

Gefährdetenhilfe Scheideweg e.V. (Hrsg.)

# Handbuch **DROGEN-SEELSORGE**

**Alternativen im Umgang mit Sucht  
und suchtbedingter Kriminalität**

Reihe: BSDG - Sucht



**Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme**

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei  
Der Deutschen Bibliothek erhältlich.

© 2001

BSDG-Verlag GmbH, Hückeswagen

Alle Rechte vorbehalten

Bildnachweis: Seiten 27,33,37,41,45 und 49 mit freundlicher Genehmigung der  
Polizeilichen Kriminalprävention des Bundes und der Länder  
(Broschüre: So schützen Sie Ihr Kind vor Drogen)

Druck: Werbung und Druck Kuprat, Hückeswagen

Printed in Germany

ISBN 3-934348-13-0

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>5</b>
<b>Das Problem</b> .....	<b>8</b>
Die nüchternen Zahlen .....	8
Missbrauch - Sucht - Rausch .....	11
Die Karriere .....	16
Die Chemie der Psyche .....	20
<b>Die Drogen</b> .....	<b>23</b>
Opium .....	24
Heroin .....	26
Methadon .....	30
Kokain .....	32
Amphetamine .....	35
Ecstasy .....	38
Cannabis .....	42
LSD .....	47
Psilocybin (Pilze) .....	50
<b>Die Gesellschaft und ihre Drogen</b> .....	<b>52</b>
Zur gesellschaftlichen Bedeutung des Drogenkonsum .....	52
Jede Zeit hat ihre Drogen .....	56
Ausländer, Aussiedler, Integration und das Drogenproblem.	61
<b>Drogenkrisen und Drogenhilfe</b> .....	<b>64</b>
Die Droge und der Tod .....	64
Die Gesundheit der Drogenkonsumenten .....	66

Die Drogenkriminalität .....	68
Das Betäubungsmittelrecht .....	70
Drogen und Strafvollzug .....	73
Drogen und das Ausländerrecht .....	75
Die Drogenpolitik .....	77
Das Suchthilfesystem .....	82
Die Vorbeugung (Prävention) .....	86
<b>Lebensberichte .....</b>	<b>89</b>
Silvia .....	89
Andreas .....	91
Ute .....	92
Juan .....	93
<b>Lebensalternativen - das Angebot der Gefährdetenilfe</b>	
<b>Scheideweg .....</b>	<b>95</b>
Der Ortsname Scheideweg wird zu einem Programm .....	95
Was das „Konzept Scheideweg“ kennzeichnet .....	96
<b>Drogen und Seelsorge .....</b>	<b>99</b>
Seelsorge ist mehr als ein Gespräch .....	99
Sucht und Menschenbild .....	102
Seelsorgerliche Gespräche mit Betroffenen .....	105
Das Thema Lebensveränderung in der seelsorgerlichen Begegnung .....	108
Das seelsorgerliche Gespräch mit Angehörigen .....	113
Die christliche Gemeinde als Lebensraum .....	114
Chancen der Vorbeugung und der Jugendarbeit .....	120
Perspektiven für eine seelsorgerliche Suchthilfe .....	122
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>123</b>

## VORWORT

Dienstagabend - Kontaktgruppe in der Justizvollzugsanstalt Köln, Frauenabteilung: An diesem Abend treffen wir auf die „Drogenfrauen“. In der JVA Köln gibt es zwei Haftbereiche, wie in vielen Gefängnissen: den „drogenintensiven“ und den „drogenarmen“ Haftbereich. Einen dritten, „drogenfreien“, gibt es wohl in keinem deutschen Gefängnis mehr. Mit etwa zwanzig Leuten von draußen gehen wir hinein und treffen auf gut vierzig Gefangene. Ein gemeinsamer Start mit Weihnachtsliedern - der letzte Kontaktgruppenabend im Jahr ist mit einer kleinen Weihnachtsfeier verbunden - eine Andacht, etwas zu Essen und Gespräche bilden unser Programm. An diesem Abend ist Daniela mit dabei. Seit drei Tagen ist sie wieder in Köln. Daniela ist kaum wiederzuerkennen, bis auf die Knochen abgemagert. Vor etwa zehn Jahren traf sie das erste Mal in diesem Gefängnis auf uns. Damals hatte sie ein rundes Gesicht und eine kräftige Statur. Drei Jahre nach ihrer Entlassung war sie dann wieder zurück in Haft - damals schon schmal und am ganzen Körper von der Sucht gezeichnet. Die Drogen habe sie bei ihrem ersten Gefängnisaufenthalt kennengelernt, berichtet sie uns. Und heute: Sie habe ein Kind, ein Jahr alt. Für dieses Kind wird sie es schaffen, die Sucht zu überwinden - vielleicht. Nun, wo sie wieder im Gefängnis sitzt, hat sie Angst, das Jugendamt könnte ihr Kind wegnehmen. Das Kleine lebt jetzt bei seinem Vater. Der nimmt keine Drogen, sagt Daniela, der ist im Methadonprogramm. Dem Jugendamt hat sie davon nichts erzählt. Auch dabei ist Nesren, 19 Jahre, aus Marokko. Sie ist in Deutschland aufgewachsen. Nun hat sie Angst, abgeschoben zu werden. Denn eine Verwarnung hat sie von der Ausländerbehörde schon bekommen. In Marokko bin ich wie ein Tourist, sagt Nesren. Sie will in Deutschland bleiben. Neben ihr sitzt Heike, auch 19 Jahre. Beide kennen sich aus Düsseldorf, seit acht Jahren, erst aus der Schule, später durch die Szene. Heike ist im sechsten Monat schwanger und kommt, wenn sie Glück hat, nach der Entbindung 'raus. Birte sitzt in der selben Reihe. Sie nimmt garantiert keine Drogen hier im Knast, wegen der regelmäßigen UK (Urinkontrolle). Sie hat noch eine ganze Latte abzusetzen und will vorher auf den 35er

(§ 35 BtmG) auf Therapie raus; das will sie sich auf keinen Fall verderben.

Viele hoffnungslose Frauen treffen wir an diesem Abend. Ihr Leben ist von der Droge gezeichnet. Als wir im Anschluß an die Kontaktgruppe noch draußen zusammenstehen und beten, da berichtet einer von uns über Susanne. 20 Jahre ist sie alt, und sie hat gesagt, wenn es gut geht, dann wird sie noch 24. Schlimm, wie jemand so mit dem Leben abschließen kann, der noch so jung ist. Gerd, der mit ihr sprach, hat Töchter und Enkeltöchter. Die Begegnung hat ihn mitgenommen. Ein solcher Abend geht uns allen nicht so leicht aus dem Kopf.

Die Droge - beherrschbar, genießbar, alles Schwarzmalerei? Bei weitem nicht jeder Kiffer und Partydrogenkonsument endet in der Haftanstalt. Aber viel zu viele enden dort. Der Knast brachte uns in Begegnung mit der Droge, mit einer ihrer ganz dunklen Seite. Es war 1972, als ein Gefängnispfarrer evangelische Jugendbünde zu Programmen in seine Jugendstrafanstalt einlud und der Jugendbund für Entschiedenes Christentum (EC) aus Hückeswagen-Scheideweg dieser Einladung folgte. Aus der ersten Begegnung entstanden regelmäßige Besuche in dem Siegburger Gefängnis, und bald wurden die ersten Jungen in Mitarbeiterfamilien nach Hückeswagen und Wermelskirchen entlassen. Sie brachten manche Probleme mit - auch Drogen. Für die Christen setzte ein intensiver Lernprozeß ein, denn Drogen waren eine neue Welt für uns. Auch heute befinden sich unter den etwa zweihundert jungen Menschen in unseren familiären Wohngemeinschaften viele Drogenkonsumenten. Auch unter den Familienvätern und -müttern sind manche Ex-Junkies. Gott hat ihr Leben verändert, und die Auseinandersetzung mit der Sucht hat den Lebensstil in unserer Gemeinschaft geprägt.

Mit diesem Buch geben wir einen Überblick zu dem großen Thema „Drogensucht“. Unsere Auseinandersetzung damit findet heute nicht mehr nur im Justizvollzug statt. Präventionsprogramme in Schulen, Seminare an Universitäten, Hearings in Bundes- und Landtagen, präventive Jugendarbeit, Kontakte auf der Straßenszene, Beratung von Angehörigen, Schulungen für Lehrer oder Justizvollzugsbedienstete -

wir sind jede Woche mit der Frage nach den Drogen, nach ihrer Wirkung, der Szene und dem Weg heraus konfrontiert.

Das Buch stellt aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse vor und berichtet aus den Erfahrungen der Arbeit. Es will einen möglichst breiten Überblick vermitteln, um auch als ein kleines Nachschlagewerk zu dienen, und es will Handlungsperspektiven eröffnen. Es geht um die „Drogenseelsorge“, wobei Seelsorge mehr beinhaltet als ein christlich geprägtes Beratungsgespräch. Der Seelsorge geht es um die Wiederherstellung zerstörter Beziehungen, um die (Wieder-)Aufnahme in Gemeinschaft, Lebenssinn und Lebensziel und um die Versöhnung mit Gott. Sucht wird auch verstanden als ein Versuch, das Sichtbare und Monotone wie auch Alltägliche hinter sich zu lassen, andere Erlebnis- und Erkenntnishorizonte zu erschließen und die eigene Existenz in größeren Zusammenhängen zu erleben. Davon weiß die Seelsorge etwas - sie nimmt das Bedürfnis des Menschen nach Transzendenz ernst. Zugleich weist sie einen Weg, der den Menschen nicht aus der Realität herausnimmt und ihn nicht in die Selbstzerstörung führt. Die folgenden Kapitel werden nicht alle Fragen beantworten. Und sie vermitteln auch keinen Schlüssel dafür, wie jedem Süchtigen geholfen werden kann. Aber sie sprechen gegen die Resignation vor der Sucht, gegen die Ausgrenzung der Süchtigen und für ein engagiertes Zugehen auf das Problem und auf die Menschen, die von diesem Problem gezeichnet sind.

## DAS PROBLEM

In den nachfolgenden Kapiteln geht es um Drogen. Der Begriff „Drogen“ umfasst im Grunde alle „psychotropen“ (d.h. auf das Seelische einwirkenden) Stoffe. Davon sind einige in Deutschland legal zu erwerben (allen voran der Alkohol), während der Besitz und Handel anderer Stoffe unter Strafe gestellt ist. Um diese illegalen Suchtmittel geht es hier. Der Begriff „Drogen“ umschreibt im folgenden also immer die illegalen Suchtmittel. Rauschdrogen, Rauschgifte, Suchtmittel sind weitere Bezeichnungen dieser Stoffe, die jeweils unterschiedliche Aspekte betonen. Die Begriffe „Drogenkonsumenten“ und „Drogenabhängige“ beziehen sich ebenso auf den Bereich der illegalen Drogen. Der Begriff „i.v. Drogenkonsum“ bezeichnet den intravenösen Drogenkonsum (Spritzen).

Der Drogenkonsum ist ein aktuelles Problem. Die genauen Entwicklungen innerhalb der Szene zu erfassen, ist nicht leicht. Sicher scheint jedoch: In Deutschland stagniert der Konsum von Heroin und Kokain auf einem hohen Niveau, und der Konsum von Cannabis, Amphetaminen und Ecstasy nimmt zu. In Deutschland konsumieren etwa 250.000 bis 300.000 Menschen sogenannte 'harte Drogen' (Heroin, andere Opiate, Kokain, Amphetamine, Ecstasy). Mit sehr riskanten Konsumformen oder in hoher Intensität konsumieren etwa 100.000 bis 150.000 Abhängige Drogen. Die Zahl der Cannabis-Dauerkonsumenten wird auf 270.000 Menschen geschätzt (DHS 2000).

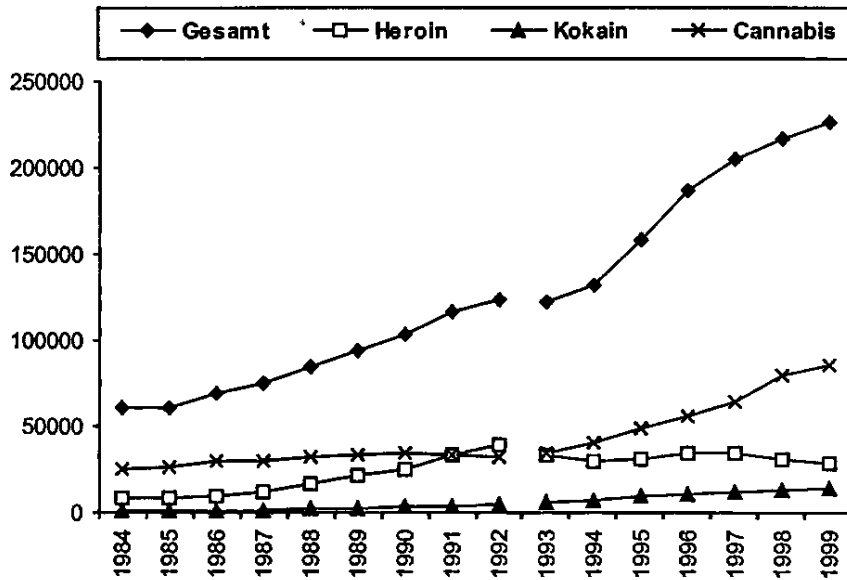
## DIE NÜCHTERNEN ZAHLEN

Hinweise darauf gibt die „Polizeiliche Kriminalstatistik“. Bei der Auswertung dieser Zahlen sind Einflussfaktoren wie die Veränderung der Ermittlungstätigkeit der Polizei oder ein verändertes Anzeigeverhalten in der Bevölkerung zu berücksichtigen. Rauschgiftstraftaten sind sogenannte Ermittlungsdelikte; kaum ein Konsument zeigt von sich aus seinen Dealer (Drogenhändler) an. So führte etwa die Reduzierung der Drogenfahnder eines Landkreises um die Hälfte (von vier auf zwei Fahndern) auch zu einer Reduzierung der Drogenkriminalität um etwa



die Hälfte der Taten. Werfen wir einen Blick auf folgende Tabelle, die zusammenfassend alle direkt mit Rauschgift in Verbindung stehenden Straftaten über einen Zeitraum von 13 Jahren ausweist.

**Rauschgiftdelikte**

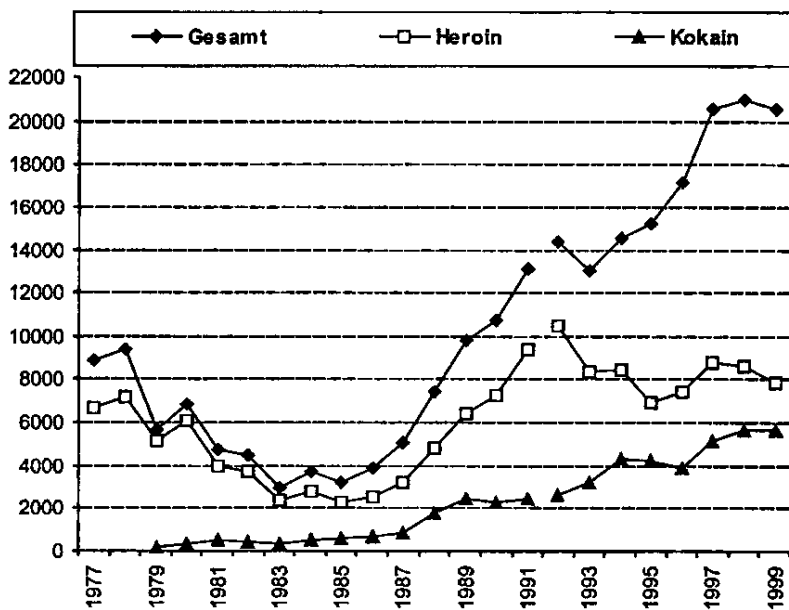


Bis 1990 berücksichtigt die Tabelle nur die alten Länder, für 1991 und 1992 die alten Länder und Berlin, und ab 1993 das gesamte Bundesgebiet. Die Zunahme der Rauschgiftdelikte geht offensichtlich zu einem ganz erheblichen Teil auf den steigenden Cannabis-

konsum zurück. Auch durch Dunkelfeldforschungen wurde der vermehrte Konsum von Cannabis und Ecstasy bestätigt. Der steigende Ecstasykonsum zeigt sich, wie zu erwarten, ebenso in den Zahlen der

polizeilich registrierten Erstkonsumenten sogenannter 'harter' Drogen (Heroin, Kokain, Amphetamine, Ecstasy / bis 1991 alte Länder):

Unter den erst auffälligen Konsumenten harter

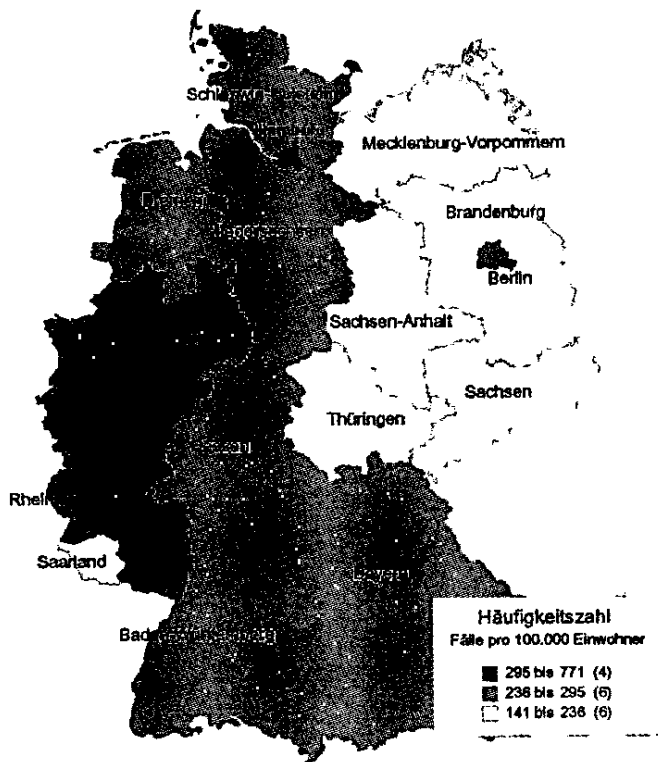


Drogen sank der Anteil der Heroinkonsumenten (auf 33,1%), dagegen stiegen die Anteile der erstauffälligen Kokainkonsumenten (auf 23,8%) und Ecstasykonsumenten (auf 13,3%). Unter den Erstauffälligen waren 16,6% Frauen (gegenüber einem Vorjahreswert von 16,3%) und 55% jünger als 25 Jahre (gegenüber 54,4% im Vorjahr). Die polizeiliche Ermittlung von Erstkonsumenten wirft nur einen kleinen Lichtstrahl in ein großes Dunkelfeld und ermöglicht allenfalls Trendaussagen. Einen Hinweis auf die Begrenztheit dieser Erkenntnisse wirft die Tatsache, dass von den Drogentoten in Bayern 1999 nur 27,6% als Erstkonsumenten harter Drogen bekannt waren, obwohl ein großer Anteil dieser Menschen eine exzessive und langjährige Drogenkarriere durchlaufen haben. Insgesamt geht man im Drogenbereich etwa von den folgenden Konsumentenzahlen aus: etwa 200.000 bis 300.000 Konsumenten 'harter' Drogen sowie etwa 1.000.000 Konsumenten der sogenannten 'weichen' Droge Cannabis.

Zugenommen hat der Drogenkonsum insbesondere in den neuen Bundesländern. Die Drogenwelle kam nicht so schnell wie zunächst angenommen,

jedoch haben sich die Verhältnisse dort denen der alten Bundesländer weitgehend angenähert. In Mecklenburg-Vorpommern z.B. ist eine offene Cannabisszene entstanden, die deutlich erkennbar neben den dort seit Jahren hohen Alkoholkonsum tritt. Ein Vergleich der Häufigkeitszahlen (Delikte bezogen auf jeweils 100.000 Menschen einer Bevölkerung) zeigt folgendes Bild:

Verteilung nach Häufigkeitszahlen bei Rauschgiftdelikten



## MISSBRAUCH - SUCHT - RAUSCH

Im Umgang mit unserem Thema spielt die Wahl der Begriffe eine wichtige Rolle. So wird heute allgemein nicht mehr von „Drogenfreiheit“, sondern von „Suchtfreiheit“ als Ziel der Hilfe gesprochen. „Suchtfreiheit“ kann einen „kontrollierten“ Drogenkonsum einschließen. Hier deshalb zunächst eine Klarstellung zu den im folgenden verwendeten Begriffen: Als Drogenmissbrauch gilt es, wenn Menschen wiederholt die Drogenwirkung einsetzen, um damit ihr Leben zu bewältigen, um aus der Lebenswirklichkeit in die Innerlichkeit zu flüchten und angenehme Gefühle oder Wahrnehmungen zu erleben. Drogenmissbrauch ist eine Fehlanpassung an die Erfordernisse des Lebens; seine Ursachen liegen in den Konsumenten, aber auch in der Wirkungsweise der Drogen: Sie besitzen die Fähigkeit, den Drogenkonsumenten süchtig werden zu lassen. An dieser Stelle wollen wir uns näher damit beschäftigen, was eine Sucht ist, wie sie entsteht und was sie aufrecht erhält.

Der Begriff „Sucht“ stammt begriffsgeschichtlich von dem Begriff „Siechen“ ab. Er bezeichnet ein Geschehen mit Krankheitswert bzw. ein krankmachendes Verhalten. Der Suchtbegriff umfasst allgemein ein im Hinblick auf Menge, Dauer oder Häufigkeit übermäßiges Verhalten. Somit ist das übermäßige Einkaufen (weit über das eigene Haushaltslimit und den Bedarf hinaus) in diesem Begriff genauso enthalten wie übermäßiger Alkoholgenuss (bis zum Kontrollverlust / Rausch). Charakteristisch für eine Sucht ist die Unfähigkeit, sich gegenüber dem schädigenden Verhalten zu enthalten (geminderte Abstinenzfähigkeit) oder dieses jederzeit zu stoppen (geminderte Verhaltenskontrolle). Manche Süchtige versuchen zwar gerade, durch phasenweise Abstinenzzeiten sich und anderen zu beweisen, dass sie nicht süchtig sind. Zu einer überdauernden Abstinenz sind sie jedoch nicht fähig. Anstelle des Begriffs „Sucht“ kann dabei auch von „Abhängigkeit“ geredet werden.

Ein Überblick zu den unterschiedlichen Suchtformen hilft uns zum weiteren Verständnis, indem stoffgebundene und nicht stoffgebundene

Süchte sowie der Missbrauch legaler und illegaler Drogen unterschieden werden:

Wenn wir uns auf den Bereich der Abhängigkeit von illegalen Drogen konzentrieren, so darf dabei	Suchtformen		
	stoffungebundene Süchte	stoffgebundene Süchte	
		legale Drogen	illegale Drogen
	Esssucht Spielsucht Internetsucht Arbeitssucht Laufsucht Kaufsucht Sexsucht	Alkohol Medikamente Nikotin Koffein	Cannabis Kokain Heroin LSD synthetische Drogen Amphetamine

nicht übersehen werden: Auch mancher Drogenkonsument leidet unter stoffungebundnen Süchten oder der Abhängigkeit von Alkohol.

In Bezug auf ihr Verhältnis zu Drogen lassen sich drei Gruppen relativ klar voneinander unterscheiden:

- die **Süchtigen**, deren Lebensführung wesentlich durch den Drogenkonsum gekennzeichnet ist,
- die **Gelegenheitskonsumenten**, die Drogen (insbesondere Partydrogen) gelegentlich und für einen Lebensabschnitt benutzen und danach ohne Drogen leben, die aber auch Dauerschäden durch den Konsum erleiden oder zu Süchtigen werden können
- die **ablehnende Mehrheit**, die dem Drogenkonsum grundsätzlich kritisch gegenüber steht.

Diejenigen, die Drogen konsumieren, wollen damit natürlich etwas bewirken. Drogenkonsum funktioniert nach dem **Selbstbelohnungsprinzip**: Gefühle werden manipuliert, die Droge bewirkt (wie wir noch sehen werden) eine biochemische Störung des Gehirns. Dadurch können Opiate und besonders Heroin Ärger und Ängste betäuben, Cannabis macht gelassen und Kokain selbstbewusst, LSD öffnet die Welt der Halluzinationen, und Ecstasy macht stark und bietet ekstaseähnliche Erfahrungen. Zumindest kurzfristig, bei gelegentlichem Konsum oder am Anfang der Drogenkarriere werden diese positiven Erfahrungen erreicht.

Gefühle wie Glück, die Bewältigung von Angst, zwischenmenschliche Nähe und Geborgenheit lassen sich natürlich auch ohne Drogen erreichen - nur ist das oft um einiges anstrengender. Zwischenmenschliche Beziehungen wollen gestaltet sein, sie erfordern die Fähigkeit, von sich selbst wegzusehen und auf den anderen zuzugehen, Kritik anzunehmen und zu äußern, zu lieben und geliebt zu werden, Interessen zu teilen und mitzuteilen. Viele positive Gefühle entstehen durch das Erreichen von Zielen, für die wir uns anstrengen und kurz- oder mittelfristig andere Bedürfnisse zurückstellen müssen: gute Leistungen in Beruf oder Schule, sportliche Erfolge, der Aufbau persönlicher Beziehungen - all das befriedigt uns und vermittelt Glückserlebnisse, setzt aber auch (harte) Arbeit und die Konzentration auf das Wesentliche voraus. Drogenkonsum ist aus diesem Blickwinkel betrachtet eine **Abkürzung auf dem Weg zum Glück**. Der Drogenkonsument hat es nicht gelernt oder verlernt, positive Gefühle durch eine entsprechende Lebensgestaltung zu erreichen.

Die Wirkung einer Droge hängt nicht nur von der Substanz selber, sondern von mindestens drei Faktoren ab:

- der Dosierung (Drug)
- den Erwartungen des Konsumenten (Set)
- den äußeren Umständen (Setting)

Die **Dosierung** einer Droge bereitet dem Konsumenten ein sehr ernstes Problem: Weil Suchtmittel in der Regel als Straßenverschnitt bzw. im Straßenhandel erworben werden, ist dem Käufer der Reinheitsgehalt nie genau bekannt. Die Wirkung einer Droge ist schließlich nicht allein von der aufgenommenen Menge abhängig, sondern auch von dem Körpergewicht und dem Geschlecht des Konsumenten (leichte Menschen reagieren schneller auf kleinere Mengen als schwere Menschen, Frauen reagieren schneller als Männer), von der Gewöhnung an die Droge und dem Gesundheitszustand des Konsumenten. Nimmt ein Heroinsüchtiger nach einer vielleicht durch Krankheit erzwungenen Abstinenzphase die selbe Drogenmenge wie vor der Abstinenzphase ein, so kann dies zu einer Überdosierung mit tragischen Folgen (bis hin zum Tod) führen.

Der Begriff **Set** bezeichnet die Erwartungshaltung des Drogenkonsumenten, seine Einstellungen zur Droge, seine psychische Verfassung bei der Einnahme und seine Persönlichkeit. Eigene Vorerfahrungen mit Drogen oder die Berichte von Freunden prägen die Einstellung. Ängstliche Konsumenten erleben eher einen „Horrortrip“.

Das **Setting** umfasst die äußeren Umstände des Drogenkonsums: alleine und Zuhause oder mit Freunden auf der Party, im Auto oder auf einem Waldspaziergang. Musik kann die Wirkung einer Droge verstärken oder sie in die gewünschte Richtung lenken. Dabei besitzt etwa der strenge Beat der Technomusik eine große Bedeutung.

Die Droge soll so dosiert eingenommen werden, dass sie zu einem möglichst optimalen Rauscherlebnis führt. Der Sog nach diesem als sehr angenehm erlebten Zustand führt in die Sucht. Der **Rausch** wird von dem Drogenkonsumenten als viel attraktiver und erstrebenswerter als der Normalzustand oder zumindest als zwingende Abwechslung zum Normalzustand wahrgenommen. Der von dem Drogenkonsumenten angestrebte Rauschzustand beinhaltet zumindest zwei Aspekte: die Euphorie und die Ekstase.

Euphorie	Zustand des gesteigerten Glücks- und Lebensgefühls, der Nichtwahrnehmung unangenehmer Lebensumstände, des positiv-herausgehobenseins aus den realen Lebensumständen
Ekstase	"aus-sich-selbst-Heraustreten", neue Erlebnisse jenseits des Normalen, Kontrast zum Lebensalltag

Alle psychischen Funktionen werden im Rausch verändert: Die Wahrnehmung wird abgedämpft, gesteigert oder verzerrt und auf die Innenwelt konzentriert, der Bezug zur Umwelt wird gestört, das Denken wird verlangsamt oder beschleunigt, bruchstückhaft und das rationale, abwägende Denken tritt in den Hintergrund, Gefühle werden gedämpft („cooler“) oder gesteigert, ebenso die Antriebe (Sexualität) und die Motorik (Bewegungen). Starke Rauschzustände führen zu echten Halluzinationen: Dabei werden aus der Innenwelt stammende Wahrnehmungen der Außenwelt zugeordnet. Was Drogenbefürworter als Bewußtseinsweiterung anpreisen, stellt sich unter diesem Gesichts-

punkt als Wahrnehmungsverengung (auf die Innenwelt) und Reizüberflutung (aus der Innenwelt) bei deutlich verringerten Steuerungsmöglichkeiten (kritisches Denken) dar. Auch starke Eindrücke aus der Vergangenheit und Kindheitserlebnisse können dabei wieder lebendig werden.

Der Antrieb, Rauscherfahrungen wiederholen zu wollen, wird als „süchtiges Verlangen“ bezeichnet. In einer Gesellschaft, die kaum Möglichkeiten zur Wahrnehmung der Innenwelt lässt und statt dessen die Bewältigung einer als bedrohend erlebte Außenwelt fordert, wird der Rausch zu einem Mittel der Versöhnung des Menschen mit sich selbst, der Identitätssuche, der Flucht in eine andere - bessere - Welt, der religiösen Erfahrung. Übersehen werden dabei zunächst die durch regelmäßige Rauscherlebnisse eintretenden negativen Folgen: eine Abkoppelung von der realen Welt und ein durch die innerpsychische Verengung auf das Gefühlsmäßige und die ständige Wahrnehmungsverzerrung eintretender Persönlichkeitsabbau. Der Rückzug in die Innerlichkeit wird aus psychoanalytischer Sicht auch als Wiederholung der kindlichen Suche nach Geborgenheit interpretiert. So gesehen stellt der Rausch den Versuch einer Ganzheitserfahrung dar, einer neuen Beziehung zu sich selbst und eben der Geborgenheit, wie sie Kinder bei ihren Eltern erleben sollten.

Regelmäßiges Rauscherleben engt die Möglichkeiten eines Menschen ein, sich in der sozialen Wirklichkeit zu bewähren:

- Die aktive Gestaltung der Umwelt und die Sicherung des Lebensunterhaltes durch Arbeit wird vernachlässigt.
- Soziale Beziehungen und Bindungen, die Zugehörigkeit zu Familie und Freundeskreisen leiden.
- Die Suche nach der eigenen Persönlichkeit, die Reise nach innen und die Selbstfixierung führen zu keinem stabilen Ergebnis, nicht zu einem positiven Selbstbild und nicht zu einer ausgeglichenen psychischen Situation.

Das süchtige Verlangen (die Sehnsucht nach dem Rausch) besitzt eine große Bedeutung für den **Rückfall** in den Drogenkonsum nach einer

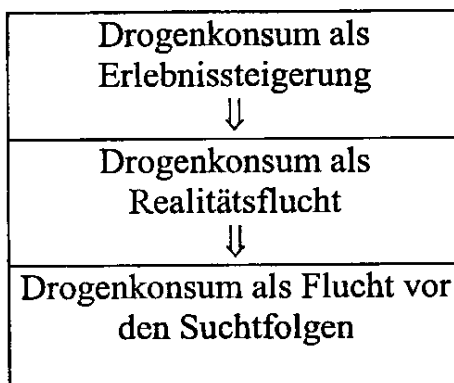
Phase der Abstinenz (Drogenfreiheit). Sinnliche Anreize (die Begegnung mit der Droge oder mit dem Drogenkonsum verknüpften Symbolen), gedankliche Anreize (Erinnerung an Drogenerfahrungen oder die Vorstellung von Drogeneffekten) sowie gefühlsmäßige Anreize sind für diesen Rückfall bedeutsam. Als Rückfallmotive werden von den Betroffenen u.a. genannt: Depressionen, innere Spannung, Unruhe, Ärger, Frustration, Langeweile, Angst, Spannung, Streß, Konflikte, Streit, Eifersucht, Ärger, Frustration, Wunsch nach positiven Gefühlen, Verlangen nach der Substanz

Eine Bedeutung für das Rückfallgeschehen besitzt der von LSD- und Cannabiskonsumenten erlebte „**Flashback**“ (Nachhall-Psychose): Dabei handelt es sich um ein Wiederauftreten des Berauschungszustandes ohne aktuellen Drogenkonsum. Flashbacks treten besonders in Angst- oder Streßsituationen auf und können eine hohe Intensität erreichen.

## DIE KARRIERE

Der Konsum (illegaler) Drogen steigt insbesondere in jüngeren Jahren an. So liegt das **Einstiegsalter** für Tabak und Alkohol derzeit bei 10 Jahren (mit einer Hochrisikozeit zwischen dem 12. und 16. Lebensjahr), für Cannabis im 13./14. Lebensjahr (mit einer Hochrisikozeit zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr). Für die übrigen illegalen Drogen erfolgt der Erstkonsum in der Regel nach dem 14. Lebensjahr (Lieb 2000).

Im Laufe des Drogenkonsums verschiebt sich das Motiv von der Neugier an der Drogenwirkung oder der angestrebten Euphorie oder Ekstase hin (1. Phase) zu einer als zwingend erlebten Flucht aus der Realität (2. Phase). In einer dritten Phase wird die Droge dann konsumiert, um auch den als unangenehm erlebten Folgen der Sucht (Depression, innere Leere, körperlicher Entzug) zu entgehen:





Im Verlauf der Suchtkarriere wird der Rausch zu einem erfolglosen Versuch der Selbstheilung. Zwar verlieren die realen Probleme der Außenwelt vorübergehend an Bedeutung, jedoch führen die suchtbedingten Veränderungen der Persönlichkeit und der Lebensweise zu neuen (schweren) Problemen. Damit ist ein Kreislauf ohne Ende geboren: Die zusätzlichen Probleme werden mit zusätzlichem Drogenkonsum bekämpft. Dem Süchtigen gelingt es zunehmend weniger, seine Umwelt zu gestalten. Depressionen, Müdigkeit und Ängste belasten die Phasen nach dem Rausch, ständige rauschbedingte Wahrnehmungsverzerrungen und Reisen in die Welt der Gefühle, Phantasien und Halluzinationen setzen die Fähigkeit zur kritischen Beurteilung der eigenen Umwelt und Lebenssituation herab. Der Drogenkonsument sinkt in seinem sozialen Niveau: In Bezug auf Arbeit, Kreativität und soziale Kontakte führt die Droge zu einer deutlichen Eingenkung der Lebensmöglichkeiten und der Lebenschancen. Der Süchtige lebt zunehmend mit Illusionen und im Selbstbetrug. Unter Drogeneinfluss

gewonnene Erkenntnisse werden regelmäßig nicht in den Lebensalltag umgesetzt. Aus aktiver Lebensgestaltung wird eine passive Lebenseinstellung und letztlich Apathie:

Der Verlauf einer Drogenkarriere

<p>Aktivität ↓</p>	<p>Drogenkonsum als Versuch der Lebensgestaltung, der Erlebnis- und Leistungssteigerung, der Wahrnehmungserweiterung: Der Blick nach Innen wird übertrieben und führt zu einer Abkehr von der Außenwelt, das psychische Gleichgewicht gerät ins Schwanken.</p>
<p>Passivität ↓</p>	<p>Drogenkonsum als Rückzugsverhalten, als Flucht aus unangenehmen Wahrnehmungen und Gefühlen, als innerpsychische Gegenwelt: Der Übergang zwischen Rausch und Wirklichkeit wird fließend, Tagträumereien nehmen zu, das Denken ist auf die Vergangenheit konzentriert und lässt Gegenwart und Zukunft außen vor. Die Suche nach tieferen Rauscherlebnissen und neuen Drogen kommt hinzu.</p>
<p>Apathie</p>	<p>Drogenkonsum zur Vermeidung der Entzugsfolgen, Desorientierung und Desintegration in der realen Welt: Die Wirklichkeit wird ideologisch abgewertet oder illusionär-halluzinatorisch bewältigt. Halluzinationen und Wahnvorstellungen bestimmen das Erleben. Nur ganz grundlegende Einflüsse der Außenwelt erreichen den Süchtigen teilweise noch (Schmerz, Hunger, Durst).</p>

lässt sich aus der Perspektive der Einstellung des Konsumenten zur Droge darstellen, wobei nicht jeder Drogenkonsument alle Phasen durchläuft:

Es erscheint besonders schwer, einen Drogenkonsumenten in der Faszinationsphase für den Ausstieg aus der Sucht zu gewinnen. In

Initialphase ↓	Dem Drogenkonsum gehen je nach Situation voraus: Verlusterlebnisse in der Kindheit, Streß in Schule und Beruf, (zufällige) Kontakte zu Drogenkonsumenten
Faszinationsphase ↓	erste Rauscherlebnisse mit der beabsichtigten Wirkung, Zugehörigkeit zu einem Kreis von Drogenkonsumenten, Attraktivität des neuen Lebensumfeldes, z.T. Emanzipation von Eltern - Schule etc.
Resignationsphase	Entzugerscheinungen und Dosissteigerung, soziale Isolation, Beschaffungskriminalität und Strafverfolgung, körperlicher Abbau etc.

der Resignationsphase oder der Phase der Apathie (siehe oben) liegt eine Schwierigkeit darin, dem Süchtigen Hoffnung auf ein Leben ohne Sucht zu vermitteln und ihn für Schritte in Richtung Drogenausstieg zu motivieren.

Drogenabhängigkeit bedeutet: Der Drogenkonsument muss die Dosis steigern, um eine gleiche Wirkung zu erzielen. Wird der Drogenkonsum ausgesetzt, treten schmerzhaft und quälende Entzugssymptome auf. Der ganze Tagesablauf wird deshalb darauf ausgerichtet, im entscheidenden Moment wieder an Drogen zu kommen. Alle anderen Interessen werden aufgegeben oder zugunsten des Drogenkonsums zurückgestellt.

Eine Drogenabhängigkeit kann sowohl körperlich (physisch) als auch seelisch (psychisch) bestehen. Auf eine körperliche Abhängigkeit weisen die Gewöhnung an die Drogen (Toleranzbildung) und die deshalb erforderliche Dosissteigerung sowie die Entzugssymptome bei ausbleibender Drogenzufuhr hin. Der Körper hat den Drogenkonsum in seinen Stoffwechsel eingebaut, und dieses neu gebildete Gleichgewicht wird bei ausbleibender Drogenzufuhr gestört. Die seelische Abhängigkeit drückt sich in einem unzühbaren Verlangen nach der Droge und in Depressivität, innerer Leere und Ängsten bei ausbleibender Drogenaufnahme aus. Das Denken, die Aufmerksamkeit, soziale Beziehun-

gen, die Wahrnehmung und die Tagesplanung - alles wird auf den Drogenkonsum ausgerichtet. Nicht alle Drogen führen zu einer körperlichen Abhängigkeit; Cannabis, Kokain oder LSD bewirken ausschließlich eine seelische Abhängigkeit. Diese seelische Abhängigkeit wirkt jedoch weitaus rückfallgefährdender als eine körperliche: Fast jeder Drogenkonsument durchläuft ein- oder mehrmals (z.B. bei Krankenhausaufenthalten oder Inhaftierung) einen Entzug. Die körperliche Abhängigkeit ist nach zwei oder drei Wochen in der Regel überwunden, die seelische jedoch wirkt lange und intensiv nach und hält das Verlangen nach wiederholter Drogeneinnahme wach.

Eine wesentliche Bindung an das Drogenleben entsteht durch die Einbindung in ein entsprechendes **Milieu** - und den Verlust anderer sozialer Kontakte. Zu diesem Milieu gehören der erweiterte Kreis der Szenekontakte, die Dealer oder Kunden, die Drogenfreunde, der Freund oder die Freundin. Die Gruppe der Drogenkonsumenten verfügt über eine eigene Sprache (Slang), über eigene Wertvorstellungen, Zeitungen, Läden, Lokale, Musik und Bekleidungsstile (Outfit). Durch den Druck von außen (Strafverfolgung, Ablehnung durch einen Großteil der Gesellschaft) wird sie mit zusammengehalten. Das Verlassen dieser Szene ist für den Ausstieg aus der Sucht von großer Bedeutung (Weber u.a. 1992). Die aus Drogenkreisen berichteten Erlebnisse besonderer Zusammengehörigkeit durch den gemeinsamen Drogenkonsum (insbesondere von Haschisch) stellen jedoch einen Mythos dar: Im Drogenrausch werden die Gespräche oberflächlich oder enden ganz, jeder ist auf sich fixiert. In Krisensituationen (Inhaftierung, Psychiatricaufenthalte, chronische Erkrankungen) werden Szenemitglieder häufig fallengelassen. An den Egozentrismus der Konsumenten knüpft auch die Bestimmung des § 31 Betäubungsmittelgesetz an, die sogenannte „Kleine Kronzeugenregelung“, die den Drogenstraftätern eine Strafverminderung in Aussicht stellt, die ihr Wissen über andere Täter aus der Szene freigeben.

Aus der Perspektive des Drogenausstiegs sind wiederum drei Wirkungsphasen der Drogen zu unterscheiden:

die Rauschphase	Um ein aussichtsreiches Gespräch mit dem Drogenkonsumenten führen zu können, muss eine möglichst rauschfreie und entzugsschmerzfreie Situation genutzt werden.
die Konsumphase	Der Ausstieg aus der Sucht setzt die Aufgabe des (gelegentlichen) Drogenkonsums und die Überwindung der seelischen oder körperlichen Drogenabhängigkeit voraus.
die Nachwirkungsphase	Auch mehrere Jahre nach dem letzten Drogenkonsum wirkt das Erlebte in dem Drogenkonsumenten nach: durch Träume, Phantasien, Erinnerungen und Gefühle. Die Begleitung eines Drogenabhängigen ist daher deutlich über den Zeitpunkt der Drogenabstinenz hinaus wichtig.

Der Drogenseelsorge geht es nicht nur um Menschen in akuten Rauschsituationen oder mit ständigem Drogenmissbrauch. Gerade auch die Begleitung des aus dem Drogenkonsum ausgestiegenen Menschen besitzt eine große Bedeutung.

## DIE CHEMIE DER PSYCHE

Drogenkonsum ist - naturwissenschaftlich betrachtet - ein biochemischer Eingriff in den Körper. Um die Wirkungsweise von Drogen verstehen zu können, müssen wir daher unseren Blick auf das menschliche Gehirn und die Wirkungsweise der Nervenzellen richten. Die Nervenzellen im menschlichen Gehirn steuern die bewußten und unbewußten Vorgänge, die unser Leben erhalten und die unser Handeln motivieren; sie sind in einem komplizierten Netzwerk miteinander verwoben. Psychoaktive Substanzen wirken direkt auf einzelne Zellen im Gehirn, und zwar vorwiegend an den Kontaktstellen (**Synapsen**) zwischen den Nervenzellen. Das Gehirn besteht zu 85 Prozent aus Gliazellen, die Ernährungs- und Stützfunktionen ausüben, und daneben aus Nervenzellen (Neuronen), die Informationen übermitteln und verarbeiten. Die Informationsweiterleitung zwischen den zehn Milliarden oder mehr Neuronen unseres Gehirns bildet die biochemische Basis für unser Denken und Fühlen.

**Neuronen** besitzen einen von Cytoplasma umgebenen Zellkern und (was sie von anderen Körperzellen unterscheidet) verschiedene Nervenzellfortsätze: zum einen sind dies die bis zu 10.000 oder mehr Dendriten, zum anderen die bis zu 120 Zentimeter lange Axone. Über die Axone sind die Nervenzellen miteinander verschaltet; ein Axonende spaltet sich in 10.000 oder mehr Äste auf und ermöglicht so den Kontakt mit einer Vielzahl anderer Nervenzellen. Die Weiterleitung von Nervenimpulsen innerhalb eines Axons funktioniert als elektrochemischer Prozeß nach dem „Alles-oder-nichts-Prinzip“: der Nervenimpuls wandert entweder das gesamte Axon entlang oder überhaupt nicht.

Eine Schlüsselfunktion für das Verständnis von Drogenwirkungen besitzt die Weiterleitung der Nervenimpulse zwischen den Neuronen: Ein Axon kann mit einem Zellkörper, einem Dendriten oder einem anderen Axon eine „Datenübertragungsschnittstelle“ (Synapse) bilden. Zwischen der Nervenendigung und der dann folgenden Nervenzelle liegt der synaptische Spalt. Beim Eintreffen des Impulses am Nervenende wird eine chemische Substanz freigesetzt, die sogenannten Neurotransmitter. Diese **Neurotransmitter** wechseln (diffundieren) über den synaptischen Spalt zu der nachgeschalteten Nervenzelle. Dort befinden sich Rezeptoren (Erkennungsstellen), die Neurotransmitter aufnehmen. Die Aufnahme der Neurotransmitter erfolgt nach dem „Schlüssel-Schloss-Prinzip“: Neurotransmitter werden nur von den ihnen entsprechenden Rezeptoren aufgenommen. In dieser Zelle bewirken Neurotransmitter nicht nur eine Weiterleitung der Impulse, sondern sie beschleunigen oder verlangsamen die Impulsrate (die Intervalle zwischen den einzelnen Impulssalven) und können dadurch entweder erregend oder hemmend wirken. Die Drogenwirkung beruht auf einem biochemischen Vorgang, der an der Weiterleitung von Nervenimpulsen an den **Synapsen** ansetzt. Am Beispiel des Ecstasy (MDMA) soll dies verdeutlicht werden:

Als psychoaktive Substanz verändert MDMA das Gleichgewicht der Neurotransmitter des zentralen Nervensystems. Der eigenartige Ecstasy-Rausch unterscheidet sich von den Wirkungen anderer Amphetamine, was seine biochemische Ursache darin besitzt, dass die

Droge auf unterschiedliche und in ihrer Bedeutung verschiedene Neurotransmitter einwirkt: MDMA bewirkt eine Erhöhung der Serotoninkonzentration im synaptischen Spalt. Der Neurotransmitter Serotonin ist an der Steuerung von Schlafen und Wachen sowie am Schmerzempfinden beteiligt und besitzt einen vornehmlich hemmenden und dämpfenden Einfluss auf das Verhalten. Eine wichtige Rolle spielt er auch bei der Regulierung des Blutflusses der hirnvorsorgenden Systeme. Die erhöhte Serotoninkonzentration im synaptischen Spalt wird dadurch erklärt, dass MDMA das in der Zellmembran gelegene Serotonin-Transportsystem angreift und so die präsynaptische Freisetzung von Serotonin bewirkt. Zusätzlich werden post- und präsynaptische Serotoninerkennungsstellen angegriffen und blockiert. Zugleich - allerdings mit geringerer Bedeutung - kommt es im Gehirn zu einer verstärkten Dopaminfreisetzung. Der Neurotransmitter Dopamin besitzt eine wichtige Bedeutung für die Ausführung einzelner „Bewegungsschritte“ in einem zielgerichteten motorischen Programm. MDMA wirkt dabei wie ein indirekter Dopaminrezeptor-Agonist. Der Dopaminrezeptor ist, wie oben beschrieben, die Empfangseinrichtung (Andockstelle) der Nervenzelle für den Neurotransmitter Dopamin und befindet sich in der Zellmembran. Als Dopaminrezeptor-Agonist wird ein Neurotransmitter bezeichnet, der an dem Dopaminrezeptor andockt und diesen - wie sonst das Dopamin - aktiviert.

Die Erkenntnis, dass Drogenwirkungen auf der Beeinflussung (Störung) biochemischer Prozesse in unserem Körper beruht, kann zur Entmystifizierung des Drogenrausches beitragen.

## DIE DROGEN

Unter „Drogen“ wurden früher überwiegend Heilmittel pflanzlicher Herkunft verstanden. Im Laufe des zurückliegenden Jahrhunderts wandelte sich die Bedeutung dieses Begriffes. Er bezeichnet heute solche Substanzen, mit denen Menschen ihr Zentralnervensystem und damit die Welt ihrer Wahrnehmungen und Gefühle manipulieren. Drogen sind ein Bestandteil jeder Gesellschaft in jedem Abschnitt der Menschheitsgeschichte. Es liegt offensichtlich in der Natur des Menschen, Stoffe zur Bewusstseinsveränderung zu nutzen. In der Bibel finden wir bereits bei Noah die negativen Folgen des Alkoholrausches beschrieben (1. Mose 9,21-25). Hanna, die Mutter des Samuel, wurde für betrunken gehalten, als sie innerlich bewegt betete (1. Samuel 1,13). Ausführlich beschreibt besonders das Buch der Sprüche die negativen Folgen des Alkoholrausches und warnt davor (Sprüche 23, 29-35). Hinweise auf den Konsum psychedelischer Drogen finden wir im Neuen Testament: In der griechischen Welt waren die Orakel bekannt, bei denen Frauen unter Drogeneinfluss in Trance versetzt weissagten. Die Bibel bezeichnet das als „pharmakeia“ (unser deutscher Begriff „Pharmazie“ geht auf dieses Wort zurück) und als Lebensäußerung eines Menschen ohne Gott (in Galater 5,20 finden wir diesen Begriff).

Das Ausmaß des Drogenkonsums variiert zwischen den verschiedenen Gruppen innerhalb einer Gesellschaft und zwischen unterschiedlichen Gesellschaftsformen. Wir wollen uns an dieser Stelle mit den verschiedenen Rauschmitteln und ihren Wirkungen, mit ihrer Geschichte und ihren Konsummustern beschäftigen.

Dabei darf die weltwirtschaftliche Bedeutung des Drogenproblems nicht aus dem Blick geraten: **Anbau** und **Handel** von Drogen sind wirtschaftlich enorm gewinnträchtig. Drogen werden auf der ganzen Welt angebaut und gehandelt, wobei (West-)Europa und Nordamerika als kaufkräftige Abnahmegebiete für den Drogenhandel besonders interessant sind. Wichtige Erzeugerländer sind:

- für Cannabis: Süd- und Mittelamerika, Süd- und Westafrika, Indien, Südost-Asien, Westeuropa und Nordamerika
- für Kokain: Mittel- und Südamerika
- für Heroin: die Türkei, der vordere Orient, Pakistan, Südostasien („das goldene Dreieck“)

Der weltweite Drogenumsatz wird auf 400 Milliarden bis 800 Milliarden DM geschätzt und macht damit je nach Schätzung zwischen 8 und 16 Prozent des gesamten Welthandels aus. Der Drogenhandel wird zunehmend zu einer Finanzierungsquelle und auch zum Anlaß kriegerischer Konflikte (Thamm 2000).

Aufgrund ihrer Wirkungsweise lassen sich Drogen (oder „psychoaktive Substanzen“) in drei Gruppen einteilen:

Sedativa	Stimulanzien	Halluzinogene
betäubend, beruhigend und entspannend wirkende Drogen: Opiate wie Heroin, Morphin, Methadon und Codein	aufputschend oder anregend wirkende Drogen: Kokain, Amphetamine (einschließlich Ecstasy), Koffein, Nikotin	Cannabis, LSD, Mescaline, Atropin, Psilocybin, MDA und andere
Cannabis und Nikotin vereinen die drei unterschiedlichen Wirkungsweisen, ihre Zuordnung ist daher nicht eindeutig.		

## Sedativa

Zu den Sedativa (beruhigend, betäubend und entspannend wirkende Drogen) gehören vorwiegend die Opiate, insbesondere Opium, Morphin, Heroin, Methadon und Codein.

### OPIUM

Rohopium ist der getrocknete Saft der orientalischen Mohnpflanze (*papaver somniferum*, Schlafmohn). Der europäische Feldmohn ent-



hält den Wirkungsstoff nicht. Die Fruchtkapseln des Schlafmohns werden behutsam mit einem mehrklingigen Spezialmesser geritzt, sodass der Saft austritt, sich bräunlich verfärbt und an der Sonne eintrocknet. Diese Opiumharze werden von den Opiumbauern eingesammelt. Pro Mohnkapsel werden etwa 0,05 Gramm Rohopium gewonnen. Für ein Kilogramm Rohopium müssen folglich gut 20.000 Mohnkapseln auf einer Fläche von 400 Quadratmetern abgeerntet werden. Hauptanbauländer sind die Türkei, der Libanon, Afghanistan, Indien, Pakistan, Vietnam, China, das „Goldene Dreieck“ (das ehemalige Burma, Laos und Thailand), Mexiko und Kolumbien. Weltweit werden jährlich schätzungsweise 12.000 Tonnen Opium geerntet. Heute wird Opium selten unmittelbar konsumiert, es besitzt jedoch als Ausgangssubstanz des Heroin eine große Bedeutung. Rohopium wird als Rohmasse zum Preis von 30.- bis 40.-DM pro Gramm gehandelt. Es wird gegessen, in Opiumpfeifen geraucht, auf Aluminiumfolie erhitzt und inhaliert oder in Tee zubereitet.

Die bewusstseinverändernde Wirkung von Opium ist bereits seit der frühen Kulturgeschichte der Menschheit bekannt. Es wurde in Mesopotamien, Ägypten und Persien gezüchtet, und in Sumerien wurde die euphorisierende Wirkung des Mohn bereits um 4000 v.Chr. dokumentiert. Die Bezeichnung Opium (von *opos*, Saft) erhielt die Mohnmilch von den Griechen.. Durch die Römer drang die Droge weiter nach Westen vor. Hier erfand der Arzt Paracelsus (1493-1541) das „Laudanum“, eine Mixtur aus Opium, Nachtschattenalkaloiden, Perlmutter, Froschsperminen und Zimt. Bereits im sechsten und siebten Jahrhundert brachten arabische Krieger das Opium nach China, Indien und Persien. Ende des 18. Jahrhunderts wurde der Opiumexport von Indien nach China für die englischen Kaufleute der East India Company zu einem finanziell lukrativen Unternehmen. Der Opiumhandel führte bis in das 20. Jahrhundert hinein zu einer Verelendung von Millionen Chinesen und wurde zum Auslöser der „Opiumkriege“ (1839-1842); um 1850 rauchten etwa 100 Millionen Chinesen Opium. In Europa aßen oder rauchten Künstler und Autoren das Opium als Inspirationsmittel, unter ihnen Charles Dickens, Edgar Allan Poe und Klaus Mann.

Nachdem dem Apotheker Friedrich Wilhelm Serturmer 1804 die Isolierung des Morphiums aus Opium gelang, wurde dieses auch unter die Haut gespritzt (subkutan injiziert). Morphin besitzt in der Medizin eine wichtige Bedeutung als Schmerzmittel. 1832 gelang die Isolierung eines weiteren Opiates aus dem Mohnsaft: des Kodein. Das Mittel wurde in einer Reihe von Hustensäften und Hustentabletten verwendet. Es wirkt ebenfalls suchtbildend.

Im Vergleich zu Heroin besitzt der Opiumkonsum heute eine sehr geringe Bedeutung. In den letzten Jahren erhielt Opium in Amerika einen kleinen Popularitätsschub, und es erschienen mehrere Bücher über Amateurzucht des Opiummohns.

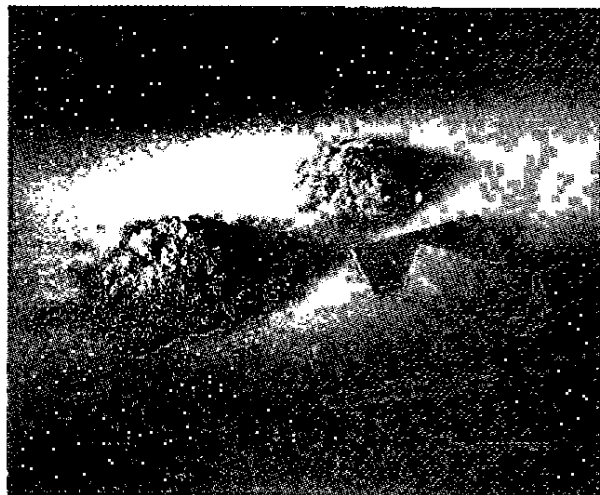
Niedrig dosiert bewirkt Opium ein Gefühl von Wohlbefinden und Entspannung. Während einige Konsumenten von Schläfrigkeit berichten und in Tagträume versinken, erleben andere eine Verbesserung des klaren und ideenreichen Denkens. Höhere Dosierungen führen zu einer euphorisierenden Wirkung, ohne Halluzinationen auszulösen. Die Grenzen zwischen Traum und Wirklichkeit verschwinden, und der Opiumkonsument schläft ständig ein. Überdosierungen führen zur Bewusstlosigkeit, zu Atemlähmungen und Herz-Kreislauf-Stillstand. Die Pupillen sind verengt, der Konsum kann zu Juckreiz, Appetitlosigkeit und Übelkeit mit Erbrechen führen.

## HEROIN

Chemisch wird Heroin (von griechisch *heros*, Held) als Diacetylmorphin bezeichnet, die Szene nennt es H (sprich: „aitsch“) oder Schore, selten auch Brown Sugar, Gift, china white, Teer oder Speedball (Heroin-LSD-Kokainmischung). Gehandelt wird es als Pulver oder Granulat. Straßenheroin wird als Pulver in kleinen Päckchen angeboten. Der Wirkstoffgehalt liegt zwischen 5% und 30%. Heroin wird intravenös gespritzt, durch die Nase inhaliert („gesnieft“), auf Alufolie geraucht oder selten geschluckt. Häufig wird in der offenen Szene Heroin gemeinsam mit Kokain konsumiert.

Aus dem Rohopium wird meistens in den Laboratorien der Erzeugerländer das Morphin herausgelöst und dann durch einen chemischen Umwandlungsprozess (Acetylierung) das Heroin als halbsynthetisches Opiat erzeugt. Es entsteht Morphinhydrochlorid (60%-80% Wirkstoffgehalt), Heroinbase und schließlich das Heroin. In Polen dient eine unter dem Namen „polnische Suppe“ bekannte Blaumohnsorte als unmittelbare Ausgangsbasis für die Heroinherstellung.

Heroin ist die Droge, die in den zurückliegenden Jahren die öffentliche Diskussion am meisten bestimmt hat. Dazu trugen die große Zahl der Konsumenten, die Verelendung der Fixer (intravenöse Heroinkonsumenten) und der Heroinraucher sowie die Heroin-Todesfälle erheblich bei.



Entdeckt wurde das Diacetylmorphin 1874 von C.R.A. Wright auf der Suche nach einem Schmerzmittel. Die synthetische Herstellung gelang der Firma Bayer 1887, die es ab 1898 unter dem Handelsnamen „Heroin“ vermarktete. Zu diesem Zeitpunkt war die suchterzeugende Wirkung des Stoffes nicht bekannt, und Heroin wurde zur Behandlung von Erkrankungen der Atemwege angepriesen (Hustenmittel). Das bis dahin verwendete Morphin war durch die Abhängigkeitsbildung in einen schlechten Ruf gekommen, und mit dem Heroin glaubte man einen guten Ersatz gefunden zu haben. Dass Heroin eine noch intensivere Abhängigkeit erzeugt, wurde erst 1920 erkannt und die Substanz daraufhin vom Markt genommen.

Im Vietnamkrieg besaß das Heroin für die amerikanischen Soldaten eine große Rolle; bis zu 15% der Soldaten sollen zu Kriegsende abhängig gewesen sein. Ende der 60er Jahre tauchte in Deutschland über stationierte US-amerikanische Soldaten Heroin auf. Zunächst lieferte die „French Connection“ aus Laboren in Marseille, später verlagerte sich der Produktionsstandort nach Palermo und dann in das „Goldene

Dreieck“. In den 80er Jahren gewannen der ideologisch begründete Heroinkonsum, die Anwendung der Substanz als Partydroge und die offene Heroinszene an-Bedeutung.

Das im Handel dominierende Straßenheroin ist beige gefärbt, selten weiß, geruchlos, kristallin und schmeckt bitter. Gehandelt wird Heroin sehr selten auch als weiß-bräunliches Granulat mit leichtem Essig-geruch (Hongkong Rocks) und als „Teer“ (schwarze, stark nach Essig riechende Masse).

Die intravenöse Heroininjektion (das Fixen, der Schuß) entfaltet die schnellste und intensivste Wirkung. Dazu wird das Heroin (ab 10 mg aufwärts) mit Wasser und Ascorbinsäure oder einem anderen Lösungsmittel (auf einem Löffel) kurz aufgeköcht und durch einen Zigarettenfilter oder Watte gefiltert mit der Spritze aufgesaugt. Die Injektion erfolgt meistens in die Armvenen, jedoch auch an anderen Körperstellen (Beine, Füße, Hals). Letzteres geschieht insbesondere dann, wenn Armvenen durch den häufigen Konsum nicht mehr zugänglich sind oder wenn der Heroinkonsum verdeckter geschehen und nicht durch Einstiche an den Armen auffallen soll. Die Wirkung tritt wenige Sekunden nach dem Konsum ein. Der plötzliche Wirkungseintritt wird in der Szene als „Kick“ oder „Flash“ bezeichnet, das dann folgende Hochgefühl als „High“.

Nach der Einnahme verengen sich die Pupillen bis auf Stecknadelkopfgroße. Die Atmung verlangsamt (bei Überdosierung auf 2 bis 3 Atemzüge in der Minute und bis zum Atemstillstand) und der Stoffwechsel vermindert sich, es kommt zu Übelkeit, Kreislaufstörungen und teilweise zu schwallartigem Erbrechen.

Da der Reinheitsgrad des Heroins in der Regel zwischen 5% und 30% schwankt, ist die Gefahr einer Überdosierung groß. Gefährlich sind auch die dem Drogenkonsumenten unbekanntem Verschnittstoffe, die zu Abszessen, Hautausschlägen, Embolien und Fieber führen. Seine volle Wirkung erzeugt reines Heroin bei einer Injektion von 2 bis 10 mg, das entspricht je nach Verschnitt 100 bis 300 mg Straßenheroin. Bei häufigem Konsum tritt eine Gewöhnung ein, und es werden meh-

rere Injektionen am Tag mit insgesamt 1 bis 5 g Straßenheroin erforderlich. Der Grammpreis liegt zwischen 50.- DM und 200.- DM, und die Substanz wird üblicherweise in kleinen, gefalteten „Briefchen“ á 0,1 bis 1 g gehandelt.

Unmittelbar nach Injektion des Heroins entsteht zunächst der „Kick“ (ein kurzes, emotional sehr starkes Erleben) und sodann ein „High“ mit einem Zustand intensiven Wohlbefindens, völliger Sorglosigkeit, Euphorie und starker Lustempfindung. Der Konsument wird schläfrig, versinkt in angenehme Traumzustände und kann kurzzeitig Realität und Phantasie verwechseln. Einige Konsumenten werden jedoch auch überaktiv und gesprächig. Da das Urteilsvermögen nachlässt und Sorgen und Ängste verschwinden, werden in diesem Zustand Handlungen begangen, die unter anderen Umständen aufgrund von Hemmungen vermieden worden wären.

Eine Überdosierung führt über die Bewusstlosigkeit schnell zum Koma, wobei Atmung und Herzleistung bis zum Stillstand verlangsamt werden und der Betroffene auch durch stärkste Schmerzreize nicht zu erreichen ist. Die Haut ist kalt, feucht und bläulich, und ohne lebensrettende Maßnahmen tritt durch Sauerstoffmangel nach wenigen Minuten der Tod ein.

Heroin erzeugt schnell und intensiv eine körperliche (physische) sowie eine seelische (psychische) Abhängigkeit. Nach wie vielen Drogeneinnahmen diese Abhängigkeit genau eintritt, lässt sich nicht sagen; dies ist wahrscheinlich von Person zu Person unterschiedlich. Ein Zeitraum von drei aufeinander folgenden Tagen Heroinkonsum ist für die Bildung einer körperlichen Abhängigkeit realistisch. Andererseits gibt es Konsummuster, bei denen Drogenmissbraucher nur an den Wochenenden zu Heroin greifen und wohl eine seelische, aber keine körperliche Abhängigkeit entwickeln.

Bei ausbleibender Heroineinnahme stellen sich als Entzugssymptome etwa 6 bis 8 Stunden nach der letzten Opiateinnahme Unwohlsein, Reizbarkeit und Schwächegefühle ein. Es folgen körperliche Entzugssymptome wie Muskelschmerzen, Schüttelfrost und Gänsehaut, Krämp-

fe, Erbrechen, Fieber, Schnupfen, Tränenfluss und Schlafstörungen. Am zweiten oder dritten Tag erreichen die Entzugssymptome ihren Höhepunkt, und nach 7 bis 10 Tagen ist der körperliche Entzug überstanden. Stärker als die körperliche Abhängigkeit jedoch wirkt die seelische Abhängigkeit: Das Verlangen nach der Droge, verbunden mit einer depressiven Grundstimmung, führt oft noch nach Monaten oder Jahren zu einem Rückfall.

## METHADON

Methadon wird auch als Levomethadon oder L-Polamidon bezeichnet. Es wurde zuerst in Nordamerika zur Behandlung der Heroinabhängigkeit eingesetzt, weil es die Entzugssymptome verhindert, über den Mund aufgenommen werden kann und länger wirkt.

Bei Methadon und Levomethadon handelt es sich um synthetische Opiate; es wurde 1940 erstmals in Deutschland hergestellt. Methadon wird von der Pharmafirma Hexal unter der Bezeichnung Methaddict® für die Substitutionsbehandlung vertrieben. Gehandelt wird es üblicherweise als Flüssigkeit (Saft) oder Brausetabletten. Methadon wird mit Apfel-, Trauben- oder Orangensaft gemischt eingenommen. Durch einen Methyl-Zellulose-Zusatz ist Methadon nicht gut durch eine Spritzennadel aufziehbar, was eine Injektion mit „Kick“ verhindern soll. Die Tagesdosis liegt meistens zwischen 50mg und 120 mg.

In Europa gewann die Methadonsubstitution zunächst in den Niederlanden, England und der Schweiz an Einfluss. In den Niederlanden begann die Methadonverschreibung 1968: Mit der Ausweitung der Verschreibungspraxis wurde dort das Ziel einer schrittweisen Reduzierung der Methadonvergabe mit dem Ziel völliger Drogenabstinenz in den 80er Jahren zugunsten langfristiger Verschreibungen aufgegeben. Es wird geschätzt, dass etwa 50% bis 80% der Heroinabhängigen in Holland mit dem Programm erreicht werden, von denen 65% bis 70% einen Beigebrauch von Heroin aufweisen. 36% der Programmteilnehmer leben den Umständen entsprechend gut, 40% gelten als sozial schlecht integriert, und 24% der Substituierten befinden sich in

äußerst problematischen Lebensumständen (van den Brink 2000). In Deutschland wurde Methadon (Polamidon) über viele Jahre von Ärzten ohne Richtlinien oder Standards an Süchtige abgegeben. Seit Ende der 90er Jahre wird hierzulande - trotz vieler Bedenken - planmäßig mit Methadon substituiert.

Bei Nichtverträglichkeit von Methadon kommt mitunter **Kodein** (Dihydrocodein) als Substitutionsmittel zur Anwendung. Die Kodeinverschreibung ist heute selten; sie erfolgte in den 70er und 80er Jahren öfter über niedergelassene Ärzte. Für 1994 wurde die Zahl der in Deutschland methadonsubstituierten Menschen auf 30.000 pro Jahr geschätzt.

Die Methadoneinnahme soll in einer Praxis unter ärztlicher Kontrolle stattfinden. Für Wochenenden oder bei besonderen Ereignissen sind Take-Home-Rationen vorgesehen. Methadon verteilt sich nach der Einnahme (Schlucken) schnell im Organismus und erzeugt keinen „Kick“, ebenso wie auch Heroin bei oraler Einnahme keinen Kick erzeugt. Es wirkt betäubend und beruhigend, setzt die Reaktionszeit herab und verändert damit die Umweltwahrnehmung des Substituierten. Die Einnahme kann zu Schläfrigkeit, Schwitzen, Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, Nervosität, Depressionen sowie Schlafstörungen führen. Die Wirkung hält lange an, sodass eine einmal tägliche Einnahme ausreichend ist. In der Methadontherapie wird mit sehr hohen Vergabemengen gearbeitet; äußert der Süchtige ein weiteres Bedürfnis nach Heroin, so ist dies ein Grund für die Dosissteigerung. Der Körper wird mit dem Opiat Methadon „überschwemmt“, um so das Verlangen nach dem Opiat Heroin zu ersticken. Viele Abhängige konsumieren trotzdem Heroin, um einen Kick zu erleben.

Bei Substituierten werden Konzentrationsschwächen, Gewichtszunahme oder -abnahmen, unregelmäßige Regelblutungen und Schwellungen an den Füßen beobachtet. Methadonkonsum führt zu einer starken psychischen und körperlichen Abhängigkeit und bei Überdosierung zum Tod. Die Anzahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Methadon ist in den zurückliegenden Jahren besorgniserregend ge-

wachsen. Zudem findet bei der überwiegenden Mehrheit der Substituierten ein Beigebrauch anderer Drogen (auch Heroin) statt: Da ist etwa der heute Kokainabhängige, der berichtet, er habe das Kokain während seiner Teilnahme an einem Methadonprogramm kennen und schätzen gelernt.

## Stimulanzien

Einer zunehmenden Beliebtheit erfreuen sich die Stimulanzien („Aufputschmittel“):

### KOKAIN

Kokain wird in der Szene als Koks, Schnee, Snow, Puder, Coke, Crack, Rocks, Lady oder (in Verbindung mit Heroin) als Cocktail bezeichnet. Es wird als halbsynthetisches Tropanalkaloid aus den Blättern des Kokastrauches *Erythroxylon coca* und *Erythroxylon novogranatensis* hergestellt. Aus dem organischen Extrakt wird zunächst das Kokainsulfat gewonnen (100 kg Kokablätter ergeben 0,5 kg Kokainsulfat), und dann werden daraus die Kokainhydrochlorid-Kristalle (farblos, bitter) herauskristallisiert. Gehandelt wird es als Pulver, in kristalliner Form oder seit den 90er Jahren auch als Crack (freebase Cocaine: mit Wasser und Backpulver vermisches Kokain). Pulverförmiges Kokain wird in eine Linie gelegt und mit einem gerollten Papier in die Nase gezogen (ca. 300 mg). Teilweise wird es auch ins Zahnfleisch eingerieben. Das Rauchen von Kokain ist seltener. Kokain kann auch in Getränken aufgelöst eingenommen werden und erzeugt dabei eine leichte Übelkeit. In der offenen Szene wird Kokain häufig injiziert („gedrückt“). Der im Straßenhandel erhältliche Stoff ist in der Regel erheblich gestreckt und enthält etwa 20% Kokain; der Preis für ein Gramm liegt zwischen 120.- DM und 200.- DM. Kokain ist derzeit - gemeinsam mit den sogenannten Partydrogen - die Modedroge Nummer 1.

Bereits 1992 lag die Weltproduktion von Kokain bei 680 Tonnen, sie beanspruchte 220.000 Hektar Land, und es war mit einer jährlichen Steigerung von 20% zu rechnen, so berichteten Spezialisten des Drogen-



protokoll-Programms der Vereinten Nationen auf dem Weltgipfel für Soziale Entwicklung 1995 in Kopenhagen. Kokain gehörte lange Zeit in die Welt der Künstler und der Erfolgreichen. Zu den prominenten Kokainkonsumenten gehören nach Zeitungsberichten der Regisseur Rainer Werner Fassbinder (er starb im Alter von 37 Jahren vermutlich durch die gleichzeitige Einnahme von Kokain und Schlaftabletten), der Küchenkünstler Eckart Witzigmann, der Liedermacher Konstantin Wecker, der als Bundestrainer vorgesehene Christoph Daum oder der Sportreporter Rolf Töpferwien. Samuel L. Jackson, einer der meistbeschäftigten US-Schauspieler, äußerte in einem Interview: „Ich habe in den ersten zehn Jahren meiner Schauspielkarriere nur stoned gespielt“. Er habe genommen, was er kriegen konnte: Alkohol, Haschisch, Marihuana, Heroin, Kokain. Das habe nur seine Frau bemerkt, da die anderen auch unter Drogenkonsum gestanden hätten.“ Kokain war die Muntermacher-Droge der Erfolgreichen und Kreativen. Als besonders schick gilt es, das weiße Pulver mittels eines zusammengerollten 100-Mark-Scheines durch die Nase einzuziehen. Spätestens jedoch seit „Crack“, seit der umfassenden Methadonsubstitution und der Popularität von Partydrogen ist das Kokain von der „Schickeria“ auf die Straße gelangt.

Der Kokastrauch stammt aus den Nordhängen der Anden von Peru bis Kolumbien und wird heute auch in weiten Teilen Asiens angebaut. In Ecuador sollen Funde von pulverisiertem Kalk, der für das Koka-Kauen genutzt wurde, bis 5000 v.Chr. datierbar sein. Aus der Zeit um 1500



v.Chr. finden sich in peruanischen Gräbern Kokablätter als Grabbeigabe. Bei den Inkas (etwa 15. Jahrhundert) wurden die Blätter der „heiligen“ Pflanze rituell gebraucht, ihr Konsum blieb Priestern und Schamanen vorbehalten. Heutige Bewohner Boliviens und Perus zerkleinern die Kokablätter, vermischen sie mit Kalkpulver, kauen diese Mischung und behalten sie oft stundenlang im Mund. In Europa wurde Kokain erstmals 1862 durch die Firma Merck als „Cocainum

hydrochloricum“ in größerem Umfang auf den Markt gebracht. Um die Jahrhundertwende wurde die Substanz als Lokalanästhetikum verwendet und Erfrischungsgetränken beigelegt (*Coca-Cola*). Kokain galt bis in die 30er Jahre als psychotherapeutisch wertvolle Substanz: So behandelte Sigmund Freud einen morphinabhängigen Kollegen erfolglos mit Kokain. Die Gefahr der Kokainabhängigkeit wurde erst spät bekannt. Wiederentdeckt wurde die Droge in den 60er Jahren - zunächst in Amerika und später in Europa. Als leistungssteigernde Droge der oberen Gesellschaftsschichten („Managerdroge“) erlebte Kokain in den 80er Jahren einen Aufschwung. In Kolumbien ist das „Basuko“ (abgeleitet von Müll) als Kokain für einkommensschwache Menschen populär, vermutlich ein Abfallprodukt bei der Kokainherstellung. Das braun-gelbliche Pulver mit süßlichem Geruch wird in Zigaretten eingedreht durch Mund und Nase inhaliert. Basuko erzeugt einen kurzen Rausch von 3 bis 5 Minuten und wirkt stark suchtbildend.

Kokain wird besonders in den ärmeren Großstadtgebieten Nordamerikas als Crack konsumiert. Dafür sind spezielle Crackpfeifen (oft Glaspfeifen) erforderlich. Die in Europa befürchtete Crackwelle blieb bisher aus. Das Crackrauchen besitzt eine erhöhte Suchtgefahr.

Kokain wird überwiegend geschnupft („gesnieft“). Dabei tritt zunächst eine körperliche Wirkung ein: im Rachenraum entsteht ein Taubheitsgefühl, die Atmung wird beschleunigt, die Pulsfrequenz erhöht, und die Pupillen werden größer. Etwas später tritt die angestrebte psychische Wirkung ein: eine gehobene Stimmung, ein gesteigerter Antrieb, ein beschleunigtes und assoziatives Denken und das Gefühl, leistungsfähiger und stärker zu sein. Im Rauschzustand fallen zwischenmenschliche Hemmungen, auch im sexuellen Bereich, und der Kokainkonsument wirkt kontaktfreudig, selbstsicher und aufgeschlossen. Bei manchen Menschen steigert der Kokainrausch die Aggressivität, bei entsprechend vorbelasteten Menschen auch die Selbstmordneigung. Die euphorische Phase endet nach 20 bis 60 Minuten. Im abklingenden Rausch kommen belastende, ängstliche Stimmungen und paranoide Reaktionen (Wahnvorstellungen) vor. Das selbstbezogene Denken steht im Mittelpunkt; Eindrücke aus der Umwelt werden - oft illusionär verkannt - auf die eigene Person bezogen.

Dem Rauschstadium folgt ein depressives Stadium, gekennzeichnet durch Müdigkeit, Erschöpfung und depressive Verstimmung. Die Rückkehr in die Realität wird als unerträglich erlebt, was den Wunsch nach einer erneuten Einnahme der Droge steigert. Zu hohe Einnahmemengen führen zu einer Betäubung (Sedierung) und können zerebrale Krampfanfälle und quälende halluzinatorische Körperempfindungen (Tiere unter der Haut) hervorrufen.

Der Kokainkonsum führt nicht zu einer körperlichen Abhängigkeit; dennoch ist mit gravierenden körperlichen Langzeitfolgen des Kokainkonsums zu rechnen. Hierzu zählen die entzündliche Verätzung der Nasenscheidewand, Nasenbluten, Krampfanfälle, Leberschädigungen und aufgrund von Minderdurchblutung die Schädigung anderer innerer Organe. Auch bei sporadischem Kokainkonsum können Todesfälle nicht ausgeschlossen werden.

Als schwerste Folge des Kokainkonsums tritt eine ausgeprägte psychische Abhängigkeit ein. Depressivität und Antriebslosigkeit kann der Süchtige erst durch einen neuen Kokainkonsum überwinden. Eine besonders schwere psychische Folge bildet die Kokainpsychose, die sowohl dem Alkoholdelir als auch der Schizophrenie ähnlich ist und durch Wahnerlebnisse, Halluzinationen und Bewusstseinsstrübung gekennzeichnet wird. Es drohen Suchtkarrieren mit schweren körperlichen und seelischen Folgen und sozialer Verelendung.

## AMPHETAMINE

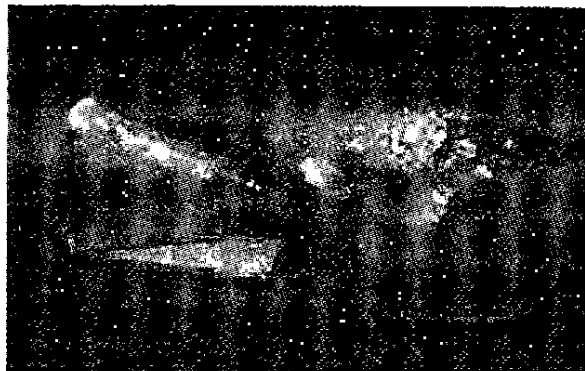
Einen Interessenzuwachs aufgrund der Techno- und Rave-Kulturen verzeichnen in letzter Zeit die Amphetamine. Der Begriff Speed umfasst umgangssprachlich von Amphetaminen (Benedrin, chemische Bezeichnung: alpha-Methylphenylethylamin) oder Methamphetaminen (Pervitin, chemische Bezeichnung: alpha-Dimethylphenylethylamin) abgeleitete, synthetische, antriebssteigernde Drogen. Weitere Szenenbezeichnungen lauten Uppers, Power, Vitamin A, Pep, Amph, Ice oder Crystal. Der Methamphetamin-Straßenverschnitt wird zum Grammpreis von 15.- DM bis 40.- DM gehandelt, der tatsächliche Amphetamin-

anteil beträgt ca. 10%. Eine Einzeldosis des Straßenverschnittes beträgt bei dieser Konzentration ca. ½ Gramm. Der Reinheitsgehalt von rauchbarem Amphetamin beträgt etwa 25% bis 35%; „Ice“ stellt eine fast 100% reine Handelsform dar.

Amphetamine werden in Untergrundlaboren hergestellt. Die Produktion erfolgt, da es um das „schnelle Geld“ geht, mitunter sorglos, und es gelangen giftige Beiprodukte in die Substanz. Gehandelt wird die Droge als Pulver, Kristalle, Tabletten oder Kapseln. Amphetamine werden über die Nase aufgenommen („Sniefen“). Das Pulver wird in einer Linie („Line“) angeordnet und mit einem aufgerollten Papierstück über die Nase eingezogen. Speed wird überwiegend in Tablettenform geschluckt. Einzelne Konsumenten lösen die Tabletten in Wasser auf, injizieren sie intravenös und verstärken so die Wirkung. Die Zahl der Amphetaminkonsumenten in Deutschland wird auf 100.000 bis 500.000 Menschen geschätzt - mit steigender Tendenz.

Amphetamine wurden 1887 erstmals bei der Firma Smith, Kline und French künstlich hergestellt (synthetisiert) und 1932 als Schnupfenmittel (Benedrin-Inhalator) vermarktet. Die deutschen, amerikanischen und japanischen Armeen verteilten während des Zweiten Weltkrieges Dextroamphetamin (Dexedrine) an ihre Soldaten. Das 1919 aus Amphetamin entwickelte Methamphetamin kam 1930 unter dem Handelsnamen „Methedrine“ als Medikament gegen Leistungsschwächen und Lungenerkrankungen auf den Markt. In den 30er Jahren wurde die Droge als Wachmacher für Soldaten und Dopingmittel für Sportler eingesetzt. Nach einer Amphetaminepidemie in den USA und Japan kam es in den 60er Jahren weltweit zu Verkaufs- und Verschreibungsverboten. In den 70er Jahren kam in den USA die intravenöse Einnahme von Amphetamin in Mode, was zu einer steigenden Zahl von Amphetaminpsychosen und Todesfällen führte. Unter dem Handelsnamen Pervitin® war Methamphetamin bis 1988 in Deutschland erhältlich. Ritalin® (Methylphenidat) und Captagon® (Fenetyllin) wurden zeitweise als amphetaminähnliche Präparate mißbraucht und unterliegen heute auch dem Betäubungsmittelgesetz. Die Droge wird heute in Europa mitunter von Personen unter besonderer beruflicher Belastung konsumiert, denn sie steigert gesellschaftlich positiv besetzte Eigen-

schaften wie Leistungsfähigkeit und Selbstbewußtsein. Im Jemen wird unter der Bezeichnung „Khat“ bzw. „Quat“ die Pflanze *Catha edulis* gekaut. Die stimulierende Wirkung soll durch das im Körper gebildete, dem Methamphetamin ähnliche Methcathionin entstehen; Khat wird seit Ende der 90er Jahre auch in Deutschland in größerem Umfang gehandelt.



Amphetamine setzen körpereigene Botenstoffe frei, in erster Linie Noradrenalin und in geringerem Umfang Dopamin. Die Wirkung der Amphetamine tritt bei oraler Einnahme nach etwa 30 Minuten, beim Sniefen bereits nach wenigen Minuten ein. Speed erhöht das Selbstwertgefühl und dient in der Szene als antriebssteigerndes Rauschgift, das zu Überbelastungen des Körpers (Schlafentzug, Durchtanzen) führt. Körperliche Folgen sind meistens ein erhöhter Blutdruck, Bewegungsunruhe, Herzrasen und erweiterte Pupillen. Der Gesamtorganismus erhöht seinen Energieumsatz, und so werden körperliche Kräfte freigesetzt. Der Konsument fühlt sich energiegeladener und sorgenfrei. Bei Amphetaminen steht die aufputschende Wirkung im Vordergrund (unangemessene Aktivität, Rededrang: „Laberflash“, überhöhtes Selbstwertgefühl, Reizbarkeit und launisches Verhalten), bei Methamphetaminen die euphorisierende Wirkung. Einerseits wird die Leistungskraft vorübergehend erhöht, andererseits führt die Droge zu Fahrigkeit und einem herabgesetzten Urteilsvermögen. Aggressive Verhaltensweisen mit Selbst- oder Fremdgefährdung sind relativ häufig. Körpereigene Warnsysteme werden durch die Droge gestört, sodass es zu erhöhten Körpertemperaturen und auf Parties zu gefährlichen Überhitzungen kommen kann.

Die Drogenwirkung klingt nach einigen Stunden ab. Dann tritt ein Gefühl der depressiven Verstimmung und der Müdigkeit ein, wobei zugleich der Schlaf schwer fällt oder überhaupt nicht gelingt (sog. Psychokater). Bei längerem oder intensivem Amphetaminkonsum oder auch bei ängstlichem erstmaligen oder hochdosiertem Gebrauch kommt es zu paranoiden Psychosen („Speedfilm“). Die Betroffenen fühlen

sich verfolgt und bedroht und erleben optische bzw. akustische Halluzinationen, was zu stationären psychiatrischen Einweisungen führen kann. Die psychotischen Symptome verschwinden in der Regel nach einigen Tagen ohne Amphetaminkonsum. Zu einem erneuten Drogenkonsum führt die als belastend erlebte Phase des Abklingens (depressive Verstimmung, Panikattacken, Heißhunger, Konzentrationsstörungen, körperliche Erschöpfung).

Ein rasender Puls, erhöhte Temperatur, Zittern und Brechreiz sind Hinweise auf eine Überdosierung. Es besteht die Gefahr von Hirnblutungen mit plötzlichen halbseitigen Lähmungen, starken Kopfschmerzen und beginnender Bewußtlosigkeit. Fehlender Puls, Unregelmäßigkeit der Atmung, nicht auf Licht reagierende Pupillen, aschgraue und kalte Arme und Beine weisen auf einen akut lebensbedrohenden Zustand, der Notfallmaßnahmen erforderlich macht.

Amphetamine unterdrücken das Hungergefühl und können durch Gewichtsabnahmen zu erheblichen Gefährdungen führen. Amphetaminkonsum führt zu einer Toleranzentwicklung (geringere Wirkung bei gleichbleibender Konsummenge), was mit einer Dosissteigerung beantwortet wird. Manche Drogenkonsumenten gehen dabei fälschlich davon aus, die Qualität der Droge habe sich verschlechtert. Eine wichtige körperliche Folge ist die Unterdrückung des Immunsystems; bei intravenösem Amphetaminmissbrauch wurden bei AIDS-Patienten schnelle tödliche Verläufe beobachtet. Dauerhafter Amphetaminkonsum führt zu einer Umstellung des Körpers ähnlich der Situation von Menschen in Hungerregionen und - wohl in Verbindung damit - bei Frauen zu Unregelmäßigkeiten oder einem Aussetzen der Menstruation. Speed kann zu Magenschmerzen, im Extremfall zum Magendurchbruch führen.

## ECSTASY

Zu Anfang des zweiten Jahrtausends stellt Ecstasy eine Droge mit besonderer Bedeutung dar, der sich ein erheblicher Teil der Aufklärungsarbeit widmet. Ecstasy wird, da vollsynthetisch hergestellt, auch als „Designerdroge“ bezeichnet (wobei der Begriff ursprünglich den

Drogen vorbehalten war, deren molekulare Zusammensetzung verändert wurde, um dem Betäubungsmittelgesetz zu entgehen). Die chemische Bezeichnung lautet MDMA (Methylen-Dioxy-N-Methylamphetamin; verwandte Substanzen sind MDEA (Methylendioxy-N-Ethylamphetamin), MDDA (Methylbenzodioxolbutanamine) und BDB (Methylbenzodioxylbutanamin). Die Szene nennt die Droge E, Essence, XTC, Adam (für MDMA) und Eve (für MDEA), Cadillac, Pille. MDMA wird in Untergrundlaboren synthetisch hergestellt, die Substanz schmeckt bitter und riecht nach nichts. Die Gewinnung erfolgt aus der Zwischenstufe MDA, einer stärker halluzinogenen und weniger anregenden Substanz, die oft in erheblichem Umfang in den Ecstasy-Tabletten enthalten ist. XTC wird als Tabletten, Kapseln, Pulver, Kristalle geschluckt. MDMA ist ein Amphetaminderivat (d.h. ein Abkömmling der aufputschend wirkenden Amphetamine) und chemisch betrachtet zugleich mit dem Halluzinogen Meskalin verwandt. So wirkt es anregend, halluzinogen und entspannend zugleich. Die Einzeldosis Ecstasy (75 - 150 mg Reinsubstanz werden gewöhnlich für einen Rausch benötigt) kostet zwischen 15.- DM und 40.- DM.

Die Droge findet innerhalb der Raver- und Technoszene eine schnelle und zunehmende Verbreitung. Schätzungen gehen davon aus, dass die Hälfte der etwa 3 Millionen Technofans zumindest gelegentlich Partydrogen - darunter Ecstasy - konsumieren. Sehr häufig ist ein Mischkonsum, wobei in der Woche Cannabis und an den Wochenenden Ecstasy, Speed und Kokain konsumiert wird. Die Droge wird in Deutschland oder in Anliegerstaaten hergestellt. Ihre Weitergabe erfolgt zumeist innerhalb von Freundes- und Bekanntenkreisen, wobei der Dealer sowohl seine Kunden als auch den Hersteller der Droge kennt. Es ist jedoch eine Vermischung der Vertriebskreise von Ecstasy, Heroin und Kokain erkennbar: Heroin- und Kokaindealer investieren ihre Gewinne zunehmend in den lukrativen Partydrogenmarkt und erweitern ihr Angebotsspektrum entsprechend. Zudem verfügen sie über das know how und gut funktionierende Vertriebswege. Ecstasykonsumenten ihrerseits setzen häufig zugleich auch auf andere Drogen: Neben dem Cannabis besitzt das Kokain für sie eine wichtige Bedeutung. Manche Ecstasyuser verwenden das Heroin zum „Downen“ (zur Vermeidung der unangenehmen Zustände beim Ab-

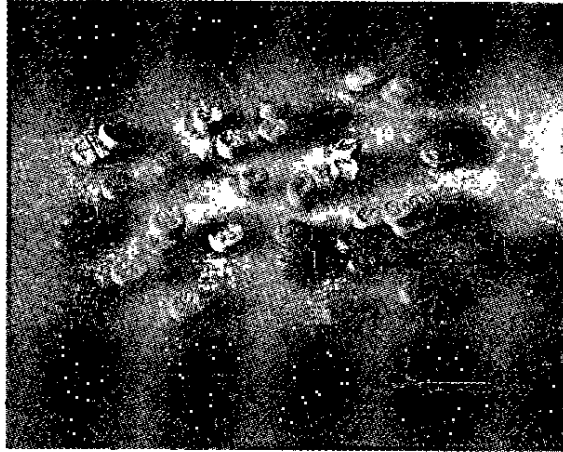
klingen des Ecstasyrausches). Dabei glauben sie irrtümlich, dass das Folienrauchen von Heroin nicht süchtig mache.

1898 wurde Ecstasy erstmals künstlich hergestellt (synthetisiert) und 1913 durch die Pharmafirma Merck zum Patent angemeldet. Die ursprünglich als Appetitzügler gedachte Substanz kam wegen ihrer auffälligen Nebenwirkungen nie auf den Markt. In den 50er Jahren wurde auf der Suche nach einer Wahrheitsdroge (z.B. für Kriegsgefangene) wenig erfolgreich mit Ecstasy experimentiert. Wiederentdeckt und im Selbstversuch getestet wurde die Substanz 1965 durch den Chemiker Alexander Shulgin, der seine Stellung bei der Firma Dow Chemicals zur Drogenherstellung missbrauchte. Für die Ergebnisse von Shulgin interessierten sich einige Psychiater und Psychotherapeuten. Die Annahme, mit dem Einsatz von MDMA therapeutische Widerstände überwinden zu können, erwies sich als unzutreffend, und der Konsum der Droge blieb erneut auf einige kleinere Minderheiten (esoterische Kreise, Homosexuellenszene) beschränkt. Etwa ab 1970 wurde MDMA in Polen als Straßendroge verkauft. Mit dem Überschwappen der ersten Rave-Szene von Ibiza nach London und Manchester 1988 und der dann folgenden explosionsartigen Verbreitung der Techno-Szene gewann die Droge Ecstasy eine ungeahnte Bedeutung. Inzwischen ist sie nicht mehr auf diese Szene beschränkt, sondern hat im Jugendbereich insgesamt eine große Bedeutung gewonnen.

Als psychoaktive Substanz verändert MDMA das Gleichgewicht der Neurotransmitter des zentralen Nervensystems. Die Drogeneinnahme führt zu einer Erhöhung der Pulsrate und des Blutdrucks, Schweißausbrüche, Pupillenerweiterung, Bewegungsunsicherheit, Kiefersperre und Zähneknirschen, gelegentlich zu Augenzittern und Muskelkrämpfen, seltener zu Übelkeit und erhöhter Körpertemperatur. Etwa 20 bis 60 Minuten nach der Einnahme treten erste Wahrnehmungstönungen ein. Das Denken umkreist Beziehungs- und Lebensfragen, Sinneseindrücke werden zunehmend als ästhetisch und lustvoll erlebt. Auffallend sind die ekstatische Bewunderung und Offenheit der Ecstasykonsumenten. Sie beschreiben ein Gefühl der Wärme und Liebe, der Offenheit gegenüber dem eigenen Innenleben und der geistigen Klarheit. Die Unterscheidungsfähigkeit zwischen Person und Umwelt



ist herabgesetzt. Mit der Steigerung der Substanzwirkung wird das Erleben ekstatisch und stimulierend oder beglückend und beruhigend verändert. Nach zwei Stunden klingt der Rausch ab, wobei manche Konsumenten durch Einnahme einer weiteren halben Tablette die Hauptwirkung zu verlängern suchen.



Wenn nach 3 bis 5 Stunden auch die Nebenwirkungen abgeklungen sind, bleiben Körperkoordination und Feinmotorik oft bis zum nächsten Tag gestört. Häufiger Gebrauch führt zu depressiv gefärbten Nachphasen, während derer eine erneute Ecstasyeinnahme wenig Wirkung zeigt, chronischer Gebrauch zur Toleranzentwicklung. Wie bei den Amphetaminen gefährdet das Ausschalten körpereigener Warnfunktionen die Gesundheit (nächtelanges Durchtanzen, Überhitzung des Körpers). Überdosierungen können zu sogenannten Intoxikationspsychosen führen: Beziehungswahn, Verfolgungswahn, Stimmenhören und bewegte Scheinbilder sind Folgen. Paranoide Psychosen (Wahnvorstellungen) können nach dem Rausch fortbestehen und dann entweder spontan ausheilen oder chronifizieren (nicht ausheilen). Zu solchen psychiatrischen Folgeerkrankungen kommt es häufiger nach einer längeren Konsumphase (mit einer Gesamteinnahme von 40 bis 50 Tabletten über einen entsprechenden Zeitraum) als nach dem erstmaligen Ecstasykonsum. Psychisch verletzbare Personen sind anfälliger für psychiatrische Spätfolgen, jedoch sind auch psychisch stabile Menschen davon betroffen. Durch längeren Ecstasykonsum fehlt dem Körper Serotonin, das langsam nachproduziert werden muss. Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, Erschöpfung bei gleichzeitiger Schlaflosigkeit sind Folgen des Serotoninmangels. Berichtet wird ferner von Gedächtnisstörungen, Sprechstörungen, Rastlosigkeit und dem Fortbestand von Muskelsteifheit, Kieferklemme und Zähneknirschen nach dem Rausch.

Da Ecstasy über die Leber verstoffwechselt wird, besteht die Gefahr einer Leberentzündung (mögliche Spätfolge: Leberversagen). Bei vorgeschädigten bzw. anfälligen Personen können Störungen der Herz-

funktion (Herzversagen) bzw. Hirninfarkte und Hirnblutungen eintreten. Überhitzung und Austrocknung gefährden die Nieren. Ecstasykonsumenten müssen daher auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten. Die Gefährdungen werden durch den stark wechselnden Wirkstoffgehalt der Pillen und durch mögliche Beimischungen anderer Schadstoffe erhöht. Todesfälle sind keinesfalls auszuschließen; etwa 30 Todesfälle im Zusammenhang mit der Ecstasyeinnahme werden jährlich statistisch erfasst - die Dunkelziffer wird hoch sein.

## Liquid Ecstasy

Unter der Bezeichnung Liquid Ecstasy (oder Liquid X, Liquid E, G-Juice, Soap, Pearl, Salty Water) wird seit dem Ende der 90er Jahre in der Partyszene eine Flüssigkeit in kleinen Plastikfläschchen, Schnappdeckelfläschen oder Plastiktütchen angeboten. Bei der Droge handelt es sich jedoch nicht, wie der Name nahelegt, um flüssiges Ecstasy, sondern um eine ganz andere Substanz mit der Bezeichnung GHB (Gamma-Hydroxybuttersäure). In der Medizin wird die Substanz insbesondere zur Langzeitruhistellung z.B. von Patienten mit Schädel-Hirn-Träume verwendet. In der Partyszene wird die Droge zur Leistungssteigerung eingesetzt. Eine Dosis von 0,5 bis 1,5 Gramm bewirkt einen alkoholähnlichen Rausch, bei der Einnahme von 1,0 bis 2,5 Gramm wirkt Liquid Ecstasy entspannend, und Dosen über 2,5 Gramm führen zu Wahrnehmungsverzerrungen. Gefahren des Konsums von Liquid Ecstasy liegen in toxischen Wirkungen wie Krämpfen, Verwirrtheit, Übelkeit, Erbrechen und Atembeschwerden.

## Halluzinogene

Die Halluzinogene bilden eine weit verbreitete Gruppe unter den Drogen mit langer Missbrauchsgeschichte.

### CANNABIS

Cannabis - Haschisch und Marihuana - darf als die am weitesten verbreitete illegale Droge gelten. Um Cannabis bzw. um seine Legalisierung wird seit langem ein erbitterter ideologischer Kampf geführt. Der

zentrale Wirkstoff ist das Tetrahydrocannabinol (THC); in der Szene heißt die Droge Dope, Shit, Piece, Pot, Bon, Gras, Weed, Marihuana, Hanf oder Kiff.

Aus den weiblichen Blüten der reifen, getrockneten Pflanze Cannabis indica oder Cannabis sativa wird das Harz gewonnen und zu Haschisch (Hasch) gepreßt. Haschisch enthält etwa 30 verschiedene Cannabinoide, von denen das Tetrahydrocannabinol (THC) psychoaktiv wirksam ist. Die getrockneten Blütenblätter, Blätter und Stengel werden als Marihuana gehandelt. Die THC-Konzentration ist im Marihuana geringer als im Haschisch.

Gehandelt werden: Haschisch-Harz (Wirkstoffgehalt von 5% bis über 10%), Marihuana (zerkleinerte Blätter und Pflanzenspitzen, Wirkstoffgehalt von 1% bis 3%), selten Haschischöl (Wirkstoffgehalt 40% bis 70%). Haschisch und Marihuana werden mit Tabak vermischt und geraucht (Joint) oder mit Nahrungsmitteln wie Tee, Kakao oder Gebäck („Spacekekse“) verbunden gegessen.

Die Zahl der regelmäßigen Cannabiskonsumenten in Deutschland liegt zwischen 500.000 und 1 Million Menschen. Etwa 20% bis 30% der bis 42-jährigen haben die Droge mindestens einmal konsumiert (Kleiber / Soellner 1998). Einer deutlicher Zuwachs der Zahl von hilfesuchenden Cannabiskonsumenten spiegelt sich derzeit in den Suchthilfeeinrichtungen wieder (Simon 1999). Auch die polizeiliche Rauschgiftstatistik weist bei Delikten im Zusammenhang mit Cannabis deutliche Steigerungsraten aus (Bundeskriminalamt 2000).

Ursprünglich stammt das zunächst in Zentralasien verbreitete Cannabis wohl aus dem Himalaya. Durch die Chinesen kam Cannabis im 8. Jahrhundert vor Christus nach Indien und von dort nach Mesopotamien und in den arabischen Kulturkreis. Im 5./4. Jahrhundert v.Chr. schrieb Herodot über den Cannabiskonsum bei den Skythen. Durch die Islamisierung breitete sich Cannabis etwa 800 n.Chr. im gesamten vorderen Orient und in Afrika aus und kam von dort auch nach Europa. Im 16. Jahrhundert nahmen die europäischen Eroberer die Pflanze mit nach Amerika. Die psychoaktive Wirkung führte in den USA ab 1910 zu einer Verbreitung des Marihuanarauchens. 1937 wurde der

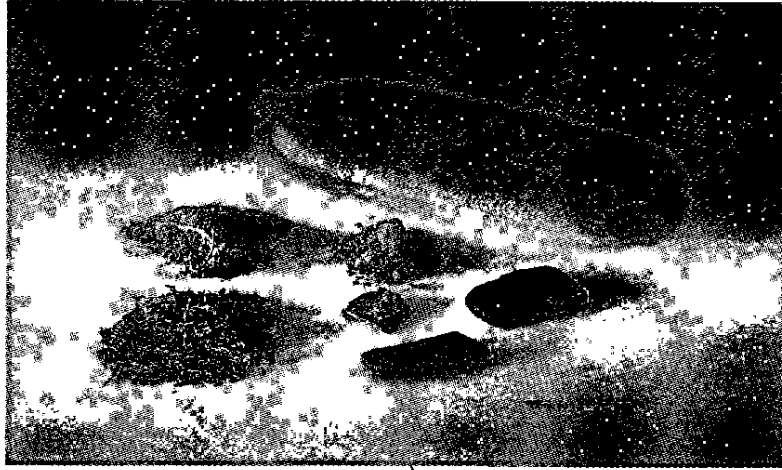
Cannabisbesitz in Amerika - und wenig später auch in vielen europäischen Ländern - unter Strafe gestellt. Die Hippiebewegung der 60er Jahre förderte dennoch eine weite Verbreitung der Droge. Derzeit wird der drogenpolitische Umgang mit Cannabis in Europa lebendig diskutiert. Während die skandinavischen Länder (nach einer früher liberalen Haltung) die Droge konsequent verbieten, setzt sich in Deutschland zunehmend eine liberalere Haltung durch (keine Strafverfolgung bei dem Besitz von „Tagesbedarf“), und in Holland ist der Besitz geringer Mengen legal.

Cannabis bezeichnet die Hanfpflanze *Cannabis indica* oder *Cannabis sativa*, die den Wirkstoff THC (Tetrahydrocannabinol) enthält. Lange nicht alle Hanfsorten enthalten diesen Wirkstoff in ausreichender Konzentration. Die Droge wird ganz überwiegend geraucht, selten mit Speisen vermischt konsumiert. In der Szene ist das Haschisch vorherrschend, das nach Herkunftsland und Qualität bezeichnet wird (Schwarzer Afghane, Grüner Türke, Roter Libanese, Maroc Zero-Zero). Von Großanbietern vertriebenes Marihuana wird wie Tabak zerkleinert und besitzt eine goldbraune Farbe. Privat hergestelltes Marihuana bleibt dagegen meist grün („Gras“). Zum Rauchen wird eine trichterförmige Zigarette gedreht („Joint“), und es werden zahlreiche weitere Hilfsmittel gehandelt: Bambusrohrpfeifen („Bongs“), indische Rohrpfefen („Chillums“), Wasserpfeifen usw. Der Preis für ein Gramm Haschisch (ausreichend für ca. 5 Joints) liegt je nach Abnahmemenge und Qualität zwischen 8.- DM und 25.- DM; Marihuana ist etwas billiger.

Die Wirkung des Cannabis ist dosisabhängig. Als Anhaltspunkt kann gelten: Eine THC-Dosis von 1-2 mg wirkt beruhigend (sedierend). Eine THC-Dosis von 5-7 mg bewirkt Sinnesveränderungen. Eine THC-Dosis von 15 mg führt zu Halluzinationen.

Der Rauschzustand tritt bei einer mittleren Dosis unmittelbar nach der Inhalation ein, erreicht seinen Höhepunkt nach etwa 30 Minuten und dauert ca. 3 Stunden an. Nach dem Essen von Cannabis tritt der Rausch etwa nach 30 bis 60 Minuten ein und verläuft wellenartig über einen Zeitraum von 6 bis 8 Stunden. Der Cannabiskonsument zeigt gerötete

Augen. Es kann zu Herzrasen, Mundtrockenheit, Bewegungsunruhe, Übelkeit und gesteigertem Hungergefühl kommen. Zu Anfang des Rausches tritt ein Gefühl der körperlichen Ent-



spannung und der gesteigerten Wahrnehmungsfähigkeit ein. Verschiedene Sinnesinhalte werden miteinander verbunden wahrgenommen (etwa die Verknüpfung von Musik mit optischen Vorstellungen). Bei herabgesenkter Kritikfähigkeit steigt die Risikobereitschaft. Das Denken wird bruchstückhaft, Gesprächsinhalte werden vergessen, und die Konzentration ist gestört. Es kommt zu dem typischen „Kifferlachen“ (Albernheit aus geringsten Anlässen). Widersprüchliche Gefühlszustände können gleichzeitig erlebt werden (Angst- und Schamgefühle neben Glücksgefühlen). Hohe Dosierungen führen zu unangenehmen und überwältigenden Rauscherlebnissen, zu LSD-ähnlichen Illusionen und Pseudohalluzinationen bis hin zu cannabisinduzierten wahnhaften Störungen (Verfolgungswahn) mit ausgeprägten Angstzuständen („Horrortrip“). In dieser Situation besteht erhöhte Selbstmordgefahr. Bei einem Erstkonsum von Haschisch tritt häufig keine Wirkung ein. Im körperlichen Bereich kommt es neben den beschriebenen Wirkungen dabei zu Missempfindungen im Bereich der Haut, Zittern der Hände, Erkalten der Finger und Gangunsicherheit. Haschisch wird oft gemeinsam mit anderen Drogen konsumiert.

In der Partyszene wird Cannabis als „Downer“ verwendet: die unerwünschten Wirkungen antriebssteigernder Drogen wie Ecstasy, Amphetamine und Kokain („Upper“) sollen damit unterdrückt werden. Raver setzen die Droge mitunter nach dem Tanzen zum Abkühlen und Beruhigen ein („Chill out“). Unter den Cannabiskonsumern lassen sich Gelegenheitskonsumenten (höheres Bildungsniveau, häufiger weiblich, eher jünger), gewohnheitsmäßige Individualkonsumenten (viele

Erfahrungen mit anderen Drogen, älteste Konsumentengruppe), gewohnheitsmäßige Freizeitkonsumenten ('mittelmäßige' Konsumentengruppe) und gewohnheitsmäßige Dauerkonsumenten (häufiger Männer, früher Beginn des Cannabiskonsums, starke konsumbezogene Begleiterscheinungen) feststellen (Kleiber/Soellner 1998).

Die Droge wird im Fettgewebe gespeichert, sodass Entzugssymptome praktisch nicht auftreten. In einem Zeitraum von 12 bis 24 Stunden nach dem Cannabiskonsum sind Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigt. Zumindest der intensive Cannabiskonsum führt langfristig zu Leistungseinbußen. Mehrmals täglicher Haschischkonsum beeinflusst den Verlauf von psychotischen Erkrankungen negativ (fördert Wahn- und Halluzinationsereignisse). Forschungsergebnisse legen nahe, dass Cannabis eine Ursache für das Auftreten von Schizophrenien sein oder das Risiko psychotisch vorbelasteter Menschen, an einer Schizophrenie zu erkranken, erhöhen kann. Hierzu sind weitere Forschungen notwendig. Der Konsum von Cannabis kann zu einer psychischen Abhängigkeit führen, insbesondere bei mit psychischen Problemen belasteten Personen. Bei einigen Cannabiskonsumern lässt sich das „amotivationale Syndrom“ (nachlassende Leistungsbereitschaft, passive Lebenseinstellung) nachweisen. Angenommen wird, dass Haschisch für Menschen, die aus einer Karriere- und Leistungsorientierung aussteigen, die passende Droge ist (Kleiber/Kovar 1998). Im körperlichen Bereich verdient insbesondere die Schwächung des Immunsystems durch Cannabiskonsum Aufmerksamkeit. Aufgrund von Ergebnissen im Tierexperiment kann auch bei Menschen mit einem vermehrten Auftreten opportunistischer Infektionen sowie von Krebserkrankungen gerechnet werden. Das Risiko von Tabakrauchern, in jungen Jahren an Lungenkrebs zu erkranken, steigt bei gleichzeitigem Marihuanakonsum stark an. In diesem Zusammenhang wird derzeit diskutiert, ob und inwieweit der Cannabiskonsum zu einem beschleunigten Krankheitsverlauf bei HIV- oder HCV-infizierten Personen führen kann. Zu rechnen ist weiterhin mit einer Schädigung des Erbgutes und der Leber. Bezüglich der Langzeitfolgen des Cannabiskonsums besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf.

Beim Entzug von Cannabis nach längerem Gebrauch entstehen Angst- und Unruhezustände.

## LSD

LSD ist die Kurzform für d-Lysergsäure-Diäthylamid; in der Szene heißt die Droge Acid, Säure, Trip, Pappen, Papers. Die Herstellung erfolgt im Labor aus der Lysergsäure, die aus ergotaminhaltigen Pilzen gewonnen werden kann. Gehandelt werden Tabletten und Löschpapier mit Wirkstoffgehalten zwischen 20µg und 150µg, in Ausnahmefällen bis zu 300µg, die oral eingenommen werden.

LSD besaß insbesondere in den 70er Jahren in der Zeit des ideologischen Kampfes um die und mit der Droge eine große Bedeutung. Ideen wie die LSD-Einleitung in das Trinkwasser, um die Menschen friedlicher zu machen, wurden diskutiert. Heute gehört LSD zu den Partydrogen und wird überwiegend ohne ideologischen Hintergrund geschluckt. Zur Anzahl der LSD-Konsumenten lässt sich wenig aussagen. Ihre Zahl wird in Deutschland auf etwa 100.000 geschätzt - mit wachsender Tendenz.

Den Grundstoff des LSD bildet die Lysergsäure, deren Wirkung bereits seit Jahrhunderten bekannt ist. Sie kommt in einem parasitär auf Getreide wachsenden Pilz vor, dem Mutterkorn (*Claviceps purpurea*). Im Mittelalter kam es zu Vergiftungen und Todesfällen unter getreideerntenden Bauern, wenn dieses Getreide mit dem Mutterkorn befallen war. Auf der Suche nach einem medizinisch bedeutsamen Mutterkornderivaten wurde 1943 bei der Firma Sandoz in Basel durch Dr. Albert Hofmann erstmals LSD-25 entwickelt. Es war die 25ste Testsubstanz des Chemikers, von der er unabsichtlich kleinste Mengen aufgenommen hatte, was für einige Stunden Intoxikationszeichen wie Schindel, Farbillusionen und verschwommenes Sehen auslöste. Es stellte sich heraus, dass die Wirkung des LSD etwa 4000mal stärker war als die Wirkung der bisher bekannten, stärksten psychoaktiven Substanz, des Meskalins. Unter der Bezeichnung „Delysid“ brachte Sandoz 1949 das LSD auf den Markt.

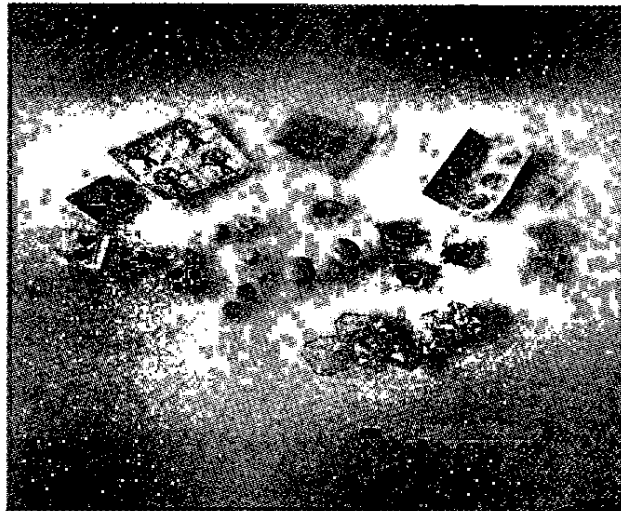
In den 50er Jahren wurden vielseitige Anwendungsmöglichkeiten der Substanz getestet; sie wurde als psychotherapeutisches Hilfsmittel und als Schmerzmittel eingesetzt, durch den amerikanischen Geheimdienst an nichtsahnenden Bürgern, Gefängnisinsassen und psychisch Kranken getestet und schließlich in den 60er Jahren auf der Straße frei verkauft. In dieser Zeit gewann die Droge auch eine politische Bedeutung: Die Einnahme von LSD sollte den Konsumenten für das kosmische Bewusstsein öffnen und ihm so einen Abstand von der Leistungsgesellschaft verschaffen. 1952 studierte der kanadische Psychiater Dr. Osmond die psychedelischen Effekte des LSD, u.a. an Aldous Huxley. Huxley schreibt 1954 die Aufsätze „The Doors of Perception. Heaven and Hell.“ („Die Pforten der Wahrnehmung. Himmel und Hölle“). Von Timothy Leary, einem Psychologie-Dozenten der Harvard-Universität, stammt die Aufforderung: „Turn on, tune in, drop out“. Seine Schriften untermauerten den Drogenkonsum ideologisch und trugen zur Verbreitung der Substanz bei. Den Verkauf der Droge stellte Sandoz 1966 ein, 1967 wurde LSD verboten. Während die Droge in den 70er Jahren aufgrund der Gefahr von Horrortrips und Psychosen an Bedeutung verlor und eher selten konsumiert wurde, erfährt sie seit den 80er Jahren im Zusammenhang mit der Techno-Musikkultur eine neue Popularitätswelle, und zwar als preiswertes ekstaseförderndes Party-mittel. „Candyflipping“ ist der Begriff für die gemeinsame Einnahme von LSD und Ecstasy.

LSD wird ganz überwiegend auf Löschpapier oder in Tablettenform geschluckt. Die intravenöse oder intramuskuläre Injektion ist möglich, steigert jedoch nicht die Wirkung. Unterschiedliche Designmuster auf den Löschpapieren und Tabletten kennzeichnen die verschiedenen Sorten, die jedoch so schnell wechseln, dass sich der Drogenkunde kaum orientieren kann. Die Dosierung der Droge auf den Trägermaterialien ist den Konsumenten unbekannt. Sie ist generell heute geringer als in den 60er Jahren. Eine Einzeldosis kostet zwischen 20.- DM und 30.- DM.

LSD ist das stärkste bekannte Halluzinogen und greift massiv in die Wahrnehmung ein. Etwa eine halbe Stunde nach Einnahme beginnt die Wirkung: die Pupillen erweitern sich, Puls und Blutdruck sind leicht



erhöht. Ein verändertes Empfinden für Farben und Formen und eine Überempfindlichkeit für Sinnesreize kennzeichnen die Anfangsphase, begleitet von Übelkeit und Kältegefühl und mitunter Gleichgewichtsstörungen, Gangstörungen und einem fremdartigen Körperempfinden. Auf die Anfangsphase folgt eine Euphorie mit z.T. unkontrolliertem Lachen und mit visuellen Pseudohalluzinationen (Farben, Muster). Das Denken ist sprunghaft, und die Zeit scheint sich endlos auszudehnen. Es kommt zu Selbstüberschätzungen (z.B. zu der Überzeugung, fliegen zu können) mit der Gefahr gesundheitsschädigenden Verhaltens. Der Wirkungsschwerpunkt liegt zwischen der ersten und der dritten/vierten Stunde. Aus den Pseudohalluzinationen werden echte Halluzinationen mit phantastischen Szenen, Landschaften und filmartigen Erlebnissen, aber auch Horrorvorstellungen („Horrortrip“). Töne werden als Farben „gehört“, und visuelle Wahrnehmungen „gespürt“. Das Denken haftet an Kleinigkeiten, und die Urteilsfähigkeit ist erheblich gestört. Intensive persönliche oder religiöse Erfahrungen werden aus dieser Phase berichtet. Die Wirkung klingt nach 6 bis 12 Stunden ab und hinterlässt Müdigkeit und Melancholie. Nach dem Abklingen des Rausches besteht eine mehrtägige Refraktärzeit, d.h. eine erneute Einnahme der Droge zeigt in diesem Zeitraum kaum Wirkungen.



Durch den LSD-Konsum bildet sich keine körperliche Abhängigkeit, wohl aber kann eine psychische Abhängigkeit entstehen. Es besteht eine im Vergleich zu anderen Drogen erhöhte Psychosegefahr („Hängenbleiben“). Bereits bei einmaligem Konsum kann die Leistungsfähigkeit von entsprechend vorbelasteten Personen langfristig gestört werden. Besondere Gefahren bestehen auch für Personen mit Herzschäden, Bluthochdruck, Diabetes, Arterienverkalkungen und für Schlaganfallpatienten. Bei psychotischen Vorbelastungen droht durch LSD-Konsum der Ausbruch einer Psychose.

## PSILOCYBIN (PILZE)

Psychoaktive Wirkstoffe wie Psilocybin (4-Phosphoryloxy-N,N-Dimethyltryptamin) oder Psilocin (4-Hydroxy-N,N-Dimethyltryptamin) kommen in verschiedenen Pilzen vor. In der Szene laufen diese unter Bezeichnungen wie Zauberpilze, Magic Mushrooms oder Psilo's. Die Pilze werden getrocknet und pulverisiert. Eine vollsynthetische Herstellung ist möglich, jedoch selten. Psilocybin wird ganz überwiegend in Pulverform oral eingenommen und gelegentlich zur Vermeidung des unangenehmen Geschmacks in Gelatinekapseln verpackt. Möglich sind auch das Rauchen und die Injektion der Substanz, sie kommen jedoch nur sehr selten vor. Der Preis für eine Einzeldosis psilocybinhaltiger Pilze (1 g) beträgt ca. 20.- DM, wobei die Wirkstoffkonzentration starken Schwankungen unterworfen ist.

Das Psilocybin kommt in einigen Pilzarten vor (Psilocybe oder Stropharia, Copelandia, Panaeolus, in Nordeuropa insbesondere der „Spitzkegelige Kahlkopf“ Psilocybe semilanceata). Unter den etwa 6.000 bekannten Pilzsorten enthalten ca. 80 psychoaktive Wirkstoffe. Die Einnahme psilocybinhaltiger Pilze wurde in Südamerika durch die spanischen Eroberer um 1600 verboten. In Deutschland wurde die halluzinogene Wirkung der Pilze in den 50er Jahren wiederentdeckt. Patentierte und vermarktet wurden unter der Bezeichnung „Indocyn“ auch das Psilocybin von der Firma Sandoz. Dem schon aus dem Zusammenhang mit LSD bekannte Dr. Albert Hofmann gelang 1955 die Isolierung und vollsynthetische Herstellung von Psilocybin. In den 60er Jahren führte Dr. Timothy Leary Psilocybinexperimente an den Insassen des Harvard-Concord-Gefängnisses durch. Das Interesse der Drogenkonsumenten an den Pilzen stieg, auch weil die „natürlichen“ Zauberpilze als eine Alternative zu dem in Verruf geratenen synthetischen LSD erschienen. Gegenwärtig erfreut sich Psilocybin - möglicherweise aufgrund seiner sanften und geselligen Wirkung - neuer Beliebtheit.

Psilocybin und Psilocin ähneln dem körpereigenen Serotonin und koppeln vermutlich an deren Rezeptoren an, um durch eine Dauerverbindung mit dem Rezeptor zu einer Reizüberflutung zu führen. Nach der Einnahme kommt es zu einem Gähnen ohne Müdigkeit, mitunter auch zu

Übelkeit, Kältegefühl und Koordinationsstörungen; die Pupillen sind stark erweitert. Etwa 15 Minuten nach der Einnahme entsteht eine Benommenheit, 30 bis 60 Minuten danach wird ein traumhafter, meist als angenehm und euphorisierend erlebter Zustand erreicht. Sinnesindrücke werden verzerrt, die Empfindsamkeit gesteigert, das Denken haftet an Nebensächlichkeiten, die Grenzen zwischen Person und Umwelt verschwimmen. Der Rausch verläuft im Vergleich zu LSD sanfter und weniger beängstigend. Im weiteren Rausch kommt es zu LSD-ähnlichen Halluzinationen mit Farbmustern dreidimensionalen Formen und Landschaften sowie zu akustischen Halluzinationen. Öfters wird von religiösen Erfahrungen und Lebenseinsichten („peak experiences“) berichtet, die über den Rausch hinaus wirksam bleiben und die von der Lebenssituation und der Verfassung des Benutzers abhängig zu sein scheinen.

Die Rauschwirkung klingt nach 2 bis 5 Stunden ab, es bleiben jedoch für 1 bis 2 Stunden weitere Nachwirkungen (Auflockerung, Offenheit, mystisches Gefühlserleben) mit Wortfindungs- und Konzentrationsstörungen und erhöhter Ablenkbarkeit. Danach wird der Konsument schläfrig, er wirkt erschöpft und verlangsamt. Die verminderte Koordinationsfähigkeit des Körpers und die verringerte Konzentrationskraft bleiben für 10 bis 20 weitere Stunden bestehen.

Eine körperliche Abhängigkeit entsteht nicht, jedoch zwingt die Toleranzbildung (nachlassende Wirkung bei gleichem Drogenkonsum) zu einer immer höheren Dosierung.

## DIE GESELLSCHAFT UND IHRE DROGEN

Bereits bei der Beschreibung der unterschiedlichen Suchtmittel wurde deutlich, dass sich Drogen überall in der Kulturgeschichte des Menschen wiederfinden. Die ältesten „positiven Drogenproben“ stammen von ägyptischen Mumien aus der Zeit von 1.100 vor bis 400 nach Christus. Rauschmitteln kommen dabei unterschiedliche Bedeutungen zu:

- eine mystisch-religiöse Bedeutung
- eine Bedeutung als Möglichkeit der Realitätsflucht
- eine hedonistische (auf Lustgewinn ausgerichtete) Bedeutung

### ZUR GESELLSCHAFTLICHEN BEDEUTUNG DES DROGENKONSUM

Sehr früh war bekannt, dass der Genuss bestimmter Pilze (Psilocybin) Halluzinationen, mystische Erfahrungen und visionäre Erlebnisse hervorruft. Priester und Schamanen versetzten sich mittels Rauschdrogen in Ekstase. Unter der Einwirkung von Halluzinogenen erlebten sie ähnliche Zustände wie Gurus durch extremes Fasten, Atemübungen und Isolation. Amerikanische Untersuchungen belegen, dass der Entzug von Sinneseindrücken (sensory deprivation) zu Visionen führt. Möglicherweise liegt hier der Schnittpunkt zwischen den Erfahrungen des meditierenden Yogi und denen des LSD-Konsumenten. Inwieweit den unter Drogeneinfluss gewonnenen mystischen Erfahrungen ein religiöser Wert zuzuordnen ist, gilt unter Religionswissenschaftlern als umstritten.

Früh wurden Drogen auch als Möglichkeit erlebt, einer als belastend erlebten Realität zu entfliehen: Den Menschen zeichnet es (im Gegensatz zum Tier) aus, dass er seine Zukunft vorwegnehmen, seine Vergangenheit erinnern und in der Gegenwart unter mehreren Handlungsmöglichkeiten wählen und somit Entscheidungen treffen kann. Der Rauschmittelkonsum hebt aus dieser auch als angstausslösend erlebten Realität heraus in ein Gefühl der Zeitlosigkeit und Leichtigkeit. Trance und Ekstase sind in den frühen Kulturen in Riten und Kulte eingebunden und dadurch in ihrer Schädlichkeit begrenzt; gesellschaftliche

Umbrüche können zu einer Zerstörung dieser Kulte und zu einer weiteren schädlichen Verbreitung des Drogenmissbrauchs führen. Als Beispiel hierzu wird der Coca-Blatt-Konsum der peruanischen Indios genannt, der zunächst in religiöse Zeremonielle eingebunden bzw. in einem gesellschaftlichen Bezugsrahmen verankert war. Die Herrschaft der Spanier führte zu einer Zerstörung der Inka-Kultur und zur Verelendung der Menschen, und der Suchtmittelkonsum verbreitete sich als „Verzweiflungs-Cocaismus“.

Hochorganisierte Gesellschaftsformen haben sich bereits im Altertum dem Drogenkonsum widersetzt. In der griechischen Welt spielte der Dionysos-Kult eine wichtige Rolle. Die Anhänger dieses Gottes des Weines und der Fruchtbarkeit versetzten sich in einen ekstatischen Taumel, um so eine möglichst große Nähe zu ihrem Gott zu erleben, „des Gottes voll“ zu werden. In Sparta, dem bestorganisierten Gemeinwesen Griechenlands, wurde dagegen der Dionysos-Kult nicht geduldet. Unter der Bezeichnung Bacchanalien (Bakchos ist eine andere Bezeichnung für Dionysos) gewannen die ekstatischen Kultfeste zunächst auch in Rom Einfluss. Dort wurden sie im Jahr 186 v.Chr. unter Androhung der Todesstrafe verboten.

In der Neuzeit ist Sucht als Problem erst relativ spät erkannt worden. Zur Zeit der Opiumkriege (1840 - 1842) bestand in Europa kein Bewusstsein für die zerstörerischen Folgen des Opiumkonsums. Intellektuelle Kreise wie der Bohème-Zirkel in Paris, zu dem eine Zeit lang auch Pablo Picasso (1881 - 1973) gehörte, wollten dem Drogenkonsum eine herausgehobene Bedeutung geben. Noch in Meyers Konversationslexikon von 1897 wird der Begriff „Sucht“ ausschließlich als „veraltete medizinische Bezeichnung für Seuchen“ definiert. Die zerstörerischen Auswirkungen des Opiumkonsums werden 1909 auf der Konferenz von Schanghai erstmals klar benannt.

Die westeuropäische Einstellung zu Rausch und Rauschdrogen wurde seit dem 19. Jahrhundert zunehmend durch die protestantische - insbesondere puritanische - Ethik geprägt. Die Ablehnung des Rausches begann bei den höheren Schichten und gewann ihren Einfluss auch unter den Arbeitern. Während für die Fabrikarbeiter zu Anfang der

Industrialisierung der Alkohol das „tägliche Brot“ bildete, fanden sich in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts Sätze wie dieser auf den gewerkschaftlichen Plakaten: „Der denkende Arbeiter trinkt nicht, und der trinkende Arbeiter denkt nicht.“

Der Einfluss von Drogenaposteln des 20. Jahrhunderts wie Aldous Leonard Huxley (1894 - 1963), Timothy Francis Leary (1920 - 1996) oder William Seward Burroughs (1914 - 1997) wird insgesamt als gering eingeschätzt; ein Teil der Rauschmittelkonsumenten entwickelten daraus ihre Drogenideologien.

Teile der APO (Außerparlamentarischen Opposition) propagierten in den 60er Jahren die Drogen als ein Mittel zu einer „Politik der Ekstase“, zur Überwindung bestehender Gesellschaftsordnungen und zu einer Bewußtseinerweiterung für die breite Masse. Andere linke politische Aktivisten erkannten dagegen, dass die Flucht in den Rausch Menschen apolitisch werden lässt und den Zielen der Bewegung entgegensteht.

Beherrscht wird die gegenwärtige Drogenszene von den internationalen Kartellen und - vor Ort - ihren Kleindealern und Pushern. Die verheerenden Auswirkungen des Drogenkonsums rechtfertigen die Bezeichnung Rauschgift. Nicht zuletzt wurden durch neuere chemische Verfahren aus relativ schwachen Pflanzenprodukten (Coca-Blätter, Opium) wirkungsintensive Konzentrate gewonnen (Kokain, Morphin, Heroin).

Eine gewisse neue Offenheit für halluzinogene Drogen in Westeuropa mag mit dem Prozess der „Veröstlichung“ des Westens einhergehen: Das neu entstandene Interesse an Meditation und Ekstase lässt Drogen, die ähnliche Erfahrungswelten öffnen, interessanter werden.

Zugleich kann Drogensucht auch als Weigerung interpretiert werden, in einer materiell orientierten Welt ohne Antworten auf die Fragen nach Lebenssinn, dem Tod und dem Jenseits zu existieren. „In einer Kultur, die im Materialismus zu ersticken droht ..., nimmt sich die zunehmende Selbstzerstörung ganzer Bataillone von Drogenabhängigen wie der stumme Protest einer wachsenden Minderheit aus, die sich den traditionel-

len Werten der modernen Zivilisation nicht mehr verpflichtet fühlt, aber aus eigener Kraft keine lebenswerten neuen Zielvorstellungen und verbindlichen Normen zu entwickeln vermag.“ (vom Scheid, Schmidbauer 1999, S. 447)

Der Bindungsverlust im christlich-religiösen Bereich hinterlässt eine entscheidende Lücke: „Die Naturwissenschaften, ja auch die Medizin und selbst die Psychoanalyse als immer noch prominenteste Richtung der Tiefenpsychologie vermeiden entweder die Frage nach dem ‘Sinn des Lebens’, die ja unmittelbar mit der Todes-, Sterbe- und Jenseitsproblematik verknüpft ist, oder streiten überhaupt den Sinn dieser Frage ab. Der Fixer, der Alkoholiker, der ausgeflippte LSD-Reisende demonstrieren hingegen auf drastische Weise, dass es dieses Fragen gibt, und vor allem: dass neue und sinnhaltige Antworten dringend notwendig sind.“ (vom Scheid, Schmidbauer 1999, S. 448)

Von Drogenkonsumenten wird bis heute der Versuch unternommen, im Bereich von Zeitschriften (z.B. grow, hanf), Musik, Kunst und Literatur eine Gegenkultur aufzubauen, die jedoch ganz überwiegend um die Rauschdrogen und deren Konsumbedingungen kreist und kaum bedeutenden Impulse für die Gesellschaft zustande bringt. Psychedelische Motive haben insbesondere in der Malerei, in der Literatur und in der Musikszene einen Niederschlag gefunden. In der Literatur sind es interessanterweise die Science-fiction-Romane, die in der Drogenszene an Beliebtheit gewinnen und deren Zukunftsphantasien den Halluzinationen der Kiffer und LSD-Konsumenten sehr nahe kommen. Besonders auffallend wird die Ähnlichkeit bei den in den 80er Jahren aufkommenden Cyberspace-Romanen, die auch Timothy Leary begeisterten (vom Scheid, Schmidbauer 1999). Unter den wenigen bedeutsamen literarischen Werken der Drogenszene befinden sich Aldous Huxley (1894-1963) „The Doors of Perception“ (Die Pforten der Wahrnehmung) und „Heaven and Hell“ (Himmel und Hölle) - wobei Huxley selbst nur einen sehr oberflächlichen Kontakt zur Drogenszene hatte -, das Buch „Junkie“ von Williams S. Burroughs (1914-1997) sowie die Bücher Carlos Castaneda (1925-1998). Im musikalischen Bereich greift insbesondere das Album „The Wall“ der Gruppe Pink Floyd psychedelische Bilder und Symbole auf (das Durchbrechen ei-

ner Mauer und Vorstoßen in höhere Dimensionen des Bewusstseins). Während die Bandmitglieder von „Pink Floyd“ sich wohl selbst überwiegend von Drogenkonsum zurückhielten, zerstörten andere prominente Mitglieder der Musikszene ihr Leben durch die Drogen (siehe Tretter 2000):

	Alter	Tod	Droge als Todesursache
Brian Jones (Rolling Stones)	27	1969	"Schlafmittel", Tod durch Ertrinken?
Jimi Hendrix	28	1970	Akuteffekt von Alkohol, Marihuana und Barbituraten
Janis Joplin	28	1970	Akuteffekt von Heroin und Alkohol, nach Sturz
Jim Morrison (Doors)	31	1971	Akut- und Langzeiteffekt von Alkohol, Heroin
Ron "Pipgen" McKernan (Greatful Dead)	27	1973	Leberversagen / chronischer Alkoholismus
Sid Vicious (Sex Pistols)	21	1979	Heroin
Kurt Cobain (Nirvana)	27	1994	Erschießen bei Polytoxikomanie
Jerry Garcia (Greatful Dead)	53	1997	Diabetes-Krise und Herzprobleme im Entzug bei Polytoxikomanie
Robert Pilatus (Milli Vanilli)	32	1998	Akuteffekt von "Tabletten", Alkohol und Kokain

Die Rocksängerin Janis Joplins galt als Verkörperung der Beatnik-Philosophie „live fast, love hard, die young“).

## JEDE ZEIT HAT IHRE DROGEN

Jede Zeit hat ihre Drogen: So wie in den 60er Jahre mit ihren politischen Strömungen, den Studentenunruhen und der Außerparlamentarischen Opposition viele Drogenkonsumenten ihren Lebensstil als Alternative zu der Lebensweise der Gesamtgesellschaft auffassten, die



Bewußtseinsweiterung suchten und die Reise in die eigene Innenwelt antraten, so sind es heute die Anhänger der Raver- und Technoszene, eher leistungs- und spaßorientierte junge Menschen, eben keine Aussteiger, deren Drogenkonsum die öffentliche Diskussion bestimmt. In einer zunehmend von technischen Zwängen bestimmten Welt wird ausgelassen miteinander „gefeiert“, gegen die Vereinzelung setzt die Technoszene die Begegnung in der Masse, gewaltfrei und offen für Menschen aus unterschiedlichen Kulturen und ethnischen Hintergründen. Von den etwa 3 Millionen Anhängern der Technobewegung nehmen - zumindest gelegentlich - die Hälfte Drogen. Die Begegnung in der großen Masse, Musik, Bewegung, Kleidung, Sprache und die Wirkung der Droge - all das wird in der „Partydrogenszene“ als Einheit erlebt, als „ultimative“ Form der Freizeitgestaltung. Nach einem durchgeführten Wochenende oder Nacht geht es zurück in die Leistungsgesellschaft. Das „Neue“ dieser Szene zeigt sich im Gegensatz zur Drogenkultur der 60er bis 80er Jahre:

<b>Drogenszene der 60er bis 80er Jahre</b>	<b>Drogenszene ab den 90er Jahren</b>
schlafanstoßende und beruhigende Drogen (Opiate, Cannabis) überwiegen	halluzinogene und antriebssteigernde Drogen überwiegen (Amphetamine, Ecstasy, Kokain)
Drogenkonsum funktioniert als Rückzugskultur mit alternativen Lebensformen	Drogenkonsumenten leben leistungsorientiert und lehnen die Gesellschaft keinesfalls ab
Drogen werden mystifiziert und zur Bewusstseinsweiterung verwendet	Drogen werden als chemische Substanzen zur Veränderung von Bewußtseinszuständen eingesetzt

Die Wurzeln des Techno - der elektronische Musikrevolution - liegen in den 70er Jahren. Impulse aus Deutschland - etwa von der Düsseldorfer Gruppe „Kraftwerk“ - wurden in den USA aufgegriffen. In Detroit sprach die neue Musikrichtung schwarze Bevölkerungsgruppen an, die im Alltag erlebte Monotonie und Gefühlskälte darin wiederfanden.

Im Mittelpunkt des Techno-Musikgeschehens steht der DJ (Discjockey), der in der Musikgestaltungen Stimmungen des Publikums aufgreift, widerspiegelt und weiterführt und so zum „Magier der Nacht“ wird. In der elektronischen Techno-Musik weicht das Lied dem Track. Auf der Grundlage eines starken und monotonen Rhythmus werden unterschiedliche Klanggebäude errichtet, wobei Alltagsgeräusche einbezogen und einander ähnliche Klangmuster variiert werden. Neue Tracks (Musikstücke) entstehen auch durch das Synchronisieren und parallele Abspielen von zwei oder sogar drei Titeln. Techno bezieht flexibel Elemente vieler Musikrichtungen ein (Jazz, Funk, Klassik, Rock) und Techno-Elemente werden ihrerseits zunehmend in Pop-Songs aufgegriffen. Der monotone, aus sich wiederholenden Klangschleifen mit geringen Variationen lebende Sound der Detroitter Szene wich zunehmend penetranten Melodien oder individuell programmierten Klängen mit Wiedererkennungswert (Rave-Signale).

Auf der Techno-Party und in der Techno-Disco zielen Hallendekoration, Lichteffekte, Videoprojektionen und Computerbeamer gemeinsam mit der Musik auf die Gefühle und Stimmungen der überwiegend jungen Tänzer, die oft mehrere Stunden Fahrt auf sich nehmen, um die vorwiegend in den Großstädten gelegenen Hochburgen der Technoszene zu erreichen. Der Tanz („Zappeln“) - allein in der großen Masse - wird über mehrere Stunden anstrengend. Zucker- und koffeinhaltige „Energiegetränke“ wurden parallel zu der Entwicklung der Technoszene zu einem Erfolgsprodukt. Auf manchen Technoveranstaltungen dienen „Chill out“-Zonen mit meditativer Musik und Getränkeangeboten der Erholung der Tänzer. Techno ist in ungeheurem Ausmaß der Kommerzialisierung unterworfen, da dort junge und kaufkräftige und konsumfreudige Käufer erwartet werden. Die Tabakindustrie entwickelt sich zum Sponsor von Großevents, der Bekleidungssektor sucht mit Technoemblem und Technokollektionen Umsatzzuwächse zu erzielen, und die großen Musiklabel verschafften sich durch den Kauf oder die Kooperation mit kleinen Techno-Labels und durch die Auswertung des Szenegeschehens in eigenen „Dance Departments“ Zugang zum und Einfluss auf den neuen Musikmarkt.

Partydrogen verstärken innerhalb der Technokultur die gewünschten Effekte: Sie bewirken zunächst ein Gefühl der Leistungssteigerung, der inneren Entspannung und der Offenheit für Klänge, Farben, Gefühle und für das Gespräch. Üblich ist der Mischkonsum: So wird an den Wochenenden Ecstasy, Speed und Kokain konsumiert und während der Woche Cannabis. Auf den Partydrogenkonsum folgen mitunter mehrtägige depressive Verstimmungen, was manche durch den verstärkten Cannabiskonsum während der Woche oder durch einen durchgehenden Amphetaminkonsum bekämpfen.

Einfluss auf den Drogenkonsum nimmt aber nicht nur eine bestimmte Musik- oder Jugendkultur, sondern auch unsere Gesellschaft als Ganzes. Wir sind eine

- Konsumgesellschaft (der Drogenabhängige konsumiert Gefühle)
- Risikogesellschaft (der Drogenkonsument lebt mit dem Risiko)
- Leistungsgesellschaft (Drogen steigern die Leistungsfähigkeit)
- Industriegesellschaft (Drogen funktionieren nach dem Schaltprinzip „ein/aus“ von Industrieprodukten)
- pluralistische Gesellschaft (ganz unterschiedliche Lebensentwürfe werden zugelassen, die Entscheidung liegt bei dem Einzelnen, der damit überfordert sein kann - Drogenkonsum als Lebensentwurf)
- Erlebnisgesellschaft (der Drogenrausch bietet das totale Erlebnis)
- Massengesellschaft (die Droge bietet Scheinlösungen gegen Isolation und Selbstentfremdung)
- Wohlfahrtsgesellschaft (der Staat soll die Risiken des Drogenkonsums auffangen)
- globale Gesellschaft (gegen die als bedrohend erlebten Folgen der Globalisierung - Großkonzernbildung, neue Kriegsschauplätze [ehemaliges Jugoslawien, Tschetschenien, Rwanda], neue Seuchen [BSE] - setzt der Drogenkonsument die Reise in die Innenwelt)
- Kommunikations- und Informationsgesellschaft (gegen den Widerspruch einer totalen Kommunikation via Internet, Email, Fax, Handy bei gleichzeitig zunehmender Oberflächlichkeit und Entpersönlichung dieses elektronischen Informationsaustausches setzt die Droge ein inhaltsleeres, aber emotional als sehr befriedigend erlebtes Gemeinschaftsgefühl)

Wenden wir den Blick auf der Suche nach Hintergründen des Drogenkonsums von der Gesamtgesellschaft weg und mehr den unmittelbaren Lebensbezüge zu, so besitzt die **Familie** für die Suchtentstehung bzw. für die Entwicklung einer Bereitschaft zum Drogenkonsum eine große Bedeutung:

Der vielleicht wichtigste Schutzfaktor ist die Harmonie, die Zugehörigkeit und Geborgenheit, die eine Familie vermitteln kann. Das Auseinanderbrechen von Familien (broken-home-Situationen), die faktische (arbeitsbedingte) Abwesenheit des Vaters, die Erfahrung von Desinteresse oder Ablehnung - all diese Negativfaktoren aus der Beziehungsebene können als Risikofaktoren für eine Suchtentstehung gelten.

Ein weiterer, sehr wichtiger Punkt ist der in einer Familie praktizierte **Erziehungsstil**. Eine Erziehung ohne jede Grenzsetzung (laizze-faire-Stil), ein liebloser und emotional kalter Umgang mit dem Kind sowie auch ständige Überforderungen können zu einer späteren Suchtentwicklung beitragen.

**Psychologische Theorien** versuchen zu erklären, warum unter vergleichbaren Lebensumständen ein Mensch süchtig wird und der andere nicht. Dabei besteht inzwischen Übereinstimmung darin, dass es keine „monokausale“, d.h. auf eine einzige Ursache zurückzuführende Erklärung geben kann.

In diesem Zusammenhang sind zunächst die **Lerntheorien** zu nennen: Das „Lernen am Erfolg“ weist auf den - naheliegenden - Aspekt hin, dass die Einnahme einer Droge positive Erfahrungen ermöglicht (als „positive Verstärker“ wirken die im Rauschzustand erlebte Entspannung oder Euphorie) und deshalb wiederholt wird. Das „Lernen am Modell“ greift die hohe Bedeutung der Eltern als Vorbilder für den Umgang mit Drogen und Sucht heraus. Ein erheblicher Teil der Suchtmittelkonsumenten stammt aus Elternhäusern, in denen geraucht, getrunken, gekokst und gekifft wird. Die Kinder aus der Generation der 68er Drogenkonsumenten befinden sich inzwischen selbst im konsumfähigen Alter.

Aus **psychoanalytischer Sicht** stellt der Drogenkonsum eine orale Bedürfnisbefriedigung dar, gleichsam einen Rückfall in das Verhaltensrepertoire der frühen Kindheit („orale Phase“). Durch die Einnahme der Suchtmittel wird Lust erlebt und Unlust vermieden. Der Süchtige ist ein Mensch, der Unlust (Konflikte, Anstrengung, Enttäuschung) nur schwer verkraften kann.

Aus **soziologischer Sicht** fällt auf, dass am Anfang von Drogenkarrieren oft Verunsicherungssituationen stehen: (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, Beziehungsabbrüche, Wohnungsverlust. Verunsichernde Lebensereignisse führen natürlich nicht zwangsläufig zu einem Drogenkonsum, erhöhen jedoch bei manchen Betroffenen die Bereitschaft dazu.

## **AUSLÄNDER, AUSSIEDLER, INTEGRATION UND DAS DROGENPROBLEM**

Ausländer und Aussiedler finden sich unter den Drogenkonsumenten in einem höheren Maß, als es ihr Bevölkerungsanteil an den betroffenen Altersgruppen erwarten lässt. Bei den jungen Drogenkonsumenten sind es oft Menschen ausländischer Herkunft, die in Deutschland geboren wurden oder zumindest dort aufgewachsen sind. Viele dieser jungen Menschen sind einerseits besonderen Belastungssituationen ausgesetzt, andererseits werden sie und ihre Familien von den Hilfeangeboten in der deutschen Gesellschaft kaum erreicht.

An Belastungssituationen junger Ausländer ist zu nennen: Sprachprobleme, verunsicherte Familiensituation und das Leben zwischen zwei Kulturen, Orientierungslosigkeit und Normkonflikte, unterschiedliche Erziehungsstile, Schulprobleme. Bei wichtigen Entwicklungsaufgaben und Themen des Jugendalters sind ausländische Jugendliche besonderen Problemen ausgesetzt (nach Salman/Tuna/Lessing 1999):

Unter den Drogenkonsumenten stellen junge Aussiedler eine Gruppe mit besonders hohen Zuwachsraten dar. So wird aus einem niedersächsischen Landeskrankenhaus berichtet, dass Abhängige aus die-

sem Hintergrund derzeit etwa 20% der Entgiftungspatienten ausmachen (Schwichtenberg/Weig 1999). Auch im Strafvollzug befindet sich eine deutlich wachsende Zahl junger Deutscher mit Geburtsorten in der ehemaligen UdSSR. Diese Gruppe weist besondere Probleme auf, die eine Hilfe erschweren:

Themen der Auseinandersetzung im Jugendalter	
Allgemein	Zusatzbedingungen für Ausländer
Selbstbild (Für wen halte ich mich selbst? Für wen halten mich die anderen?)	Abweichung zwischen eigenem Selbstbild und den Vorstellungen anderer über die eigene Person
Identität (Bleibe ich im Verlauf meiner körperlichen Veränderungen der gleiche? Erkenne ich mich selbst in der Vielfalt neuer Rollen und neuer Beziehungen wieder? Vergewisserung in der Geschlechterrolle)	Aufwachsen in zwei Kulturen (bikulturelle Sozialisation), Erwartungen der Eltern im Widerspruch zur Realität (Doppelbotschaften), Freundschaften und deren Akzeptanz, sprachliche Schwierigkeiten und schulische Mißerfolge, Fremdsein
Selbstschätzung (Kann ich mit mir selber einverstanden sein?)	Selbstwertgefühl ist stark tangiert, Veränderung der herkunftsorientierten Normen und Werte und deren Bewertung durch die Eltern, "Ausländer-Dasein", Stigmatisierung
Veränderung der Beziehung zu Eltern und Familie	Rollenvorstellungen, Autoritäts-Autonomie-Konflikt, Verantwortlichkeiten gegenüber der Familie
Umgang mit der Sexualität	Kulturell stark unterschiedliche Vorstellungen, Wohnsituation, voreheliche gegengeschlechtliche Beziehungen untersagt

Diese jungen Menschen leben eingebunden in eigenen Cliques und Freundeskreise mit wenigen Kontakten zu den von ihnen so genannten „Hiesigen“ (in Deutschland geborene Deutsche). Sie sprechen Deutsch schlecht oder mit starkem Akzent, sind in der deutschen Schule häufig überfordert und von Arbeitslosigkeit erheblich betroffen. Ihre Familien bleiben auch in Deutschland dem Lebensentwurf ihrer Herkunftsländer verpflichtet, sodass sie dort wenig Verständnis erleben. Materieller Gewinn wird oft zu dem alles bestimmenden Lebensinhalt. Männliche Jugendliche ziehen sich in stark hierarchisch gegliederte Gruppen zurück, in denen Aggressionen häufig sind.

In ihren Herkunftsländern hatten wenige Berührungspunkte mit Drogen (z.T. mit Haschisch). Die Drogenkarriere in Deutschland beginnt in Deutschland oft relativ jung, ohne eine Karriere über 'weiche' Drogen und mit risikoreichen, polytoxikomanen Missbrauchsmustern.

Hepatitisinfektionen sind entsprechend häufig. Erste Kontakte zur Drogenszene entstehen bereits in Aufnahmeheimen.

Zu den traditionellen Hilfeangeboten (Drogenberatungsstellen) besteht ein großes Misstrauen - wie gegenüber allen Behörden. Eher wird der Weg zu einem „Wunderheiler“ gesucht, und es werden bizarr anmutende okkulte und suggestive Verfahren angewandt.

Auch in Entgiftungen und Therapien verhalten sich diese jungen Leute gruppenorientiert und sind einer Behandlung schwer zugänglich; es werden hohe Abbruchquoten berichtet. In Bezug auf die Heilung von der Sucht herrscht ein „mechanisches“ Denkmodell vor: Etwas ist kaputt - und zwar im organischen Bereich - und muss repariert werden. Einblicke in das Seelenleben werden nicht oder kaum gestattet. „Nicht reden, sondern handeln“ lautet das Motto, mit dem die Hintergründe des eigenen Tuns verdeckt werden.

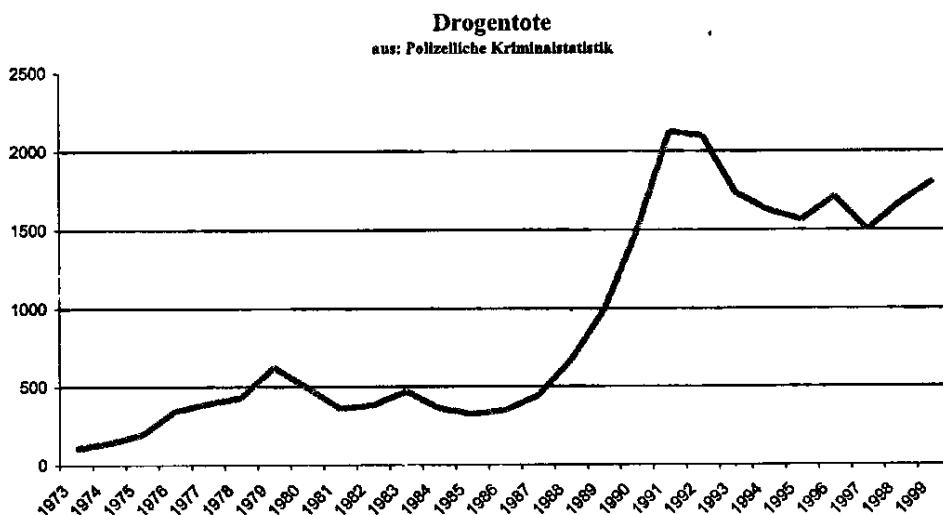
Der Drogenhandel erscheint vielen als ein Mittel zu schnellem Gelderwerb. Gut deutschsprechende Aussiedler nutzen ihre Sprachkenntnisse zum Aufbau von Vermittlerpositionen im Rauschgiftstraßenhandel. Aus der Szene wird von einem äußerst gewaltbereiten Vorgehen russlanddeutscher Drogenhändler gemeldet. Rauschgiftfahnder der Polizei berichten von ihren Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme zu russlanddeutschen Konsumentenkreisen.

# DROGENKRISEN UND DROGENHILFE

Der Drogenkonsum ist keinesfalls als harmlos zu werten. Besonders deutlich wird dies an der Zahl der Drogentoten.

## DIE DROGE UND DER TOD

In der Heroinszene kennt so gut wie jeder Konsument andere, die durch den Drogenkonsum ums Leben gekommen sind. Der Drogentod stellt den tragischen Endpunkt einer Suchtkarriere dar. Hinter den Zahlen stehen Menschen, deren Leben nicht hätte vernichtet werden müssen:



Unter den 1.812 Rauschgifttoden starben 1999

- 1507 Menschen (83,2%) an einer Überdosis
- 152 Menschen (8,4%) durch Selbstmord
- 127 Menschen (7,0%) infolge langzeitigen Missbrauchs
- 26 Menschen (1,4%) an Unfällen unter Drogeneinfluss.

Von den Drogentoten waren 56,9% älter als 30 Jahre und 6,2% jünger als 21 Jahre. Die Altersspanne reichte von einem 14-jährigen Mädchen bis zu einem 57-jährigen Mann. 89,6% waren Deutsche, 10,4% Angehörige ausländischer Staaten. Aufgefunden wurden diese Toten ganz überwiegend in Wohnungen (74%) und zu einem Teil im Freien (10,2%) und in Krankenhäusern (6,4%). Andere Fundorte besitzen