein zentrales Thema. Dies vor allem, wenn diese Selbstbehandlung mit illegalisierten Substanzen erfolgt: „ADHS ist bei Erwachsenen mit vier Prozent Betroffenen eine häufige Störung – oft wird sie jedoch nicht diagnostiziert und bleibt unbehandelt. ... Das Krankheitsbild ADHS ist bei Erwachsenen deutlich schwerer zu erkennen, weil die Symptome vielfältiger sein können und auch auf andere Störungen hindeuten, wie beispielsweise Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, die bipolare Störung oder Abhängigkeitserkrankungen.“ (Eich-Höchli & Eich 2004). In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass für diese Betroffenengruppe oft eine Komorbidität zusammen mit einer Abhängigkeitserkrankung vorrangig von Stimulanzien oder Alkohol gefunden wird (vgl. Tuithof et al. 2012, Johann et al. 2006). Als Treiber dieser Entwicklungen wird eine „fehlgeleitete Selbstmedikation“ gesehen, die in eine sehr spezielle Suchtdynamik führt (vgl. **Ridinger 2012**, S. 88f). Begründet wird dies mit den typischen Symptomen einer ADHS: In diesem Krankheitsbild verbinden sich Störungen der Impulskontrolle und der Aufmerksamkeit mit Hyperaktivität, die oft ergänzt werden durch Begleitsymptome wie Störungen des Tag-/Nacht-Rhythmus, Schwankungen im Gemütszustand, kognitive Defizite, Schwierigkeiten in Bezug auf zielgerichtetes Handeln, Beeinträchtigungen im Bereich der Selbst- und Emotionsregulation, u. a. Diese verbinden sich zu einem Syndrom, das in seiner Konsistenz, Struktur und Intensität allerdings höchst individuelle Ausprägungen hat (vgl. Ridinger 2017, S. 13). Für dieses zeichnet sich zudem eher ein Kontinuum ab, in dem sich Menschen mit oder ohne ADHS nur graduell von-

einander unterscheiden (vgl. Posner et al. 2020, Banaschewski et al. 2017).

Wenn die Betroffenen nicht schon im frühen Lebensalter durch Störungen in verschiedenen Lebensbereichen auffällig werden, kann es bis ins fortgeschrittene Jugendalter dauern, die Diagnose ADHS gestellt zu bekommen (vgl. Ridinger 2017, S. 33). Erhalten die Betroffenen beispielsweise viel soziale Unterstützung, können in einem weniger stringenten Umfeld aufwachsen und verbessert sich mit dem Erwachsenwerden die motorische Unruhe oder verlagert sich, für Außenstehende dann weniger sichtbar, nach innen, werden die Auffälligkeiten lange maskiert. Es braucht oft erst einschneidende biografische Brüche, bis diesen Verhaltensauffälligkeiten mit der ADHS-Diagnose ein behandlungsbedürftiger Krankheitswert bescheinigt wird.

Dennoch ist der Leidensdruck der sogenannten „unbehandelten ADHSler“ – eine Gruppe, für die es keine verlässlichen Zahlen gibt – groß. Insbesondere, wenn der Lebenslauf durch typische Auffälligkeiten ins Stolpern kommt und sich beispielsweise durch wiederholte Schulwechsel oder -abbrüche, häufige Wechsel in Freundes- und Paarbeziehungen, Abmahnungen im Job oder mehrmalige Jobwechsel die Lebenspläne verkomplizieren, kommen die Betroffenen an Grenzen, aus eigenen Kräften Krisen bewältigen zu können (Eich-Höchli & Eich 2004, S. 34f). „Oft suchen Betroffene erst professionelle Hilfe, wenn sich zusätzliche Erkrankungen wie etwa eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit entwickelt haben und ein großer Leidensdruck entstanden ist. Dies erschwert nicht nur eine Therapie, sondern auch eine korrekte Diagnose. ... In vielen Fällen erkennen und verstehen erwachsene Betroffene ihr Leiden erst, wenn die Diagnose ADHS bei ihren Kindern gestellt wurde.“ (Eich-Höchli & Eich 2004). Es erscheint insofern nachvollziehbar, dass im Zuge allgemeinen jugendlichen Probierverhaltens vor allem typische Stimulanzien des Schwarzmarktes wie Methamphetamin/Crystal und Kokain/Crack, aber auch Cannabis in den Blick der Betroffenen geraten. Viele stellen in ihrer Lebensgeschichte heraus, dass sie über den Probierekonsum von Stimulanzien und/oder Cannabis erstmals bemerkt haben, dass sich damit ihr Leidensdruck besänftigen lässt. Stück für Stück lernten sie, auf welche Weise sie damit Symptome dämpfen oder ganz abstellen und nunmehr den gestellten Anforderungen besser gerecht werden können (vgl. Wiederspahn 2022, S. 13, zit. bei Baas et al. 2022, S. 38f). Dies kann nicht überraschen. Gestützt auf die Dopamindefizit-Theorie besteht auch die First-Line-Therapie bei ADHS in einer Stimulanzientherapie.

Die durch die Betroffenen gefundenen, illegalisierten Konsummuster stellen sich vielfach als stabil in Dosis, Intervallen und Intensität dar und sind regelmäßig auf das Herstellen eines angepassten Sozialverhaltens der Betroffenen gerichtet (vgl. Wiederspahn 2022, S. 13f). In Bezug auf diese selbstverantwortete Behandlung wiederholt sich, was auch bei der First-Line-Behandlung mehrheitlich beobachtet wird: Langzeituntersuchungen zeigten, dass ADHS-Betroffene in der Regel nicht von den verschriebenen Stimulanzien abhängig werden (vgl. Huss 2015), weil sie diese als Medikamente zur Symptomlinderung einsetzen und nicht als Drogen zur Leistungssteigerung oder als Genussmittel (Huss 2015, zit. nach Ridinger 2017., S. 85).

Auch wenn es über Fallberichte hinaus bisher an belastbaren Daten fehlt (vgl. Baas et al. 2022, S. 38), ist zumindest dringlich der Hypothese nachzugehen, wieweit eine biografische Episode mit Stimulanzienkonsum und/oder Cannabis bei ADHS als Selbstmedikation verstanden und akzeptiert werden sollte. Vor allem in denjenigen biografischen Zeitabschnitten, in denen eine fehlende Diagnose hilfreiche Behandlungen verhindert, scheint dies auf der Hand zu liegen.

In diversen Leitlinien zur Komorbidität ADHS-, Alkohol- und Substanzkonsumstörung wird zwar dringlich empfohlen, in jedem einzelnen Fall eine eingehende Diagnostik und Therapie anzubieten (vgl. Crunelle et al. 2018). Dabei wird das Muster „Selbstmedikation“ vielfach erkannt. In Frage steht jedoch, welche Schlussfolgerungen daraus abgeleitet werden: Wird diese Selbstmedikation ohne weitere Diskussion als „fehlgeleitet“ abgewertet bzw. das Festhalten am Konsum illegalisierter Substanzen als komorbide Substanzkonsumstörung problematisiert und zu einer Behandlungsbedürftigkeit erklärt? Dies ungeachtet der gelebten Konsumformen, die oft durch positive Erfahrungen in Form physischer, psychischer und sozialer Symptomlinderungen begründet sind? In ~~den~~ Teilen des Hilfesystems endet eine „fehlgeleitete Selbstmedikation“ vielfach in der Diagnose „Substanzgebrauchsstörung“, die dringlich unterbrochen werden müsse. Wird der eigenverantwortete Konsum tatsächlich eingestellt, manifestiert sich oft ein Störungsbild bei den Betroffenen, das mit Übererregbarkeit, Unruhe und dem Drang nach Fortsetzung des Drogenkonsums sowohl als Entzugssyndrom begriffen, aber auch als Wiederauflammen der durch die Selbstmedikation ausgebremsten ADHS-Problematik verstanden werden kann. In der Regel wird diese Sachlage als ein wechselseitiges Beeinflussen der Symptome von Sucht und ADHS gedeutet und die ungünstige Prognose einer schweren Verlaufsform gestellt (vgl. Johann et al. 2006). Die Frage, wieweit diese Beurteilung auf präklinische Modelle zurückgeht, die durch die unmittelbare Praxis tatsächlich bestätigt werden, ist allerdings offen (vgl. Tzavara et al. 2006). Das rechtfertigt, die Interpretation als Form der Selbstmedikation zumindest in Betracht zu ziehen und dieser eine eigenständige Berechtigung zuzuerkennen.

Fakt ist, dass das Bekanntwerden einer solchen Vorgesichte und diese Art der Einordnung im therapeutischen System, zumal, wenn sie unbesehen von den konkreten Konsumformen erfolgt, weitreichende Folgen hat: Eine biografische Episode mit einem regelmäßigen Substanzgebrauch, der ohne differenzialdiagnostisches Bemühen zu einer Substanzgebrauchsstörung erklärt wird, ist in der Regel ein Ausschlusskriterium für bestimmte Behandlungen. So wird beispielsweise ein Rückgriff auf Betäubungsmittel nach BtmG

unmöglich und zu einem Grund, die Kosten für eine Behandlung z. B. mit Cannabis abzulehnen: „Da die Frage, ob der „BtM-Konsum“ der Klient*innen sucht- oder selbstmedikationsbedingt ist, sich entscheidend für die Gestaltung der Hilfe darstellt, besteht der Verdacht, dass aktuell aufgrund fehlender Daten oder fehlinterpretierter Informationen mitunter falsche Entscheidungen von Helfer*innen getroffen werden. Diese können im schlimmsten Fall zu einer Fehlbehandlung führen, welche eine angemessene soziale Teilhabe der Betroffenen unmöglich macht.“ (Wiederspahn 2022, S. 2). Was hier als Einzelfall beschrieben wird, sollte dennoch ein Achtungszeichen setzen, derartige Fehlerurteile beispielsweise durch den Rückgriff auf Shared Decision Making dringlich zu vermeiden.

Wer in einer Selbsthilfegruppe von Cannabis-Patienten mit ADHS sitzt oder sich über sozialwissenschaftliche Forschungsmethoden den Erfahrungen von ADHS-Patienten nähert (vgl. Baas et al. 2022, S. 41f), wird voller Staunen den Fundus dezidierten Wissens z. B. über Cannabis-Cultivare, deren Phyto-Profil in Bezug auf die verschiedenen Cannabinoide, Terpene, Thiole, Ester und Flavonoide, zur Kenntnis nehmen (Baas et al. 2022, S. 41f). In der Regel werden zudem umgehend auch die Potenziale für eine Selbstmedikation dekliniert, die eine Behandlung mit Cannabis antreiben. Zugleich wird diese Selbstmedikation oft auch ins Verhältnis zur Verwendung klassischer spezifischer ADHS-Medikamente gesetzt und miteinander abgeglichen. Auf diese Weise wird ein beachtlicher Erfahrungsfundus sichtbar. Studien verweisen darauf, dass zwischen 56 % und 79 % der Befragten mit adultem ADHS berichten, dass durch den Rückgriff auf Cannabis eine sehr deutliche Symptomverbesserung in allen Kriterien eines adulten ADHS nach Wender-Utah erzielt werden konnte (vgl. Baas et al. 2022, S. 43). Ohne Frage ist die empirische Grundlage einer cannabisgestützten ADHS-Behandlung mit nur einer Studie mit zudem kleiner Fallzahl bisher schmal. Dennoch verweisen die praktischen Erfahrungen mit den eingeschriebenen Behandlungen auf eine mögliche Sinnhaftigkeit derartiger Therapieangebote, insbesondere angesichts einer vielfach beobachtbaren unzureichenden Adhärenz einer medikamentösen Therapie von ADHS vor allem nach einer langen Behandlungsdauer im Erwachsenenalter (vgl. Baas et al. 2022, S. 38) und den berichteten negativen Nebeneffekten klassischer medikamentöser Behandlungen (vgl. Baas et al. 2022, S. 43) erscheint eine Medikation mit Cannabis als mögliche Lösung vorliegender Probleme. Die Rückmeldungen der Betroffenen, durch Cannabis-Medizin Lebensqualität und Leistungsfähigkeit gewonnen zu haben, unterstreicht, dass bei den Therapieformen für ADHS im Erwachsenenalter Phyto-Cannabinoide dringlich zu einer wesentlichen Behandlungsoption werden sollten (vgl. Baas et al. 2022, S. 43) und dies in größerem Umfang als über die bisher bekannten Einzelfälle hinaus.

Darüber hinaus braucht es mit Bezug auf das Thema Selbstmedikation unbedingt Anstrengungen, klare Kriterien zu entwickeln, die zwischen problematischen Konsummustern

und einer verantwortlichen Selbstmedikation unterscheiden, ohne sich in diskreten Abgrenzungen zu verfangen. Natürlich müssen die Grenzen im Einzelfall fließend sein. Allerdings zeigt sich bereits bei der Auswertung von mehr als 30 Interviews mit Menschen, die selbstinitiiert und selbstverantwortet Cannabis für die Behandlung ihrer Leiden einsetzen, dass die Entwicklung entsprechender Kriterien keine unlösbare Aufgabe ist. Auch in diesen Interviews wird deutlich, dass sich die Konsummuster von „Recreational Use“ und Selbstmedikation in der Regel deutlich unterscheiden (vgl. Barsch & Schmid 2019). In diesem Zusammenhang kann der Leitgedanke einer Selbstmedikation nicht besser auf den Punkt gebracht werden als mit einem Interview-Zitat: „Ich will doch durch meine Cannabisbehandlung am Leben teilnehmen und mich nicht zudröhnen!“.

Wird dieser Forderung gefolgt, dann stellt sich die Frage, warum in vielen therapeutischen Settings der Drogen- und Suchtkrankenhilfe nicht an produktive Formen der Selbstmedikation angeknüpft wird, sondern diese oft eher diskreditiert/pathologisiert werden? Indem ohne ausreichende Abklärung der praktizierten Konsumformen unbesehen von einer problematischen Dynamik zwischen ADHS und Abhängigkeit ausgegangen wird, werden eigene und vor allem gelungene Formen einer Selbstmedikation nunmehr zu einem gefährlichen Doppelstigma. Durch diese haben Betroffene nur die Wahl, kriminalisiert oder, weil sie im Hilfesystem ohne passgerechte Angebote bleiben, einer strukturell unterlassenen Hilfe ausgesetzt zu werden. Zudem droht die Gefahr, dass beide Diagnosen für sich stigmatisierend wirken und entsprechende Benachteiligungen in verschiedenen Lebensbereichen nach sich ziehen: Sozialer Rückzug und ein vermindertes Selbstwertgefühl drohen ebenso wie Einschränkungen in der gesellschaftlichen Teilhabe (vgl. Senkel 2011, S. 86f).

5 Shared Decision Making: Ein zentraler Lösungsweg aus den Dilemmata

Deutlich wird, dass ein Umdenken im Umgang mit selbstinitiierten Behandlungsversuchen von Patienten dringlich geboten ist! Immerhin lassen sich selbstverantwortete Behandlungen auch als Fundus an Kenntnissen und Erfahrungen verstehen, die zum einen eine sichere Handhabung von Substanzen durch die betroffenen Patienten ermöglichen und zum anderen einer Therapie den Weg ebnen, die den jeweiligen subjektiven Bedürfnissen der Betroffenen auf Heilung am stärksten entspricht.

Damit schließt sich der Kreis zum Eingangsstatement. Dieses hatte die möglichen positiven Effekte einer verantwortlichen Selbstmedikation sowohl für das Versorgungssystem als Ganzes als auch für den einzelnen Patienten skizziert. Weil Betroffene mit illegalem Drogenkonsum nicht zielgenau in ganz bestimmten Bereichen des therapeutischen Hilfesystems ankommen, kann kein Teilbereich davon

ausgenommen werden, die eigenen Routinen einer Bewertung als Selbstmedikation oder Selbstbetrug zu prüfen. Die produktiven Wirkungen einer selbstinitiierten Behandlung fordern dazu auf, der verantwortlichen Selbstmedikation Würdigung, zumindest aber Beachtung einzuräumen, an die vorliegenden Erfahrungen, Fähigkeiten und Wissensbestände anzuknüpfen und ggf. Unterstützung zu geben, um Patienten zu einer verantwortungsvollen Selbstmedikation zu befähigen.

In der Zusammenschau wird deutlich, dass sich die therapeutischen Systeme, in denen Patienten mit einer verantwortlichen Selbstmedikation ankommen, in Bezug auf diese Form der Selbstbehandlung neu aufstellen sollten. Zentral wird ein Umdenken in Bezug auf Erklärungsmodelle für selbstinitiierte Behandlungen auch mit illegalisierten Substanzen: Diese sind durch eine große Variabilität und Diversität der Konsumformen geprägt und bedürfen folgerichtig einer aufmerksamen Klärung. Besondere Beachtung brauchen Konsumformen, die durch eine große Regelmäßigkeit mit sich stetig wiederholendem Muster über einen langen Zeitraum geprägt sind. Zu fragen ist in diesem Zusammenhang zumindest, wieweit sich in Bezug auf Intensität, Dosierung und Funktion im Alltag tatsächlich eine problematische Dynamik abzeichnet, die zu signifikanten funktionellen Einschränkungen im privaten und ggf. beruflichen Alltag führt? Gerade für den Umgang mit illegalisierten Substanzen wären wohl nicht allein die angestrebten Effekte in Bezug auf eine Symptommilderung interessant, sondern auch die Dynamik, die die praktizierten Konsumformen tatsächlich haben. Es sollte sich verbieten, Konsumformen, nur weil sie stetig wiederkehrende Routinen haben, unbesehen als Abhängigkeit zu deklarieren. Interessant ist vielmehr, ob die praktizierten Konsumrituale eher festgefügte und stabile Formen haben, die mit den Auflagen einer medikamentösen Therapie vergleichbar sind. Wenn ja, was spricht dagegen, in diesem Falle die Einordnung als Selbstmedikation in Betracht zu ziehen und an diese Erfahrungen mit ärztlich verantworteten Behandlungen anzuknüpfen?

Für eine Gesamtbewertung von Konsummustern als Selbstmedikation sind zudem Fähigkeiten, Fertigkeiten und die Art der Übernahme von Verantwortung für die selbstinitiierte Behandlung in den Blick zu nehmen. Ob nun als Beikonsum oder als Versuch einer selbstinitiierten Symptommilderung deklariert, gilt es, die Perspektive der Patienten einzunehmen. Notwendig ist, Aufmerksamkeit und Akzeptanz dafür einzuräumen, dass der Konsum aus Sicht der Patienten funktional und konstruktiv ist. Das bedeutet nichts anderes als einen Paradigmenwechsel in Bezug auf Beikonsum und eine sogenannte fehlgeleitete Selbstmedikation: Diese sind nicht unbesehen und folgerichtig negativ zu bewerten. Vielmehr gilt es anzuerkennen, dass diese Konsumformen sehr zielgerichtet und bewusst gestaltet werden. Häufig geht es darum, mit unerwünschten Nebenwirkungen oder unterschiedlichen Krankheitssymptomen so umzugehen, wie eine medizinische Behandlung und deren Bindung an Therapieleitlinien es nicht ermöglichen. Insbesondere

bei chronischen Erkrankungen wie u. a. Schmerzen, Substanzgebrauchsstörung und ADHS können die Betroffenen nach einigen Behandlungsjahren selbst gut abschätzen, was sie brauchen, was hilft, was kontraproduktiv ist oder sogar von den eigentlichen Behandlungszielen wegführt. Vor diesem Hintergrund wird auch die destruktive Dramatik von Therapieauflagen in Zusammenhang mit Cannabis-Medizin nachvollziehbar, die von den Patienten abverlangen, zunächst alle üblichen Behandlungen zumindest probeweise zu absolvieren, ehe die präferierte Therapie überhaupt in Betracht gezogen wird. Dies wird z. B. unter dem Druck von Auflagen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen bei einer, auf Medizinalcannabis gestützten Therapie bis heute praktiziert (vgl. Pogarell et al. 2022), obwohl die gesetzlichen Rahmenbedingungen den Behandlern eine Therapiefreiheit einräumen, die vor allem der Schwere der Erkrankung und der Aussicht auf Erfolg verpflichtet ist. Leider werden diese Auflagen durch die Krankenkassen auch dann gestellt, wenn die verantwortliche selbstinitiierte Selbstmedikation schon aufzeigen könnte, in welche Richtung eine passendes Therapiekonzept auszurichten ist.

Mit Blick auf noch immer bestehende, abstinenzfokussierte Denkschulen in einigen Bereichen der Drogenhilfe und Suchtkrankenbehandlung scheinen die Herausforderungen besonders hoch, die Potenziale einer verantwortlichen Selbstmedikation anzuerkennen. Dies setzt auch hier eine Veränderung der professionellen Arbeitsbeziehung zwischen Therapeuten und Patienten voraus. In einer auf Akzeptanz des Patienten aufbauenden Arbeitsbeziehung wird das Interesse an den vorliegenden Erfahrungen mit Selbstbehandlungen, die eine möglicherweise vorhandene Erkrankung bzw. psychische Störung nicht stört oder behindert, zu einem wichtigen Ausgangspunkt der therapeutischen Beziehung. Dies führt im besten Fall dazu, nicht wie bisher zu diskreditieren, sondern Empathie zu zeigen, die Patienten beim Verbalisieren ihrer Erfahrungen zu unterstützen, die Fähigkeiten zur Selbstbehandlung zu würdigen und deren weiteren Ausbau z. B. durch Information, Aufklärung und Training zu unterstützen. Alles in allem fordert der Umgang mit verantworteter Selbstmedikation dazu auf, sich in medizinischen Behandlungen für das Shared-Decision-Making-Modell zu öffnen – das Einfache, das so schwer zu machen ist.

Interessenkonflikte

Die Autorin gibt an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Manuskript

Eingereicht am 16.1.2023, akzeptiert am 16.8.2023

6 Literatur

- Baas S, Lahdo M, Ziemann M, Vaterrodt T (2022). Cannabinoide in der Behandlung von ADHS bei Erwachsenen. *neuroaktuell – Aktuelles aus der Neurologie & Psychiatrie* 3: 37–44
- BAH – Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (2022). Selbstmedikation – Ein wertvoller Beitrag für den Menschen und für unser Gesundheitssystem. https://www.bah-bonn.de/redakteur_filesystem/public/Weitere_oeffentliche_Dateien/Faktenblatt_zur_Selbstmedikation_04-2022.pdf. Letzter Zugriff 19.06.2023
- Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M (2017). Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung – eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Deutsches Ärzteblatt International* 114(9): 149–159. https://www.researchgate.net/publication/316285519_Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung_Eine_aktuelle_Bestandsaufnahme **VOM 21. 12. 2022**
- Barsch G, Schmid S (2019). Zum Zusammenhang von Cannabiskonsum und dem Risiko für Psychosen aus der Forschungsperspektive des integrativen Drogengebrauchs: Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. *Suchtmed* 21(1): 1–14
- Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) (2018). Leitfaden für Ärzte zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger. https://api.blaek.de/content/medien/ijngx5ooxy15620597232qiigvwmn849/bas_substitutionsleitfaden.pdf. Letzter Zugriff 20.06.2023
- Biederman J, Wilens T (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 104: e20
- Böllinger L (2009). Die gesellschaftliche Drogenphobie – Beitrag zum Symposium „Kontrolldiagnosen aktueller Drogenpolitik“. <https://schildower-kreis.de/eigene-texte/2015/10/24/lorenz-boellinger-die-gesellschaftliche-drogenphobie/>. **Letzter Zugriff 19. 06. 2023**
- Bötsch S (2023). 60. Podcast: Selbstmedikation mit Cannabis – Selbstermächtigung oder Selbstbetrug? <https://www.podcast.de/episode/600691507/60-selbstmedikation-mit-cannabis-selbstermaechtigung-oder-selbstbetrug-mit-prof-dr-gundula-barsch>. Letzter Zugriff 20.06.2023
- Bundesärztekammer (2023). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger vom 08.04.2023. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Public_Health/Richtlinien/Richtlinie-BAEK-Substitution_16.02.2023.pdf. **Letzter Zugriff 23. 08. 2023**
- Cloninger CR (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 236: 410–416
- Crunelle CL, van den Brink W, Moggi F, Konstenius M, Franck J, Levin FR, van de Glind G, Demetrovics Z, Coetzee C, Luderer M, Schellekens A, ICASA consensus group; Matthys F (2018). International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Eur Addict Res* 24(1): 43–51. <https://doi.org/10.1159/000487767>. Letzter Zugriff 20.06.2023
- Eich-Höchli D, Eich P (2004). Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung bei Erwachsenen. Trotz guter Behandlungsmöglichkeiten unterdiagnostiziert. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, (2): 17–21
- Engel U, Hurrelmann K (1989). Psychosoziale Belastung im Jugendalter. Berlin Fischer B, Kirst M, Rehm J, Marsh D, Bondy S, Tyndall M (2000). The Phenomenon of So-called Other Drug Use among Opiate Addicts in the North American Context. In: Jellinek C, Westermann B, Bellmann GU (Hrsg.). *Beigebrauch – offene Grenzen der Substitution*. Weinheim: Beltz
- Frölich M, Lehmkühl G (2006). Epidemiologie und pathogenetische Aspekte von Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit bei ADHS. *Sucht* 52(6): 367–375
- Gaspar M (2000). Einschränkung von Beigebrauch als Therapieziel. In: Jellinek C, Westermann B, Bellmann GU (Hrsg.). *Beigebrauch – offene Grenzen der Substitution*. Weinheim: Beltz
- Gellert R, Schneider G (2002). Substitution und Heroin – Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Goldstein RZ, Volkow ND (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *J Psychiatry* 159: 1642–1652
- Gölz J (2000). Nebenkonsum und Beendigung der Substitution. Behandlungsabbruch und Konsequenzen. In: Jellinek C, Westermann B, Bellmann GU (Hrsg.). *Beigebrauch – offene Grenzen der Substitution*. Weinheim: Beltz
- Havemann-Reinecke U (2007). ADHS und Suchterkrankungen. In: Havemann-Reinecke U, Gaßmann R (Hrsg.). *Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen*. Freiburg im Breisgau: 95–108
- Henkel D (2010). Sucht und Armut: epidemiologische Zusammenhänge und präventive Ansätze aus einer Public Health Perspektive. *Public Health Forum* 18(2). https://www.researchgate.net/publication/244830838_Sucht_und_Armut_epidemiologische_Zusammenhänge_und_praeventive_Ansätze_aus_einer_Public_Health_Perspektive_2010. Letzter Zugriff 21.12.2022
- Herwig-Lempp J (1994). Von der Sucht zur Selbstbestimmung. *Drogenkonsumenten als Subjekte*. Borgmann, Dortmund
- Homburg C, Dietz B (2006). Patientenmündigkeit – Ausprägung und Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. *Die pharmazeutische Industrie* 68(3): 288–293
- Hurrelmann K, Hesse S (1991). Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. *Sucht* 37: 240–252
- Huss M (2015). ADHS – Therapie und Amphetamine. Taschenbuch
- Johann M, Lange K, König S, Lufkötter R, Unglaub W, Wordar N (2006). Wege des Zappelphilipps: Zur Komorbidität von Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und Substanzstörungen. *abhängigkeiten* 01: 35–45. https://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Abhaegigkeiten/2006/iss_1/PDFs_articles_2006/ABH_vol12_iss1_art4.pdf. Letzter Zugriff 19.12.2022
- Khantzian E (1996). Die Selbstmedikationshypothese für Suchtstörungen mit Schwerpunkt auf Heroin- und Kokainabhängigkeit. Krausz M, Haasen C (Hrsg.): *Langzeitperspektiven süchtigen Verhaltens*. Lambertus, Freiburg: 45–58
- Kielstein V (1990). *Alkoholismus: Folgen, Schäden, Lösungswege*. Berlin
- Kraigher D (2017). Die Substanzgebrauchsstörung – ein integraler Bestandteil des psychiatrischen Spektrums. <https://www.universimed.com/ch/article/psychiatrie/die-substanzgebrauchsstoerung-ein-integraler-bestandteil-des-psychiatrischen-spektrums-2113753#:~:text=Substanzgebrauchsstörung%20und%20psychiatrische%20Komorbiditäten,2003>. Letzter Zugriff 14.08.2023
- Krausz M, Verthein U, Degkwitz P (1998). Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Nervenarzt* 69: 557–567
- LaHoste GJ, Swanson JM (1996). Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry* 1(2): 121–124
- Loflin M, Earleywine M, De Leo J, Hobkirk A (2014). Subtypes of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and cannabis use. *Subst Use Misuse* 49: 427–434
- Maier W, Franke P (2003). *Biologie und Genetik der Sucht*. Madea B, Brinkmann B (Hrsg.): *Handbuch gerichtliche Medizin, Band II*. Springer-Verlag, Heidelberg
- Maier W, Giegling I, Rujescu D (2017). Genetik und Gen-Umwelt-Interaktionen bei psychischen Erkrankungen. Springer, https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-642-45028-0_5-2#auth-W_-Maier. Letzter Zugriff 14.08.2023
- McLellan T, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical illness. *Journal of the American Medical Association* 284: 1689–1695
- Müller N (2017). Psychoneuroimmunologische Grundlagen psychischer Erkrankungen. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-J (Hrsg.) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag: 307 f.
- Nordlohne E (1992). Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. *Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelkonsum im Jugendalter*. Weinheim und München
- Poehlke T, Heiz W, Stöver H (2016). *Drogenabhängigkeit und Substitution*. Ein Glossar von A–Z. 4. Aufl. Berlin: Springer
- Pogarell O, Fahrmbacher-Lutz C, Bayer T, Tretter F, Erbas B (2022). Medizinisches Cannabis – eine praxisbezogene Hilfestellung. Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V., https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publicationen/Papiere/BAS_e.V._Med_Can_Hilfestellung_August_2022.pdf. Letzter Zugriff 20.06.2023
- Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 395(10222): 450–462. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7880081/>. Letzter Zugriff 21.12.2022
- Raschke P (1994). Substitutionstherapie: Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Erwachsenwerden, im Osten. Ergebnisse der Leipziger Längsschnitt-Studie 1. DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut, Weinheim und München

- Ridinger M (2016a). ADHS und Sucht im Erwachsenenalter. *Nervenheilkunde* 35: 764–769
- Ridinger M (2016b). ADHS und Sucht im Erwachsenenalter. Verlag W. Kohlhammer (Stuttgart)
- Ridinger M (2017). ADHS und Sucht im Erwachsenenalter. In: Bilke-Hentsch O, Gouzoulis-Mayfrank E, Klein M (Hrsg.): *Sucht: Risiken – Formen – Interventionen. Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie. Track 3: Gefährdete Personengruppen und Komorbiditäten*. Verlag W. Kohlhammer (Stuttgart)
- Rommelsbacher H (1998). *Modelle von Abhängigkeit: Biologische Modelle*. Götz J (Hrsg.). *Moderne Suchtmedizin Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome*. Thieme, Stuttgart
- Sajogo I (2004). *Der Übergang zwischen Selbstmedikation und ärztlicher Pharmakotherapie*. Diss. Göttingen
- Senkel AL (2011). *Mögliche Auswirkungen der Doppeldiagnose ADHS und Sucht auf das Selbstkonzept betroffener Jugendlicher*. Bachelorarbeit an der Alice-Salomon-Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Berlin University of Applied Sciences. http://www.forschung-stationaere-jugendhilfe.de/downloads/senkel_2010.pdf. Letzter Zugriff 20.06.2023
- Statista (2022). *Substitutionspatienten in Deutschland 2002–2022*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/37474/umfrage/substitutionspatienten-in-deutschland-seit-2002/>. Letzter Zugriff 10.06.2023
- Stimmer F, Andreas-Siller P (2000). *Suchtlexikon*. Oldenbourg Verlag, München
- Sting S, Blum C (2003). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. Reinhardt
- Tritsch NX, Ding JB, Sabatini BL (2012). Dopaminergic neurons inhibit striatal output through non-canonical release of GABA. *Nature* 490(7419): 262–266. doi:10.1038/nature11466. Epub 2012 Oct 3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23034651/>. Letzter Zugriff 19.12.2022
- Tuithof M, ten Have M, van den Brink W, Vollebergh W, de Graaf R (2012). The role of conduct disorder in the association between ADHD and alcohol use (disorder). Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Drug and Alcohol Dependence* 123(1–3): 115–121
- Tzavara ET, Li DL, Moutsimilli L, Bisogno T, Di Marzo V, Phebus LA, Nomikos GG, Giros B (2006). Endocannabinoids Activate Transient Receptor Potential Vanilloid 1 Receptors to Reduce Hyperdopaminergic-Related Hyperactivity: Therapeutic Implications. *Bio-logical Psychiatry* 59(6): 508–515
- Walter M, Sollberger D, Euler S (2022). *Persönlichkeitsstörung und Sucht; 2. erw. u. überarb. Aufl.* Stuttgart: Kohlhammer
- West R (2005). *Theory of Addiction*. Oxford
- Westermann B (2000). *Beigebrauch? Einführung in ein merkwürdiges Thema*. Jellinek C, Westermann B, Bellmann GU (Hrsg.). *Beigebrauch – offene Grenzen der Substitution*. Weinheim: Beltz
- Wiederspahn SM (2022). *ADHS und die Diagnostik einer Substanzgebrauchsstörung. Eine Untersuchung der einzelnen Aspekte mit Fokus auf die Gruppe der fehlgeleiteten Selbstmedikation*. Unveröffentlichtes Manuskript, Fulda
- Winckelmann HJ (1978). *Rezeptfrei. Selbstmedikation: Gefahr und Fortschritt*
- Wittchen H-U, Bühringer G, Rehm J (2012). *Abschlussbericht Premos. Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments. Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf vom 12.12.2022
- Wurtz F (2020). *Beikonsum in der Substitutionsbehandlung*. Bachelorthesis, unveröffentlichtes Manuskript, Hochschule Merseburg