



MARINA
JUNG

KOKAIN JAHRE

rüffer & rub cares

Sucht ist eine Krankheit.

Kokainabhängigkeit
kann tödlich enden.

Abstinent ist nicht geheilt.

Das Schlimmste ist die Gier.

Kokain ist grandios und
diabolisch zugleich.

Sucht ist weder Charakter-
noch Willensschwäche.

Unter Kokain gibt es kein
Sättigungsgefühl.

Crack wirkt nur während
wenigen Minuten.

Strategien sind wichtiger
als der Wille.

Rückfälle gehören zur Krankheit
und auch zur Genesung.

Abstinenz verdient
Anerkennung.

Kokain kann nicht
substituiert werden.

Sucht ist stärker als Liebe
und Freundschaft.

Das Suchtgedächtnis kann
nicht gelöscht werden.

Kokain verändert den
moralischen Kompass.

Kontrollierter Konsum
ist eine Illusion.

Im Sog des Verlangens gibt
es keinen freien Willen.

Kokain ist Fake.

MARINA
JUNG

**KOKAIN
JAHRE**

Das Buch basiert auf wahren Begebenheiten. Die Namen der Personen und einzelne biografische Angaben sind zum Schutz der Privatsphäre verändert. Davon ausgenommen sind Personen, die ihre Erfahrungen im Umgang mit Sucht in Büchern, Podcasts, Videos, Printmedien oder in Vorträgen öffentlich gemacht haben. Die Details zu meinem Sohn Benedict, meinem Mann und mir selbst sind wahrheitsgetreu dargestellt.

Die Autorin und der Verlag bedanken sich für die großzügige Unterstützung bei

Ernst Göhner Stiftung, Zug
Hürlimann-Wyss Stiftung, Zug
Kulturförderung Kanton Zug und Swisslos
Stadt Zug: Soziale Dienste
Stiftung JOBEMA, Zug
Eine ungenannt sein wollende Stiftung

Der rüffer & rub Sachbuchverlag wird vom Bundesamt für Kultur mit einem Strukturbeitrag für die Jahre 2021–2025 unterstützt.

Erste Auflage Frühjahr 2025

Alle Rechte vorbehalten

Copyright © 2025 by rüffer & rub Sachbuchverlag GmbH, Zürich

www.ruefferundrub.ch

Verlag/Hersteller: rüffer & rub Sachbuchverlag GmbH,

Alderstrasse 21, 8008 Zürich/Schweiz, info@ruefferundrub.ch

Fulfillment-Dienstleister/Händler: Brockhaus / Commission,

Kreidlerstraße 9, 70806 Kornwestheim/Deutschland, gpsr@brocom.de

»WEISSER DRACHE«

Music: Benjamin Bazzazian, Johannes Gehring

Lyrics: Tarek Ebene

© 2020 BMG Rights Management GmbH /

K.I.Z. Edition and Johannes Gehring Publishing Designee

Mit freundlicher Genehmigung von Budde Music und

Hal Leonard Europe GmbH

Bildnachweis:

Umschlag: © Efe Kurnaz | unsplash.com

Porträtfoto der Autorin: Privatbesitz

Schrift: Filo Pro, Avenir Next

Druck und Bindung: GRASPO CZ, a.s.

Papier: Munken print white, 90 g/m², 1.8

ISBN 978-3-907351-40-6

Vorwort von Prof. Dr. Boris B. Quednow	8
1 Verwaiste Eltern	14
2 Vom Habenwollen zum Habenmüssen	28
Der Schritt in die Unfreiheit	
3 Von Dopamin und Diagnosekriterien	38
Der Sucht auf der Spur	
4 Gelegentlich, wöchentlich, täglich	50
Wie Kokain in ein Leben dringt	
5 Suchtgedächtnis und Erlaubnis gebende Gedanken	72
Warum Rückfälle dazugehören	
6 Existenzielle Krisen	88
Warum Crack den Absturz ins Bodenlose garantiert	
7 Ein Kartenhaus bricht zusammen	110
Oder vom moralischen Kompass, der verloren geht, und von anderen Nebenwirkungen	
8 Bangen und Hoffen	122
Wenn Angehörige versuchen, das Unmögliche möglich zu machen	
9 Scham, Stolz und Liebe	136
Warum Beziehungen nichts nützen und trotzdem unverzichtbar bleiben	
10 Von Optimismus, Tiefpunkten und Stigmatisierung	160
Warum die Suchterkrankung schwer fassbar bleibt	
11 Ursache von Sucht	180
Weshalb die Frage nach dem Warum nicht weiterführt	

12	Kreative Lösungen und Hilfslosigkeit	192
	Warum kontrollierter Konsum nicht funktionieren kann	
13	Herkömmliche und neue Therapieansätze	208
	Warum die Substanzforschung gefordert bleibt	
14	Kokainsucht	230
	Eine chronische Krankheit mit Todesfolge	
15	Was Angehörige, Freundinnen, Experten und Politikerinnen tun können	236
	Und warum Haltungsänderungen zur Entstigmatisierung beitragen	
Anhang		
	Quellen	251
	Anmerkungen	266
	Beratung für Angehörige	281
	Dank	284
	Biografie der Autorin	286

Für alle Angehörigen
von suchtkranken Menschen

Vorwort

Mit diesem Buch legt Marina Jung ein bewegendes und wachrüttelndes Zeugnis darüber ab, wie sehr das soziale Umfeld davon betroffen ist, wenn eine Person unter einer Substanzkonsumstörung leidet. Die Auswirkungen einer solchen Störung auf Angehörige, Freundschaften und das Arbeitsumfeld werden gesellschaftlich und politisch, aber auch klinisch und wissenschaftlich oft immer noch viel zu wenig wahrgenommen und berücksichtigt. Dies hat mehrere Gründe: Zum einen betrachten viele Kliniker:innen und Forscher:innen Substanzkonsumstörungen heute als vor allem biologisch determinierte Erkrankungen, die auf einer individuellen Störung von Hirnfunktionen und Lernmechanismen beruhen. Dabei werden die psychosozialen Gründe und Folgen des Konsums oft ausgeblendet. Zum anderen ist es die Stigmatisierung von Konsumstörungen und die damit verbundene immense Scham, die Angehörige und andere Sekundärbetroffene oft in den Hintergrund treten lässt, wodurch sie auch für die Forschung meist schwer zu greifen sind. Und schließlich sehen westlich-liberale Gesellschaften Substanzkonsum häufig als Frage der individuellen Freiheit und Selbstverantwortung an, womit die soziale Perspektive auf Konsum und Konsumstörungen oft ausgeblendet wird.

Der gesellschaftliche Umgang mit Substanzkonsumstörungen wird bis heute von Mythen und Vorurteilen

dominiert, aus denen Fehlschlüsse resultieren, die manchmal auch vor Fachpersonen nicht haltmachen. Durch die gekonnte Integration des persönlich Erlebten mit dem aktuellen Fachwissen gelingt es der Autorin, viele dieser Mythen erfolgreich infrage zu stellen. So glauben viele Menschen nach wie vor, Sucht sei ein Zeichen von Charakter- oder Willensschwäche. Manchmal wird sogar die Meinung vertreten, die von einer Konsumstörung betroffenen Personen hätten es nicht besser verdient, weil sie ihren Zustand letztendlich sich selbst zuzuschreiben hätten. Diese Annahmen sind grundlegend falsch, denn Substanzkonsumstörungen sind biopsychosozial herleitbare psychiatrische Erkrankungen, die meist chronisch verlaufen und eine hohe Morbidität und Mortalität aufweisen.

Ein weiterer Mythos lautet, dass nur Menschen mit bereits bestehenden psychiatrischen oder sozialen Problemen eine Substanzkonsumstörung entwickeln könnten, womit die Annahme verknüpft ist, dass nur eine kleine Minderheit betroffen sei und der große Rest der Bevölkerung kontrolliert konsumieren könne – ein Irrtum, der die Verbreitung solcher Störungen unterschätzt. Das Risiko, eine Substanzkonsumstörung zu entwickeln, ist tatsächlich größer, als viele annehmen. Ein relevantes Beispiel ist das Rauchen (und hier sind alle Nikotinprodukte eingeschlossen): Eine von drei Personen, die einmal mit dem Rauchen anfangen, entwickelt irgendwann in ihrem Leben eine Nikotinabhängigkeit. Angesichts ihrer Verbreitung wäre es aber absurd anzunehmen, dass alle abhängig Rauchenden eine psychiatrische Störung aufweisen (zumindest jenseits der Nikotinkonsumstörung). Beim Konsum von Heroin und anderen hoch po-

tenten Opiaten entwickeln eine von vier und beim Kokain eine von fünf Personen langfristig eine Substanzkonsumstörung. Das Abhängigkeitspotenzial einer Substanz ist allerdings nur eine theoretische Größe und variiert z.B. mit dem Alter (je jünger, umso höher) und dem Geschlecht (Frauen präferieren oft andere Substanzen als Männer). Auch Verbreitung und Verfügbarkeit beeinflussen das Risiko. Bei nicht legalen Substanzen wird das Potenzial eher unterschätzt, weil vulnerable Gruppen einen beschränkteren Zugang zu den Substanzen haben. Auch die kulturelle Einbettung spielt eine Rolle, z.B. inwieweit eine Normativierung des Konsums stattgefunden hat und Konsumregeln und Konsumrituale im sozialen Alltag integriert sind. So wissen wir bei alkoholischen Getränken intuitiv, zu welchem Zeitpunkt wir wie viel trinken können, um sozial nicht aus der Rolle zu fallen – ein Wissen, das sich beispielsweise für Cannabis und Kokain noch nicht entwickelt hat. Unter gewissen Voraussetzungen kann also (fast) jede und jeder eine Konsumstörung entwickeln – sie ist schlicht lernbar.

Ein letzter Mythos umfasst das liberale Ideal der Selbstverantwortung, in dem wiederum die Vorstellung zutage tritt, dass Menschen, welche die Kontrolle über ihren Konsum verloren haben, es nicht besser konnten, ihre Verantwortung nicht wahrgenommen haben und damit selbst schuld seien. Dieses Buch zeigt jedoch eindrücklich, dass Substanzkonsum von Anfang bis Ende ein soziales Phänomen bleibt. Er beginnt fast immer in sozialen Situationen und endet häufig in Einsamkeit und sozialer Ausgrenzung. Auf diesem Weg liegt enormes individuelles wie soziales Leid, welches dieses

Buch so überaus ergreifend veranschaulicht. Substanzkonsum also als alleiniges Problem der Selbstverantwortung zu betrachten umfasst die Komplexität des Phänomens nicht. Zwar mag das Argument noch für den Erstkonsum einer Substanz gelten, bei jedem weiteren Konsum wird aber die Selbstverantwortung Stück für Stück ausgehebelt, da sich ein äußerst löschungs-resistentes Suchtgedächtnis etabliert, das nach und nach die Kontrolle über das Verhalten übernimmt. Damit wird die Selbstverantwortung schleichend mit der Fremdsteuerung durch die Substanz ersetzt – dies ist das eigentliche Wesen einer Substanzkonsumstörung. Auch dieser Umstand wird im hier vorliegenden Buch eindrucksvoll deutlich.

Zuletzt verändern Substanzen wie Kokain die soziale Interaktionsfähigkeit, was für die Betroffenen wie für ihr Umfeld eine schwere Bürde darstellt. Auch davon erzählt dieses Buch. Substanzkonsum betrifft daher nie nur das Individuum, sondern findet immer in einem sozialen Kontext statt. Dieser soziale Kontext muss drogenpolitisch stärker berücksichtigt werden, denn jede Liberalisierung der Drogenpolitik jenseits der Entkriminalisierung des Konsums setzt primär auf das Argument der Selbstverantwortung und blendet damit die sozialen Kontinuitäten und Konsequenzen aus.

Dies ist ein wichtiges Buch für alle, die die Phänomene »Kokain« und »Sucht« verstehen wollen, und ebenso für alle, die mit vom Konsum betroffenen Menschen umgehen, seien sie nun Angehörige, Beratende, Kliniker:innen oder Forschende. Dieses Werk füllt eine gähnende Lücke, indem es den vielen belasteten Angehörigen von Menschen mit Substanzkonsumstörungen

eine Stimme gibt. Mehr noch, es reicht den Betroffenen die Hand, um einen anderen, vielleicht hilfreicherem Umgang mit dem Phänomen Substanzkonsum zu finden. Zuletzt ein persönliches Wort: Obwohl sich der Verfasser dieses Vorworts seit 25 Jahren theoretisch mit dem Thema Substanzkonsum auseinandersetzt, hat er in diesem beeindruckend mutigen Buch viel gelernt.

Boris B. Quednow, Professor für Experimentelle Pharmakopsychologie und Psychologische Suchtforschung an der Universität Zürich

3 Von Dopamin und Diagnosekriterien Der Sucht auf der Spur

Zunächst erscheint eine Begriffsklärung sinnvoll. Früher hat man Menschen, die in eine Abhängigkeit geraten sind, pauschal als »Süchtige« bezeichnet. Selbst wenn der Begriff in gewissen Medien und in der Alltagssprache weiterhin verwendet wird, ist er veraltet und auch politisch nicht korrekt, denn er setzt Menschen, die von einer Suchterkrankung betroffen sind, mit der Erkrankung gleich.⁵ Dies würde bedeuten, dass die Person nichts anderes mehr ist als ihre Erkrankung. Eine Krankheit zu haben ist aber etwas ganz anderes: Es käme niemandem in den Sinn, eine Person, die eine Krebserkrankung hat, als die »Krebsige« zu bezeichnen. Trotz ihrer Erkrankung ist eine krebs- oder suchtkranke Person immer auch Vater oder Mutter, Sohn oder Tochter, Tante oder Onkel, Nichte oder Nefte, Arbeitgeberin oder Arbeitnehmer und anderes mehr. Eine Person ist nicht ihre Erkrankung, sondern in erster Linie ein Mensch, der es verdient, mit Respekt behandelt zu werden. Es drängt sich daher auf, bewusst von suchtkranken Personen oder von Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung zu sprechen.

Sucht ist eine anerkannte Krankheit. Sucht als Willens- oder als Charakterschwäche zu qualifizieren ist nicht nur grundlegend falsch, sondern auch diskriminierend. In der ICD 11, der elften Version der »Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und

verwandter Gesundheitsprobleme« wird Sucht als Substanzgebrauchsstörung bezeichnet, im Unterschied zur ICD 10, die Sucht mit Abhängigkeit gleichsetzt. Beide Klassifikationssysteme differenzieren zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit. Im nachfolgenden Text werden die Begriffe »Sucht« und »Abhängigkeit« grundsätzlich synonym verwendet. Wenn von Sucht die Rede ist, steht das Leiden im Vordergrund, wenn der Begriff Abhängigkeit gewählt wird, steht die Erkrankung im Fokus.

Da die Entstehung jeder Abhängigkeit multifaktoriell begründet wird, fällt es nicht leicht, diese Erkrankung zu verstehen. Wenn ein Begriff schwer fassbar ist, hilft es manchmal, Bilder zur Veranschaulichung beizuziehen. Im lesenswerten Buch »Bis einer stirbt« (2021) der Journalistin Isabell Beer vergleicht eine Protagonistin ihre Heroinsucht mit unablässigem und erfolglosem Suchen. »Stell dir vor: Du hast dich in deinem Zimmer eingeschlossen und willst wieder raus, doch du hast den Schlüssel verloren. Du suchst dein Zimmer ab und schaut unter jedem Kissen nach, siehst in jede Ecke, aber dein Schlüssel ist nirgendwo, du suchst immer weiter. Du bist andauernd mit der Suche nach dem Schlüssel beschäftigt. Du hast keine Zeit mehr, irgendetwas anderes zu tun. Du willst etwas essen, du willst deine Familie treffen, du willst duschen, aber in diesem Zimmer gibt es kein Essen, es gibt keine Dusche und es gibt keine Familie. Es gibt nur dich und den niemals aufzufindenden Schlüssel, und solange du diesen Schlüssel nicht hast, kommst du nicht aus diesem gnadenlosen Zimmer. [...] Alles, was außerhalb dieses Zimmers liegt: deine Arbeit, deine Freunde, deine Dusche, zu alledem hast du keinen Zugang mehr. Und jetzt stell

dir vor, du bist in diesem Zimmer gefangen, bis du irgendwann stirbst. Das ist suchen, ohne zu finden, das ist Heroinsucht.«⁶

Wer sich mit Suchtbiografien beschäftigt, stellt fest, dass bei allen Suchterkrankungen »die Suche nach dem Schlüssel« zentral ist. Auch Benedict war auf der Suche. Während eines heftigen Rückfalls und nach mehreren Tagen in der Drogenszene schrieb er uns im Winter 2019 eine verzweifelte Nachricht:

Ich will dieses Leben nicht, aber ich schaffe es nicht, mich daraus zu befreien.

Zur Opioidkatastrophe in den USA, die jährlich mehrere Zehntausend Tote fordert, gibt es erschütternde Dokumentationen. Darunter eine Fernsehserie, die packend und herzerreißend darstellt, was Sucht ist. Sie zeigt, wie »normale« Personen ohne jegliche Risikofaktoren, darunter ein lebenswürdiger und engagierter Hausarzt, in eine Abhängigkeit geraten können. Wer bisher nicht verstanden hat, was Sucht ist, versteht es ganz bestimmt, wenn er »Dopesick« (2021) gesehen hat.

Auch das erfolgreiche Musical »Der kleine Horrorladen« (Film 1986), das bis heute aufgeführt wird, erklärt, wie Sucht entsteht, und was eine Abhängigkeit mit einem Menschen machen kann: Durch Zufall stellt ein Blumenverkäufer fest, dass mit einem Tropfen seines Blutes eine vor sich hin welkende Pflanze zu neuer Blüte erweckt wird. Die Pflanze wird kräftiger und gedeiht prächtig, verlangt aber immer häufiger nach Blut. Der Blumenverkäufer selbst wird durch die Blutspenden zusehends energie- und kraftloser. Dann kommt er

auf die Idee, die gierige Pflanze mit Leichen zu füttern. Nun wird er zum Mörder. Mit Kokain verhält es sich ähnlich. Wie der Blumenverkäufer der Pflanze zunächst lediglich einen kleinen Tropfen Blut spendet, führt sich der Kokainschnupfende anfänglich nur eine Linie des Stoffes zu. Im Verlaufe der Zeit verlangt sein Gehirn die Substanz immer häufiger. Und wenn die Sucht ihn dann vollständig beherrscht und ausbeutet, geht auch der Konsumierende buchstäblich über Leichen.

Aus medizinischer Sicht ist Sucht eine chronische Krankheit, die einen tödlichen Ausgang nehmen kann.⁷ Suchtmittel können gewisse Nervenzellen im Gehirn nach und nach verändern, was zur Folge hat, dass das Belohnungssystem nicht mehr richtig funktioniert. Dieses System hat sich evolutionär so ausgebildet, dass es der Erhaltung der eigenen Art dient. Essen, Trinken, Sexualität oder auch soziale Aktivitäten nehmen wir als wohltuend wahr. Es wird Dopamin ausgeschüttet, wir fühlen uns gut. Diesen Zustand speichert unser Gehirn im Sinne einer neurobiologischen Markierung ab. Dopamin ist ein Neurotransmitter, ein chemischer Botenstoff. Er reguliert elektrische Signale im Gehirn, das heißt, er leitet Reize von einer zur anderen Nervenzelle. Dies geschieht an den sogenannten Synapsen, den Kontaktstellen zwischen zwei Nervenzellen. Es gibt viele Neurotransmitter, davon spielen im Zusammenhang mit Kokainkonsum vor allem Dopamin wie Glutamat eine wichtige Rolle. Forscher haben beispielsweise herausgefunden, dass bei einer Kokainabhängigkeit der Glutamatanteil im Belohnungssystem reduziert ist. Das ist eine wichtige Erkenntnis im Hinblick auf die Entwicklung neuer Therapieansätze.⁸

Was Dopamin betrifft, so wird dieser Botenstoff beim Konsum von Drogen genauso ausgeschüttet wie bei Aktivitäten, die der Arterhaltung dienen. Anders gesagt: Drogen aktivieren das Dopamin- beziehungsweise das Belohnungssystem auf ähnliche Weise wie natürliche biologische Stimuli, allerdings um ein Vielfaches mehr, als dies beim Essen, Trinken oder Sex geschieht. Dazu kommt, dass eine drogeninduzierte Dopaminausschüttung, die dieses überwältigende Glücksgefühl zur Folge hat, quasi auf Knopfdruck erfolgt, das heißt rasch und ohne Anstrengung. Die Folgen sind fatal: Wenn eine Abhängigkeit entsteht, wird das Verlangen nach der Substanz zusehends intensiver, weil das Gehirn immer mehr Reize damit assoziiert. Diese Anreizsensitivierung scheint die Ursache für neuronale Veränderungen im Belohnungssystem zu sein. Das Gehirn verlangt nun stets aufs Neue nach diesem großartigen Gefühl, das nur durch den Konsum von Substanzen erreicht werden kann. So gesehen könnte man auch sagen, dass die Suchterkrankung eine Fehlfunktion des Belohnungssystems ist.

Sex gilt als stärkster natürlicher Stimulus, mit Alkohol und Cannabis wird die doppelte Dopaminausschüttung erreicht, mit Kokain die sechsfache Menge. Die Wirkung einer Linie Kokain entspricht – so gesehen – einem sechsfachen Orgasmus. Diese vergleichenden Werte können je nach Quelle variieren.⁹ Sie veranschaulichen aber in jedem Fall eindrücklich, dass mit Drogenkonsum eine höhere Dopaminausschüttung erreicht wird, als dies auf natürliche Art mit Essen, Trinken oder Sex überhaupt möglich ist. Das Risiko, an einer Abhängigkeit zu erkranken, wird umso größer, je

höher die Dopaminausschüttung durch die zugeführte Substanz ist. Wenn das Gehirn diese höhere Dopaminausschüttung immer wieder verlangt, und wenn dieser Forderung nachgegeben wird, dann wird das Belohnungssystem neu codiert. Die Strukturen im Gehirn passen sich an und verfestigen sich. Diese neuronalen Veränderungen sind es, die es so schwierig machen, eine Abhängigkeit zu überwinden. Es ist nicht Willensschwäche, die die Betroffenen daran hindert, den Konsum einzustellen, es ist die Krankheit, die das verhindert.

Der Kokainkonsum von Benedict war für mich jedes Mal mit herben Enttäuschungen und zerstörten Hoffnungen verbunden. Einmal stellte ich ihm in einer solchen Situation zwei Fragen: Was hat dich veranlasst zu konsumieren? Wie weit bist du schon drin? Zur ersten Frage meinte Benedict, dass er »es« einfach noch einmal haben wollte. Die zweite Antwort lautete: *»Ich bin nicht so weit drin, dass ich nicht aufhören könnte.«* Ich spürte Erleichterung, denn genau das wollte ich hören. Durch die Entwicklung wurde ich leider eines Besseren belehrt – weitere Enttäuschungen ließen nicht lange auf sich warten.

Aus heutiger Sicht erfüllte Benedict bereits in frühen Konsumphasen die Diagnosekriterien des schädlichen Gebrauchs oder gar der Abhängigkeitserkrankung. Vermutlich wären uns als Familie viele Konfliktsituationen erspart geblieben, wenn wir seitens der verschiedenen Fachleute, die wir konsultierten, eine gezielte Aufklärung erhalten hätten.

Die sechs Diagnosekriterien der WHO gemäß ICD 10 lauten:

1. *Starker Konsumdrang (Craving)*: Starker Wunsch oder Zwang, »psychotrope« (psychoaktive) Substanzen zu konsumieren.
2. *Kontrollverlust*: Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums.
3. *Toleranzentwicklung*: Nachweis einer Toleranz gegenüber der Substanz. Erhöhte Dosen sind erforderlich, um die ursprüngliche Wirkung hervorzurufen.
4. *Entzugssymptome*: Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums. Aufnahme gleicher oder nahe verwandter Substanzen, um Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
5. *Vernachlässigung anderer Aktivitäten*: Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums sowie auch erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. *Dysfunktionales Konsumverhalten*: Anhaltender Substanzkonsum trotz der offensichtlich schädlichen Folgen.

Wenn über einen Zeitraum von einem Jahr drei Kriterien zutreffen, gilt die Abhängigkeit als diagnostiziert. Für Betroffene ist es schwierig, sich eine Suchterkrankung einzugestehen, befinden sie sich doch mit der Substanz in einer eigentlichen Liebesbeziehung. Kein Mensch nimmt Drogen zu sich, ohne einen Profit davon zu haben. Mit Drogen können positive Gefühle ver-

stärkt, negative Gefühle reduziert oder gar verhindert werden. Krankheitseinsicht ist die erste Voraussetzung für eine nachhaltige Veränderung des Konsumverhaltens. Sie allein reicht allerdings nicht aus, es braucht zusätzlich eine hohe Abstinenzmotivation und einen endgültigen Abstinenzentscheid.

Im Herbst 2020 schrieb Benedict in einer abstinenten Phase:

Ich bin getrieben, getrieben von der Sucht. Die Gedanken an den Konsum. Die Bilder im Kopf. Das Verlangen ist derart stark, dass es mir innerlich alles zusammenzieht. Mein Magen schmerzt, mir ist kotzübel. Ich schwitze. Doch das Schlimmste ist das Verlangen, das Verlangen im Kopf, im Gehirn. Nur ein Gedanke. Immer wieder. Doch eigentlich will ich dies nicht. Ich will nicht mehr konsumieren. Aber trotzdem sehne ich mich danach. Unbedingt.

Dieser Text legt nahe, dass die Suchterkrankung von den Diagnosekriterien der WHO nicht vollständig abgebildet wird. Ein weiterer Aspekt kommt nämlich dazu: die Ambivalenz.¹⁰ Sie steht für die Zerrissenheit, mit der sich ein Drogenkonsument konfrontiert sieht. Für Benedict hieß das: Er wollte Kokain konsumieren – und gleichzeitig davon wegkommen. Er verachtete sein Leben in der Drogenszene – und fand trotzdem den Weg dorthin zurück. Er suchte Freiheit – und fand die Abhängigkeit.

Die Ambivalenz, mit der ein Kokainkonsument zu kämpfen hat, enthält somit paradoxe Komponenten.

Es ist paradox – und das ist eben Sucht –, wenn Benedict um die schädlichen Folgen seines Konsums wusste, und diesen dennoch nicht einstellte. Wenn er sein Geld schwinden sah, und es trotzdem für den Konsum ausgab. Wenn er mitbekam, dass wir Eltern litten, und sich trotzdem für die Substanz entschied. Wenn sich abzeichnende Beziehungsverluste ihn bedrohten, er Kokain dennoch den Vorrang gab. Wenn er sich nach einer lebensbedrohlichen Situation im Spital vorfand und kurz darauf in die Drogenszene zurückkehrte. Das Spannungsfeld, in dem sich Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung befinden, ist für Personen ohne Suchthintergrund nur schwer nachvollziehbar. Für suchtkranke Menschen aber ist diese Ambivalenz in einem hohen Maß belastend, geht sie doch einher mit Passivität, Verzweiflung, Enttäuschungen, Entscheidungsschwierigkeiten, Missverständnissen, Konflikten, Schuld- und Schamgefühlen.

Aufgrund meiner privaten und beruflichen Erfahrungen als Leiterin Sozialberatung in einer psychiatrischen Klinik füge ich den sechs Diagnosekriterien der WHO nicht nur das Kriterium der Ambivalenz, sondern ein weiteres hinzu: Das Lügen. Irgendwo habe ich einmal die Frage gehört: »Wissen Sie, woran man erkennt, dass ein Kokainkonsument lügt?« Antwort: »Wenn er den Mund aufmacht.« Kokain Konsumierende belügen in erster Linie sich selbst, weil sie sich während einer langen Zeit einreden, sie hätten den Konsum im Griff. »Morgen« soll übrigens der bevorzugte Wochentag sein, an dem suchtkranke Menschen ihren Konsum einstellen (wollen). Rückwirkend betrachtet und auch aufgrund seiner hinterlassenen Texte komme ich zum Schluss,

dass Benedict regelmäßig Lügengebilde aufbaute, um den Konsum vor uns Eltern und seinem ganzen sozialen Umfeld – seiner Freundin, seinen Kolleginnen und Kollegen – zu verheimlichen. Aus heutiger Sicht gehe ich davon aus, dass er zwangsläufig irgendwelche Geschichten um irgendwelche Aktivitäten oder Verpflichtungen konstruierte, um sich Freiräume für den Konsum zu schaffen. Wenn ich ihn in einzelnen Situationen fragte, ob er konsumiert habe, hat er jeweils geantwortet: »Von einem Konsum weiß ich nichts.« Die sorgsam gewählte Formulierung schien für ihn eine gute Option zu sein, um den Konsum weder explizit zu verleugnen noch zu bejahen. Lügen wurden uns Eltern auch am Esstisch aufgetragen. Benedict war von klein auf ein Lust- und Vieleser. Er konnte Mahlzeiten als kleines Fest zelebrieren. Wen wundert es, dass ich mich gerade in schwierigen Zeiten veranlasst sah, mit einem feinen Essen Normalität in die Familie zu bringen? Für Benedict aber waren solche Situationen die ultimative Herausforderung, wie er viel später gestand, Kokain nimmt nämlich jeglichen Appetit. Gepeinigt von schlechtem Gewissen sah er sich veranlasst, sich so zu verhalten, wie man sich an einem Esstisch verhält, wenn man sich an kulinarischen Genüssen erfreut, wenn man die Köchin nicht enttäuschen will – und wenn man den Drogenkonsum verbergen muss. Es sei einfach nur widerlich gewesen, wenn er das Essen hinunterwürgen musste, damit niemand merkte, dass ihm so gar nicht ums Essen war. Diese unerträgliche Situation wurde akzentuiert durch den aufkommenden Suchtdruck respektive den drängenden Wunsch, die Mahlzeit so rasch wie möglich zu beenden, um nachzulegen.

Im Jahr 2017 war bei uns die Situation noch nicht dramatisch. Allerdings konnten wir bereits damals nicht mehr darüber hinwegsehen, dass unser Sohn ein Problem hatte. Benedict konsumiert Kokain: Diese drei Worte versetzten mich regelmäßig in einen Gefühlszustand des Entsetzens. Das, was uns damals geschah, lag für mich außerhalb des Vorstellbaren. Es durfte nicht sein.

Die Entwicklung der folgenden Monate und Jahre war geprägt vom Charakter der Substanz, die Benedict konsumierte. Kokain ist mit keiner anderen Droge zu vergleichen. Wenn Benedict später einmal feststellte, Kokain sei der Teufel, so erfasste er mit dieser Aussage den Kern der Substanz. Denn das ist das Diabolische an der Sache: Kokain kommt auf leisen Sohlen und schleicht sich langsam in ein Leben. Zunächst kann man mit diesem Teufel, der sich nicht als solcher zu erkennen gibt, wunderbar leben. Die Situation ändert sich aber schlagartig und drastisch, sollte man beschließen, sich von ihm zu trennen. Denn das lässt der Teufel nicht zu.

4 **Gelegentlich,
wöchentlich, täglich**
Wie Kokain in ein
Leben dringt

Im Film »Ben is Back« (2018), in dem Julia Roberts grandios die Mutter eines opioidabhängigen Sohnes darstellt und verzweifelt gegen dessen Drogensucht kämpft, gibt es eine ergreifende Szene: Ben erklärt seiner Mutter, was die Substanz ihm bringt, nämlich dass er sich unter den missbräuchlich konsumierten Schmerzmitteln »geliebt, geborgen und vollkommen« fühle. Und er fährt fort: »Solche Gefühle konntest du mir auch in unseren besten Zeiten nie vermitteln.«

Missbräuchlich konsumierte Opioide, wie zum Beispiel die äußerst potenten Schmerzmittel Oxycotin oder Fentanyl, und Opiate, dazu gehören Morphin oder Heroin, hüllen Konsumierende während Stunden in eine weiche und kuschlige Decke aus purer Wärme und Geborgenheit. Wer meint, dass das erstrebenswert töne, sei gewarnt. Einen solchen Zustand vermitteln Opioide und Opiate nur in der Anfangsphase des Konsums. Später wird man diese Glückseligkeit nie mehr erleben können. Wie bei allen anderen Substanzen gilt auch hier, dass die Rauschqualität im Verlaufe der Zeit massiv abnimmt. Außerdem machen Opiate und Opioide rasch abhängig. Drogenkonsum mag im Paradies beginnen, endet aber in der Hölle.

Drogen können nach unterschiedlichen Kriterien klassifiziert und eingeteilt werden:¹¹ Beispielsweise in legale und illegale, harte und weiche. Stark vereinfacht,

unterscheidet man zudem zwischen stimulierenden Substanzen, auch Upper genannt, dämpfenden Substanzen, sogenannten Downern, und halluzinogenen, die bewusstseinsweiternd wirken. Oder – noch allgemeiner formuliert: Man spricht von warmen und kalten Substanzen. Opioide und Opiate sind »warme« Substanzen, die so ganz anders wirken als »kalte« Drogen wie Kokain oder andere stimulierende Substanzen. Der Kokainrausch hält im Vergleich zu demjenigen anderer Substanzen, wie zum Beispiel Heroin, nur kurzzeitig an. Nach dem stimulierenden Hochgefühl, das unter Umständen bereits nach wenigen Minuten abflacht, folgt ein unangenehmes Tief. Konsumierende sehen sich der Versuchung ausgesetzt »nachzulegen«, um die lästigen Nebenwirkungen zu umgehen und den Rausch zu verlängern. Und dann befinden sie sich eher früher als später in einem mit vielerlei Risiken und Gefahren verbundenen Teufelskreis.

Die Wirkung von Kokain ist – wie von allen anderen Drogen auch – abhängig von Set und Setting.¹² Mit Set ist die mentale Grundverfassung (mindset) gemeint, mit Setting die äußere Umgebung, in der ein Konsum stattfindet. Der Effekt der Substanz hängt somit stark von individuellen Erwartungen, der persönlichen Stimmung und Einflüssen aus der Umgebung ab. Dieselbe Dosis Kokain kann bei zwei Konsumierenden völlig unterschiedliche Wirkungen erzeugen, abhängig davon, in welcher emotionalen Grundverfassung sich die beiden User befinden und mit welchen Erwartungen sie die Droge konsumieren. Set und Setting sind ausschlaggebend für positive oder negative Erlebnisse mit der Substanz. Letztlich spielen sie auch eine wichtige

Rolle bei der Entwicklung einer Abhängigkeit. Ein ungünstiges Set und Setting, wie beispielsweise Stress, Angst, Depression, soziale Isolation oder ein Umfeld, das den Konsum von Kokain begünstigt, können das Risiko einer Suchterkrankung erhöhen.

Kokain – auch Koks, Koka oder Schnee genannt – wird aus den Blättern der südamerikanischen Kokasträucher gewonnen, zunächst zu Kokapaste und anschließend zu Pulver verarbeitet. Der Herstellungsprozess erfolgt vielfach unter prekären Bedingungen, beispielsweise in Benzinfässern oder in alten Badewannen. Als Lösungsmittel werden bedenkliche und gesundheitsgefährdende Substanzen verwendet – etwa Batteriesäure oder Kerosin.

Kokain entfaltet seine psychoaktive Wirkung im Gehirn und kann auf verschiedene Arten über den Körper aufgenommen werden: geschluckt, geschnupft, geraucht oder intravenös. Am häufigsten wird Kokain durch die Nase gezogen, wo das wasserlösliche Pulver über die Schleimhäute in die Blutbahnen gelangt. Der intensivste Kick wird durch das Rauchen erreicht, weil die Substanz durch diese Konsumform am raschesten im Gehirn ankommt. Die Wirkdauer von Kokain ist abhängig von der Konsumform:¹³

Tabelle 1: Konsumformen und Wirkdauer von Kokain

Konsumform	Eintritt der Wirkung	Dauer der Wirkung
Geschluckt als Tee oder durch Kauen von Kokablättern	Nach 20 Minuten	Bis zu 180 Minuten
Geschnupft (nasal)	Nach 1-5 Minuten	30-90 Minuten
Geraucht	Nach wenigen Sekunden	5-15 Minuten
Intravenös	Nach 10-60 Sekunden	20-60 Minuten

In jüngster Zeit weist Kokain auf dem europäischen Schwarzmarkt einen zunehmend höheren Reinheitsgrad auf. Dies erhöht das Risiko von Überdosierungen. Gestrecktes Kokain kann harmlosen Milchzucker (Laktose), gefährliches Tierentwurmungsmittel (Levamisol), Schmerzmittel oder Lokalanästhetika enthalten.¹⁴ Bezogen auf ihren Wirkcharakter haben die verwendeten Streckmittel in der Regel einen aufputschenden Effekt, der einsetzt, wenn die Wirkung von Kokain abklingt. Userinnen und Usern wird so vorgegaukelt, dass sie speziell potentes Kokain gekauft haben. Levamisol kann zudem allergische Reaktionen auslösen oder das Immunsystem nachhaltig schädigen.

In der Regel wird das weiße Pulver in kleinen Plasticsäckchen grammweise verkauft. Ein Gramm Kokain kostet in der Schweiz (2024) knapp 100 Franken. Bei zurückhaltendem Konsum reicht ein Gramm Kokain für etwa 10 bis 15 Einheiten beziehungsweise Linien. Bei Erstkontakten mit der Substanz kommen Konsumie-

rende anfangs in der Regel mit ein paar wenigen Linien aus. Wenn die Toleranz steigt, das heißt, wenn im Zuge einer zunehmenden Abhängigkeit größere Mengen der Substanz erforderlich werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen, kann es sein, dass mehrere Gramm pro Tag benötigt werden, um den angestrebten Kick und den Rauschzustand zu erhalten.

Der Drogenhandel in Europa floriert.¹⁵ 2023 wurden gemäß Drogenagentur der Europäischen Union (EUDA) Rauschmittel im Wert von 31 Milliarden Euro umgesetzt. Kokain ist die am häufigsten konsumierte illegale stimulierende Substanz. Seit der Jahrtausendwende hat sich der Kokainkonsum in Europa mindestens vervierfacht. 2023 wurde eine Rekordmenge von 303 Tonnen beschlagnahmt, hauptsächlich in niederländischen und belgischen Häfen: Europa wird von Kokain regelrecht geflutet. Damit zusammen hängt der Anstieg des Crackkonsums. Dealer verstehen es, ihre Kundinnen und Kunden mit perfiden Maschen auf Crack aufmerksam zu machen, wenn sie etwa zusätzlich zum gekauften Kokainpulver »zum Ausprobieren« ein paar Cracksteine abgeben. Für den Dealer ist das eine lukrative Strategie – für die Konsumentinnen und Konsumenten allerdings hat sie in der Regel fatale Konsequenzen.

Geraucht wird Kokain in Form von Crack oder Freebase.¹⁶ Ein Crackstein kostet rund 20 Franken (2024) und reicht für eine bis drei Inhalationen – somit für eine Wirkung, die nur wenige Minuten andauert. Und dann flammt das übermächtige Verlangen nach der Substanz wieder auf. Für die Herstellung von Crack wird das pulverförmige Kokain mit Bicarbonat (Backpulver) und Wasser aufbacken. Um Freebase zu erhalten, wird Ko-

kainpulver in Ammoniak und Wasser erhitzt – ein Verfahren, das eine hohe Explosionsgefahr beinhaltet. In beiden Fällen bleiben nach dem Verdunsten des Wassers weißlichgelbe Kristalle zurück, die in der Szenensprache als »Rocks« oder »Steinchen« bezeichnet werden. Crack und Freebase werden mit einer Pfeife aus Glas oder Metall geraucht. Durch die Hitze zerspringen die Kristalle und erzeugen dabei ein knackendes Geräusch (to crack). Freebase ist reiner als Crack, da Letzteres noch alle Verunreinigungen und Streckmittel des Kokains enthält. Crack und Freebase haben eine kurze Haltbarkeit. Da Freebase empfindlicher ist als Crack, wird die Droge sofort nach der Herstellung inhaliert. Auf dem Schwarzmarkt ist sie wegen des raschen Zerfalls an der Luft nicht erhältlich.

Entgegen der landläufigen Meinung wird Crack nicht nur von sozial benachteiligten und schwerst suchtkranken Menschen konsumiert. So ist in der Zürcher Crackszene ein neues Phänomen nicht mehr zu übersehen: jüngere Konsumenten, die ohne Umwege über andere Substanzen direkt mit Crack beginnen.¹⁷ Außerdem dealt laut Insidern im Zürcher Langstrassenquartier jede zweite Prostituierte mit Crack.¹⁸ Mit dem Verkauf der Droge verdient sie mittlerweile mehr als mit ihren sexuellen Dienstleistungen. Gesichert ist auch, dass selbst exklusive Etablissements Crack im Angebot haben. Die Kunden kommen aus allen Gesellschaftsschichten – und nicht selten handelt es sich dabei um gut situierte Personen. Sie befinden sich in einem Teufelskreis. Zuerst bezahlen sie bar, dann plündern sie ihre Bankkonten, und am Ende hinterlegen sie Kreditkarte, Uhren und Ehering. So kann ein »Freizeitaus-

flug« in die Crackwelt rasch ein paar Zehntausend Franken kosten.

Crack und Freebase erzeugen einen innert Sekunden einsetzenden kurzen, aber äußerst intensiven Rausch.¹⁹ Der Flash endet mit einem abrupten und extrem unangenehmen Runterkommen, was Konsumierende veranlasst nachzulegen. Bereits ein einziger Crack- oder Freebaserausch kann zu einem überwältigenden Verlangen nach der Substanz führen. Das Abhängigkeitspotenzial bei gerauchtem Kokain ist weit höher als bei nasalem Konsum. Der Konsum von Crack oder Freebase kann mit »Fahrstuhlfahren« verglichen werden. Die Hochs und Tiefs bei gerauchtem Kokain sind extrem und binden die Userinnen und User rasch an die Droge.

Benedict stellte einmal fest, dass gewöhnlich nur über die Gefährlichkeit von Drogen gesprochen werde. Dass solche Substanzen auch ganz fantastische Gefühle auslösen können, sei in der Aufklärungsphase nie diskutiert worden. So sei er denn zu Beginn seines Kokainkonsums erstaunt gewesen zu erfahren, dass die als gefährlich taxierte Substanz so schlimm gar nicht gewesen sei, im Gegenteil. Stimmt: Auch wir haben im Familienkreis ausschließlich die Gefahren des Kiffens und die Risiken von harten Drogen thematisiert. Stimmt: Auch wir haben Drogen ausnahmslos verteufelt und nur die negativen Seiten gesehen. Nie haben wir erwähnt, dass Drogen auch positive Empfindungen auslösen können. Und dies haben sie in der Tat. Kokain hat nämlich viel zu bieten: fantastische Gefühle, höchstes Glückserleben, ausgelassene Euphorie, nie da gewesene Unbeschwertheit, grenzenloses Selbstvertrauen, ge-

steigerte Leistungsfähigkeit, unerschöpfliche Energie, uneingeschränkte Risikobereitschaft, ungehemmtes Sozialverhalten, sexuelle Lust, selbst wenn die Potenz nicht im gleichen Maße steigt wie das sexuelle Lustempfinden. Anders gesagt: Kokain ist krass, stimulierend und cool. Kokain macht aber auch – und damit sind wir bei den Nebenwirkungen angelangt – gierig, egoistisch, emotionslos, unruhig, gereizt, aggressiv, kalt und leer.²⁰

Kokain ist grandios und hinterhältig zugleich. Auch Benedict erlebte die beiden Gefühlswelten, die ihn gleichzeitig faszinierten und abstießen. Die berauschte Konsumsituation und die darauf folgende brutale Ernüchterung beschrieb er wie folgt:

Die Welt um dich verschwindet. Die Stimmen und Geräusche gehen weit weg. Der Hammer kommt, direkt ins Gehirn. Dann denkst du, das ist das, was ich will, genau das und nur das. Nach zwei Tagen schaust du in den Spiegel, du erkennst dich nicht mehr. Die Augen, sind dies meine Augen? Kann nicht sein. So stechende Augen, der Tod schaut dir direkt in das Gesicht. Innerhalb von wenigen Stunden/Tagen verändert sich dein Charakter. Dein Körper zerfällt. Du bist ein Wrack und stehst mit einem Bein im Grab.

Kokain ist eine Droge, die rasch und stark abhängig macht. Die Abhängigkeit wird in der Regel erst bemerkt, wenn es bereits zu spät ist, um Gegensteuer zu geben. Kokain ist deshalb gefährlicher als andere Substanzen. Wer Kokain konsumiert, geht vielerlei Risiken ein.