

BERATUNG
BILDUNG
PROJEKTE

Daniel Murer
Sternmattstrasse 14c
6005 Luzern
Tel. 041 310 95 02
e-mail daniel.murer@bluewin.ch
www.mypage.bluewin.ch/goto/murerdaniel

Die verschiedenen Suchtmittel **Zahlen und Daten zur Suchtmittelabhängigkeit**

Dokumentation

Inhalt

1. Beschreibung der Kurseinheit	3
2. Abhängigkeiten	4
2.1. Legale Abhängigkeiten – illegale Abhängigkeiten	4
2.2. Stoffgebundene Abhängigkeiten – nichtstoffgebundene Abhängigkeiten	5
2.3. Männerspezifische Abhängigkeiten – frauenspezifische Abhängigkeiten	5
2.4. Abhängigkeit von harten Drogen - Abhängigkeit von weichen Drogen	6
2.5. Einzelarbeit: Abhängigkeiten / Sucht	7
3. Suchtmittel	8
Einzel- / Gruppenarbeit	8
3.1. Alkohol	10
3.2. Tabak	11
3.3. Medikamente	12
3.4. Schnüffelstoffe	14
3.5. Cannabis	15
3.6. Opiate	17
3.7. Kokain	19
3.8. Diverse Suchtmittel	21
4. Suchtforschung	23
4.1. Gesundheitsbefragung	23
4.2. Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich SAMBAD	24
5. Informationsquellen	25
5.1. Links	25
5.2. Literatur	25

1. Beschreibung der Kurseinheit

<h3>Die verschiedenen Suchtmittel Zahlen und Daten zur Suchtmittelabhängigkeit</h3>
<h4>Lerninhalte</h4>
<ul style="list-style-type: none"> • Einführung: Sucharten, Suchtmittel • Wirkungen und Folgen verschiedener Süchte • Vertiefte Auseinandersetzung anhand ausgewählter Süchte (Alkohol, Cannabis...) – persönliche / praxisrelevante / gesellschaftliche Zusammenhänge • Ausgewählte Suchtforschungsprogramme und deren Ergebnisse (SAMBAD / Schweizerische Gesundheitsbefragung...) • Integration in die Berufspraxis der Kursteilnehmenden
<h4>Lernziele</h4>
<p>Die Kursteilnehmenden</p> <ul style="list-style-type: none"> • kennen die einzelnen Süchte und die Unterscheidung der Drogenarten. • können den Bezug von verschiedenen Süchten zu ihrem eigenen Leben, ihrer beruflichen Arbeit sowie zu den gesellschaftlichen Entwicklungen herstellen. • sind in der Lage, sich weitere Informationen nach Bedarf selber zu beschaffen.
<h4>Lernformen</h4>
<ul style="list-style-type: none"> • In den Plenen werden Grundlagen in der Übersicht referiert und erarbeitet sowie weiterführende Fragestellungen vertieft. • In Einzel- und Gruppenarbeiten werden konkrete eigene Erfahrungen reflektiert, Themen vertieft und weiterführende Fragestellungen erarbeitet.

2. Abhängigkeiten

2.1. Legale Abhängigkeiten – illegale Abhängigkeiten

- **Legale und illegale Drogen**

„Eine ebenso übliche, aber deshalb noch lange nicht unproblematische Einteilung ist diejenige hinsichtlich des rechtlichen Status der Substanzen. So genießt in den westlichen Staaten Alkohol einen hohen und anerkannten Stellenwert (kein Staatsempfang ohne Wein, Sekt oder Champagner!), während in den meisten islamischen Ländern (Einheimischen) der Alkoholkonsum streng verboten ist. Aber auch die zzt. in der Schweiz geführte Diskussion zur Legalisierung von Cannabis macht die gesellschaftlich bedingte Attribuierung deutlich. Darüber hinaus können legale Stoffe (z.B. Amphetamine) durchaus auch illegal hergestellt und verwendet werden“ (ULRICH 2000, S. 42).

- **Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) Art. 1**

1 Betäubungsmittel im Sinne dieses Gesetzes sind abhängigkeiterzeugende Stoffe und Präparate der Wirkungstypen Morphin, Kokain, Cannabis.

2 Zu den Betäubungsmitteln im Sinne von Absatz 1 gehören insbesondere:

a. Rohmaterialien

1. Opium,

2. Mohnstroh, das zur Herstellung von Stoffen oder Präparaten dient, die unter die Gruppen b 1, c oder d dieses Absatzes fallen,

3. Kokablatt,

4. Hanfkraut;

b. Wirkstoffe

1. die Phenantren-Alkaloide des Opiums sowie ihre Derivate und Salze, die zur Abhängigkeit (Toxikomanie) führen,

2. Ekgonin sowie seine Derivate und Salze, die zur Abhängigkeit führen,

3. das Harz der Drüsenhaare des Hanfkrautes;

c. Weitere Stoffe, die eine ähnliche Wirkung haben wie die Stoffe der Gruppen a oder b dieses Absatzes;

d. Präparate, die Stoffe der Gruppen a, b oder c dieses Absatzes enthalten.

3 Den Betäubungsmitteln im Sinne dieses Gesetzes sind abhängigkeiterzeugende psychotrope Stoffe gleichgestellt. Darunter fallen:

a. Halluzinogene wie Lysergid und Mescaline;

b. zentrale Stimulantien vom Wirkungstyp des Amphetamins;

c. zentral dämpfende Stoffe vom Wirkungstyp der Barbiturate oder Benzodiazepine;

d. weitere Stoffe, die eine den Stoffen der Gruppe a–c dieses Absatzes ähnliche Wirkung haben;

e. Präparate, die Stoffe der Gruppe a–d dieses Absatzes enthalten.

4 Das Bundesamt für Gesundheit erstellt das Verzeichnis der Stoffe und Präparate im Sinne der Absätze 2 und 3.

2.2. Stoffgebundene Abhängigkeiten – nichtstoffgebundene Abhängigkeiten

- **Verschiedene Abhängigkeitsarten**

Stoffgebundene Abhängigkeit (Suchtmittel)	Stoffgebundene Abhängigkeit (ohne Suchtmittel im engeren Sinne)	Nichtstoffgebundene Abhängigkeit (Suchtverhalten)
<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol • Tabak • Medikamente • Schnüffelstoffe • Cannabis • Opiate • Kokain • Anabolika • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexie (Magersucht) • Bulimie (Ess-Brechsucht) • Adipositas (Fettsucht) • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • Spielen • IT (surfen, chatten, telefonieren) • ...

- **Doppeldiagnose** (nach: ULRICH 2000, S. 216f)

Definition:

Personen, die gleichzeitig unter substanzgebundenem Suchtverhalten und psychischen Störungen (z.B. Depressionen) leiden, werden Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnosen (DD) genannt. Das ist ein Spezialfall von Komorbidität, die das zeitliche Zusammentreffen zweier oder mehrerer körperlicher oder psychischer Störungen beschreibt.

Erklärungsmodelle:

- Psychische Störung → Substanzgebundenes Suchtverhalten = Doppeldiagnose
- Substanzgebundenes Suchtverhalten → Psychische Störung = Doppeldiagnose
- Substanzgebundenes Suchtverhalten x Psychische Störung = Doppeldiagnose

2.3. Männerspezifische Abhängigkeiten – frauenspezifische Abhängigkeiten

(nach: ULRICH 2000, S. 106ff)

- **Konsummuster**

- Die von Frauen deutlich häufiger konsumierten und missbrauchten Substanzen sind Medikamente und Nahrungsmittel.
- Zwei Drittel der Medikamentenabhängigen (Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel) sind Frauen, ein Drittel sind Männer.
- In Bezug auf Essstörungen (Magersucht, Ess-Brechsucht) sind gemäss Schätzungen ca. 90 - 95% Frauen und ca. 5 - 10% Männer betroffen.
- Männer werden dagegen häufiger von Alkohol und harten illegalen Drogen abhängig. Bei diesen beiden Suchtformen verteilen sich die Geschlechter auf zwei Drittel Männer und ein Drittel Frauen.
- Frauen konsumieren eher heimlich, d. h. im privaten Bereich Suchtmittel, während Männer dies häufiger im öffentlichen Raum tun.
- Frauen neigen eher zu ausschliesslich selbstschädigenden Verhaltensweisen (z. B. Medikamente, Beschaffungsprostitution), während Männer häufiger nach aussen gerichtete und fremdschädigende Handlungsweisen zeigen (z. B. Dealen, Gewalt, Kriminalität).

- **Suchtursachen**

Frauen	Männer
<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle, körperliche und psychische Gewalterlebnisse in der Kindheit (oft über lange Jahre hin) und in der aktuellen Lebenssituation. Gewalt zieht sich häufig wie ein roter Faden durch das Leben von suchtmittelabhängigen Frauen. • Ein ebenfalls suchtmittelkonsumierender oder -abhängiger Partner • Weibliche Rollenbilder, welche materielle und emotionale Abhängigkeiten fördern, sowie eine einseitige Aufgabenverteilung im privaten Bereich: Frauen werden auf Abhängigkeit hin erzogen. • Mangelnde familiäre Ressourcen (Bindung an die Familie, Unterstützung in materieller und emotionaler Hinsicht) • Die schlechtere Berufsausbildung und Stellung in der Arbeitswelt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Männliche Rollenbilder, welche die Selbstwahrnehmung nicht gestatten • Fehlende männliche Bezugspersonen im Alltag von Knaben und damit Identifikationsmöglichkeiten. • Der berufliche Bereich als zu zentraler Anteil des Mannseins und die einseitige Verantwortung für das materielle Überleben der Familie. • Die enge Verknüpfung oder gar Gleichsetzung von sexueller Potenz und Männlichkeit. • Der Zwang, in Männergruppen aufgenommen zu sein. • Fehlende alternative Rollenbilder und Möglichkeiten, eine andere Männlichkeit zu leben.

2.4. Abhängigkeit von harten Drogen – Abhängigkeit von weichen Drogen

Einteilung gebräuchlicher Drogen durch das Europäische Parlament vom 29. November 1991	
sehr harte Drogen (<i>ultra-hard Drugs</i>)	Heroin, Crack
harte Drogen (<i>hard Drugs</i>)	Morphin, Kokain, Phencyclidin, Methadon, Pethidin
mittelharte bis harte Drogen (<i>medium-hard Drugs</i>)	Amphetamine, Barbiturate, LSD, Psilocybin, Meskalin, chem. Lösungsmittel, Absinth
weiche bis mittelharte Drogen (<i>medium-soft Drugs</i>)	Opium, Haschisch, Khat, Coca(-Blätter), Tabak, Branntwein
weiche Drogen (<i>soft Drugs</i>)	Cannabis (Hanf, Marihuana), fermentierter Alkohol, Peyote, halluzinogene Pilze, Codein, Tranquilizer
sehr weiche Drogen (<i>ultra-soft Drugs</i>)	Tee, Kaffee, Schokolade

2.5. Einzelarbeit: Abhängigkeiten / Sucht

- Definieren Sie **eigene Unterscheidungen von Abhängigkeiten** und erläutern Sie diese:

..... **Abhängigkeiten** - **Abhängigkeiten**

-
-
-

..... **Abhängigkeiten** - **Abhängigkeiten**

-
-
-

- Sie haben im Verlauf des Basismoduls ihr eigenes Suchtverständnis definiert. **Welche Aspekte kommen aufgrund obiger Unterscheidungen neu hinzu** oder erscheinen in einem andern Licht?

-
-
-

Definieren Sie Ihr „neues“ Verständnis von Sucht:

.....
.....
.....

3. Suchtmittel

Einzel- / Gruppenarbeit (Übersicht)

- **Ziel:** Sie haben sich mit einem ausgewählten Suchtmittel / Suchtverhalten vertieft auseinandergesetzt:
 1. Alkohol
 2. Cannabis
 3. Heroin
 4. ...

Sie sind fähig, zum ausgewählten Thema einige Fakten zu benennen, sich dazu eine eigene Meinung zu bilden, diese darzustellen und zu begründen.

- **Auftrag:**

Einzelarbeit	1. Sie notieren sich stichwortartig, was Sie über dieses Suchtmittel / Suchtverhalten schon wissen.
Gruppenarbeit	2. Sie wählen in den Unterlagen ein für Sie relevantes Thema (Zahl / Grafik...) aus und notieren sich stichwortartig Ihren persönlichen Bezug zu diesem Thema. 3. Sie stellen sich in der Gruppe das (neu) vorhandene Wissen vor. 4. Sie stellen den Bezug zu Ihrer Berufspraxis her. 5. Sie bereiten Ihr Wissen und den Bezug zu Ihrer Berufspraxis zu Händen des Plenums auf.
Plenum	6. Erkenntnisse, Meinungen und deren Begründungen werden dem Plenum vorgestellt: <ul style="list-style-type: none">• Gruppenkonsens wird nicht erwartet• Mittel und Methode nach freier Wahl

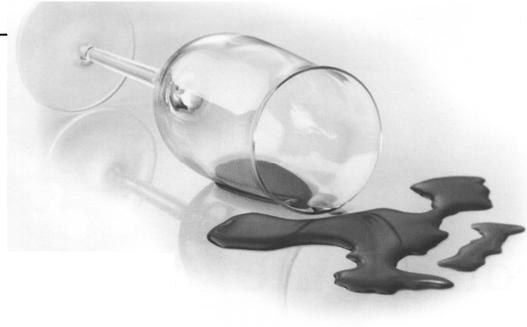
Den konkreten Auftrag entnehmen Sie folgender Seite.

• **Einzelarbeit zum Suchtmittel / Suchtverhalten**

	Thema	Zeit
1.	Sie notieren sich stichwortartig, was Sie über dieses Suchtmittel / Suchtverhalten schon wissen.	5'
2.	<ul style="list-style-type: none"> • Sie wählen in den Unterlagen ein für Sie relevantes Thema (Zahl / Grafik...) aus (SFA: Zahlen und Fakten / HSA Dokumentation). • Sie notieren sich stichwortartig Ihren persönlichen Bezug zu diesem ausgewählten Thema. 	5'

• **Gruppenarbeit zum Suchtmittel / Suchtverhalten**

	Thema	Zeit
3.	Sie stellen sich in der Gruppe das (neu) vorhandene Wissen vor.	15'
4.	Sie stellen den Bezug zu Ihrer Berufspraxis her. Notieren Sie stichwortartig:	10'
5.	<p>Sie bereiten Ihr Wissen und den Bezug zu Ihrer Berufspraxis zu Handen des Plenums auf. (Möglicher) Ablauf:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Präsentation der Themen (s. Pt. 2) 2. Bezug zu Ihrer Berufspraxis (s. Pt. 4) 3. Klären von Verständnisfragen 4. Sammeln von Diskussionspunkten 5. Diskussion: Achtung: Jedes Gruppenmitglied formuliert 1 Einstiegsfrage: 	10'



3.1. Alkohol

(siehe auch: SFA: Zahlen und Fakten S. 2 – 34)

- **Wirkung** (nach: ULRICH 2000, S. 44)

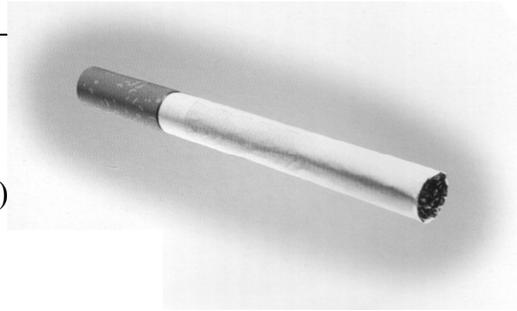
0.3 - 0.6 Promille	Gesteigerter Redefluss und erste Beeinträchtigungen der Wahrnehmung und der Reflexe
0.8 Promille	In der Schweiz - willkürlich gesetzter - Grenzwert zur Fahruntauglichkeit
1.0 - 1.5 Promille	Euphorie und Enthemmung, aber auch zunehmend Sprach- und Koordinationsstörungen
2.0 - 2.5 Promille	Starke Rauschzustände mit Bewusstseinstörung und Aufhebung des Erinnerungsvermögens
über 3.0 Promille	Lähmungserscheinungen
3.5 Promille	In der Regel komatöser Zustand
4.0 - 5.0 Promille	Meist tödliche Blutalkoholkonzentration

- **Folgen**

„Ethanol kann bei entsprechend disponierten Individuen das suchtartige Verlangen zur kontinuierlichen Aufnahme grosser Mengen alkoholischer Getränke auslösen. Es kommt zu jahrelanger chronischer Vergiftung, in deren Verlauf die typischen Krankheitsbilder des Alkoholismus auftreten. Neben den suchtbedingten sozialen und sozioökonomischen Folgen sind bedeutende Veränderungen der Persönlichkeit, hirnorganische Schäden, Polyneuropathien, chronische Entzündungen der Magenschleimhaut (Gastritis) sowie Leberschäden bis hin zur tödlich verlaufenden Leberzirrhose von Bedeutung. Plötzliches Absetzen des Alkohols führt beim Alkoholkranken zu massiven physischen und psychischen Entzugserscheinungen bis hin zum Delirium tremens. Zur Bewältigung des Entzugs und zur Rückfallprophylaxe können mit gewissem Erfolg Medikamente (z.B. Antabus und Campral) eingesetzt werden“ (ULRICH 2000, S. 44).

- **Selbsttest (CAGE)**

C	Konsum reduziert (<i>cut down</i>)	Hatten Sie schon das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?
A	Aufgeregt (<i>annoyed</i>)	Hat es Sie auch schon aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisieren?
G	Gewissensbisse (<i>guilty</i>)	Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums auch schon Gewissensbisse?
E	Erwachen (<i>eye opener</i>)	Haben Sie morgens zum Erwachen auch schon als Erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden?
	Auswertung	Werden mindestens 2 Fragen bejaht, so liegt mit 80-prozentiger Wahrscheinlichkeit ein Missbrauch vor.



3.2. Tabak

(siehe auch: SFA: Zahlen und Fakten S. 35 – 49)

Inhaltsstoffe und Wirkungen

„In Tabak- und Zigarettenrauch wurden bis heute über 2000 verschiedene Substanzen nachgewiesen. Neben dem für die Tabakwirkung im Wesentlichen verantwortlichen Nikotin sind Cumarine, Flavone, Alkane, Alkohole, Ketone, Ester, Säuren, Phenole, Kohlenwasserstoffe, Nitrosamine und Schwermetalle (Chrom, Arsen, Cadmium, Vanadium) beschrieben worden. Für die Wirkungsbeurteilung sind zudem die beim Rauchen entstehenden Reizgase Kohlenmonoxid sowie die Stickstoffoxide NO und NO₂ mitzuberechnen. Nikotin wirkt je nach Dosis und Dauer der Einwirkung erregend oder lähmend auf das Nervensystem. In kleinen Dosen hat Nikotin stimulierende und das Hungergefühl unterdrückende Effekte, in höheren Dosierungen und bei Tabakungewohnten kann es zu Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und Halluzinationen, im Vergiftungsfall aber auch zum Tod durch Atemlähmung kommen. Hervorzuheben ist die ausgeprägte Eigenschaft des Nikotins zur Sucht- und Toleranzbildung mit der damit einhergehenden Tendenz zur Dosissteigerung («Kettenrauchen»). Die gravierenden gesundheitsschädigenden Wirkungen des chronischen Tabakgenusses (Bronchitis, koronare Herzkrankheit, Magengeschwüre, Durchblutungsstörungen sowie Bildung bösartiger Tumore mit Hauptlokalisation in Lunge, Mundhöhle und Harnblase) sind in der Bevölkerung wohl bekannt. Der legale Status der stets verfügbaren Droge im Zusammenspiel mit der Suchtbildung des Nikotins und der sozial akzeptierten Ritualhaftigkeit des Tabakgenusses verhindert aber in der Regel eine entsprechende Verhaltensänderung des Rauchers“ (ULRICH 2000, S. 46).



3.3. Medikamente

(siehe auch: SFA: Zahlen und Fakten S. 50 – 56)

- **Beruhigungsmittel** (ULRICH 2000, S. 48)

„**Benzodiazepine** sind synthetisch hergestellte Substanzen aus den Labors der pharmazeutischen Industrie und zeichnen sich durch angstmindernde, schlafanregende, muskelentspannende und krampflösende Eigenschaften aus. Man weiss heute, dass diese Wirkungen auf einer Verstärkung der Gamma-Aminobuttersäure (GABA), des wichtigsten dämpfenden Neurotransmitters im Gehirn, beruhen. Die als «Tranquilizer» bekannte Klasse der Benzodiazepine umfasst eine grosse Zahl von Einzelsubstanzen, die sich untereinander trotz chemischer Verwandtschaft bezüglich Dosierung, Wirkungseintritt und Wirkdauer sowie Eliminationsgeschwindigkeit aus dem Körper unterscheiden. Gegen ärztliches Rezept konnten 1998 über 50 verschiedene Benzodiazepin-Präparate in der Apotheke bezogen werden. Exemplarisch seien die Handelsnamen Valium, Rohypnol, Seresta, (Durazepam, Praxiten), Temesta (Duralozam, Tavor), Dormicum, Xanax, Mogadon, Normison, (Planum, Remestan) und Halcion erwähnt. Bei diesen Medikamenten ist die Grenze zwischen medizinisch sinnvoller Anwendung (bei sonst schlecht therapierbaren Schlafstörungen, Epilepsie, Angstneurosen oder Paniksyndrom) und chronischem Missbrauch mit daraus resultierender psychischer und gelegentlich auch physischer Abhängigkeit fließend. Typische Nebenwirkungen der Benzodiazepine umfassen Verwirrtheit, gestörte Bewegungskoordination und Gedächtnisausfälle sowie Veränderungen der Schlafarchitektur und „Hangover“ am nächsten Tag. Konsumenten beschreiben das «Benzodiazepin-High» als entspanntes Gefühl der psychischen Distanzierung vom Alltagsgeschehen («in Watte eingepackt sein»), was bei chronischem Gebrauch längerfristig zu einer emotionalen Verflachung führen kann. Die häufig beobachtete Kombination mit Alkohol führt zu einer deutlichen Wirkungsverstärkung. Bei der Substanzklasse der Benzodiazepine zeigt sich, dass sich die Drogenproblematik keineswegs auf die Jugend beschränkt, sind doch vor allem betagte Menschen die typischen Schlafmittel- und Tranquilizer-Konsumenten mit den erwähnten Abhängigkeitsproblemen.“

„**Barbiturate** waren bis vor wenigen Jahren als Schlafmittel und in Kombinationspräparaten gegen Schmerzen (z.B. Optalidon) weit verbreitet; sie sind nun aber weitgehend aus dem Handel verschwunden. Medizinisch eingesetzt werden diese chemisch von der Barbitursäure abgeleiteten Substanzen heute aufgrund ihrer Eigenschaft zur Erhöhung der Krampfschwelle einzig noch zur symptomatischen Behandlung der Epilepsiekrankheit. Im Gegensatz zu den Benzodiazepinen verursachen hohe Barbituratdosen eine Atemlähmung, was - vor allem in suizidaler Absicht - zum Tod vieler Menschen geführt hat. Barbiturate führen zu einer ungewöhnlich starken psychischen und physischen Abhängigkeit mit Toleranzbildung und lebensbedrohlichen Entzugssymptomen. Der Rückzug der Barbiturate aus dem therapeutischen Arsenal der Medizin hat seit den 80er Jahren zu einem starken Rückgang der Schlafmittelsuchtproblematik geführt.“

- **„Aufputzmittel“** (ULRICH 2000, S. 50)

„**Amphetamin** («speed», Weckamin) wurde erstmals in den 30er Jahren in den USA chemisch hergestellt. Weit verbreitet war der Konsum von Amphetaminen bereits unter Soldaten im Zweiten Weltkrieg. Aus dieser Zeit stammen auch die ersten klinischen Berichte über die Amphetaminsucht. In den 60er und 70er Jahren entdeckte die Hippiebewegung Amphetamine und sorgte für deren Verbreitung. Seit den 80er Jahren wird vermehrt auch eine Abwandlung des Amphetamins unter dem Namen «Ice» auf dem Schwarzmarkt angeboten. Als Dopingmittel für lange Techno-Nächte erfuhr diese Substanzklasse in den letzten Jahren eine wahre Renaissance. Amphetamine werden in Dosen von 10 bis 80 mg als Kapseln oder Tabletten eingenommen, als Pulver wie Kokain geschnupft und seltener in gelöster Form intravenös gespritzt. Wenn es in den 40er und 50er Jahren noch mehr als zwei Dutzend medizinische Indikationen für die Anwendung von Amphetaminen gab, so werden diese Stoffe heute klinisch nur noch bei zwei seltenen Krankheitsbildern (Narkolepsie und hyperkinetisches Syndrom bei Kindern) eingesetzt. Chemisch gesehen gehören die Amphetamine zur Klasse der Phenylalkylamine; genauer gesagt zu den Phenylpropanolaminen. Die chemische Ähnlichkeit mit der Nervenüberträger-substanz Noradrenalin erklärt die pharmakologischen Effekte der Amphetamine. Im Vordergrund steht die psychostimulierende, kommunikationssteigernde und euphorisierende Wirkung; das Hungergefühl sowie psychische und körperliche Müdigkeit werden verdrängt und die Grenze der Leistungsfähigkeit erhöht, was die Amphetamine zu einem beliebten Dopingmittel im Sport macht. Da körperliche Warnsignale bei Überbeanspruchung kaum wahrgenommen werden, kam es unter Amphetamineinfluss mehrfach zu tödlich verlaufenen Fällen von Herz-Kreislauf-Versagen. Gehirnblutungen, Herzrhythmusstörungen und Krampfanfälle sind mögliche, wenn auch selten auftretende Nebenwirkungen des Amphetaminegebrauchs. Relativ häufig wird allerdings von depressiver Verstimmung im Anschluss an den Konsum von Amphetaminen berichtet. Der vergleichsweise selten angetroffene chronische Amphetaminmissbrauch führt neben einer ausgeprägten psychischen Abhängigkeit häufig zu psychotischer Wesensveränderung mit schizoidem Erleben und paranoiden Wahnideen.“

„**Appetitzügler** oder «Anorexika» basieren auf der chemischen Grundstruktur des Amphetamins bzw. des nahe verwandten Ephedrins. Es handelt sich dabei um synthetische Abwandlungen, bei denen die zentralnervös stimulierende Wirkung im Hintergrund steht, der appetithemmende Effekt aber sehr ausgeprägt ist. Durch eine Dosis-Steigerung, häufig um ein Vielfaches der zur Hungerdämpfung erforderlichen Menge, werden in den meisten Fällen die zu Rauschzwecken erwünschten euphorisierenden Wirkungen erzielt. Diese medizinisch als Unterstützung zur Gewichtsreduktion bei Übergewicht eingesetzten Medikamente werden denn auch häufig als «Freizeitdrogen» und Amphetaminersatz gebraucht. Risiken, unerwünschte Wirkungen und Abhängigkeitspotenzial sind weitgehend vergleichbar mit denen des Amphetamins.“

3.4. Schnüffelstoffe

(siehe auch: SFA: Zahlen und Fakten S. 57)

- **Lachgas**

„Lachgas (N₂O) wurde bereits vor über 100 Jahren als Inhalationsanästhetikum für zahnärztliche Eingriffe eingeführt und ist für medizinische Zwecke noch heute im Gebrauch. In moderaten Dosen inhaliert, führt Lachgas zu einem kurzen, nur etwa eine bis zwei Minuten anhaltenden, aber intensiven psychedelisch-narkotischen Rauscherlebnis. Im Umfeld der Technoszene hat auch der Konsum von Lachgas einen neuen Aufschwung erhalten. Zu Rauschzwecken werden Luftballons mit Lachgas, beispielsweise aus einer N₂O enthaltenden Rahmbläserkartusche, gefüllt und in sitzender oder liegender Position unter mehrmaliger Rückatmung in den Ballon inhaliert. Gefährdungen des Lachgaskonsums liegen v.a. in der narkotischen Wirkung selbst, was zu Verletzungen z.B. durch Umfallen führen kann. Wenn reines Lachgas ohne Beimischung von Sauerstoff über längere Zeit eingeatmet wird (Inhalationsmasken), können schwere Hirnschädigungen und Tod durch Ersticken eintreten“ (ULRICH 2000, S. 80).

„Suchtpotential: Bei wiederholtem Gebrauch kommt es zu einer Gewöhnung (Toleranzentwicklung) gegenüber dem Stoff. Der Konsument benötigt daher immer größere Mengen Gas, um dieselbe Wirkung zu erzielen. Es kann zu einer psychischen Abhängigkeit führen. Eine körperliche Abhängigkeit ist nicht bekannt.

Safer use: Vor allem Personen mit Atemwegserkrankungen wie Asthma sollten kein Lachgas konsumieren! Das gleiche gilt für Schwangere, für Personen mit Mittelohrentzündung, Rippenbrüchen und die, die schon einen Tauchunfall hatten! Vorsicht: es entstehen schwere Erfrierungen, wenn versucht wird das Gas direkt von der Gasflasche oder der Kapsel aus zu inhalieren! Wenn schon konsumieren, dann im Sitzen oder Liegen, da Gleichgewichtsstörungen auftreten können (Sturzgefahr). Niemals Plastiktüte über den Kopf ziehen (Erstickungsgefahr). Zwischendurch immer wieder Luft holen (Luftballon mehrmals absetzen; nicht so viel nacheinander inhalieren)“ (www.saferparty.ch).

- **Lösungsmittel** (ULRICH 2000, S. 80)

„Lösungsmittel gelten als Billig-Rauschmittel und «Drogen des armen Mannes» und sind weltweit vor allem in den Slums und Armensiedlungen der Grossstädte weit verbreitet. Die in unzähligen Haushaltprodukten wie Farblösemitteln, Klebstoffen, Fleckentfernern, Spraydosen oder Nagellackentfernern vorkommenden organischen Lösungsmittel (z.B. Toluol, Benzin, Aceton, Essigsäuremethylester, Ether, chlorierte Kohlenwasserstoffe) erzeugen nach längerem Inhalieren starke Rauschzustände. Die entsprechenden Produkte werden in Plastiktüten oder auf Stofftücher geschüttet und die entstehenden Dämpfe durch den Mund tief inhaliert. Das typische Einstiegsalter liegt in der Pubertät, zwischen 11 und 14 Jahren. Die Konsumenten inszenieren im narkotischen Rausch mit ihrer Vorstellungskraft Traumwelten und können sich so unbefriedigte Wünsche scheinbar erfüllen. Die meisten Einsteiger geben das Schnüffeln nach ein- oder zweimaligem Probieren wegen Nebenwirkungen auf: Übelkeit, Kopfschmerzen, Herzrasen und Reizung der Schleimhäute treten häufig auf. Chronisches Inhalieren von Lösungsmitteln führt zu schweren Leber- und Nierenschäden. Im Gehirn wird das fettreiche Nervengewebe angegriffen, was Lähmungen und Degenerationserscheinungen bewirkt. Die berausenden Dämpfe können auch direkt tödlich wirken. Zwischen 1981 und 1987 kamen allein in Grossbritannien fast 600 Jugendliche durch das Schnüffeln von Lösungsmitteln ums Leben, oft durch Ersticken in der Bewusstlosigkeit.“



3.5. Cannabis

(siehe auch: SFA: Zahlen und Fakten S. 58 -76)

- **Cannabisprodukte** (ULRICH 2000, S. 55)

Marihuana	Loses oder zu Briketts gepresstes, getrocknetes, zerkleinertes Cannabiskraut mit Blüten, Blättern, Stengel und Samen	bis 2% THC
Buds	Marihuana nur aus den Blütenspitzen und Samen bestehend	bis 3% THC
Sinsemilla	Marihuana nur aus weiblichen Blütenspitzen ohne Samen bestehend	bis 6% THC
Thaisticks	Cannabisblattmaterial, um einen kleinen Stengel gebunden	bis 3% THC
Haschisch	Nach verschiedenen Methoden gewonnenes, vorwiegend aus den Drüsenköpfchen der weiblichen Cannabispflanzen bestehendes Harz. Die Form und die Farbe sind je nach Provenienz unterschiedlich («Schwarzer Afghan», «Roter Libanese», «Grüner Türke» usw.)	bis 20% THC
Haschischöl	Aus dem Cannabiskraut oder - seltener - Cannabisharz durch Lösungsmittlextraktion und Destillation gewonnenes dunkelbraunes bis schwarzes, zähflüssiges, klebriges Öl.	bis 50% THC

- **Psychotrope Wirkungen** (ULRICH 2000, S. 52f)

„Von allen Cannabinoiden ist das Δ^9 -THC bei weitem die psychoaktivste Verbindung. Eine evtl. rauschmodulierende Wirkung anderer Cannabinoide ist ungenügend untersucht. Zur Erzeugung eines ausgeprägten Rausches von etwa 3 bis 8 Stunden Dauer sind 50 bis 300 μg THC pro kg Körpergewicht nötig (3 bis 20 mg THC oral oder 1 bis 2 «Joints» mit 2% THC). Cannabinoide werden im Fettgewebe gespeichert und sind erst nach mehreren Tagen restlos ausgeschieden. Subtile Auswirkungen auf empfindliche Funktionen können deshalb auch über die Dauer des subjektiven Rauschempfindens hinaus auftreten. Eine erhebliche Bedeutung für den Verlauf eines Cannabisrausches kommt, wie bei den meisten Drogen, dem «Set» und «Setting» zu. Unter «Set» ist dabei die momentane subjektive Stimmungslage und Erwartungshaltung zu verstehen, «Setting» bezeichnet die Umgebung und die herrschende Atmosphäre, in der eine Droge konsumiert wird. Cannabis scheint bereits vorhandene Gemütszustände weniger zu verändern als vielmehr zu verstärken. Abweichungen von vorhandenen Gefühlen gehen meist in Richtung Entspannung und Euphorie. Bei den meisten Konsumenten ähneln sich die Effekte und werden meist als angenehm empfunden. Angstzustände oder Psychosen treten selten auf. Folgende Begriffe werden von Cannabiskonsumenten häufig erwähnt: Heiterkeit/Euphorie, Entspannung, intensives Hören (genutzt im Konzert- und Discosetting), Erhöhung der Sensibilität, vermehrtes Hungergefühl, Verlangsamung der Zeitwahrnehmung, tagtraumähnlicher Zustand. Typisch für das Cannabiserlebnis ist auch die Erhöhung der assoziativen Fähigkeiten. Da Sinnesreize intensiver wahrgenommen werden und erotischen Phantasien freier Lauf gelassen wird, wird Cannabis auch als Aphrodisiakum verwendet. Bei einer 1994 durchgeführten Befragung unter 800 Cannabiskonsumenten des deutschschweizerischen und süddeutschen Raums wurden mit einer Häufigkeit von weniger als 10% folgende

Begriffe angegeben: Furcht/Ängstlichkeit, Verwirrung, Apathie, Visionen, Aggression, Übelkeit und Erbrechen. Unbestritten ist die Beeinflussung des Kurzzeitgedächtnisses unter THC-Einfluss. So geschieht es leicht, dass in einem Gespräch oder im Denken der Faden verloren geht. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf Teilaspekte oder Assoziationen, die für ein gegebenes Thema eigentlich unwichtig sind. Spätestens beim Abklingen des Cannabisrausches treten Müdigkeit und Schlafbedürfnis ein; Nachwirkungen in Form eines «Katers» sind selten.“

- **Nebenwirkungen und Toxizität** (ULRICH 2000, S. 54)
„Die Giftigkeit der Cannabispflanze wie auch der Cannabinoide für sich wird als vergleichsweise gering eingestuft und liegt im Bereich sozial akzeptierter Genussmittel wie Alkohol und Tabak. Bindehautreizungen der Augen, trockener Mund und Rachen sowie Kopfschmerzen und Übelkeit treten bei Cannabiskonsum relativ häufig auf. Erhöhung der Pulsfrequenz sowie eine Absenkung der Hauttemperatur aufgrund einer verminderten peripheren Durchblutung wurden festgestellt. Das Reaktionsvermögen wird beeinträchtigt, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitung werden beeinflusst, was die Fahrtüchtigkeit und die Fähigkeit zur gefahrlosen Bedienung von Maschinen herabsetzt. Als akut toxische Effekte können beim Menschen nach Anwendung hoch dosierter Cannabispräparate psychopathologische Reaktionen wie panische Angst oder kurzzeitige paranoide Wahnvorstellungen eintreten. Das Risiko zur Auslösung einer die Drogenwirkung überdauernden Psychose wird diskutiert, kann aber als gering eingestuft werden. Der von Smith 1968 kreierte Begriff «Amotivationssyndrom», der die Einstellungs- und Persönlichkeitsveränderung, die Vernachlässigung der eigenen Erscheinung und ein allgemeines Desinteresse bei chronischen Cannabiskonsumern umschreibt, gilt heute als überholt und nicht cannabistypisch. Die im Rauch von Cannabisprodukten enthaltenen krebserregenden Substanzen können das Risiko zur Ausbildung eines bösartigen Tumors der Atemwege erhöhen. Eine isolierte Betrachtung der Karzinogenität wird dadurch erschwert, dass Cannabiskonsumern in der Regel ebenfalls Tabak konsumieren.“
- **Toleranz und Abhängigkeit** (ULRICH 2000, S. 54)
„Beim Menschen wird eine Toleranzentwicklung gegenüber den meisten somatischen und psychischen THC-Wirkungen beobachtet, die aber nicht zu einer Dosissteigerung führt. Cannabis bewirkt keine körperliche, in seltenen Fällen aber eine psychische Abhängigkeit. Vegetative Entzugssymptome wie Übelkeit, Schwitzen, Zittern und Schlafstörungen können nach langdauerndem, täglichen Konsum hoher THC-Dosen auftreten.“



3.6. Opiate

(siehe auch: SFA: Zahlen und Fakten S. 58 -76)

- **Konsum und Wirkung auf die Psyche** (ULRICH 2000, S. 58)
„Wird das Morphin dem Körper in der «klassischen» Form, also mittels einer Opiumpeife zugeführt, so ist der Übergang zum Rauschzustand langsam und kontinuierlich. Die Umwelt beginnt zu versinken und nach kurzer Zeit erscheinen selbst die schwierigsten Probleme in den Augen des Berauschten unerheblich. Natürlich kann auch Heroin selbst, beispielsweise mit Tabak vermischt, in einem «Joint», geraucht werden. Bei der Applikation nach dem «modernem» und am häufigsten angewendeten Verfahren, nämlich mittels intravenöser Injektion von gelöstem Heroin, ist die Wirkung zwar sehr ähnlich, setzt aber urplötzlich binnen Sekunden ein. Dieses aufgrund des raschen Anflutens erlebte zusätzliche Hochgefühl («Flash») wird von den Konsumenten gesucht und geschätzt. Seit etwa 1992 hat in Europa eine weitere Konsumform grössere Verbreitung gefunden, nämlich das sog. «Folienrauchen». Dabei wird Heroin auf einer Aluminiumfolie mit dem Feuerzeug erhitzt und zum Schmelzen gebracht. Die aufsteigenden Dämpfe werden sofort durch ein Röhrchen eingeatmet und tief inhaliert. Viele Folienraucher unterliegen dem Irrtum, durch diese Art des Konsums nicht abhängig werden zu können. Der Heroin- oder Morphinrausch wird als wohlig entspannend und - in der Anfangsphase des Konsums - als zutiefst beglückend beschrieben. Gefühle von Wärme, Geborgenheit und paradiesischer Glückseligkeit werden beschrieben. Sorgen und Schmerzen des Alltags verschwinden und weichen einer allumfassenden Zufriedenheit. Bei chronischem Konsum treten, v. a. durch Toleranzbildung, die erwünschten Wirkungen immer mehr in den Hintergrund, was zu Dosissteigerungen und einer höheren Konsumfrequenz führt. Beim Heroinabhängigen steht dann weniger der Rausch als die Beseitigung der physisch und psychisch quälenden Entzugserscheinungen im Vordergrund.“
- **Missbrauch von Opiaten** (ULRICH 2000, S. 60)
„Der Konsum von Opiaten hat, unabhängig davon, ob sie medizinisch zur Bekämpfung starker Schmerzen oder zu Rauschzwecken eingesetzt werden, eine ganze Reihe von Auswirkungen auf den Körper. Akut führen Morphin und Heroin anfänglich häufig zu Übelkeit und Erbrechen. Die Pupillen verengen sich bis zur Grösse von Stecknadeln («pin-point pupils») und die Körpertemperatur nimmt ab. Gefürchtet ist die ausgesprochene Dämpfung des Atemzentrums, was bei Überdosierung zum Tod durch Atemlähmung führt. Da der Reinheitsgrad des Strassenheroins auch durch erfahrene Konsumenten nur schlecht abgeschätzt werden kann, ist die Gefahr der tödlichen Überdosis prinzipiell bei jedem intravenösen Konsum gegeben. Gepanschter Stoff und unhygienische Injektionspraktiken führen zu Abszessen, Venenentzündungen, Blutvergiftungen und erhöhter Infektanfälligkeit. Die Übertragbarkeit von Infektionskrankheiten, allen voran Hepatitis B und C (Gelbsucht) sowie HIV durch das gemeinsame Benutzen von Injektionsbesteck, ist weitläufig bekannt.“

- **Suchtentwicklung** (ULRICH 2000, S. 60)
„Das ausgesprochene Abhängigkeitspotenzial der Opiate, mit besonderer Akzentuierung beim Heroin, führt bei chronischem Konsum innerhalb von 5 bis 18 Monaten zu einer voll ausgebildeten Sucht. Zu Beginn einer Suchtentwicklung wird die Gefährdung der psychischen und physischen Abhängigkeit meist ignoriert und tabuisiert. Die rasch entwickelte Toleranz gegen die erwünschten Heroineffekte wird durch Dosis-Steigerung kompensiert. Der Mehrbedarf führt im Regelfall zu sozialen und juristischen Problemen, bedingt durch Geld- und Drogenbeschaffungsstress. Das Heroin wird in der Folge mehr und mehr zum zentralen Lebensinhalt des Konsumenten.“
- **Entzug** (ULRICH 2000, S. 60)
„Der Entzug wird von meist nicht lebensbedrohenden, aber subjektiv äusserst quälenden Entzugserscheinungen begleitet. 8 bis 12 Stunden nach der letzten Opiatzufuhr macht sich das Entzugssyndrom durch Zittern, Schüttelfrost, Muskelverkrampfungen, Durchfall, Übelkeit und einem starken Krankheitsgefühl bemerkbar. Auf psychischer Ebene werden Angst, Depressionen und das unstillbare Verlangen nach Stoffzufuhr erlebt. Der Gipfel der Symptome ist nach 1 bis 3 Tagen erreicht, nach etwa einer Woche ist der körperliche Entzug überwunden. Neben den meist abstinenzorientierten Angeboten verschiedener therapeutischer Institutionen und dem bereits etablierten Methadon-Abgabeprogramm ist das schweizerische Pilotprojekt zur kontrollierten Heroinabgabe neuerdings ein weiterer Ansatz, Heroinabhängigen eine Verbesserung ihrer Lebensqualität zu ermöglichen.“



3.7. Kokain

(siehe auch: SFA: Zahlen und Fakten S. 58 -76)

- **Konsum** (ULRICH 2000, S. 64)
„**Kokain** («Koks», «Schnee», «Coke», «C») wird in der Regel durch die Nase geschnupft («Sniffing»). Dazu werden die auf dem Schwarzmarkt erstandenen Kokainbrocken auf einer glatten Unterlage (z.B. einem Spiegel) mit einer Rasierklinge fein zerkleinert und das Pulver wird linienförmig angeordnet. Unter Verwendung eines speziellen Röhrchens oder eines gerollten Geldscheins wird das Kokain tief in beide Nasenlöcher gezogen. Eine Linie enthält etwa 20 bis 100 mg Kokain. Da die Reinheit des oft gestreckten Kokains schlecht abgeschätzt werden kann, sind Dosierungsfehler mit den entsprechenden Konsequenzen nicht auszuschliessen. Gewöhnte Kokainisten verbrauchen bis zu 3g Kokain täglich. Verbreitet ist auch der intravenöse Konsum von gelöstem Kokain, häufig in Kombination mit Heroin.
«**Crack**» (Kokainbase, «Base», «Freebase», «Supercoke») kann, im Gegensatz zum herkömmlichen Kokain-Hydrochlorid, aufgrund der leichteren Verdampfbarkeit auch mit Tabak vermischt in einer gedrehten Zigarette oder pur aus einer Glaspfeife geraucht werden. Der extrem schnelle Wirkungseintritt beim Rauchen ist mit den Effekten beim intravenösen Konsum vergleichbar. Bei analytisch-chemischen Untersuchungen von «Partypillen» im Umfeld von Rave-Parties wurden bereits mehrfach kokainhaltige Tabletten gefunden. Da Kokain nach oraler Aufnahme im Magen-Darm-Trakt inaktiviert wird, kann von dieser Konsumform allerdings kaum eine Wirkung erwartet werden.“
- **Wirkungen und Risiken** (ULRICH 2000, S. 66)
„Kokain stimuliert das zentrale Nervensystem, indem es die Freisetzung von Neurotransmittern bewirkt (vor allem Noradrenalin und Dopamin), aber auch deren Wiederaufnahme in die Nervenzellen hemmt. Die psychischen Effekte werden als euphorisierend, antreibend und kommunikationssteigernd («Logorrhö») erlebt. Kokain ist eine «extravertierte» Droge. Neben der Betäubung von Hunger und Müdigkeit wird die Empfindung übermenschlicher Stärke, sexueller Potenz und messerscharfer Intelligenz vermittelt. Kokain haftet eine egoistische Komponente an, die sich in einer übersteigert positiven Ich-Wahrnehmung und Selbstüberschätzung manifestiert. In höheren Dosierungen treten auch optische und akustische Halluzinationen auf. Die intensive Kokainwirkung ist nur von kurzer Dauer (ca. 30 Minuten) und mündet beim ausserordentlich schnellen Abklingen häufig in Rastlosigkeit, Angst oder dem Gefühl tiefer innerer Leere. Dieser unangenehme Zustand kann durch erneute Zufuhr von Kokain kurzfristig überwunden werden, was im exzessiven tages- und nächtelangen Dauerkonsum gipfeln kann.
An körperlichen Nebenwirkungen beim akuten Kokaingebrauch sind Blutdruckerhöhung, Senkung der Krampfschwelle sowie Anstieg von Puls- und Atemfrequenz sowie der Körpertemperatur zu erwarten. Generalisierte epileptische Anfälle, Hirnblutungen und Atemstillstände sind dokumentiert. Nach Zufuhr hoher Kokaindosen besteht die Gefahr des Auftretens eines Herzinfarkts oder Hirnschlags mit häufig tödlichem Ausgang. Vor allem muss vor einem exzessiven oder langfristigen, konstanten Kokaingebrauch gewarnt werden. Neben einer lokalen Beeinträchtigung der Nasenschleimhäute (Geschwüre, Dauerschnupfen) kommt es durch die ständige psychische Überreizung zu einem Zusammenbruch des vegetativen Nervensystems, was sich in Veränderung der

Gehirnaktivität, Appetitlosigkeit, Abmagerung, Schlaflosigkeit und dem Auftreten von Wahrnehmungsstörungen äussert. Bei Dauergebrauch von Kokain sind Delirien, Depressionen, Realitätsverlust und paranoide oder aggressive Wahnvorstellungen häufig. Erwähnenswert sind Kokainpsychosen mit optischen und taktilen Halluzinationen, beispielsweise der Einbildung, Insekten («coke bugs») würden auf oder unter der Haut herumkriechen.

Die Wirkung von «Crack» ähnelt dem Kokainerlebnis, ist jedoch viel heftiger. Der buchstäblich umwerfende Crack-Rausch dauert nur 3 bis 5 Minuten und gibt dem Konsumenten einen unerhört starken Kick, was das Körpergefühl wie auch die Euphorie absoluter Omnipotenz angeht.

Obwohl ein typisches Entzugssyndrom, d.h. die Entwicklung einer körperlichen Abhängigkeit nach Definition der WHO, fehlt, ist Kokain der Prototyp einer Droge mit hohem psychischen Abhängigkeitspotenzial.“



3.8. Diverse Suchtmittel (nach Ulrich 2000, S. 68f)

Mittel	Wirkungen
LSD	<p>„Die Wirkungen auf den Körper betreffen v. a. das vegetative Nervensystem und äussern sich in Pupillenerweiterung, Steigerung der Körpertemperatur sowie Erhöhung von Pulsfrequenz und Blutzuckerspiegel. Die psychische Wirkung setzt nach etwa 30 bis 90 Minuten ein und dauert - je nach Dosis - 8 bis 12 Stunden. Wellenförmig aufschaukelnd erfahren Wahrnehmung, Empfindung und formales Denken fundamentale Veränderungen. Typischerweise fehlt der LSD-Erfahrung die bewusstseinstrübende Wirkung, so dass alle Aspekte des Rausches gewissermassen in einer hyperrealen Klarheit erlebt werden. Das Spektrum der Erlebnisinhalte reicht von der ozeanisch-kosmischen Grenzerfahrung bis zum qualvollen Sterbeerlebnis beim Horrortrip. LSD-Konsumenten berichten häufig von einer Auflösung der Ego-Funktionen, was zuweilen eine Unterscheidung zwischen Ich und Umwelt verunmöglicht und in der Regel als angstbesetzt erlebt wird. LSD kann bei entsprechender Vulnerabilität prädisponierter Personen auch zur Auslösung manifester Psychosen mit schizophrenie-ähnlicher Symptomatik führen. Unfälle und Selbstmorde unter LSD sind dokumentiert. Wer LSD nehmen will, muss sich sehr sorgfältig um Dosierung, aktuelle Befindlichkeit und Schaffung eines optimalen Settings kümmern. Die Anwesenheit einer mit LSD vertrauten, aber nüchternen Begleitperson («tripmaster») ist dringend zu empfehlen. Es muss auch daran gedacht werden, dass zur Verarbeitung der intensiven LSD-Erfahrung häufig Tage bis Wochen gebraucht werden.“</p>
Psilocybin	<p>„Nach Einnahme von 10 bis 25 mg Psilocybin (ca. 10 bis 30 Pilze der Art Psilocybe semilanceata) treten vorerst Effekte des vegetativen Nervensystems auf, die sich als Kältegefühl, Schwitzen, erhöhte Pulsfrequenz, Pupillenerweiterung oder Müdigkeit äussern. Danach kommt es zu intensiven Trugwahrnehmungen in Form von bewegten farbigen Gebilden oder geometrischen Mustern. Häufig wird von traumähnlichem Erleben berichtet. Auf dem Höhepunkt der Psilocybinwirkung nach 1 bis 2 Stunden können Regressionen bis in die Kindheit, Störungen in der Körperbild-Wahrnehmung, ekstatisch-mystisches Erleben, selten auch angstbesetzte Ich-Auflösung auftreten. 4 bis 5 Stunden nach Psilocybin-Einnahme kommt es zu einem Nachlassen der Wirkung. Die nun einsetzende Verarbeitung der vor allem emotional erlebten Inhalte der «fremdartigen Welt» kann zu depressiv gefärbter Introversion oder auch zu euphorisch gesteigertem, kommunikations-orientiertem Verhalten führen. Die akute Toxizität von Psilocybin ist gering. Aus tierexperimentellen Daten ergäbe sich für den Menschen eine Gefährdung erst bei Einnahme von Psilocybinmengen im Grammbereich. Die Hauptgefahr des Psilocybinkonsums liegt in der bewusstseinsverändernden Wirkung selbst, was in seltenen Fällen zu psychotischen Zuständen oder Unfällen führt.“</p>
Peyote / Meskalin	<p>„Beim Genuss von Peyote/Meskalin erfolgt der Kater vor dem Rausch. Konsumenten sind sich einig, dass Peyotescheiben ausserordentlich bitter schmecken und dass ein bis zwei Stunden nach Einnahme Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen auftreten. Nach überstandener Anfangsphase tritt der Rausch relativ unvermittelt ein und hält dann bis zu 12 Stunden an. Die psychotrope Wirkung des Meskalin ist verwandt mit den Effekten von Halluzinogenen des Indoltyps (Psilocybin oder LSD). Das Bemerkenswerteste am Meskalinrausch sind die farbenprächtigen Visionen, wie sie mit keiner anderen Droge erlebt werden. Häufig wird auch von traumähnlichen szenischen Bildern und der erkenntnisreichen Fähigkeit berichtet, «in sich selbst hineingehen zu können». Wie bei allen Halluzinogenen besteht auch bei Meskalin die Möglichkeit, angstvolle Horrortrips mit Störungen der Ego-Funktionen zu durchleben oder auch latente Psychosen zu aktivieren.“</p>

2C-B	<p>„2C-B (Brom-Dimethoxyphenethylamin, «Nexus») ist bezüglich seiner chemischen Struktur mit dem Meskalin verwandt, kommt aber in der Natur nicht vor. Wie MDMA und Verwandte wird 2C-B zu den «Designer-Drogen» gezählt. Bei einer Dosierung von 8 bis 24 mg dauert der Halluzinogenrausch etwa 4 bis 8 Stunden. 2C-B zeichnet sich durch eine steile Dosis-Wirkungskurve aus. Dosisunterschiede von wenigen mg können die Drogeneffekte massiv verstärken bzw. qualitativ verändern. Die Nebenwirkungen betreffen v.a. das vegetative Nervensystem und äussern sich in Erhöhung der Körpertemperatur, Pupillenerweiterung, Schwitzen und Schwindelgefühlen. Die psychische Wirkung von 2C-B lässt sich zwischen der von MDMA (Ecstasy) und LSD ansiedeln, zeichnet sich aber zusätzlich durch eine einzigartige, stark erotisierende Wirkung aus, dies v.a. aufgrund der intensivierten Berührungswahrnehmung. 2C-B gilt denn auch als eines der stärksten chemischen Aphrodisiaka.“</p>
MDMA (Ecstasy)	<p>„MDMA-Erfahrungen werden häufig mit Gefühlen allumfassender Liebe und dem Erleben von tiefer Entspannung und Frieden beschrieben. Im Setting von Technoveranstaltungen ermöglicht Ecstasy zudem das tranceähnliche Abtauchen in die Musik, in der sich der Berauschte förmlich auflösen scheint. Im Gegensatz zu vielen anderen Drogen verändert sich bei MDMA die Qualität der Rauscherfahrung in Abhängigkeit zur Konsumhäufigkeit. Werden die ersten Ecstasy-Erfahrungen in der Regel als beglückend, ja sogar sinnstiftend empfunden («jetzt weiss ich, wieso ich lebe»), so nimmt die erwünschte Wirkung bei häufigerem Konsum immer mehr ab, unangenehme Nebenwirkungen hingegen nehmen zu. Dies mag mit dazu beigetragen haben, dass sich in letzter Zeit das Schwarzmarktangebot im Umfeld von Rave-Parties immer mehr von den Entaktogenen hin zu den Amphetaminen verlagert hat.</p> <p>Im Wesentlichen können drei Arten von unerwünschten und risikoreichen Nebenwirkungen beobachtet werden: Auf der körperlichen Ebene führt MDMA zu einer deutlichen Erhöhung der Körpertemperatur (Hyperthermie), was bei hoher Aktivität (Disco-Setting) in Kombination mit ungenügender Wasserzufuhr zu Kreislaufkollaps oder Nierenversagen führen kann. Fälle mit tödlichem Ausgang sind dokumentiert. Ecstasy erhöht ebenfalls den Blutdruck, was vor allem bei hohen Dosen gefährlich sein kann. Harmlosere Nebenwirkungen umfassen Schlaflosigkeit, Muskelverspannungen vor allem der Kiefermuskulatur, Schwindel und Erschöpfung. Auf der Ebene der Hirnfunktion werden seit längerer Zeit mögliche Schädigungen serotonerger Nervenzellen diskutiert, die gemäss einer gängigen Theorie von toxischen MDMA-Stoffwechselprodukten verursacht werden. In Tierversuchen mit Ratten und Affen wurden tatsächlich deutliche Veränderungen gewisser Nervengewebe beobachtet, allerdings erst unter wiederholter Applikation verhältnismässig hoher MDMA-Dosen. Ob MDMA beim Menschen neurotoxisch ist, kann noch nicht abschliessend beurteilt werden, doch lassen neuere Forschungen dies befürchten. Was unerwünschte Wirkungen auf die Psyche angeht, so stehen Depressionen, Angstzustände und - in seltenen Fällen - psychotische Zustände im Vordergrund. Wenn auch keine körperliche Abhängigkeit ausgebildet wird, muss der chronische Gebrauch von Ecstasy aufgrund der toxikologischen Faktenlage als gefährlich betrachtet werden.“</p>
GHB	<p>„GHB (Gammahydroxybutyrat, «Liquid Ecstasy») stellt den Prototyp einer neuartigen Klasse von psychoaktiven Verbindungen dar, den sog. «socializers» («prosozial» und «prosexuell») wirkende, die Kontaktfreudigkeit steigernde und enthemmende Drogen). Das zur Zeit in Europa noch legal zugängliche (Anmerkung d. V.: seit Januar 2002 in der Schweiz verbotene) GHB steht im Ruf, sich zur boomenden Disco- und Freizeitdroge der nächsten Jahre zu entwickeln. Nach Zufuhr von einem bis drei Gramm der salzig schmeckenden Substanz, in gelöster Form eingenommen, stellt sich die alkoholähnliche, euphorisierende und enthemmende Wirkung schon nach etwa 20 Minuten ein und dauert etwa eine bis drei Stunden. Die Dosierung stellt das grösste Problem beim GHB-Konsum dar, da die individuelle Empfindlichkeit auf GHB stark variiert. Bereits geringfügig über der Wirkdosis stellen sich plötzliche Übelkeit, motorische Koordinationsstörungen und ein unkontrollierbares Schlafbedürfnis ein. Stärkere Überdosierungen führen zu vorübergehender Bewusstlosigkeit und können bei prädisponierten Personen epileptische Anfälle auslösen. Vor dem Mischkonsum mit Alkohol und anderen Drogen muss aufgrund der Wirkungsverstärkung gewarnt werden. Auswirkungen des chronischen Konsums können aufgrund fehlender Daten noch nicht beurteilt werden.“</p>

4. Suchtforschung

4.1. Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997 (nach: BFS 1998)

Alle fünf Jahre (erstmalig 1992/93) werden Personen im Alter von 15 und mehr Jahren befragt, die in privaten Haushalten leben.

Anteil der Konsumentinnen und Konsumenten verschiedener Drogen und Genussmittel (in %):

	Total	Frauen	Männer
Tabak			
Raucher/innen	32,7	27,4	38,4
Ex-Raucher/innen	19,4	15,5	23,5
Nichtraucher/innen	47,9	57,1	38,0
Alkohol («üblicher» Alkoholkonsum)			
mindestens 1-mal täglich	17,2	10,1	24,7
mehrmals pro Woche	10,3	6,4	14,6
1 bis 2-mal pro Woche	27,5	24,3	30,8
seltener	26,3	33,5	18,7
nie	18,7	25,7	11,2
Schlafmittel (in den 7 Tagen vor der Erhebung)			
täglich	3,1	4,3	1,7
mehrmals	1,2	1,7	0,8
Beruhigungsmittel (in den 7 Tagen vor der Erhebung)			
Täglich	2,6	3,5	1,6
mehrmals	0,9	1,2	0,6
Illegale Drogen*			
Erfahrungen mit Haschisch	26,7	19,9	33,4
Aktueller Haschischkonsum	7,0	4,5	9,5
Erfahrungen mit einer harten Droge (Heroin, Kokain, Amphetamine, Halluzinogene, Morphine)	5,0	3,1	7,2
– Nur Ecstasy	2,8	1,8	3,9
Aktueller Konsum einer harten Droge	1,0	0,5	1,4

* Diese Ergebnisse beziehen sich auf 15–39-jährige. Es ist schwierig, in einer telefonischen Befragung Daten zum Konsum von illegalen Drogen zu erheben, weil drogenabhängige Personen oft nicht (mehr) in einem privaten Haushalt erreichbar sind.

- Die Schweiz zählt im europäischen Vergleich zu den Ländern mit einem hohen Konsum an psychoaktiven Substanzen (legale und illegale).
- 43 % der befragten Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren geben 1997 an zu rauchen, während es 1992 noch 31 % gewesen waren.
- 47 % der 15-24-jährigen möchten gerne ihr Gewicht verändern (Frauen 54%, Männer 39%), auch wenn 61% gemessen an ihrer Grösse normalgewichtig sind. 7 % der jungen Frauen beschäftigen sich täglich mit dem Gedanken abzunehmen.

4.2. Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich SAMBAD (nach: BFS 2001)

SAMBAD besteht aus zwei regelmässigen Befragungen:

1. Institutionenbefragung (jährlich)
2. Klienten und Klientinnenstatistik (dauernd)

Institutionenbefragung

- In der Schweiz bestehen 267 von SAMBAD erfasste psychosoziale Institutionen (an der Statistik beteiligt: 218 / 82%) und 178 auf Sucht spezialisierte Beratungsstellen (154 / 87%).
- In den Jahren 1995 – 1999 ist die Zahl der auf Sucht spezialisierten Beratungsstellen (insbesondere Alkoholberatungsstellen) zurückgegangen.

Klienten- und Klientinnenstatistik

- 85% der mit SAMBAD erfassten Ratsuchenden liessen sich aufgrund eigener Substanzprobleme beraten, 15% der Ratsuchenden aufgrund der Substanzprobleme von Drittpersonen.
- 70% der Ratsuchenden mit Substanzproblemen sind Männer, 80% der ratsuchenden Angehörigen sind Frauen.
- Alkohol wird in 65% der Fälle als Hauptproblemsubstanz bezeichnet.
- Unter den Ratsuchenden mit Heroinproblemen hat gut 70% der Klientschaft Erfahrung mit intravenösem Konsum. 30% der Klienten und 42% der Klientinnen mit Heroinproblemen haben mindestens einmal in ihrem Leben Injektionsmaterial mit andern Personen geteilt.
- Bei Personen mit Alkoholproblemen dauert es durchschnittlich 19 Jahre und bei Personen mit Heroinproblemen durchschnittlich 8 Jahre bis sie sich beraten lassen.
- Angehörige beginnen häufiger (77%) als Ratsuchende mit Substanzproblemen (55%) eine psychosoziale Beratung aus eigener Initiative.
- Bei ratsuchenden Personen mit Substanzproblemen werden in 88% der Fälle Einzelberatungen ausgewiesen, bei ratsuchenden Angehörigen kommen Einzelberatungen in 73% der Fälle vor.
- Bei 38% der Klienten und 30% der Klientinnen mit Alkoholproblemen sind keine Rückfälle während der Beratung zu verzeichnen. Im Heroinbereich sind es 16% bzw. 18%.
- Reguläre Abschlüsse kommen bei 54% der Klienten und bei 49% der Klientinnen mit Alkoholproblemen vor. Bei den Ratsuchenden mit Heroinproblemen sind es 42% Klienten und 45% der Klientinnen, welche die Beratung regulär abschliessen.
- Methadonsubstitution liegt bei einem Drittel der bisher registrierten Ratsuchenden mit Opiatproblemen vor.

5. Informationsquellen

5.1. Links

- www.admin.ch
Einstiegsseite des Bundes. Viele Informationen (z. Bsp. Gesetze) im pdf-Format abrufbar
- www.drogeninfo.de
Informationen zu psychoaktiven Substanzen
- www.infoset.ch
Informationen zum Thema Sucht(mittel) sowie nationale/internationale Linksammlung
- www.saferparty.ch
Aktuelle Infos zu Drogen, Online-Beratung und offenes Forum von Streetwork Zürich.
- www.sfa-ispa.ch
Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
- www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/gezu/dtfr14c.htm
Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung
- www.statistik.admin.ch/stat_ch/ber14/gezu/dtfr14d.htm
Bundesamt für Statistik: Suchthilfestatistiken - SAMBAD

5.2. Literatur

- BUNDESAMT FÜR STATISTIK (Hrsg.): Ambulante Suchtberatung 1999. Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich. Neuchâtel 2001. Bestellungen: Tel. 032 713 60 60, ISBN 3-303-14053-7.
- BUNDESAMT FÜR STATISTIK: Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997. Erste Ergebnisse. Neuchâtel 1998. Bestellungen: Tel. 032 713 65 62.
- Ernst, Cécile: „Alkoholmissbrauch – Alkoholabhängigkeit – Alkoholismus“, 3. Aufl., EDMZ, 1989.
- SCHWEIZERISCHE FACHSTELLE FÜR ALKOHOL- UND ANDERE DROGENPROBLEME: Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen 1999. Bestellungen: 021 321 29 35, ISBN 2-881183-069-2.
- SCHWEIZERISCHE KOORDINATIONSSTELLE FÜR VERBRECHENSBEKÄMPFUNG: Drogen – Nein danke. Drogen machen einsam. Neuchâtel 1999.
- ULRICH, Waldemar (Hrsg.): Drogen. Grundlagen, Prävention und Therapie des Drogenmissbrauchs. Berner Lehrmittelverlag BLMV 2000, ISBN 3-906721-77-9.