

Themenschwerpunkt:

HIGH



Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
michael.musalek@api.or.at

Dr. Martin Poltrum
martin.poltrum@api.or.at
Dr. Oliver Scheibenbogen
oliver.scheibenbogen@api.or.at

Chefredakteurin

Mag. Irene Schmutterer
irene.schmutterer@api.or.at

Verlag

Pabst Science Publishers
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
<http://www.pabst-publishers.de>
<http://www.psychologie-aktuell.com>

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst
wp@pabst-publishers.com
Erika Wiedenmann
wiedenmann@pabst-publishers.com

Administration, Art Direction

Armin Vahrenhorst
vahrenhorst@pabst-publishers.com
Herstellung: Bernhard Mündel

Urheber- und Verlagsrechte: Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Bestellservice und Abonnement

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise und Bezugsbedingungen:
Jahresabonnement: Inland 50,- €, Ausland 50,- €;
Einzelausgabe: 15,- € (Preise inkl. Versandkosten und MwSt.).

Bestellservice:
vahrenhorst@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234
Fax +49 (0)5484 550

Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Titelbild und eingestreute Zeichnungen:

Jakob Wall

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Heft 4-2012

Themenschwerpunkt

High

Inhalt

- 202 Sozialer Affekt und Bindung als Opioid
Ralf Schneider
- 205 Psychedelische Substanzen und ihre Auswirkungen auf das künstlerische Schaffen
Fruzsina Iszák, Bea Ehmann & Zsolt Demetrovics
- 214 Bildstrecke Jakob Wall
- 218 Medizin, Heilung und Psychedelika
Cameron Adams
- 227 Ekstatische Anästhesie:
Ketamin und GHB zwischen medizinischem Gebrauch und Selbstexperimentation
Robert Teltzrow & Oliver G. Bosch
- 239 Riskante Verhaltensweisen:
Verbotener Genuss – egal wie
Jason Farrell
- 250 Funktionelle Bedeutung und negative Auswirkungen von Drogen- und Alkoholkonsum unter Sexarbeiterinnen in Belgien
Tom Decorte
- 263 Frühe Missbrauchserfahrungen bei alkoholabhängigen Frauen. Bedeutung für die aktuelle Lebens- und Beziehungsgestaltung
Heike Hinz
- Nachrichten
- 204 „Verbindungsfehler“ im Gehirn von Magersüchtigen
- 226 Tschechien: Cannabis für medizinische Zwecke erlaubt
- 249 Alkohol und Schlaf: Der Schlummertrunk – ein Wachmacher?
- 262 Rauchen wie Männer, sterben wie Männer



Sozialer Affekt und Bindung als Opioid

Ralf Schneider

Aus der Sicht der Betroffenen geht es auch in Behandlung oder Therapie – wie immer im Leben – um eine möglichst konsistente Bedürfnisbefriedigung, um deren Wiederherstellung beziehungsweise Bewahrung. Wenn wir von vier Grundbedürfnissen (Epstein/Grawe) ausgehen, spiegelt sich das in folgenden Wünschen an die Behandlung wider:

- Bindung:
Auf wen treffe ich? Wird man mich mögen? Wer ist für mich da?
- Selbstwert:
Kann *ich* die Therapie schaffen? Was denken andere über mich, wenn ich in der Klinik bin („Nebenwirkungen“)?
- Kontrolle und Orientierung:
Werden meine Privatsphäre oder persönlichen Rechte eingeschränkt? Wie sicher ist der Erfolg? Werden meine Interessen ernst genommen?
- Lustgewinn, Unlustvermeidung:
Ist etwas Angenehmes damit verbunden (Ambiente, Wohnumfeld, Landschaft, „Wellness“)? Wieviel Mühe wird es mich kosten? Wird es hinterher besser gehen?

Ganz zweifellos spielt das Bedürfnis nach Unlustvermeidung und Lustgewinn eine erhebliche, zumindest anfangs oft sogar vorrangige Rolle bei der Qualitätserwartung und -beurteilung der Rehabilitanden. Fragen Sie jemanden, der gerade in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist: „Erzähl doch mal, wie ist das denn so in der Klinik?“, dann werden Sie höchstwahrscheinlich als erstes Aussagen zu Essen und Trinken, zur Dienstbarkeit oder Freundlichkeit des Personals, zur Schönheit der Landschaft bzw. der Mitpatienten, zur Schlafhygiene und dem entsprechenden Ambiente zu hören bekommen. Eine Einrichtung, die vorrangig auf die Güte der Therapie, gemessen an ihrer nachhaltigen Ergebniseffektivität setzt,

und den Aspekt von Lustgewinn und Unlustvermeidung vernachlässigt, wird schwerlich einen vorderen Rangplatz in der Rehabilitandenbeurteilung einnehmen können.

Aber ein angenehmes Ambiente sollte man keinesfalls vorschnell als überflüssigen Luxus abtun und das Hohelied der kargen Arbeitsorientierung anstimmen. Das würde viel zu kurz greifen. Denn ein gepflegtes und die Bedürfnisse der Patienten berücksichtigendes Milieu nimmt auf sehr viel mehr Einfluss als auf das Bedürfnis nach Unlustvermeidung. Beispielsweise sind Scham und Schuld zwei Emotionen, die fast immer mit Suchterkrankungen einhergehen und die das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung untergraben. Suchtkranke fühlen sich demgemäß selbst oft als Menschen zweiter Klasse.

Ein Ambiente erster Klasse ist eine einfache, klare Botschaft, dass zumindest die Klinik diese Sichtweise nicht teilt. Und damit wird das Ambiente zu einem therapeutisch wirksamen Baustein für die Krankheits- und Selbstakzeptanz! J. W. Goethe wird der Satz zugeschrieben: „Wenn wir die Menschen so nehmen, wie sie sind, dann machen wir sie schlechter, wenn wir sie aber so nehmen, wie sie sein sollen, dann machen wir sie zu dem, was sie sein können.“ Und genau darum geht es bei den Rahmenbedingungen, die um die „eigentliche“ Behandlung gespannt werden – von der Hausordnung bis zur Ausstattung der Räume: Sie sind selbst therapeutisch relevant.

In diesem Sinne muss der Behandlungsrahmen ebenso das Bedürfnis nach Kontrolle angemessen berücksichtigen, also den Wunsch nach Orientierung, Verstehen, Bindung, Zugehörigkeit in individueller Dosierung von Nähe und Distanz. Dass es den meisten stationär behandelten Rehabilitanden ohne Gabe von Anti-Craving-Mitteln relativ leicht fällt, die Abstinenz einzuhalten, dürfte meines Ermessens ganz wesentlich auf die Bindungsbedürfnisorientierung zurückzuführen sein; denn der Bezug zur Sucht ist auch neurobiologisch plausibel: Sozialer Affekt und Bindung im neurochemischen

Sinn stellen gewissermaßen eine Opioidzufuhr dar.

Wenn diese Bedürfnisorientierung gelingt, erhalten die Kliniken mündlich und handschriftlich neben den vielen Kreuzchen auf die Standardfragen und -antworten ein Patienten-Lob wie dieses: „Hier bekam ich unbezahlbare Dinge, die ich mir immer gewünscht und niemals in solcher Hülle und Fülle bekommen habe: ehrliche Zuwendung, Hilfe, Verständnis. Geduld und Geborgenheit. Ich fühle mich sehr gestärkt.“

Die Bedürfnisorientierung ist nicht alles, aber ohne sie wäre es schwerlich möglich, Änderungen zu bewirken.

Was machen Patienten am Ende der Behandlung dafür verantwortlich, dass sich erwünschte Änderungen eingestellt haben? Eine Befragung ergab als Rangreihe:

1. Partnerseminar (sofern daran teilgenommen)
2. Möglichkeit zur offenen Aussprache mit anderen
3. Training der körperlichen Leistungsfähigkeit
4. Einzelgespräch mit Therapeuten
5. Gruppentherapie insgesamt
6. Selbstsicherheits-/Ablehnungs-Training
7. Zeit zum Nachdenken
8. Aufklärung über Ursachen und Folgen der Abhängigkeit
9. Gespräche mit Mitpatienten in der therapiefreien Zeit
10. Argumente für die Abstinenz verinnerlichen
11. Ergotherapie
12. Verhaltensanalyse, Entspannungstraining usw.

Dipl.-Psych. Ralf Schneider

Salus-Klinik Friedrichsdorf
Landgrafenplatz 1
D-61381 Friedrichsdorf
mail@salus-friedrichsdorf.de



NACHRICHT

„Verbindungsfehler“ im Gehirn von Magersüchtigen

Wenn Menschen Bilder von Körpern ansehen, sind eine ganze Reihe von Hirnregionen aktiv. Dieses Netzwerk im Gehirn ist bei Frauen mit Magersucht (Anorexia Nervosa) verändert. In einer Kernspin-Studie waren zwei Regionen, die für die Verarbeitung von Körperbildern wichtig sind, bei magersüchtigen Frauen schwächer funktionell verbunden als bei gesunden Frauen. Je stärker dieser „Verbindungsfehler“ war, desto dicker fanden sich die Befragten. „Diese Auffälligkeiten im Gehirn könnten erklären, warum Frauen mit Magersucht sich selbst als dick wahrnehmen, obwohl sie objektiv untergewichtig sind“, sagt Prof. Dr. Boris Suchan vom Institut für Kognitive Neurowissenschaft der Ruhr-Universität. Gemeinsam mit Prof. Dr. Dietrich Grönemeyer (Universität Witten-Herdecke), Prof. Dr. Silja Vocks (Universität Osnabrück) und weiteren Kollegen berichten die Bochumer Forscher in der Zeitschrift „Behavioural Brain Research“.

Magersüchtige nehmen ihre Körperform falsch wahr

Die Wissenschaftler testeten zehn magersüchtige und 15 gesunde Frauen ähnlichen Alters. Zunächst gaben alle Frauen am Computer an, welche von mehreren unterschiedlich schlanken Silhouetten ihrer eigenen Körperform am ehesten entspricht. Zehn Kontrollpersonen, die nicht an der Kernspinuntersuchung teilnahmen, beantworteten die gleiche Frage, indem sie ein Foto der Probandin der passenden Silhouette zuordneten. Sowohl Gesunde als auch Magersüchtige schätzten ihre Körperform anders ein als Außenstehende: Gesunde Probandinnen bewerteten sich selbst als dünner als die Kontrollpersonen. Magersüchtige Frauen hingegen nahmen sich selbst dicker wahr als die Kontrollpersonen.

Hirnareale für die Körperwahrnehmung kernspintomografisch untersucht

Im Kernspintomografen zeichneten die Forscher dann die Hirnaktivität der 25 Teilnehmerinnen auf, während diese Fotos von Körpern betrachteten. Sie analysierten vor allem die Aktivität in der „fusiform body area“, kurz FBA, und der „extrastriate body area“, kurz EBA. Denn frühere Studien ergaben, dass diese Hirnregionen für die Wahrnehmung von Körpern entscheidend sind. Zu diesem Zweck berechneten die Bochumer Neurowissenschaftler

die sogenannte effektive Konnektivität zwischen der FBA und EBA in beiden Hirnhälften. Sie ist ein Maß dafür, wie stark die Aktivität in mehreren Hirnarealen zeitlich korreliert ist; eine hohe Korrelation lässt auf eine starke funktionelle Verbindung schließen.

Gehirn von Magersüchtigen strukturell und funktionell verändert

Die Verbindung zwischen FBA und EBA war bei magersüchtigen Frauen schwächer als bei gesunden Frauen. Außerdem fanden die Forscher eine negative Korrelation zwischen der EBA-FBA-Verbindung in der linken Hirnhälfte und der Fehleinschätzung des Körpergewichts: Je schwächer die effektive Konnektivität zwischen EBA und FBA war, desto dicker schätzten sich die Probandinnen mit Magersucht fälschlicherweise ein. „In einer früheren Studie haben wir festgestellt, dass es strukturelle Veränderungen im Gehirn von Patientinnen mit Anorexie gibt“, sagt Boris Suchan. Sie haben eine geringere Dichte an Nervenzellen in der EBA. „Die neuen Daten zeigen, dass das Netzwerk für die Körperverarbeitung auch funktionell verändert ist.“ Die EBA, die bei Magersüchtigen eine geringere Zelldichte aufweist, ist auch das Areal, das in der Verbindungsanalyse auffiel: Es bekommt einen verminderten Input von der FBA. „Diese Veränderungen könnten einen Mechanismus für die Entstehung der Magersucht darstellen“, so Suchan.

Fruzsina Iszák, Bea Ehmann & Zsolt Demetrovics

Ziel der Studie war, die Beziehung zwischen dem Konsum von psychedelischen Substanzen und ihrer Wirkung auf die Sprache von kreativen Künstlern zu analysieren. Es wurden mit 60 Künstlern halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die Interviews waren so konzipiert, dass die Beziehung zwischen dem kreativen künstlerischen Prozess und dem Konsum einer psychoaktiven Substanz untersucht werden konnte. Darüber hinaus sollten die Befragten auch einen strukturierten Fragebogen ausfüllen, um Näheres über ihren Substanzkonsum zu erfahren. Auf der Basis der Merkmale ihres Substanzkonsums wurden die Teilnehmer in zwei Gruppen eingeteilt: Konsumenten von psychedelischen Substanzen und Kontrollgruppe. Es wurde eine Unterteilung von drei Wortkategorien vorgenommen – Kreativität, Bewusstsein und Spiritualität – und eine Datenanalyse mit dem Softwareprogramm NooJ durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass im Vergleich zur Kontrollgruppe die Häufigkeiten in allen drei Kategorien in der Probandengruppe, die psychedelische Substanzen konsumierte, signifikant höher waren. Auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews wird auch dargestellt, wie die Künstler den kreativen künstlerischen Prozess und den Substanzkonsum wahrnehmen. Personen aus der Gruppe mit Psychedelika-Konsum sprechen viel öfter über Themen in den definierten Wortkategorien als die Kontrollpersonen; diese Beziehung muss jedoch in weiteren Studien näher erforscht werden.

Schlüsselwörter: Kreativität, Bewusstsein, Spiritualität, psychedelische Substanzen, qualitative Datenanalyse, Inhaltsanalyse, NooJ

1 Einleitung

Der künstlerische Prozess ist ein kreativer Akt, bei dem Künstler sowohl bewusste als auch unbewusste Prozesse nutzen. Dies legt nahe, dass sie eine erhöhte Sensitivität besitzen (Knafo, 2008). Dies spricht für eine größere Fähigkeit, auf Emotionen zu reagieren, und für eine höhere Toleranz in Bezug auf extreme emotionale Umstände. Ein Begleitelement des kreativen künstlerischen Prozesses sind „veränderte Bewusstseinszustände“. Diese Zustände können auf verschiedene Art und Weise erreicht werden, z.B. durch Meditation, sensorische Deprivation, Hypnose, usw., aber auch durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen, dem Schwerpunkt dieses Beitrages. Die dritte Komponente des kreativen Prozesses ist die Spiritualität. Angesichts ihrer höheren Sensitivität geht man davon aus, dass Spiritualität ein gängiges Element im Leben von Künstlern ist. Es bleibt unklar, wie Künstler mit den extremen emotionalen Zuständen während des künstlerischen Aktes umgehen: Vielleicht empfinden sie eine verstärkte Sensitivität oder sie unterdrücken sie manchmal (Iszák & Demetrovics, 2011). Das Ziel unserer Studie war, die Unterschiede im sprachlichen Verhalten zwischen Personen, die Psychedelika konsumieren, und Kontrollpersonen in einer Stichprobe von Künstlern zu erforschen.

In diesem Kapitel besprechen wir zunächst die Merkmale der psychedelischen Erfahrung und den kreativen künstlerischen Prozess. Es geht dabei hauptsächlich um Kreativität, verschiedene Bewusstseinszustände und Spiritualität. Im Anschluss stellen wir unsere Untersuchungen zu diesen Phänomenen bei Künstlern und Kontrollpersonen vor.

Merkmale von psychedelischen Erfahrungen

Der Konsum von psychedelischen Substanzen scheint ein wesentlicher Faktor für die Bezie-



hung zwischen dem kreativen künstlerischen Prozess und dem Konsum von psychoaktiven Substanzen zu sein. Psychedelische Substanzen können veränderte Bewusstseinszustände und mystische Erlebnisse hervorrufen. Merkmale von LSD und ähnlichen Substanzen sind, dass die mit ihnen bewirkten Veränderungen nur von begrenzter Dauer sind und dass in dieser Phase die Verhaltensmechanismen der Person umprogrammiert werden können (McCabe, 1974, S. 2). McCabe ist der Ansicht, dass dieses Erlebnis eine langfristige Auswirkung auf eine Verhaltensänderung haben kann, die von Faktoren wie z.B. der Art der Substanz, dem Set und dem Setting abhängt (Zinberg, 1984). McCabe charakterisierte die intensivste psychedelische Erfahrung als einen Zustand, in dem Heiligkeit und ein Gefühl von Unsagbarkeit entdeckt werden können und die erlebte Realität als realer empfunden werden kann als die Realität im normalen Bewusstseinszustand. Aus einem empirischen Blickwinkel stellten Dobkin de Rios & Janiger (2003) fest, dass 24% der Freiwilligen, die LSD einnehmen, mystische oder spirituelle Erlebnisse berichten, wenn sie „high“ sind. LSD kann also die Kreativität und Bewusstheit des Konsumenten steigern. Doblin et al. (1999) führten eine Langzeitstudie über 40 Jahre durch, um die langfristigen Wirkungen von LSD bei 45 Probanden mit einem Durchschnittsalter von 70,3 Jahren zu untersuchen. Mit einer einzigen Ausnahme berichteten alle Personen, dass sich die LSD-Erfahrung langfristig positiv auf ihr Leben auswirkte. Die meisten von ihnen sehen dies als ein transformatives Ereignis an.

Zusammenfassend kommen wir zu dem Schluss, dass das subjektive Erleben von LSD und anderen Psychedelika von Gefühlen der Offenheit und der Spiritualität charakterisiert wird. Es können mehrere Beispiele unter Künstlern, die Psychedelika konsumieren, gefunden werden. Masters & Houston (1968) führten den Begriff „psychedelischer Künstler“ ein und schafften die Basis für Berges (2002) „mediumistic art“, die spezielle Art von Kunst, die von psychedelischen Substanzen inspiriert wird. Ein Beispiel hierfür ist Jan Kervezee, ein holländischer Maler, der LSD vierzehn Jahre lang jeden Tag vor der Arbeit konsumierte, oder Henri Michaux, ein französischer Maler, dessen Kunst ebenfalls von Psychedelika beeinflusst war. Ein bekannter Vertreter der zeitgenössischen Malerei ist Alex Grey, ein visionärer Künstler. Eine weitere zeitgenössische Figur, Robert Crumb, ist ein „psychedelischer Comic-Künstler“, er wurde von Jones (2007) in einer Fallstudie zum Konsum von Psychedelika untersucht. Im Bereich der Literatur ist Aldous

Huxley das bekannteste Beispiel. Seine Erzählung „The doors of perception“ (1954) handelt von seinem ersten Erlebnis mit Meskalin. Allen Ginsberg ist ein weiteres Beispiel aus der Literatur (Knafo, 2008).

Psychedelische Substanzen und Kreativität

In den 1950er, 1960er und 1970er Jahren befassten sich nur ein paar wissenschaftliche Studien mit der Beziehung zwischen Kreativität und psychedelischen Drogen (Sessa, 2008), mehrere Studien waren dabei eher theoretisch ausgelegt. Krippner (1968) kam zum Beispiel zu der Schlussfolgerung, dass der veränderte Bewusstseinszustand und der kreative künstlerische Akt insofern ähnlich seien, als dass beide einen leichteren Zugang zum Unbewussten und zur Intuition ermöglichen. Er war auch der Meinung, dass ein anderes Merkmal des veränderten Bewusstseinszustands, wie er von Psychedelika verursacht wird, das Losgelöstsein von der alltäglichen Realität ist, einschließlich der kulturellen Aspekte: Auf diese Art und Weise können kulturell unabhängige künstlerische Werke erschaffen werden. Fischer et al. (1972) entwickelten einen ähnlichen Ansatz. Ihrer Ansicht nach können die verschiedenen Formen von verändertem Bewusstsein als kreative Zustände betrachtet werden, es ist aber nicht sicher, dass sie zu kreativer Wirksamkeit führen.

Die empirische Evidenz zeigt, dass der Konsum von psychedelischen Substanzen die Kreativität beeinflussen kann. Masters & Houston (2000) beschrieben die psychedelische Erfahrung als ein hilfreiches Mittel, um die Kreativität zu fördern und zu steigern, da es den Künstlern ermöglicht, mit ihrem Unbewussten zu kommunizieren, da ihre Gedankengänge flexibler und flüssiger sind und ihre Konzentrationsspanne größer wird. Janiger (zitiert in Dobkin de Rios & Janiger, 2003) untersuchte die Wirkung von LSD auf die Kreativität von 60 Personen, die von Beruf Künstler sind. Sie wurden gebeten, vor und nach der Einnahme von LSD eine Kachina-Puppe zu zeichnen. Zeichnungen, die unter dem Einfluss von LSD entstanden sind, waren komplizierter und oszillierender im Vergleich zu den Zeichnungen, die vor der Einnahme angefertigt wurden. Sie zeigten einen höheren Grad an Originalität und der ästhetische Werte der von LSD inspirierten Werke war den nicht LSD-inspirierten Werken überlegen (Dobkin de Rios & Janiger, 2003).

Psychedelische Substanzen und Bewusstsein

Wissenschaftler haben sich schon immer für den Zusammenhang zwischen psychedelischen Substanzen und Bewusstsein interessiert. Grinspoon & Bakalar (1979) waren beide der Meinung, dass diese Substanzen viel versprechende Werkzeuge sein könnten, um das Bewusstsein zu verstehen. LSD wird mit dem Erleben von Gefühlen von Tod und Wiedergeburt und folglich einer Transformation des Selbst in Verbindung gebracht. Moro et al. (2011) stimmten darüber ein, dass durch einen bewussten Konsum von Psychedelika eine tiefere Introspektion als Teil einer Selbsterkenntnis erreicht werden kann. In Farthings (1992) Konzept taucht der Begriff „interpretative Introspektion“ auf, der sich auf die Gefühle, Gedanken und das Verhalten einer Person konzentriert.

Grof (2000) legte nahe, dass die Art des Bewusstseins sich in den durch LSD hervorgerufenen holotropen Zuständen tiefgreifend und wesentlich ändert und dadurch zwei unterschiedliche Realitäten wahrgenommen werden können. Holotrope Zustände beeinflussen die Denkvorgänge und – während der Intellekt nicht beschädigt wird – unterscheiden sich seine Mechanismen deutlich von den normalen Mechanismen. Farthing (1992) beschrieb konzeptuelle Gedanken von Abstraktion und Interferenz. Personen, die unter dem Einfluss von LSD stehen, sind in der Lage, Konzepte so zu kategorisieren und generalisieren, dass zwischen ihnen Ähnlichkeiten und Unterschiede gefunden werden können. Wenn ihre Verbindung zu den konventionellen Assoziationen aufgrund ihres veränderten Bewusstseinszustandes lockerer wird, finden sie unkonventionelle Verbindungen zwischen Konzepten.

Psychedelische Substanzen und Spiritualität

Spiritualität ist die dritte Kategorie, in der der Konsum von Psychedelika untersucht wurde. Die Theorie der Verbindung zwischen Psychedelika und Spiritualität ist in alten Traditionen verankert, die davon ausgehen, dass diese Substanzen ein heiliges Potenzial haben, um die Kommunikation mit Gott, dem Universum und dergleichen zu vermitteln. Ein Beispiel ist der Konsum von Ayahuasca in einem rituellen Setting bei Zeremonien der religiösen Bewegung Santo Daime (MacRae, 2004).

In Grofs (2000) holotropen Zuständen können die spirituellen Dimensionen der Welt

leichter erlebt werden als im normalen Bewusstseinszustand. Die Erfahrungen haben normalerweise einen Bezug zur Natur, zum Kosmos und zu Archetypen. Gefühle werden intensiver und die Art der Gefühle verändert sich im Vergleich zu den Gefühlen, die bei normalem Bewusstsein empfunden werden. Die interessantesten Erkenntnisse stammen aus philosophischen, metaphysischen und spirituellen Themengebieten, die die Erfahrung von Tod und Wiedergeburt oder das Gefühl von Einheit ermöglichen können. Dobkin de Rios & Janiger (2003) definierten Spiritualität basierend auf dem Begriff „unity“ (Einheit) als „die unmittelbare Wahrnehmung von Verbundenheit und Einssein“ (S. 116), der heute in wissenschaftlichen Kreisen der Religionspsychologie verwendet wird. Bei LSD-Erlebnissen können eine tiefere spirituelle Verbindung und ein Gefühl von Einheit erreicht werden.

2 Methode

Rekrutierung der Teilnehmer

Insgesamt wurden 120 Künstler für die Studie durch willkürliche Auswahl rekrutiert. Einschlusskriterium war, dass die Probanden von Beruf Künstler waren oder an einer entsprechenden Einrichtung Kunst studierten. Letztere Gruppe wurde aus der *Hungarian University of Fine Arts* und der *Moholy-Nagy University of Art and Design* in Budapest angeworben. Die Berufe der Künstler umfassten verschiedene Kunstrichtungen: Literatur, Film, bildende Kunst und angewandte Kunst.

Interviews

Es wurden zwischen August 2010 und Juli 2011 halbstrukturierte Interviews mit offenen Fragen mit den Probanden durchgeführt. Alle Interviews wurden aufgezeichnet. Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 10 bis 45 Minuten. Zunächst gaben die Untersucher eine kurze Einführung in die Studie und ermittelten demographische Daten. Die Befragten wurden jedoch nicht im Detail über das Ziel der Studie informiert, um einen möglichen Einfluss auf ihr sprachliches Verhalten zu vermeiden.

Die Interviews befassten sich mit zwei thematischen Bereichen. Im ersten wurden die Teilnehmer über den kreativen künstlerischen Prozess selbst befragt: wie sie ihn empfinden, was sie darüber denken, ob und welche speziellen Arbeitsgewohnheiten sie haben, usw. Der zweite Teil befasste sich mit ihrer Meinung und

ihrer Erfahrung in Bezug auf die Verbindung zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen und dem künstlerischen Schaffen. Die Teilnehmer mussten angeben, ob sie für ihre Arbeit Substanzen einnahmen und, falls ja, was sie über die Wirkungen dieser Substanzen auf ihren kreativen Prozess dachten. Nach dem Interview wurden die Aufzeichnungen auf einen Computer aufgespielt.

Fragebogen

In der Mitte jedes Interviews wurde ein kurzer, strukturierter Fragebogen eingesetzt, um den Gebrauch von legalen und illegalen Substanzen der Befragten zu ermitteln. Neben Fragen zu Tabakkonsum und Alkohol wurden Fragen gestellt zu anderen Substanzen wie Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Kokain/Crack, Heroin und andere Opiate, LSD, „Zauberpilze“, GHB, Lösungsmittel, Steroide, Alkohol in Verbindung mit legalen Drogen und Tranquilizern oder Schlafmitteln, die dem Befragten nicht vom Arzt verschrieben worden waren. Die Fragen umfassten den Substanzkonsum in folgenden Zeiträumen: Lebenszeit, vergangenes Jahr, vergangener Monat. Die Daten aus den Fragebögen wurden dann verwendet, um die Teilnehmer in Gruppen einzuteilen.

Einteilung der Teilnehmer in Gruppen

Um die Daten zu analysieren, wurden die Teilnehmer in eine von zwei Gruppen – je nach Substanzkonsum – eingeteilt. Aus einer Gesamtzahl von 120 Personen konnten diesbezüglich 60 Personen identifiziert werden. 32 Personen wurden der Testgruppe zugewiesen, da sie im vergangenen Jahr eine oder verschiedene psychedelische Substanzen genommen hatten – d.h. LSD und Zauberpilze. 28 Personen wurden der Kontrollgruppe zugewiesen, da sie nie psychoaktive Substanzen verwendet hatten. Um einen möglichen Effekt von anderen Substanzen auszuschließen, wurden diejenigen Personen, die mehr als dreimal monatlich Alkohol tranken oder mehr als vier Drinks zu einer einzelnen Gelegenheit konsumierten, aus der Kontrollgruppe ausgeschlossen, ebenso alle Personen, die im vergangenen Jahr Marihuana rauchten oder Stimulanzien (Amphetamine, Ecstasy und Kokain) verwendeten. Die ausgewählten Personen waren zwischen 20 und 62 Jahre alt. Diejenigen Personen, die psychedelische Drogen konsumierten, waren fast zehn Jahre jünger (Mittel: 27,6 Jahre, SD: 5,8) im Ver-

gleich zu den Nicht-Konsumenten (Mittel: 37,2, SD: 10,9). Die Testgruppe umfasste 75% Männer und die Kontrollgruppe 71,4%.

Qualitative und quantitative Datenanalyse

Die qualitative Methode der Datenanalyse zielt darauf ab, Texte zu untersuchen, um versteckte Phänomene und neue Muster zu identifizieren, die Sozialwissenschaftlern einen besseren Einblick in das Forschungsthema ermöglichen. Das qualitative Wissen ist gut etabliert: sowohl in klassischen Forschungspublikationen (Denzin & Lincoln, 1994) als auch mit klassischer Software (Atlas.ti, NVIVO, etc.). In den psychologischen Wissenschaften werden sowohl die Theorie als auch die Methode der qualitativen Datenanalyse eingesetzt: Es wurden bekannte Handbücher zu verschiedenen qualitativen Methoden verfasst, wie z.B. Ethnographie, Aktionsforschung, Gesprächsanalyse, diskursive Psychologie, narrative Psychologie, soziale Repräsentation und Grounded Theory (Willig & Stainton-Rogers, 2008; Smith, 2008). Die qualitative Datenanalyse kann in verschiedenen psychologischen Feldern eingesetzt werden, wie z.B. in der Sozial-, Gesundheits- und Entwicklungspsychologie sowie in der klinischen, beratenden und forensischen Psychologie, ebenso in der Arbeits- und Organisationspsychologie. Dieses Kapitel konzentriert sich auf die computergestützte qualitative Datenanalyse der Interviews mit den Künstlern. Es sollen neue Aspekte der Beziehung zwischen Substanzkonsum und künstlerischer Kreativität aufgedeckt werden.

Für unsere qualitative Analyse verwendeten wir die Atlas.ti-Software. Es wurden zunächst alle Interviews in die Software eingegeben, danach erfolgte eine manuelle Selektion und Kodierung jedes einzelnen Satzes, der Bezüge zur Verbindung zwischen Psychedelika-Konsum und

- (a) dem kreativen Prozess und Kreativität,
 - (b) dem Bewusstsein und
 - (c) der Spiritualität
- enthielt.

Damit erhielten wir drei Textdateien, die nur ausgewählte Sätze enthielten. Mit diesen Dateien wurden die Sätze in weitere Unterkategorien unterteilt (siehe Abschnitt Ergebnisse, unten). Die Auswahl der Sätze, die Diskussion der Unterkategorien und das Kodieren wurde von den Autoren durchgeführt.

Es werden auch einige quantitative Analysen von Textdaten vorgenommen. Im Gegensatz zum explorativen Ansatz der qualitativen

Analyse ist das Ziel der Inhaltsanalyse die Messung. Mittels computerisierter Inhaltsanalyse erhält man statistische Daten über die Häufigkeit von verschiedenen Wortkategorien in Texten und kann verschiedene Personengruppen in Bezug auf verschiedene Aspekte vergleichen (Berelson, 1952/1971; Krippendorff, 2004; Neuendorf, 2002).

Mit der Durchführung einer quantitativen Inhaltsanalyse unserer Daten sollten die langfristigen Wirkungen des Konsums von psychoaktiven Substanzen auf das sprachliche Verhalten untersucht werden. In unserer früheren Pilotstudie zum Sprachverhalten (Iszaj, Ehmann & Demetrovics, 2011) wurden weder kognitive noch emotionale Unterschiede gesehen, wenn eine Gruppe mit Marihuana-Konsum mit einer Kontrollgruppe ohne Substanzkonsum verglichen wurde. Die Autoren wollten die Auswahl von Wort- und Ausdruckskategorien für weitere computerisierte Inhaltsanalysen ausweiten. In der vorliegenden Forschungsarbeit wollten wir wissen, ob es zwischen Künstlern, die Substanzen konsumieren, und Künstlern, die dies nicht tun, einen statistisch signifikanten Unterschied im Gebrauch der Wortkategorien Kreativität, Bewusstsein und Spiritualität gibt.

Die quantitative Inhaltsanalyse wurde mit der Software NooJ durchgeführt (Silberstein, 2004). NooJ ist keine gezielte inhaltsanalytische Software, sondern eine linguistische Entwicklungsumgebung. Sie weist daher zwei bemerkenswerte Vorteile in Bezug auf die anderen Programme auf: Es ist möglich, nicht nur einzelne Worte zu identifizieren, sondern auch Idiome, und es kann folglich eine wirklich multilinguale Inhaltsanalyse durchgeführt werden. Der Vorgang ist wie folgt:

- (a) Alle Texte wurden in einen elektronischen Korpus arrangiert;
- (b) es wurde eine Worthäufigkeitsliste durch die Software erstellt;
- (c) aus der Worthäufigkeitsliste wurden von den Autoren drei Wortkategorien ausgewählt – Kreativität (z.B. original, autonom, metaphorisch, unerwartet), Bewusstsein (z.B. Traum, automatisch, wach sein, Ego) und Spiritualität (Energie, glauben, wahr, Gott);
- (d) die Verteilung dieser drei Wortkategorien in der Test- und der Kontrollgruppe wurde elektronisch gezählt und
- (e) statistische Signifikanzen zwischen den zwei Gruppen wurden mit einem t-Test für unabhängige Stichproben errechnet.

3 Ergebnisse

Ein wichtiges Element der Studie waren die subjektiven Erfahrungen der Künstler. Es wurden Zitate aus der Gruppe der Psychedelika-Konsumenten gesammelt, um ihre Wahrnehmungen der Psychedelika-Wirkung zu dokumentieren. Aus ethischen Gründen gaben wir jeder Person einen Code: Psyched_01_F meint folglich die erste weibliche Teilnehmerin in der Gruppe der Psychedelika-Konsumenten.

Psychedelika und Kreativität

Helfen Psychedelika den Künstlern bei ihrer Arbeit?

Neun TeilnehmerInnen (28%) in der Gruppe der Psychedelika-Konsumenten berichteten, dass sie unter dem Einfluss von LSD und Zauberpilzen nicht arbeiten können und aufgrund der starken Wirkung keinen kreativen Zustand erlangen. Dagegen meinten 22 TeilnehmerInnen (68%), dass ein veränderter mentaler Zustand in der Inspirationsphase des kreativen Prozesses hilfreich sein könnte.

Ich habe einmal versucht, unter dem Einfluss von LSD zu schreiben. Ich habe zwei Sätze geschrieben und realisiert, dass ich ja eigentlich nicht das weiße Blatt Papier vor mir sehen sollte, sondern die bunten Dinge um mich herum. Irgendwie flatterte das weiße Papier um mich herum, und ich bemerkte, dass mich das nicht inspirieren wird (Psyched_01_F).

...aber es ist perfekt, um Ideen zu sammeln oder zur Inspiration (Psyched_06_M).

Wenn man halluzinogene Substanzen einnimmt, kann man verschiedene visuelle Dinge sehen oder in solche geistigen Verfassungen gelangen, die man normalerweise niemals sehen bzw. erreichen kann. Durch das Nachdenken über mich selbst und das Sinnieren kann sich etwas ergeben, was das Schaffen indirekt beeinflussen kann (Psyched_13_M).

Kunst, die unter Einfluss von Psychedelika erschaffen wird

Acht Personen (25%) hatten versucht, unter dem Einfluss von Psychedelika zu arbeiten. Die Werke, die sie in veränderten Bewusstseinszuständen erschufen, unterschieden sich von den in ihrem normalen, bewussten Zustand erschaffenen Werken.

Ich habe einige Male unter dem Einfluss von Pilzen gezeichnet und habe diese Bilder an die Wand gehängt, weil es sehr interessante Zeichnungen waren. Es waren darin Motive, die voneinander abzweigten, aber auch ein menschliches Gesicht und

eine kleinere Szene darin. Also, es ist eine seltsame Sache, als würden Dimensionen zusammenrutschen (Psyched_01_F).

Ein Bild entstand unter dem Einfluss von LSD, das viele sehr gute Ideen entstehen ließ. Meistens klappte das gut. Sagen wir mal, in 97% der Fälle klappte es gut (Psyched_06_M).

Einmal habe ich eine Kurzgeschichte mit einem meiner Freunde geschrieben. Wir haben LSD genommen und waren ziemlich high. Ich sage nicht, dass wir es veröffentlichen werden, aber für mich ist es immer noch ein sehr unterhaltsames Werk. Es ist eine genaue Rekonstruktion des durch diesen Zustand veränderten Sprachflusses (Psyched_18_M).

Psychedelika und Bewusstsein

Größere Fähigkeit, wechselseitige Beziehungen zu verstehen

23 Personen (71%) aus der Zielgruppe nannten dieses Phänomen. Sie betonten, dass sie sich in einem veränderten Bewusstseinszustand nicht kreativer empfinden, als Folge ihrer veränderten Perspektive würden sie aber besser verstehen, wie die Dinge miteinander verbunden sind (Wechselbeziehungen). Sie berichteten über die Erfahrung von neuen und tieferen Wechselbeziehungen und eine Befreiung von Denken und Introspektion:

Unter dem Einfluss von LSD fühle ich mich eher als jemand, der Wechselbeziehungen besser erkennen kann, denn als eine kreative Person (Psyched_18_M).

Wenn wir versuchen, Verbindungen zwischen Dingen zu finden, dann können diese Substanzen helfen, dieselben Dinge aus einem anderen Blickwinkel zu sehen. Wir können auf eine freiere Art und Weise denken und Verbindungen in unserem Geist suchen (Psyched_08_F).

Bessere Denkfähigkeit

21 Personen (65%) berichteten über eine Veränderung in ihren Denkprozessen. Sie meinten, dass Psychedelika die Wahrnehmung durch Veränderung des Denkens ändern könnten und dass dies auch noch anhält, nachdem die Wirkung der Substanz nachgelassen hat. Sie behaupten, dass diese Substanzen das Bewusstsein fördern.

Ich denke, dass LSD und Pilze Dinge in eine gute Richtung lenken können, wenn man sie umsichtig verwendet – nicht jeden Tag, aber du überlegst es dir gut, und meistens treffen sich diese parallelen Gedanken. Auf diese Art und Weise entstehen total absurde Sachen (Psyched_06_M).

Die Erfahrung entsteht durch Beobachtung und Veränderung der Wahrnehmung. Wenn du etwas erschaffst, musst du auch deine eigene Wahrnehmung verändern, um in eine Stimmung zu kommen, die man anders nur schwer erreichen kann. Substanzen können also einen Prototypen aufzeigen, um die Möglichkeit zu haben, anders zu denken (Psyched_11_M).

Das Unbewusste für den kreativen Prozess nutzen

Fünfzehn Personen (46%) kannten das Arbeiten mit bewusstem ebenso wie mit unbewusstem Inhalt. Sie gaben an, dass sie nicht das Gefühl hatten zu arbeiten, wenn das Unbewusste Teil der kreativen Prozesses war, da sie selbst lediglich Teil des Prozesses waren. Beispiele können zum Vergleich zwischen LSD-ähnlichen Zuständen und dem kreativen Prozess gefunden werden – mit Hinblick auf veränderte Bewusstseinszustände sind die beiden ähnlich.

Ich sehe Bilder, da ein Teilbereich meines Gehirns zu arbeiten beginnt, der von mir überhaupt nicht kontrolliert wird. Die Menschen sind in der Lage, dies zu erreichen und sich daran zu erinnern. ... Wenn man das also einmal erlebt hat, kann man die Geschwindigkeit seiner Gedanken auf das gleiche Level bringen wie während des veränderten Bewusstseinszustands (Psyched_07_M).

Das Gehirn hört auf zu arbeiten und dann, hoppla, habe ich etwas getan, ich schaue nach und sage „Na also! Das ist gut im Rhythmus“ oder „Was ist das für ein Effekt?“ Es funktioniert und dann kommt man zu der Erkenntnis, dass etwas passiert ist (Psyched_09_M).

Nun, die Vision. Das ist es, was in einem veränderten Bewusstseinszustand entsteht (Psyched_09_M).

Psychedelika und Spiritualität

Verbundenheit mit einer höheren Einheit

25 Personen (78%) glaubten, dass Psychedelika ihnen halfen, ihre Sicht von Spiritualität zu entwickeln. Sie berichteten eine besondere Art von Bewusstsein, das Gefühle von Ruhe und Vollständigkeit erzeugt, und sie wiesen besonders auf das Phänomen hin, dass sie nicht mehr nachdachten und die Arbeit leichtfiel.

Man kann diese spezielle Sichtweise besonders durch LSD erlangen, es ist, als hätte man einen besseren Blick auf alles. Es ist in etwa wie das Gefühl, das Leute berichten, die bereits klinisch tot waren. Es ist eine Art von Bewusstsein, das eine Art von

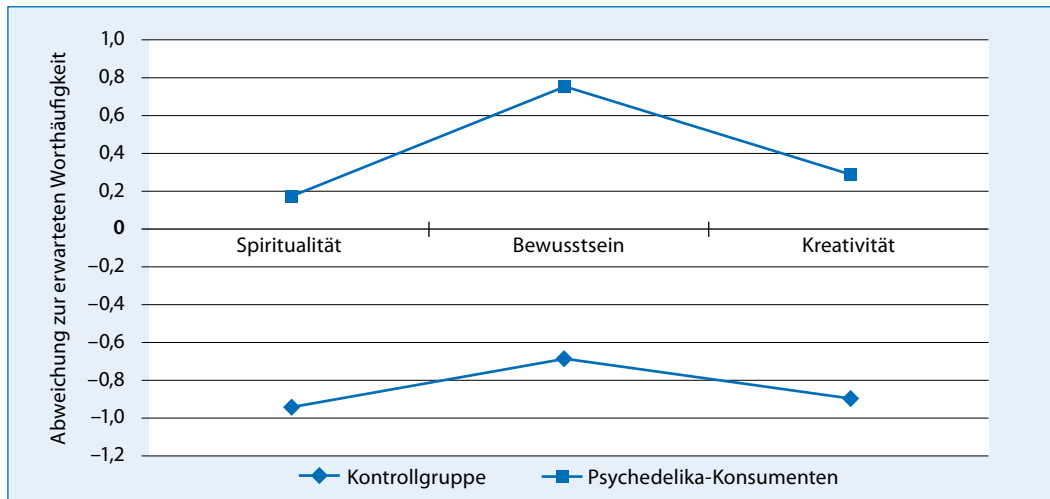


Abbildung 1

Wortgebrauch von Psychedelika-Konsumenten und Kontrollpersonen

Sehen ist, aber nicht im körperlichen Sinne. Es ist eher so, dass ich einfach weiß „wo“ und „wie“. Das ist extrem beruhigend, weil irgendwie alles ganz genau an seinem Platz ist und alles in Ordnung ist (Psyched_02_F).

Es war sehr interessant, da völlig abstrakte Dinge aus meiner Arbeit entstanden und meine Wahrnehmung verändert war. Ich hatte das Gefühl, dass ich nicht denken musste. Das Wissen, warum ich das oder jenes zeichne, das normalerweise beim Schaffensprozess vorhanden ist, verschwindet dann vollkommen. Es kommt auch vor, dass ich meine Hand auf das Papier lege, einfach so, und der Stift bewegte sich von selbst. Dies geschah, ohne dass ich das Gefühl hatte, dass ich meine eigene Hand bewegte (Psyched_04_F).

Verschmelzung mit dem Kunstwerk

Zwanzig Personen (62%) fühlten eine so starke Einheit mit dem Kunstwerk, an dem sie arbeiteten, dass sie in manchen Momenten des Schaffens nicht separat vom Werk existierten. Sie sahen ihre Kunst als eine andere Dimension der Welt an, im Vergleich zu der/den anderen, die sie in normalen Bewusstseinszuständen erlebten.

Ich erinnere mich ganz konkret, als hätte ich etwas erschaffen. Ich zeichnete und formte, das ganze Ding atmete gemeinsam mit mir (Psyched_04_F).

Darüber hinaus werde ich in den Raum des Bildes geführt, und das ist eine ganz andere Dimension, und es ist sehr schwierig, zurückzukommen. Es ist sehr schwierig, hinüberzukommen, aber es ist auch schwierig, zurückzukommen... (Psyched_23_M).

Quantitative Inhaltsanalyse

Statistische Ergebnisse der quantitativen Inhaltsanalyse haben ergeben, dass die Worthäufigkeiten aller drei Kategorien in der Gruppe der Psychedelika-Konsumenten signifikant höher waren als in der Kontrollgruppe (Kreativität: $t = 4,813$, $p < 0,001$; Bewusstsein: $t = 3,463$, $p = 0,001$; Spiritualität: $t = 3,021$, $p = 0,004$) (siehe Abbildung 1).

Es muss jedoch betont werden, dass diese Ergebnisse nicht nahelegen, dass Konsumenten von LSD und Zauberpilzen kreativer, bewusster und spiritueller seien als Personen, die keine Substanzen einnehmen. Die Befunde legen nur nahe, dass diese Personen an diesen Themen interessierter sind und sie die entsprechenden Worte beim spontanen Sprechen häufiger verwenden als die Kontrollgruppe.

4 Diskussion

Entsprechend unserer Hypothese zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass der Konsum von Psychedelika Auswirkungen auf das sprachliche Verhalten hat. Es konnten für alle drei Wortkategorien signifikante Unterschiede zwischen den Psychedelika-Konsumenten und den Kontrollpersonen gezeigt werden. Dies legt nahe, dass die Personen, die Psychedelika verwenden, sich über ihre Beziehung zu Kreativität, Bewusstsein und Spiritualität mehr bewusst sind als die Personen der Kontrollgruppe. Die Bedeutung der Berichte der befragten Künstler ist aufgrund ihres subjektiven Inhalts unbestreitbar. Die Berichte untermauern die theoretischen Annahmen, die in der Literatur beschrieben werden.

Was die Beziehung zwischen Psychedelika und Kreativität betrifft, so berichtete eine klei-

ne Zahl von Künstlern, die Psychedelika konsumieren, dass sie unter dem Einfluss der Substanzen nicht arbeiten können, da es zu einer starken Wahrnehmungsveränderung kommt, was wiederum die Feststellung von Fischer (1972) bekräftigt, dass die Effizienz der Kreativität vermutlich nicht gefördert wird. Mehr als zwei Drittel glaubten jedoch, dass Psychedelika helfen, die Inspiration zu verbessern, was die Behauptung von Masters & Houston (2000) stützt, dass Psychedelika verwendet werden können, um die Kreativität zu fördern. In Bezug auf die erschaffenen Kunstwerke berichten die Künstler, dass diejenigen Werke, die unter dem Einfluss von Psychedelika entstanden sind, sich deutlich von den in bewusstem Zustand erschaffenen Werken unterscheiden – was in Einklang steht mit der Studie von Dobkin de Rios & Janiger (2003).

Die Erfahrung von Wechselbeziehungen (das Verständnis der Bedeutung von Dingen, die miteinander verbunden sind) ist für die Künstler ein wichtiges Element des Konsums von psychedelischen Substanzen. Dies kann auf den Begriff „interpretative Introspektion“ von Farthing (1992) bezogen werden, in dem Sinne, dass die Personen unter dem Einfluss einer Substanz mit ihren Gefühlen und Gedanken auf eine tiefere Art und Weise umgehen, als sie dies unter anderen Bedingungen tun würden. Ihre veränderten Denkfähigkeiten, ihre Wahrnehmung des kreativen Aktes als einen veränderten Bewusstseinszustand und ihr Glaube, dass Psychedelika ihr Denken fördern, beweisen das von Grof (2000) und Grinspoon & Bakalar (1979) nahe gelegte, oben beschriebene Phänomen.

Zum Thema Spiritualität berichteten die Studienteilnehmer oft das Konzept der Einheit von Dobkin de Rios & Janiger (2003), das charakterisiert ist durch ein befreites Gefühl und Heiligkeit, von McCabe (1974) als Merkmale der intensivsten psychedelischen Erfahrungen beschrieben. Ein anderes Element der Erfahrung von Einheit ist die Verschmelzung der Künstler mit dem Kunstwerk.

Unsere Studie weist einige Einschränkungen auf. Wir verwendeten eine zufällige Stichprobe und die Verallgemeinerbarkeit unserer Ergebnisse ist folglich eingeschränkt. Darüber hinaus enthielt der Fragebogen eine begrenzte Liste von psychedelischen Substanzen. Dementsprechend haben wir keine Personen in die Studie aufgenommen, die andere Psychedelika als LSD oder Zauberpilze konsumieren. Seit kurzem sind neue psychedelische Substanzen aufgetaucht und künftige Forschung könnte nützlich sein, um ihre Wirkung auf Künstler und deren Arbeit zu untersuchen. Darüber hi-

naus wurde in unserer Studie die Menge von Psychedelika nicht berücksichtigt. Künftige Forschung könnte Substanzkonsumenten je nach Häufigkeit des Psychedelika-Konsums und/oder nach zugeführter Menge gruppieren.

5 Schlussfolgerung

Wir könnten abschließend fragen: „Was bedeutet ‚meaning of high‘ („Bedeutung von high“) in diesem Zusammenhang?“ Wir haben die Meinung der Künstler vorgestellt: Sie denken, dass das künstlerische Schaffen ein Zustand von „high“ sein könnte. Sie fühlen, dass sie in einer anderen Dimension sind (oder zumindest sehen sie die Welt dann aus einer anderen Perspektive als normalerweise). Dies ist die Verbindung zu Psychedelika, von denen man weiß, dass sie eine spezielle Sichtweise bewirken, die auch dann noch bestehen bleibt, wenn die Wirkung der Substanz nachgelassen hat. Die Personen haben das Gefühl, dass der Konsum von Psychedelika ein transformierendes Ereignis ist, das ihnen Inspiration geben kann. Wir könnten ebenfalls schlussfolgern, dass ein Zustand von „high“ ein alltägliches Ereignis bei denjenigen Künstlern ist, die diesen Zustand auf unterschiedliche Art und Weise erlangen können, durch spezielle Techniken wie Meditation oder lediglich dadurch, dass sie sich auf ihre kreative Arbeit fokussieren. Dies ist auf jeden Fall wichtig für sie, da ihre Arbeit mit einem extremen emotionalen Druck einhergeht.

Literatur

- Berelson, B. (1971). *Content analysis in communication research* (Original erschienen 1952). New York: Hafner Publishing Company.
- Berge, T. J. (2002). Jekyll and Hyde revisited: Paradoxes in the appreciation of drug experiences and their effects on creativity. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34, 249-262.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Dobkin de Rios, M. & Janiger, O. (2003). LSD, spirituality, and the creative process. Rochester, VT: Park Street Press.
- Doblin, R., Beck, J. E., Chapman, K. & Alioto, M. (1999). Dr. Oscar Janiger's pioneering LSD research: A forty year follow-up. *Bulletin of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies*, 9, 7-21.
- Farthing, G. W. (1992). *The psychology of consciousness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Fischer, R., Fox, R. & Ralstin, M. (1972). Creative performance and the hallucinogenic drug-in-

- duced creative experience. *Journal of Psychedelic Drugs*, 5, 29-36.
- Grinspoon, L. & Bakalar, J. B. (1979). *Psychedelic drugs in the twentieth century*. New York: Basic Books.
- Grof, S. (2000). *Psychology of the future: lessons from modern consciousness research*. Albany: State University of New York Press.
- Iszaj, F. & Demetrovics, Zs. (2011). Balancing between sensitization and repression: The role of opium in the life and art of Edgar Allan Poe and Samuel Taylor Coleridge. *Substance Use & Misuse*, 46, 1613-1618.
- Iszaj, F., Ehmann, B. & Demetrovics, Zs. (2011). Az alkohol- és a marihuána-használat okozta mintázati eltérések kreatív alkotók körében. [Long-term impact of alcohol and marijuana use on verbal behaviour of creative artists]. Präsentiert auf dem 8. Nationalen Kongress der Ungarischen Gesellschaft für Suchterkrankungen vom 24. bis 26. November, Siófok, Ungarn.
- Jones, M. T. (2007). The creativity of crumb: Research on the effects of psychedelic drugs on the comic art of Robert Crumb. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39, 283-291.
- Knafo, D. (2008). The senses grow skilled on their craving: Thoughts on creativity and addiction. *Psychoanalytic Review*, 95, 571-595.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis. An introduction to its methodology*. Thousand Oaks: SAGE.
- Krippner, S. (1968). The psychedelic state, the hypnotic trance and the creative act. *Journal of Humanistic Psychology*, 8, 49-67.
- MacRae, E. (2004). *The ritual use of ayahuasca by three Brazilian religions* (Interdisciplinary group for psychoactive studies). http://neip.info/upd_blob/0000/647.pdf.
- Masters, R. E. L. & Houston, J. (1968). *Psychedelic art*. New York: Grove Press.
- Masters, R. E. L. & Houston, J. (2000). *The varieties of psychedelic experience: The classic guide to the effects of LSD on the human psyche*. South Paris, ME: Park Street Press.
- McCabe, O. L. (1974). Psychedelic (LSD) psychotherapy: A case report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 11, 2-10.
- Móró, L., Simon, K., Bárd, I. & Rácz, J. (2011). Voice of the psychonauts: Coping, life purpose, and spirituality in psychedelic drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43, 188-198.
- Neuendorf, K. (2002). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks: SAGE.
- Sessa, B. (2008). Is it time to revisit the role of psychedelic drugs in enhancing human creativity? *Journal of Psychopharmacology*, 22, 821-827.
- Silberstein, M. (2008). *Noof v2 Manual*. www.nooj4nlp.net
- Smith, J. A. (Ed.) (2008). *Qualitative psychology. A practical guide to research methods*. Los Angeles: SAGE.
- Willig, C. & Stainton-Rogers, W. (Eds.) (2008). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. Los Angeles: Sage.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.

Fruzsina Iszaj

Doctoral School of Psychology
Eötvös Loránd University
Budapest, Ungarn
ifruzsina@gmail.com

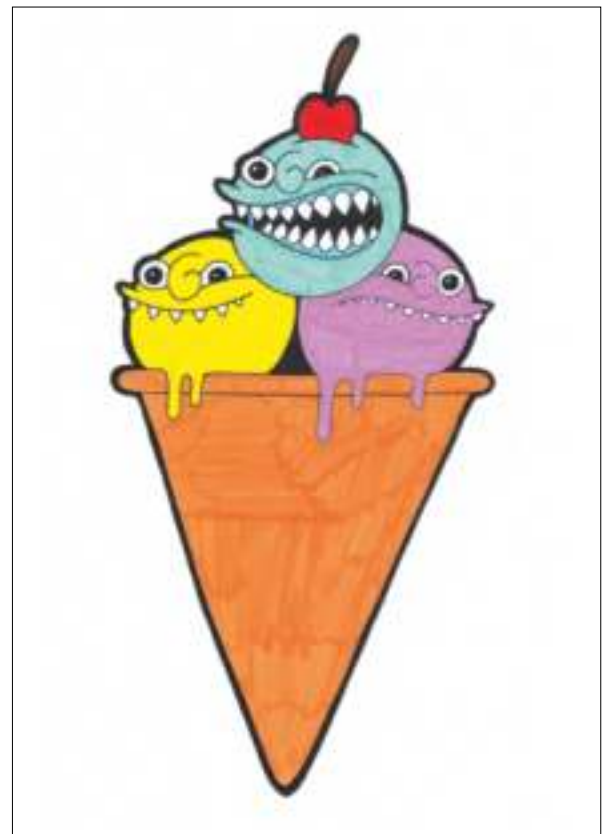
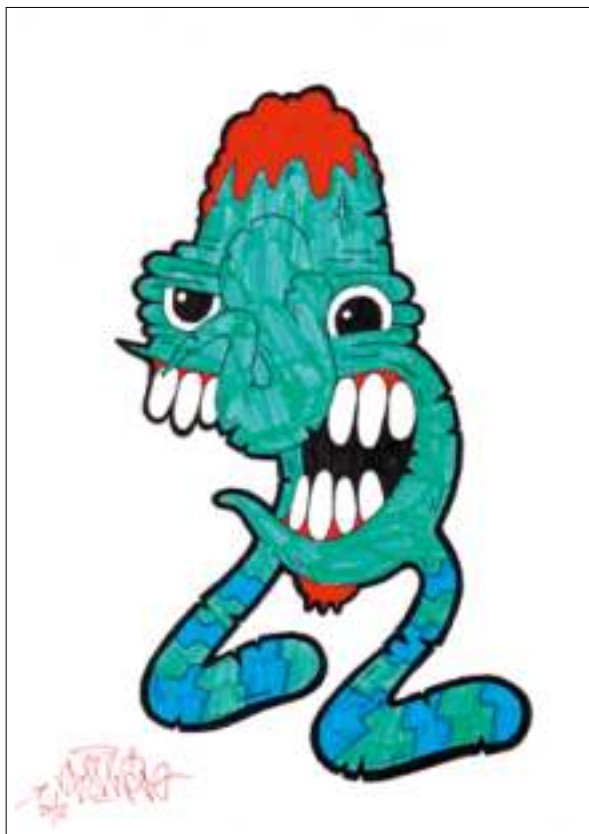
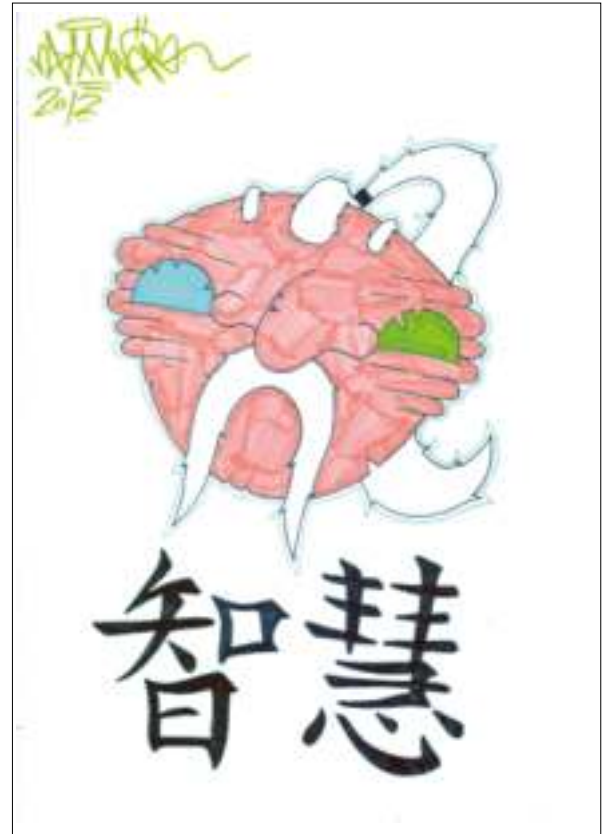
Bea Ehmann

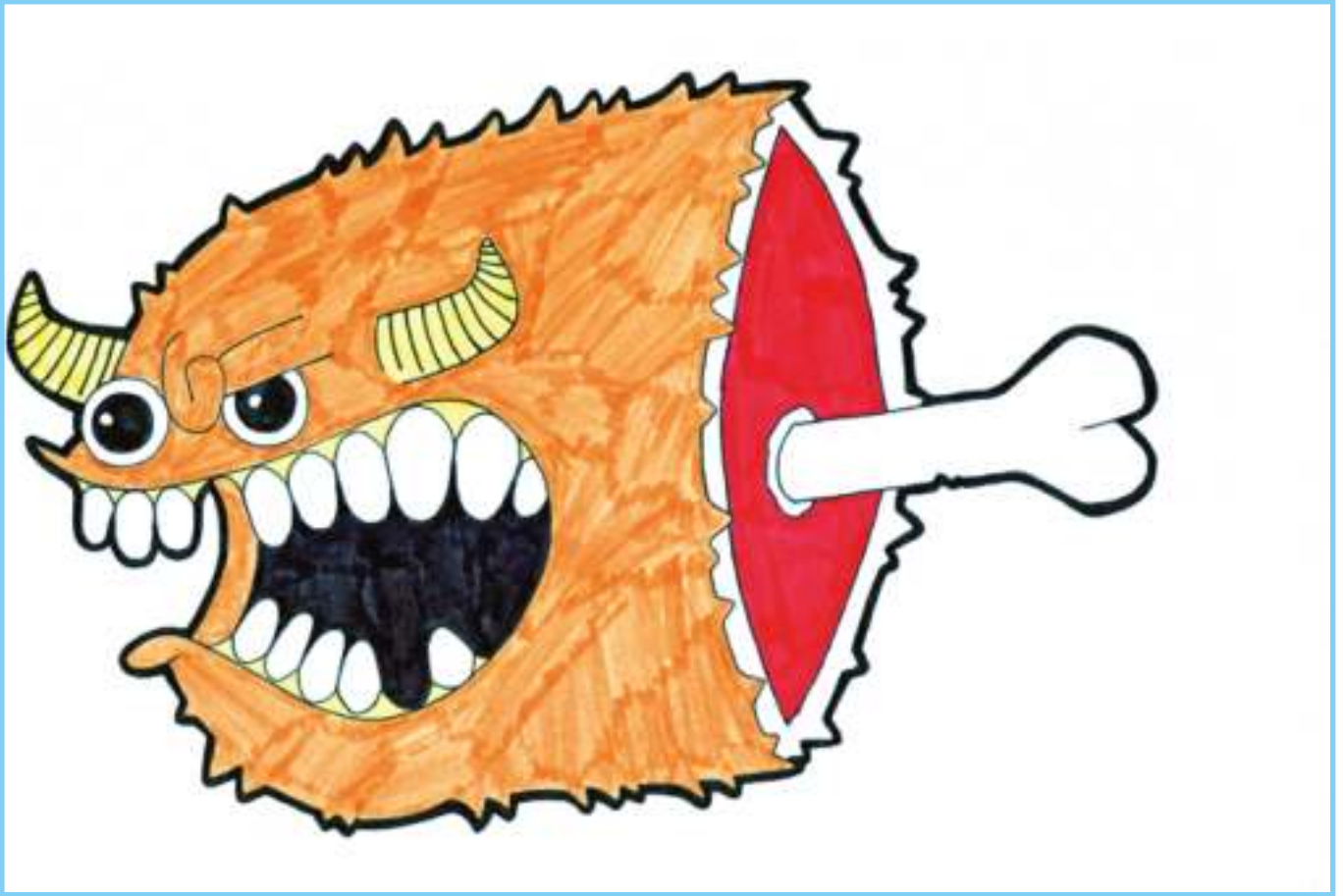
Institute of Cognitive Neuroscience
and Psychology
Hungarian Academy of Sciences
Budapest, Ungarn
ehmann.bea@ttk.mta.hu

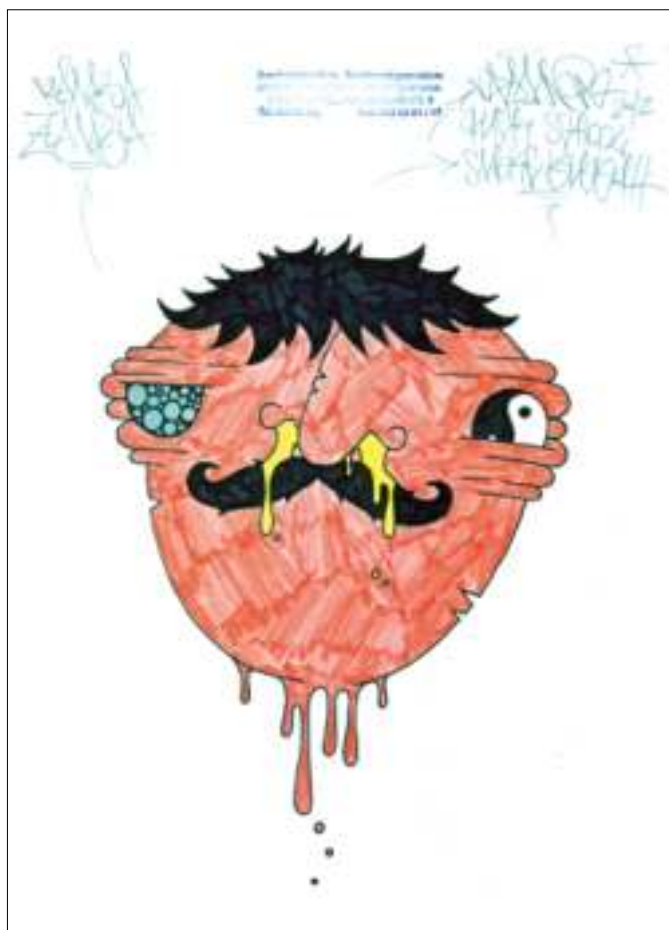
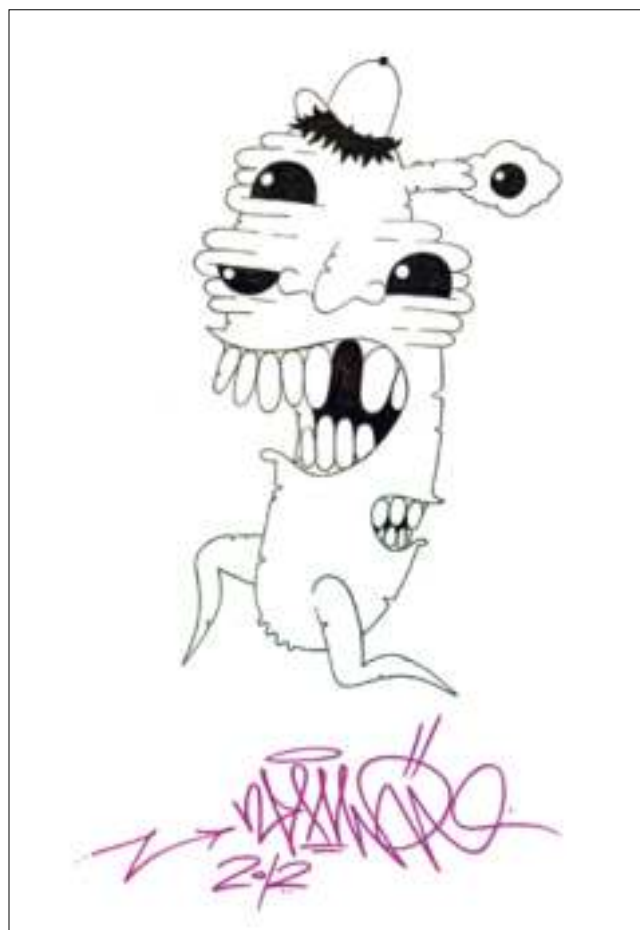
Zsolt Demetrovics

Institute of Psychology
Eötvös Loránd University
Budapest, Ungarn
demetrovics@t-online.hu

Bildstrecke

Jakob Wall









Medizin, Heilung und Psychedelika

Cameron Adams

Der Begriff Medizin wird häufig auf psychedelische Substanzen bezogen, während der Begriff Heilung mit dem Erlebnis der Einnahme dieser Substanzen in Verbindung gebracht wird. In diesem Beitrag soll untersucht werden, in welcher Bedeutung Psychedelika-Konsumenten diese Begriffe gebrauchen, und es soll weiter erforscht werden, wie Psychedelika als Medizin wirken und wie sie in diesem Zusammenhang eine Heilung herbeiführen. Die Analyse von Internetbeiträgen und Daten aus Umfragen zeigen, dass Medizin im Wesentlichen eine Variante oder eine Untergruppe der Psychedelika darstellt, insofern als lediglich auf eine psychedelische Substanz auf pflanzlicher Basis Bezug genommen wird, während der Begriff Heilung spezieller verwendet wird, nämlich um konkrete spirituelle oder medizinische Effekte zu bezeichnen. Psychedelika werden verschrieben, um das subjektive Erleben zu verbessern und die sozialen Aspekte eines schlechten Gesundheitszustands zu mildern. Es scheint jedoch auch eine biologische Wirkung einzutreten.

Schlüsselwörter: Psychedelika, Selbstheilung, Internetrecherche, Phänomenologie

1 Einleitung

In den vergangenen drei Jahren habe ich den Konsum von psychedelischen Drogen in zahlreichen virtuellen Communities beobachtet: in einigen Internetforen, auf Informationswebseiten, auf Twitter, Facebook und YouTube. Auch wenn dieses Projekt einen allgemeinen ethnographischen Charakter hat, fiel ein Phänomen bereits sehr früh als besonders beachtenswert auf. Der Begriff *Medizin* wird häufig verwendet, um sich auf psychedelische Substanzen zu beziehen, während *Heilung* als die Erfahrung der Substanzeinnahme angesehen wird. Nicht alle Internetbeiträge verwenden diese Begriffe, es gibt keine Kommentare zu diesen Begriffen:

Die Begriffe scheinen in diesem Personenkreis eindeutig und unmissverständlich zu sein. Im vorliegenden Beitrag soll die Bedeutung dieser Begriffe in der Verwendung durch Psychonauten (Personen, die Psychedelika konsumieren) geklärt und erforscht werden, wie Psychedelika subjektiv als Medizin wirken und wie sie in diesem Zusammenhang eine Heilung hervorrufen.

Definitionen

In diesem Beitrag verwende ich den Begriff *psychedelisch* (bewusstseinsweiternd), um Substanzen zu bezeichnen, die sensorische Verfälschungen verursachen, die Sinnhaftigkeit verstärken, Visionen bei geschlossenen Augen verursachen und gelegentlich mystische Erfahrungen induzieren (Grinspoon & Bakalar, 1979). Das bekannteste Mitglied dieser Klasse von Medikamenten/Drogen ist LSD, es gehören dazu aber auch „magische“ Pilze, Peyote-Kaktus und eine Reihe von natürlichen und synthetischen Komponenten. Diese Bezeichnung ist nicht unumstritten. Früher verwendete Begriffe, wie z.B. *schizogen* oder *psychotomimetisch* (Osmond, 1957) implizieren, dass sie eine vorübergehende psychische Störung verursachen, und sind daher in Ungnade gefallen. *Halluzinogen* bezieht sich auf das Erzeugen von Illusionen (Wahrnehmung von etwas, was nicht da ist) (Szára, 1994); ein Effekt, der – auch wenn nur einer der möglichen Effekte dieser Substanzen – denen, die die Droge konsumieren, nicht unbedingt besonders auffällt. Gängig und von vielen Konsumenten bevorzugt ist der Begriff *entheogen*, der geprägt wurde, um eine gewisse Distanz dieser Substanzen zum sozialen Ballast der Psychedelika zu schaffen (Ruck et al., 1979). Es handelt sich nun also um einen mystischen oder religiösen Effekt, der nur mit bestimmten Dosierungen und in speziellen Kontexten regelmäßig auftaucht. Unabhängig vom kulturellen Ballast glaube ich daher, dass psychedelisch – im Sinne von „bewusstseinssof-

fenbarend“ (engl.: mind manifesting) (Osmond, 1957) – der neutralste verfügbare Begriff ist und folglich das breiteste Netz über alle möglichen Erfahrungen auswirft.

Darüber hinaus beziehe ich mich mit dem Begriff Psychedelika auf eine eng gefasste Klasse von Substanzen. Es gibt viele Substanzen, die ähnliche psychische Zustände induzieren wie diejenigen, auf die ich mich in diesem Beitrag beziehe. Dennoch – und besonders in Bezug auf Sicherheit (siehe unten) – gehören zur Klasse von Drogen, die als „klassische“ Psychedelika bekannt sind, nur diejenigen mit molekularen Strukturen ähnlich zu Serotonin (Tryptamine: LSD/Lysergsäurediethylamid, Psilocybin, DMT/Dimethyltryptamin, Ibogain, usw.) oder Dopamin (Phenethylamin: Meskalin, MDMA, usw.) (Shulgin & Shulgin, 1991; 1997).

Kontext

Psychedelische Substanzen wurden schon seit Jahrtausenden im Kontext von schamanischen Heilungen verwendet (Glass-Coffin, 2010; Winkelman, 1990). Sie wurden erfolgreich im klinischen Setting eingesetzt, um Linderung bei Alkoholsucht, Schizophrenie und anderen Krankheiten zu verschaffen, bis die Forschung in den frühen 1960er Jahren verboten wurde (Jacobs, 2008). Seit dem Verbot wurde der Konsum von Psychedelika im Untergrund fortgesetzt, ebenso wie Anwendungen im therapeutischen Kontext (Fadiman, 2011). Diese Kontexte sind in vielerlei Hinsicht verschieden. Im traditionellen ethnographischen Setting ist ein Praktiker anwesend, der die Heilzeremonie leitet. Es wird dabei vorwiegend mit Geistwesen über das Wohlergehen des Patienten verhandelt. Im klinischen Kontext der 1950er und 1960er Jahre gab es zwei wesentliche Strategien: psycholytische und psychedelische. Die psycholytische Therapie wird mit niedrigen Dosen über mehrere Sitzungen hinweg durchgeführt, in denen eine traditionelle Gesprächstherapie stattfindet (Sandison, Spencer & Whitelaw, 1954). Bei der psychedelischen Therapie wird eine geringe Anzahl von hohen Dosen in Stille und unter Supervision eines Therapeuten verabreicht (Dyck, 2008). In der Untergrundszene nach dem Verbot macht es der Kontext der Illegalität unwahrscheinlich, dass man jemals ein genaues Bild über die Heilungen bekommen wird. Fadiman (2011) berichtet jedoch von einer Gruppe, die im Grunde auf die gleiche Art und Weise praktiziert wie bei der psychedelischen Therapie.

Im Jahr 1994 erhielt Strassman (2001) die Genehmigung der Regierung, Experimente mit dem stark psychedelischen DMT durchzuführen.

Damit öffneten sich die Tore wieder für die Forschung mit psychedelischen Substanzen und es laufen derzeit einige Studien, in denen das medizinische Potenzial von Psychedelika untersucht wird. Das Spektrum von Substanzen und Einsatzbereichen ist groß (Winkelman & Roberts, 2007; *Psychedelic Research Around the World.*, o. D.) und es handelt sich um exploratorische Studien, die meistens doppelblind und plazebokontrolliert durchgeführt werden. In der Zwischenzeit konsumieren einzelne Personen weiterhin Psychedelika und einige nehmen an Online-Diskussionen darüber teil. Bei diesen Diskussionen fallen regelmäßig die Begriffe *Medizin* und *Heilung* und die Veröffentlichung und Verbreitung von klinischen Studien hat den Gebrauch dieser Begriffe zweifellos beeinflusst. Dennoch ist es aufgrund der Art und Weise, wie sie im Kontext verwendet werden, unklar, ob ihnen eine biomedizinische oder eine spezielle kulturelle Bedeutung zugrunde liegt.

Die hier berichtete Studie untersucht die Bedeutungen, welche die Psychedelika-Konsumenten den Begriffen *Medizin* und *Heilung* zuschreiben. Darüber hinaus zeigt sie auf, unter welchen Bedingungen Psychedelika von der allgemeinen, Psychedelika konsumierenden Subkultur verwendet werden. Diese Studie soll ein hilfreiches Sprungbrett zum Verständnis des breiten und komplexen Bereichs der subjektiven Gesundheitsaspekte sowie für zukünftige wegweisende klinische Forschung sein.

Heilung und Medizin sind selbstverständlich begrenzte Aspekte von Psychedelika. Manche Personen haben Erfahrung mit diesen Substanzen lediglich als Freizeitdrogen, um tiefere Einsichten zu gewinnen und die Kreativität zu erhöhen – was nichts mit Heilen zu tun hat –, oder sie haben „bad trips“ und ähnliche Erfahrungen gemacht, die seelischen Schaden anrichten können. Es ist nicht Absicht dieser Studie, diese unterschiedlichen Erfahrungen mit dem Konsum von Psychedelika außer Acht zu lassen. Es handelt sich hier vielmehr um die Erforschung einer einzelnen Facette aus vielen, die mit diesen Substanzen in Zusammenhang stehen. Die Ergebnisse repräsentieren daher nicht andere Aspekte des Psychedelika-Konsums, auch wenn damit nicht gemeint ist, dass wir davon ausgehen, dass diese Aspekte nicht vorhanden oder nicht wichtig wären.

2 Gesundheit und Wohlergehen

Die Erfahrung von Unwohlsein ist nicht einfach eine Sache von biologischen Problemen eines Körpers, den man reparieren könnte, so wie ein

Mechaniker ein Auto repariert. Es gibt andere Dimensionen, die sich überschneiden und die ebenfalls betrachtet werden müssen. Krankheit (illness) und Krankheit (disease) sind verschiedene Arten, den Verlust der Gesundheit zu verstehen (Helman, 1981). Krankheit ist objektiv und biologisch, während Kranksein auf das Soziale bezogen und subjektiv ist. Andere Wege, die multidimensionale Bedeutung von Erkrankung zu erfassen, sind das biopsychosoziale Modell von Engel (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004), das psychologische Aspekte von den sozialen und biologischen Bereichen abtrennt, und das biopsychosoziospirituelle Modell von Bishop (2009), das transzendente Aspekte hinzufügt. Auch wenn man darüber diskutieren könnte, wo die eine Kategorie beginnt und die andere endet, teilen alle diese Modelle die Einsicht, dass wir nicht einfach biologische Maschinen sind und dass ein einfacher biologischer Ansatz nicht dazu geeignet ist, das Wohlergehen zu fördern. Zum Beispiel zeigen Studien, dass eine starke psychedelische Erfahrung die Lebensqualität verbessern und die Angst vor dem Tod bei Krebspatienten im Endstadium verringern kann (Grob et al., 2011). Diese Patienten werden versterben, wenn die Erkrankung ein gewisses Stadium erreicht, aber sozial betrachtet wird der Patient in die Lage versetzt, bis zu seinem Tod zu leben – folglich wird dadurch seine Lebensqualität verbessert.

Die Salutogenese-Theorie (Antonovsky, 1979) ist ein Ansatz, bei dem die Ursachen eines guten Gesundheitszustands untersucht werden – und nicht die Ursachen von Krankheit. Das Gefühl, Teil eines größeren Ganzen zu sein und dass das eigene Leben einen Sinn hat – auch ‚Kohärenzsinn‘ bezeichnet – scheint mit einer niedrigeren Inzidenz von Herzinfarkten, weniger Arbeitsunfähigkeitstagen und niedrigerer Sterblichkeit im Allgemeinen einherzugehen und ist Grundlage für das Aufrechterhalten einer guten Gesundheit, genauso wie Pathogene oder Krankheitskeime eine schlechte Gesundheit bewirken (Suominen et al., 2005). Beim Psilocybin, dem aktiven Bestandteil von „magic mushrooms“ (Zauberpilzen), wurde nachgewiesen, dass es klassische mystische Zustände verursacht (Griffiths et al., 2011), wie z.B. Einssein mit Gott, mit allem, oder Teil der Umwelt zu sein, was den einzelnen Personen ein Gefühl von Sinn und Zugehörigkeit verleiht. Bei dieser mystischen Erfahrung zeigen sich die gleichen Hauptaspekte des Kohärenzsinn, wie sie in der Salutogenese-Theorie definiert sind.

Psychedelische Drogen/Wirkstoffe sind natürlich nicht die einzigen Möglichkeiten, um diese mystischen Zustände zu erreichen. Viele Methoden haben dieses Potenzial: extremes

Fasten, Trauma, schwierige Körperhaltungen, die über lange Zeiträume eingenommen werden, oder eine lange und gewissenhafte Meditationspraxis. Im Gegensatz dazu sind psychedelische Drogen jedoch universell wirksam, schnell und relativ sicher. Folglich waren in einer Multikriterien-Analyse zu negativen Drogenwirkungen die Psychedelika die sichersten Mittel (Nutt, King & Phillips, 2010). Wie ein Mitglied eines Forums kommentierte, sind psychedelische Drogen die ergonomischsten Mittel, um einen psychedelischen (und folglich einen mystischen) Zustand zu erreichen. Darüber hinaus sind Grob et al. (1996) der Ansicht, dass Konsumenten von Ayahuasca psychisch stabiler und belastbarer sind als Kontrollpersonen. Für Peyote liegt die Häufigkeit von negativen Reaktionen bei ca. 1 zu 70.000 (Bergman, 1971, S. 53), während Langzeitkonsumenten von Peyote höhere Werte in Maßen der geistigen Gesundheit erzielen als Kontrollprobanden (Halpern et al., 2005, S. 627). Zudem zeigt eine Literaturübersicht zum LSD-Konsum, dass die häufigste negative Reaktion ein „bad trip“ (Angst, Panik, Paranoia) ist, aber dass es keine signifikanten neuropsychologischen Unterschiede zwischen LSD-Konsumenten und Kontrollen gibt (Strassman, 1984).

Dennoch gibt es Risiken, sie können aber leicht vermieden werden. In einer Studie aus Amsterdam zum Konsum von Psilocybin-haltigen Pilzen konnte man z.B. feststellen, dass Touristen die höchsten Risiken hatten, einschließlich Todesfälle, die mit dem Beikonsum von anderen Drogen oder mit einer schlechten Einschätzung, verstärkt noch durch die fremde Umgebung, in Verbindung zu stehen scheinen (van Amsterdam, Opperhuizen & van den Brink, 2011, S. 425-426). Auch können Personen mit einer prämorbid psychischen Störung besonders anfällig sein, bei ihnen sind Wechselwirkungen verschiedener Medikamente/Drogen zu befürchten (Johnson, Richards & Griffiths, 2008, S. 608-609).

3 Methoden

Für diese vorläufige Studie habe ich mich auf Beiträge in einem einzelnen Forum beschränkt (The Grow Report, o. D.) und auf eine Umfrage, die ich im Internet verbreitet habe. Das Forum zeigt einen starken Bias zu englischen Teilnehmern, die aus Podcasts mit eindeutig britischem Inhalt gezogen wurden. Obwohl nicht alle Forummitglieder ihren Wohnort angaben, zeigt sich aus dem Wortgebrauch und der Schreibweise, ob jemand aus Großbritannien oder Nordamerika stammt oder Englisch

nicht als Muttersprache hat. Darüber hinaus weisen Bezugnahmen auf persönliche Treffen auf eine geographische Nähe hin, können dies aber nicht mit Sicherheit bestätigen. Auf der Grundlage dieser Hinweise gehe ich davon aus, dass zwei Drittel der Mitglieder in Großbritannien wohnen. Ich habe dieses Forum als Forschungsfokus ausgewählt, da es zusätzlich zu seinem GB-Bias nicht auf eine einzige Substanz limitiert ist, wie dies in anderen Foren der Fall ist. Zudem ermöglichen Foren im Gegensatz zu Facebook und Twitter lange und anhaltende Diskussionen. Das Forum liefert also einen reicheren Kontext für Psychedelika im Allgemeinen und einen guten Ausgangspunkt für zukünftige Forschungen. Forumbeiträge mit Bezug zu Medizin (*medicine*: 395 Einträge) und Heilung (*healing*: 413 Einträge) während der gesamten Laufzeit des Forums (seit 2007) wurden gesammelt und kodiert nach Substanz, biomedizinischem Bias, spirituellem Bias, psychologischem Bias und Besonderheiten der psychedelischen Erfahrung. Dies lieferte Material, um eine Umfrage zu entwickeln, die neben grundlegenden demographischen Daten 18 offene Fragen zu Substanzen, medizinischem Gebrauch, Heilungserfahrung, Dosierung und Konsumzeiten/-häufigkeit, Kontext und die Bitte um einen detaillierten Bericht über eine oder mehrere typische Heilungserfahrungen enthält.

Die Umfrage wurde auf dem Forum gepostet mit der Bitte, sie an jede beliebige Person weiterzuleiten, die daran teilnehmen möchte. Vollständige Daten liegen von 28 Personen vor. Alle bis auf sechs Antworten (alle aus Großbritannien) kamen vom Forum. Insgesamt gab es 16 Antworten aus Großbritannien und anderen europäischen Ländern, fünf aus den USA und sieben aus anderen Ländern. Die Daten aus den USA und den anderen Ländern lassen sich nicht von den europäischen Daten unterscheiden. Dies kann daran liegen, dass sich im Forum alle durch die geographische Distanz bestehenden Unterschiede auflösen. Die zurückgeschickten Antworten hatten eine Länge von 2.500 bis 4.000 Wörtern. Die niedrige Responserate liegt meiner Meinung nach an Bedenken, per E-Mail oder über das Internet zu antworten. Vier Personen nahmen diesbezüglich Kontakt mit mir auf, nahmen aber nicht teil; zwei weitere baten mich, eine vorübergehende verschlüsselte E-Mail-Adresse zu erstellen, um an der Umfrage teilzunehmen, und weitere zwei Personen baten mich um ein persönliches Treffen für ein semi-strukturiertes Interview mit offenen Fragen.

Von den 28 Teilnehmern waren nur fünf weiblich und nur einer war nicht kaukasisch. Dieser Bias zu kaukasischen Männern ist

meiner Ansicht nach ein Artefakt der Online-Forschung (eine große Konferenz zum psychedelischen Bewusstsein, die im Jahr 2011 in Canterbury stattfand, wurde fast zu gleichen Teilen von Männern und Frauen besucht, und es waren neben Kauasiern auch andere ethnische Gruppen anwesend). Das Alter der Teilnehmer schwankte von 18 bis 72 Jahren und es waren Personen mit höheren und Universitätsabschlüssen darunter. Auch die berufliche Tätigkeit der Teilnehmer war höchst unterschiedlich: Studenten, Angestellte, Selbständige und Personen mit hoher Qualifikation.

Obwohl die Forumbeiträge einer Diskursanalyse unterzogen wurden, um die Art der Begriffe *Medizin* und *Heilung* im Kontext der natürlichen Verwendung zu ermitteln, lieferten diese Einträge kaum mehr als das Material zur Entwicklung der Umfrage. Diese Daten sind dadurch begrenzt, dass sie weder in Frage gestellt noch abgeklärt werden können. Daher ist dieser Bericht in erster Linie von den Umfragen abgeleitet und phänomenologisch angelegt. (Desjarlais & Throop, 2011). Damit möchte ich meine Annahmen über Psychedelika, Heilung und Medizin „in Klammern setzen“, um zu der gelebten Erfahrung von denjenigen Personen zu gelangen, die Psychedelika als Medizin konsumieren. Damit wird der Fokus auf das Subjektive gelegt (Halliburton, 2002), während ich versuche, mich von meiner eigenen kulturellen Konditionierung zu distanzieren. Bei diesem Forschungsansatz werden die Antworten der Teilnehmer für bare Münze genommen und es wird ein Bild der gelebten Erfahrung der erforschten Community gezeichnet. Die Berichte, die ich erhalten habe, sind in der Tat anekdotisch und bilden somit die Grundlage eines Versuchs, die kulturellen Bedeutungen und Erfahrungen von Heilung und Medizin in Bezug auf den Konsum von Psychedelika aufzuklären. Es wird dabei nicht beabsichtigt, medizinische Spezifika zu kommentieren. Abgesehen davon könnten, wie im Falle von Cluster-Kopfschmerzen (Sewell, Halpern & Pope, 2006) und dem Hernoinentzug (Alper, Lotsof & Kaplan, 2008), diese Einblicke möglicherweise Bereiche deutlich machen, die weiter erforscht werden sollten.

Für diese Studie haben wir die *Ethik-Richtlinien für gute Forschungsarbeit der Association of Social Anthropologists of the UK and the Commonwealth* befolgt (Index of Ethics, o. D.). Darüber hinaus habe ich aufgrund der Illegalität des erforschten Verhaltens ein paar Vorkehrungen getroffen. Es wurden alle Umfragedaten anonymisiert, ich habe alle E-Mails und E-Mail-Adressen von meinem PC entfernt und ich habe nun keine Möglichkeit, irgendeinen Teilnehmer

zu kontaktieren. Bei der nachfolgenden Präsentation der Ergebnisse bezieht sich der Buchstabe „F“ auf einen Foreineintrag und „S“ auf eine Antwort auf die Internetumfrage.

4 Ergebnisse

Was ist Medizin?

Ich würde im Kontext der modernen Gesundheitsindustrie nicht von Medizin sprechen – Für mich ist „Medizin“ alles, was zu einer besseren Gesundheit von Geist und Körper beiträgt. Ich denke, dass das in etwa der Art und Weise gleichkommt, wie die Indianer das Wort gebrauchen (S, männlich, 29, GB).

Die aus dem Forum gewonnenen Daten zeigen, dass der Begriff *Medizin* im Wesentlichen eine Variante oder eine Untergruppe von *Psychedelika* oder *Entheogenen* ist, insofern als er im üblichen Gebauch auf eine psychedelische Substanz auf Pflanzenbasis verweist. Die einzige Ausnahme, die ich gefunden habe, zeigt sich in einem Forumsbeitrag zu LSD (F, weiblich, USA). *Medizin* wird typischerweise in Kontexten ohne offensichtlichen medizinischen/heilkundlichen oder heilenden Inhalt verwendet. Mehr noch als ein Kommentar zu alternativen Heilmethoden scheint der Gebrauch des Begriffs ein Signal zu sein, dass derjenige, der ihn verwendet, einen Bias zu überlieferten Organisationsformen, dezentralisierter Macht und zum Leben in Achtung vor der Natur hat. Diese Personen neigen dazu, die moderne Gesellschaft zu kritisieren und Ureinwohner-Kulturen zu verehren, und sie kennen die sozialen und politischen Themen und Probleme der Indianer, wie z.B. die *Native American Church* (auch *Peyotismus* oder *Peyote-Religion*) und die jüngsten Rechtsfälle zu den spirituellen Praktiken von „Santo Daime“ und „Uñaio do Vegetal“ in den USA und Europa (Feeney & Labate, im Erscheinen).

Im Zusammenhang mit der Umfrage wird – wenn direkt danach gefragt wird – *Medizin* jedoch als eine Substanz beschrieben, die den seelischen und/oder körperlichen Gesundheitszustand oder das Wohlergehen zu verbessern vermag und entweder präventiv oder palliativ sein kann. Eine *Medizin* stellt ein Mittel zu persönlichem Wachstum dar und kann den Körper transformieren, indem die Harmonie zwischen Geist/Körper und der Umwelt wiederhergestellt wird. *Medizin* wird derart aufgefasst, dass sie die Heilung durch Wechselwirkung mit den Gedankenprozessen und durch Förderung der bewussten Heilung anregt – im Gegensatz zur passiven Heilung durch Pharmazeutika. Dadurch entwickelt sich ein Gefühl

für Gleichgewicht und Ruhe, und das Bewusstsein über ein Körper/Geist/Energie-System wird größer. Ayahuasca wird besonders – aber nicht exklusiv – mit der Vorstellung verbunden, dass *Psychedelika „auf einer sub-zellulären Ebene wirken, um die DNA-Expressionsmuster zu verändern“* (S, weiblich, 42, GB).

Was bedeutet Heilung?

Heilung ist das Verschwinden von körperlicher und geistiger Erkrankung, die Beseitigung von somatischen Beschwerden sowie das Finden von Glück und Zufriedenheit und die Stärke, dem Schlechten zu widerstehen, sowie die Weisheit, eine Lösung für das Problem zu finden (S, männlich, 36, Norwegen).

Im Forum wird der Begriff *Heilung* speziell dafür verwendet, einen Prozess der spirituellen oder der medizinischen Hilfe zu bezeichnen. Die Daten aus der Umfrage deuten auch darauf hin, dass *Psychedelika* sich auf emotionale, psychologische und sogar physiologische Anliegen beziehen. Den Teilnehmern bietet die Erfahrung mit *Psychedelika* eine Sichtweise, die ihnen ermöglicht, Probleme objektiv zu sehen, und sie erhalten dadurch entsprechende Lösungen. *Psychedelika* erlauben dem Konsumenten, auf wichtige Aspekte des Lebens zu fokussieren, die durch Stress und alltägliche Probleme verschleiert werden. Dies wird beschrieben als eine Umprogrammierung von ungesunden Gedanken und Verhaltensweisen oder als eine emotionale Reinigung. Für Anliegen und Probleme, die nicht leicht zu lösen sind, bewirken *Psychedelika*, dass die Dinge angenommen werden, wie sie sind, was dabei hilft, Zufriedenheit zu finden und negativen Erfahrungen zu widerstehen: Sie zeigen, wie es sich anfühlt, ganzheitlich und gesund zu sein, und fördern den Heilungsprozess. Die Konzepte nach Jung liefern einen Rahmen, um die Heilungsaspekte der *Psychedelika* zu verstehen. Heilung wird als ein Wachstumsprozess angesehen, der dadurch in Gang gesetzt wird, dass man sich seiner eigenen dunkelsten und versteckten Aspekte bewusst wird – bezeichnet als „der Schatten“ (Jung, 1959). Sich mit diesen Aspekten direkt zu konfrontieren, wird als eine Hilfe angesehen, um das Trauma freisetzen zu können.

Psychedelika werden von den Umfrageteilnehmern auch als Heilmittel für körperliche Beschwerden angesehen. Ein Befragter war der Ansicht, dass sich dies durch eine positive Verstärkung erklären lasse (S, männlich, 26, Kent), und ein anderer meinte, sie würden helfen, den Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten mit schädlichen Nebenwirkungen zu verringern (S, männlich, 71, USA). Ein Teilneh-

mer legte nahe, dass der Konsument letztendlich der Türsteher dieses Prozesses ist und dass Psychedelika nur heilen können, was der Konsument erlaubt (S, männlich, 28, USA). Ähnlich sprachen zwei Teilnehmer offen vom Placebo als eine Heilungsmethode von Psychedelika (S, männlich, 37, GB; S, männlich, 29, GB). Der Begriff „Placebo“ wurde jedoch nicht abwertend benutzt: Es wurde als ein wirkungsvoller Zustand angesehen, in dem der Körper dazu gebracht wird, sich selbst zu heilen. Dennoch waren sie der Meinung, dass sich Angststörungen, Zwangsstörungen, Depression, bipolare Störungen und Schizophrenie durch einfache chemische Prozesse im Gehirn heilen lassen. Die vielfach veröffentlichten suchthemmenden Eigenschaften von Ibogain wurden oft genannt, auch wenn keiner der Befragten berichtete, Ibogain konsumiert zu haben. Darüber hinaus wurden einige Beschwerden genannt, die auf den Konsum von Psychedelika angesprochen haben sollen: Cluster-Kopfschmerzen, Tinnitus, Tumore, Malaria, schlechtes Sehen, Gleichgewichtsprobleme und Übergewicht (Übergewicht wurde durch Lebensstiländerungen unter Kontrolle gehalten, die durch die Erfahrungen mit Psychedelika veranlasst wurden). Interessanterweise wurden Studien zur Wirkung von Psychedelika auf Angstzustände, Zwangserkrankungen, Kopfschmerzen, Sucht und zum Sehvermögen durchgeführt oder sind derzeit in Arbeit (Psychedelic Research Around the World, o. D.).

Es wird davon ausgegangen, dass sich Heilung als eine Integration von Geist und Körper und als energetisches Gleichgewicht manifestiert. Beide Sichtweisen stützen sich auf gut bekannte alternative medizinische Traditionen, im Allgemeinen aus dem Osten, wie z.B. Akupunktur und traditionelle chinesische Medizin. In diesem Kontext wird der Dualismus zwischen Körper und Geist aufgelöst, was dazu führt, dass Energieblockaden sich von selbst auflösen. Es wird auch berichtet, dass Psychedelika Schmerzen lindern. In den meisten Fällen geht man nicht davon aus, dass dies durch irgendeine intrinsische schmerzlindernde Qualität dieser Substanzen geschieht, sondern eher durch eine verstärkte Wahrnehmung des eigenen Körpers, wodurch Muster in der Körperhaltung und im Verhalten aufgedeckt werden, die Stress verursachen.

Es wird über Psychedelika auch berichtet, dass sie mystische oder spirituelle Erfahrungen auslösen. Insbesondere das tiefe Gefühl der Verbundenheit gilt als ein Weg, um zu einer ganzheitlichen Perspektive zu gelangen. Dies gibt dem/der Einzelnen ein Gefühl von Bedeutung und „heilt das böse Gefühl von ‚Du

bist ganz allein““ (S, männlich, 29, Niederlande). Die Grenzen zwischen Psychonauten und dem Rest der Welt lösen sich auf. In diesem Kontext können sie ihrem Leben eine Bedeutung und sich selbst einen Platz in dieser Welt geben. Das Wohlbefinden wird durch die Psychedelika verbessert, indem der/die Einzelne die Erfahrung von bedingungsloser Liebe und Akzeptanz macht.

„Setting“, „Set“ und Integration

Ich habe nicht das Verlangen, ein künstliches Glücksgefühl zu erzeugen, indem ich Psilocybin konsumiere, sondern ich möchte die Ursache meiner Unzufriedenheit herausfinden (F, männlich, GB).

Es wurde beobachtet, dass das Setting und das Set wichtig sind für den Erfolg einer psychedelischen Erfahrung (Leary, Metzner & Alpert, 1969). Das *Setting* bezeichnet einfach das „Wo“ und „Mit wem“, die Jahreszeit und die Tageszeit, kurz: die äußeren Aspekte, in die die Erfahrung eingebettet ist, während das *Set* viele immaterielle Werte umfasst, wie z.B. die Denkweise, persönliche Geschichte, Überzeugungen und Absichten oder den inneren Kontext.

Setting

Wenn man alle Umfragen und Forumbeiträge zusammen betrachtet, ist das einzig Beständige am Setting, dass es extrem variabel ist. Heilungstrips finden in der Stadt und in der Natur statt, bei Nacht oder am Tag, es können daran sorgfältige Psychonauten beteiligt sein oder naive Experimentalisten. Die meisten der berichteten Heilungserfahrungen geschahen in ruhigen Umgebungen, entweder im Wald oder allein zu Hause; ein Befragter berichtete aber, dass es auf einer Party geschah (S, weiblich, 21, GB). Diese Heilungserfahrungen wurden sowohl alleine als auch zusammen mit anderen erlebt, die entweder Psychedelika eingenommen haben oder nicht. Falls sie nicht allein waren, hielten sich andere Leute in einem Nebenraum auf und waren bereit, helfend beizustehen oder während des Trips mit dem Konsumenten zu diskutieren. Ayahuasca wurde jedoch bis auf eine Ausnahme immer in einer Gruppe mit einem Offizianten im Rahmen einer Zeremonie konsumiert.

Set

Wie schon das „Setting“ waren auch die „Sets“ unterschiedlich und reichten von impulsiven

Momenten bis hin zu geplanten Veranstaltungen, bei denen signifikante Vorkehrungen in Bezug auf Person und Umgebung getroffen werden konnten. Säubern, Rituale, Meditation oder Gebete gehörten zu allen geplanten Erfahrungen – diese helfen, den inneren Zustand zu fokussieren und zu stärken und sich für die bevorstehende Erfahrung vorzubereiten. Ein Befragter gab an, dass er sicherstellt, dass nicht nur das Haus sauber ist, sondern dass auch alle häuslichen Pflichten erledigt sind, wie z.B. die Lebensmitteleinkäufe (S, männlich, 44, GB).

Die „Intention“, eine Subkategorie von „Set“, scheint wichtiger zu sein als das Setting oder andere Aspekte des Sets. Auch wenn die Intentionen von reiner Entspannung bis zu einem fokussierten Wunsch nach Heilung reichten, ist doch der Zweck, psychologische, emotionale, soziale oder spirituelle Probleme zu heilen, am häufigsten. Der Zweck, körperliche Beschwerden, wie z.B. Kopfschmerzen, zu heilen, wird selten angeführt, insbesondere für die ersten Heilungserfahrungen. Eine Ausnahme bildet hier der Konsum von Ayahuasca: Hier steht die Heilung von körperlichen Beschwerden klar im schamanischen Zusammenhang mit dem Konsum.

Etwa die Hälfte der Befragten hatte ihr erstes psychedelisches Heilungserlebnis unerwartet, dennoch geben fast alle an, dass das Set und das Setting bei der psychedelischen Erfahrung wichtig sind. Dies legt nahe, dass die beobachteten Heilungsaspekte der Psychedelika sich jederzeit zeigen können, dass aber durch einen Lernprozess einschließlich der Integrationsphase (siehe unten) das Heilen maximiert wird, indem eine verstärkte Kontrolle der Umgebung und der Erwartungen stattfindet:

Ich bringe den Psychedelika jetzt den angemessenen Respekt, den sie verdienen, entgegen. Ich prüfe ein Setting sorgfältig und die Erfahrung hat meinen Geist geöffnet, um die Substanzen für zukünftige weitere Heilungen nutzen zu können (S, weiblich, 21, GB).

Integration/Assimilation

Die mittels Psychedelika veranlasste Heilung ist lediglich ein Teil des gesamten Heilungsprozesses. Die Befragten erwähnen immer wieder, dass sie die Erfahrung integrieren und assimilieren; dies liefert lediglich Wegweiser auf dem Pfad der Heilung: Man muss hart daran arbeiten, um auf diesem Weg zu bleiben. Damit die Heilung anhält, muss man auf der Reise einige Zeit lang beten, betrachten oder meditieren (in manchen Fällen über Monate hinweg), damit die Psychedelika erfolgreich sind. Dies wird als

wichtigster Aspekt der Heilung mit Psychedelika angesehen.

5 Schlussfolgerung

Gesundheit ist ein komplexes Phänomen, das sich nicht auf die bequeme Dualität von guter versus schlechter Gesundheit reduzieren lässt. Zu einem schlechten Gesundheitszustand gehören biologische Wirkstoffe oder strukturelle Störungen, eine individuelle subjektive Erfahrung dieser biologischen Faktoren und die soziale Bedeutung von beidem. Folglich ist Heilung nicht einfach nur das Ansprechen von einfachen biologischen Umständen, die uns quälen.

Die Informationen in diesem Kapitel zeichnen ein komplexes Bild von dem, was *Medizin* und *Heilung* für diese Personengruppe bedeuten. Medizin ist jede beliebige Substanz, die eingenommen wird, um die geistige oder körperliche Gesundheit zu verbessern. Im Gegensatz zum Konzept der biomedizinischen Zusammenhänge ist diese Definition sehr breit gehalten; sie umfasst auch Placebo und stellt sie über Pharmazeutika als eine wirkungsvolle Medizin. Das liegt daran, dass Arzneien als ein Mittel angesehen werden, um den Körper zu ermutigen, sich selbst zu heilen, indem Ungleichgewichte aufgezeigt und anschließend beseitigt werden. Heilung ist lediglich die Befreiung von den psychologischen oder körperlichen Beschwerden. Dazu gehört aber auch, dass man zum Kern des Problems gelangt und nicht nur die oberflächlichen Symptome lindert. Schmerz wird nicht beseitigt, indem die Empfindung blockiert wird, sondern indem das Verhalten verändert wird, und psychosoziale Probleme werden beseitigt, indem unterdrückte Erinnerungen und Traumata integriert werden, und nicht durch „happy pills“. Auch wenn die ersten Schritte der Heilung vielleicht unerwartet kommen, erfordert eine sorgfältige und vollständige Heilung einen entsprechenden Fokus, Intention und harte Arbeit, um das Erlebnis zu integrieren. Dies ist bewusste, aktive Heilung im Gegensatz zu passiver Heilung durch Pharmazeutika.

Die vorliegende Studie weist jedoch Einschränkungen auf, da sie lediglich versucht, die Erfahrungen derjenigen Personen aufzuzeigen, die Psychedelika als Medizin ansehen. Ich weiß, dass es weit mehr Personen geben kann, die neutrale oder nicht heilende positive Erfahrungen gemacht haben, und dass viele Personen möglicherweise negative Erfahrungen machen, die ihnen schaden können. Es liegen mir Daten vor, die nahe legen, dass negative Erfahrungen zu Katharsis und folglich zu Heilung

führen können. Diese Hypothese ist jedoch nicht weit entwickelt und muss in künftigen Studien untersucht werden. Ein Menge des hier vorgestellten Materials könnte besser in den entsprechenden Zusammenhang gebracht werden, wenn die verschiedenen Empfindungen, die während eines Heilungstrips erlebt werden, untersucht würden, ebenso wie die Vorstellungen, welche die Studienteilnehmer über ihre eigene Physiologie haben (Nichter, 2008). Weitere Forschungen sollten sich auch mit den negativen Erfahrungen eingehend befassen, um ein ausgewogenes Verständnis der Eigenart von psychedelischen Erfahrungen zu entwickeln und über die Art und Weise, wie die einzelnen Personen sie interpretieren.

Angesichts meines phenomenologischen Ansatzes muss ich dennoch die gelebte Erfahrung meiner Forschungsteilnehmer ernst nehmen und unbesehen glauben. Dies führt mich zu der Überlegung, dass die salutogenen Fähigkeiten von Psychedelika in der Lage sind, über den subjektiven Bereich des Wohlergehens hinauszugehen und biologische Faktoren von Krankheit anzugehen. Wenn man die Hinweise betrachtet, welche die subjektive Erfahrung des psychedelischen Heilens für die klinische Forschung bereits geliefert hat, schlage ich vor, dass Daten wie die hier vorgestellten sorgfältig für künftige Forschungsvorhaben berücksichtigt werden sollten.

Literatur

- Alper, K. R., Lotsof, H. S. & Kaplan, C. D. (2008). The ibogaine medical subculture. *Journal of Ethnopharmacology*, 115 (1), 9-24.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bergman, R. L. (1971). Navajo peyote use: Its apparent safety. *The American Journal of Psychiatry*, 128 (6), 695-699.
- Bishop, P. (2009). Biopsychosociospiritual medicine and other political schemes. *Christian Bioethics*, 15 (3), 254-276.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2 (6), 576-582.
- Desjarlais, R. & Throop, J. C. (2011). Phenomenological approaches in anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 40 (1), 87-102.
- Dyck, E. (2008). *Psychedelic psychiatry: LSD from clinic to campus*. Johns Hopkins University Press.
- Fadiman, J. (2011). *The psychedelic explorer's guide: Safe, therapeutic, and sacred journeys*. Maine: Park Street Press.
- Feeney, K. & Labate, B. C. (forthcoming). Religious freedom and the expansion of ayahuasca ceremonies in Europe. In: C. Adams, A. Waldstein, D. Luke, B. Sessa & D. King (Eds.), *Proceedings of the breaking convention: Multidisciplinary conference on psychedelic consciousness*. London: Strange Attractor.
- Glass-Coffin, B. (2010). Shamanism and san pedro through time: Some notes on the archaeology, history, and continued use of an entheogen in Northern Peru. *Anthropology of Consciousness*, 21 (1), 58-82.
- Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Richards, W. A., Richards, B. D., McCann, U. & Jesse, R. (2011). Psilocybin occasioned mystical-type experiences: Immediate and persisting dose-related effects. *Psychopharmacology (Berl)*, 218 (4), 6496-6500.
- Grinspoon, L. & Bakalar, J. B. (1979). *Psychedelic drugs reconsidered*. New York: Basic Books.
- Grob, C. S., Danforth, A. L., Chopra, G. S., Hagerty, M., McKay, C. R., Halberstadt, A. L. & Greer, G. R. (2011). Pilot study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced-stage cancer. *Archives of General Psychiatry*, 68 (1), 71-78.
- Grob, C. S., McKenna, D. J., Callaway, J. C., Brito, G. S., Neves, E. S., Oberlaender, G. & Boone, K. B. (1996). Human psychopharmacology of hoasca, a plant hallucinogen used in ritual context in Brazil. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184 (2), 86-94.
- Halliburton, M. (2002). Rethinking anthropological studies of the body: Manas bōdham in kerala. *American Anthropologist*, 104 (4), 1123-1134.
- Halpern, J. H., Sherwood, A. R., Hudson, J. I., Yurgelun-Todd, D. & Pope, H. G. (2005). Psychological and cognitive effects of long-term peyote use among native Americans. *Biological Psychiatry*, 58 (8), 624-631.
- Helman, C. G. (1981). Disease versus illness in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31 (230), 548.
- Index of Ethics (o. D.). *Index of Ethics*. [Web page]. <http://www.theasa.org/ethics/>.
- Jacobs, A. (2008). Acid redux: Revisiting LSD use in therapy. *Contemporary Justice Review*, 11 (4), 427-439.
- Johnson, M., Richards, W. & Griffiths, R. (2008). Human hallucinogen research: Guidelines for safety. *Journal of Psychopharmacology*, 22 (6), 603-620.
- Jung, C. G. (1959). The fight with the shadow. In: H. Read, M. Fordham, G. Adler & W. McGuire (Eds.), *Civilization in transition. The collected works of C. G. Jung* (Volume 10). (Original erschienen 1946). Princeton, NJ: Princeton University.

- Leary, T., Metzner, R. & Alpert, R. (1969). *The psychedelic experience: A manual based on the Tibetan book of the dead*. London: Academic Press.
- Nichter, M. (2008). Coming to our senses: Appreciating the sensorial in medical anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 45 (2), 163-197.
- Nutt, D. J., King, L. A. & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376 (9752), 1558-1565.
- Osmond, H. (1957). A review of the clinical effects of psychotomimetic agents. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 66 (3), 418-434.
- Psychedelic Research Around the World (o. D.). *Psychedelic research around the world*. [Web page]. <http://www.maps.org/research/>
- Ruck, C. A., Bigwood, J., Staples, D., Ott, J. & Wasson, R. G. (1979). *Entheogens*. *Journal of Psychedelic Drugs*, 11 (1-2), 145-146.
- Sandison, R. A., Spencer, A. M. & Whitelaw, J. D. (1954). The therapeutic value of lysergic acid diethylamide in mental illness. *Journal of Medical Sciences*, 100 (419), 491-507.
- Sewell, R. A., Halpern, J. H. & Pope, H. G. (2006). Response of cluster headache to psilocybin and LSD. *Neurology*, 66 (12), 1920-1922.
- Shulgin, A. & Shulgin, A. (1991). *PIHKAL: A chemical love story*. Transform Press.
- Shulgin, A. & Shulgin, A. (1997). *TIHKAL: The continuation*. Transform Press.
- Strassman, R. (2001). *DMT: The spirit molecule: A doctor's revolutionary research into the biology of near-death and mystical experiences*. Rochester, VT: Park Street Press.
- Strassman, R. J. (1984). Adverse reactions to psychedelic drugs. A review of the literature. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172 (10), 577-595.
- Suominen, S., Gould, R., Ahvenainen, J., Vahtera, J., Uutela, A. & Koskenvuo, M. (2005). Sense of coherence and disability pensions. A nationwide, register based prospective population study of 2196 adult Finns. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (6), 455-459.
- Szára, S. (1994). Are hallucinogens psychoheuristic? In: G. C. Lin & R. A. Glennon (Eds.), *Hallucinogens: An update* (S. 33-51). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- The Grow Report (o. D.). *The grow report*. [Web page]. <http://www.thegrowreport.com/forum.php>
- Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A. & Van den Brink, W. (2011). Harm potential of magic mushroom use: A review. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 59 (3), 423-429.
- Winkelman, M. (1990). Shamanism and altered states of consciousness. *Anthropology of Consciousness*, 1 (1-2), 12-14.
- Winkelman, M. & Roberts, T. (Eds.) (2007). *Psychedelic medicine: New evidence for hallucinogenic substances as treatment* (Vol. 2). London: Praeger.

Cameron Adams

School of Anthropology and Conservation
University of Kent
United Kingdom
c.l.adams@kent.ac.uk

NACHRICHT

Tschechien: Cannabis für medizinische Zwecke erlaubt

Das tschechische Parlament hat eine Legalisierung von Cannabis zu medizinischen Zwecken beschlossen. Die Droge darf der Entscheidung zufolge von Ärzten verschrieben werden, um schwere Krankheiten wie Krebs, Parkinson oder multiple Sklerose zu behandeln. Ein Jahr lang soll zunächst Cannabis aus Israel oder den Niederlanden eingeführt werden, bevor fünf-

jährige Lizenzen an Züchter im Land vergeben werden sollen.

Der Neuregelung stimmten im Oberhaus 67 der 74 anwesenden Senatoren zu. Sie muss noch vom Präsidenten unterzeichnet werden. Die Behandlung mit Cannabis soll dem Beschluss zufolge nicht von den Krankenkassen finanziert werden.

Ekstatische Anästhesie: Ketamin und GHB zwischen medizinischem Gebrauch und Selbstexperimentation

Robert Teltzrow & Oliver G. Bosch

Der Nutzen von bewusstseinsverändernden Substanzen – wie Ketamin und Gamma-hydroxybutyrat (GHB) – für die Medizin wird heute aufgrund des schlechten Rufs als „club drugs“ oft in Frage gestellt. Beide Substanzen weisen jedoch ein einzigartiges Spektrum an subjektiven und neurobiologischen Effekten auf, die sowohl für medizinische Zwecke als auch für den Freizeitkonsum gleichermaßen geschätzt werden. Die Bedeutung der bewusstseinsverändernden Wirkungen von Ketamin und GHB in klinischen Experimenten im Vergleich zum Freizeitkonsum wurde noch nicht in der qualitativen Forschung behandelt. Diese Übersicht über biomedizinische Studien zu Ketamin und GHB sowie eine qualitative Analyse von Selbstberichten über den Gebrauch von illegalen Drogen – veröffentlicht auf der Online-Plattform Erowid – haben das Ziel, die Intentionen und Bedeutungen von klinischem Gebrauch und Freizeitkonsum aufzuklären – wobei die Themen Selbstexperimentation und Selbstmedikation im Fokus stehen. Die Analyse brachte unterschiedliche Wirkungen von Ketamin und GHB zum Vorschein, zum einen bei medizinischen Experimenten und zum anderen bei der Selbstexperimentation. Die charakteristischen subjektiven Effekte sind je nach „Set“ und „Setting“ verschieden. Klinisch Tätige und Freizeitkonsumenten haben vergleichbare Motivationen in Bezug auf das Lindern von individuellem Leiden, wie z.B. Depression, Angstzuständen und Sucht. Die Ergebnisse sprechen für weitere soziologische und medizinische Forschungen zu den heilenden Effekten von Ketamin und GHB in Settings abseits des Nachtlebens.

Schlüsselwörter: Ketamin, Gamma-hydroxybutyrat, GHB, subjektive Erfahrung, Freizeitdrogenkonsum, Droge, K.O.-Tropfen, Vergewaltigungsdrogen, Anästhetika, Antidepressiva, Erowid, medizinischer Wert

1 Einleitung

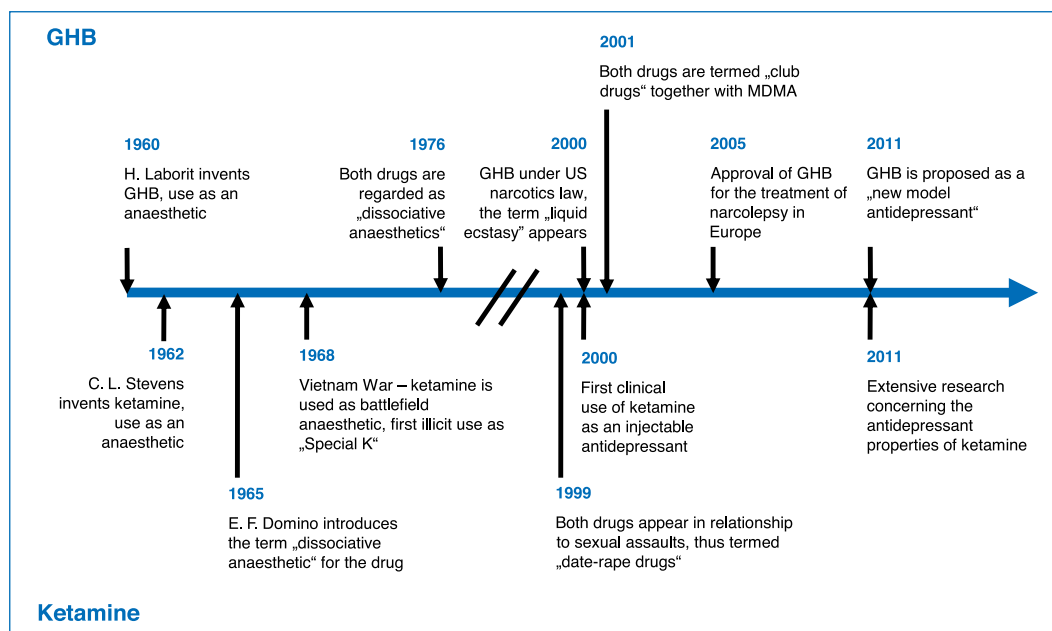
Viele der Drogen, die heute zum Freizeitkonsum verwendet werden, stammen ursprünglich aus pharmazeutischen Labors und klinischen Einrichtungen. Ketamin und Gamma-hydroxybutyrat (GHB) sind dabei von besonderem Interesse, da sie ein einzigartiges Spektrum von subjektiven und neurobiologischen Effekten aufweisen, die sowohl für den medizinischen Gebrauch wie auch für den Freizeitkonsum gleichermaßen geschätzt werden. Während Kliniker Experimente durchführen, um psychische Störungen besser verstehen und behandeln zu können, nutzen Freizeitkonsumenten die gleichen Drogen zur Selbstexperimentation, um zu veränderten Bewusstseinszuständen zu gelangen. Die „Bedeutung von high“ bei Ketamin und GHB kann folglich durch eine Verschmelzung der Perspektiven der medizinischen Berufe einerseits und der Freizeitkonsumenten andererseits ermittelt werden. In diesem Beitrag wird ein Überblick über die Geschichte von beidem – dem medizinischen Gebrauch und dem Freizeitkonsum von Ketamin und GHB – gegeben und es werden die psychopharmakologischen Wirkungen beschrieben. Dies wird anschließend durch eine Analyse von Berichten von Freizeitkonsumenten veranschaulicht, die von der Internetplattform Erowid stammen. Es wird hierbei der Schwerpunkt auf Selbstexperimentation und Selbstmedikation gelegt. Letztendlich werden Ergebnisse, Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Wirkungen der Drogen sowie in den Set- und Setting-Variablen zusammengefasst.

2 Geschichte des medizinischen Gebrauchs und des illegalen Konsums von Ketamin und GHB

Der Zeitstrahl der Entwicklung der medizinischen und der illegalen Verwendung von Ketamin und GHB ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1

Zeitstrahl des
medizinischen Gebrauchs
und des illegalen Konsums
von GHB und Ketamin



Ketamin

Ketamin wurde 1962 von C. L. Stevens synthetisiert, der auf der Suche nach einem kurz wirksamen PCP-Derivat war. Am Menschen wurde diese Substanz erstmals im Jahr 1964 in einem Gefängnis getestet und anschließend als Anästhetikum verwendet (Domino et al., 1965). Es wurde in den USA bereits 1967 auch außerhalb von Krankenhäusern und Labors verwendet und dort unter den Namen „mean green“ oder „rockmesc“ (rock mescaline) von „medizinischen Chemikern“ aus Michigan verkauft (Jansen, 2004). Die Verbindung zwischen Ketamin und Meskalin – dem aktiven Alkaloid des Peyotekaktus – weist darauf hin, dass es aufgrund seiner psychoaktiven Eigenschaften konsumiert wurde. In den 1970er Jahren ließ der Vietnamkrieg die Nachfrage nach physiologisch sicheren und leicht handhabbaren Kampffeld-Anästhetika ansteigen. Ketamin war ein wichtiger Kandidat für einen solchen Zweck, da es – im Gegensatz zu den meisten verfügbaren Anästhetika – die Vitalparameter (z.B. Blutdruck) nur geringfügig beeinträchtigt und in therapeutischen Dosen angewendet keine Atemdepression verursacht (Mercer, 2009). Zur gleichen Zeit erreichte der Freizeitdrogenkonsum unter den Soldaten in Vietnam epidemische Ausmaße (Brush, 2002). Es wird angenommen, dass diese Vietnam-Veteranen dafür verantwortlich waren, dass Anästhetika in ihren Heimatgemeinden nun anders angesehen wurden; dies führte zu einer weiteren Verbreitung von Ketamin als Freizeit- und Selbstexperimentationsdroge (Jansen, 2004). In dieser Zeit etablierte sich Ketamin ebenfalls als gängiges

Anästhetikum für Operationen, Notfallmaßnahmen, pädiatrische und Veterinärmedizin, aber der Einsatz in der Erwachsenen-Chirurgie ging angesichts der dissoziativen und halluzinogenen Effekte der Substanz zurück (wie unten besprochen). Die einfache und billige Herstellung machte es jedoch möglich, dass sich Ketamin weltweit verbreitete und zu einem der heute am häufigsten verwendeten Anästhetika in den Entwicklungsländern wurde (Green et al., 1996).

Nach Daten der zentralen Informationsquelle zur Situation des Drogenkonsums in Europa – dem *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) – kam der illegale Konsum von Ketamin in Europa erst in den 1990er Jahren ins Bewusstsein der Öffentlichkeit, als die Droge im Freizeit-Setting auftauchte (EMCDDA, 2002). Ketamin wurde in Europa mit dem Auftauchen von Techno-Raves populär (Jansen, 2004). In den 1990er Jahren begann sich die Tanzkulturbewegung in Europa rasch in eine Mainstream-Bewegung zu entwickeln, mit bekannten DJs, und es wurden riesige Menschenmassen angezogen. Ketamin war von Anfang an Teil dieser Raves (Jansen, 2004). Während diese Droge in den Mainstream gelangte, nahm auch die Zahl der Berichte über Intoxikationen mit dieser Droge zu: Das *London Centre of the National Poisons Information Service* berichtete über einen zehnfachen Anstieg der registrierten Fälle von Ketamin-Intoxikationen in Großbritannien von 1995 bis 2001 (Home Office, 2004). Trotz des guten Sicherheitsprofils von Ketamin in medizinischen Settings, birgt der nicht-medizinische Konsum eine Reihe von gesundheitlichen Risiken, insbesondere wenn

es an öffentlichen Plätzen konsumiert wird. In niedrigen Dosen kann Ketamin einen Zustand der Auflösung hervorrufen, der zu Orientierungslosigkeit führt, und in höheren Dosierungen kann es zu einem vollständigen Verlust des Bewusstseins kommen. Solche Zustände können zu ernsthaften Verletzungen führen, insbesondere, wenn damit in einem Club oder einem anderen ungeschützten Setting experimentiert wird (Jansen, 2004). Der Anstieg von Konsum und Unfällen durch Überdosierung von Ketamin führte schließlich dazu, dass es in den meisten europäischen Ländern strikter überwacht und gesetzlich kontrolliert wird (EMCDDA, 2002).

In Europa gibt es nur wenige Daten zur Prävalenz des Ketaminkonsums. Das EMCDDA legt nahe, dass sich der Konsum in den meisten Ländern auf niedrigem Niveau stabilisiert hat, und die Prävalenz des Ketaminkonsums unter Erwachsenen und Schülern in der Allgemeinbevölkerung wird viel niedriger eingeschätzt als der Konsum von Kokain und Ecstasy. Umfragen unter speziellen Zielgruppen, wie z.B. Partygästen, legen jedoch einen höheren Bereich für den auf die gesamte Lebenszeit betrachteten Konsum in Höhe von 29 bis 62 Prozent nahe (EMCDDA, 2011).

Im Gegensatz zu strengeren gesetzlichen Kontrollen des illegalen Ketamin-Konsums ist es in den letzten zehn Jahren zu einem klinischen Wiederaufleben der Ketamin-Forschung gekommen. Basierend auf frühen Versuchen, Ketamin zur Behandlung von Depressionen einzusetzen, insbesondere in einem „psycholytischen“ Kontext, bei dem beabsichtigt wird, unbewusstes Material mit Hilfe von bewusstseinsverändernden Drogen ans Licht zu bringen (Sofia & Harakal, 1975), wurde die erste moderne psychopharmakologische Studie zu Ketamin an Patienten mit therapieresistenter Major Depression im Jahr 2000 veröffentlicht. Die Studie zeigte, dass Ketamin ein schnelles und stabiles Antidepressivum ist (Berman et al., 2000). Spätere Fallstudien erbrachten ähnliche Ergebnisse und randomisierte Ketamin-Studien mit Patienten, die an Depressionen litten, bestätigten die früheren Studien ebenfalls. Dies führte zu umfassenden internationalen Forschungsarbeiten zur Rolle von Ketamin bei der Behandlung der Depression (Covvey et al., 2012).

GHB

GHB wurde ursprünglich von Henri Laborit im Jahr 1961 als ein oral aktives GABA-(gamma-aminobutyric acid)-Analogon entwickelt (La-

borit et al., 1960). Laborit wird als „Vater der Psychopharmakologie“ für seine Entdeckung des ersten antipsychotischen Chlorpromazin gefeiert. In den meisten Auflistungen über Laborits Leistungen wird jedoch GHB nicht erwähnt, obwohl er die Ansicht äußerte, dass die Erfindung von Chlorpromazin im Vergleich zu GHB trivial war (Mamelak, persönliche Mitteilung). Wie Ketamin wurde auch GHB ursprünglich in einem medizinischen Kontext als Anästhetikum vor Operationen eingesetzt und es hat für solche Zwecke in Deutschland immer noch eine Genehmigung und wird auch entsprechend eingesetzt. In den 1960er Jahren wurde die Substanz auch erfolgreich als Beruhigungsmittel und als Antidepressivum bei psychiatrischen Patienten getestet, aber mit dem Auftauchen der Benzodiazepine und der trizyklischen Antidepressiva wurde GHB aus der psychiatrischen Tagesordnung verdrängt (Rinaldi et al., 1967). GHB wurde auch als ein das Träumen erleichterndes Mittel für die antidepressive Therapie geprüft (Appia, 1967). In den 1970er Jahren entdeckte Mortimer Mamelak die einzigartigen Effekte von GHB auf den Schlaf-Wach-Rhythmus; diese Entdeckung führte schließlich dazu, dass es als Standard-Medikament zur Behandlung der Narkolepsie weiterentwickelt wurde.

In den 1980er Jahren wurde die Droge bei Freizeitkonsumenten und als Nahrungsergänzung in Fitnessclubs und Gesundheitszentren populär. Es wurde von Bodybuildern und Gesundheitsaposteln wegen seiner gut bekannten anabolen Eigenschaften und der Fähigkeit, den Tiefschlaf zu fördern, eingenommen (Bosch et al., 2012). GHB wurde zudem als Aphrodisiakum in Sexshops verkauft, um die sexuelle Erregung und Leistung zu erhöhen (Romanelli et al., 2003). In den 1990er Jahren zeigte sich GHB als Clubdroge in Europa und versprach ähnliche Effekte wie der Alkohol (EMCDDA, 2008). Bald danach kamen Bedenken auf, dass GHB möglicherweise sexuelle Übergriffe fördern könnte, indem es in den Clubs heimlich in Getränke geschüttet wird. Die Verbindung zwischen GHB und Amnesie, in Kombination mit der Tatsache, dass es rasch aus dem Körper ausgeschieden wird, macht es zu einer Droge, die nach einem sexuellen Übergriff nur schwer zu identifizieren ist (Nemeth et al., 2010). Nach den Daten der EMCDDA (2008) bleibt aber der Alkohol immer noch die am meisten bei sexuellen Übergriffen konsumierte Droge (EMCDDA, 2008).

Im März 2001 wurde GHB auf die Liste IV der UN-Konvention zu psychotropen Substanzen von 1971 gesetzt, die für alle EU-Mitgliedsstaaten verbindend festlegt, dass GHB durch

eine entsprechende Gesetzgebung überwacht wird. Daten der EMCDDA zeigen, dass die Prävalenz von GHB relativ gering ist, auch wenn man berücksichtigt, dass in den meisten Studien auch der Konsum der GHB-Vorläufersubstanzen – GBL (γ -Butyrolacton) und 1,4-butanediol (1,4-BD) – aufgenommen wurde. Nimmt man diese Vorläufersubstanzen zu sich, werden sie rasch zu GHB umgewandelt und produzieren Effekte, die denen von GHB fast identisch sind. Es kann also angenommen werden, dass Teilnehmer bei Umfragen zwar berichtet haben, dass sie GHB konsumiert haben, dass es sich aber tatsächlich um GBL handelt. Im Jahr 2003 zeigten Daten, die in Schulen von 25 europäischen Ländern gesammelt wurden, dass GHB/GBL von einer sehr kleinen Zahl von 15- bis 16-Jährigen (zwischen 0,5% und 1,4%) ausprobiert wurde (EMCDDA, 2008). Dennoch schätzt die EMCDDA, dass der Konsum von GHB in speziellen Bevölkerungsgruppen, Settings und Regionen Europas höher liegen dürfte. In Umfragen, die in Tanzmusik-Settings durchgeführt wurden, wird berichtet, dass 3% bis 19% der Befragten schon einmal GHB/GBL konsumiert haben. Andere Studien in speziellen Zielpopulationen in europäischen Ländern berichten eine geringfügig niedrigere Lebenszeit-Prävalenz im Bereich zwischen 3,9% und 14,3%, und eine Prävalenz im vergangenen Monat von bis zu 4,6% (EMCDDA, 2011).

Obwohl GHB als eine überwachte Substanz klassifiziert wurde, wurde die Droge im Jahr 2002 in den USA und im Jahr 2005 in Europa zur Behandlung der Narkolepsie zugelassen. Darüber hinaus ist sie in Österreich und Italien zur Behandlung bei Alkoholentzug zugelassen. Aufgrund seiner einzigartigen Effekte auf die Stimmung, den Schlaf-Wach-Rhythmus und die neuroendokrine Regulation wurde GHB vor kurzem als Antidepressivum vorgeschlagen (Bosch et al., 2012).

3 Psychopharmakologie von Ketamin und GHB

Ketamin

Ketamin wirkt hauptsächlich durch Hemmung des glutamatergen Systems, das wesentliche aktivierende Neurotransmittersystem des Gehirns. Die Substanz besitzt eine antagonistische Wirkung auf N-Methyl-D-aspartate (NMDA)-Rezeptoren, was zu einer Hemmung der glutamatergen Übertragung führt (Anis et al., 1983). Die Droge wird als „dissoziatives Anästhetikum“ bezeichnet, was bedeutet, dass sie die Fähigkeit aufweist, eine Narkose und nar-

koseähnliche Zustände einzuleiten, in denen das Bewusstsein vom Körper getrennt zu sein scheint (Domino et al., 1965).

In einer Studie mit zehn gesunden Freiwilligen verursachte Ketamin (20 mg erster Bolus i.v., gefolgt von 0,02 bis 0,03 mg/kg/min Infusion über 60 min) akute Depersonalisations- und Derealisationsphänomene, Sehstörungen, Denkstörungen und Apathie. Die aufgetretenen Sehstörungen reichten von Pseudohaluzinationen bis zu elementaren und komplexen Halluzinationen. Geräusche aus der Umgebung schienen die Gedankeninhalte und die subjektiven Erfahrungen zu beeinflussen. Es kam zu abgeflachtem Affekt und die meisten Personen verloren das Interesse an dem experimentellen Setting und zogen sich emotional zurück: Die Aufmerksamkeit auf etwas zu lenken und zu denken, fiel ihnen nach und nach schwieriger. In Bezug auf die Stimmung zeigten sich emotionale Deaktivierung, Introversion, negative Gefühle und Angstzustände. Alle Personen berichteten eine Störung ihres Körperbildes, das Auflösen von Ich-Grenzen und Veränderungen im Zeit- und Raumgefühl. Alle diese Phänomene gingen mit emotionalen Erfahrungen einher, die von euphorischen Gefühlen (30%) bis zu Gleichgültigkeit (30%) und Angstzuständen (30%) reichten. Diese subjektiven Effekte korrelierten mit einer erhöhten zerebralen Aktivität im frontalen Kortex (Vollenweider et al., 1997). Interessanterweise wurde in dieser Stichprobe ein hohes Auftreten von negativen Gefühlen und Angstzuständen berichtet – dies überschneidet sich mit den Aufzeichnungen aus Notaufnahmestationen und chirurgischen Abteilungen, wo regelmäßig berichtet wird, dass Ketamin Albträume, Todesvisionen und Angstzustände verursacht (Engelhardt, 1997). Verschiedene Studien haben Auswirkungen von Set und Setting auf die Aufwachreaktion (d.h. Aufwachen aus der Narkose) nach Ketamin-Narkose untersucht.

Das Auftreten von Halluzinationen und Träumen scheint mit der Entwicklung der bildlichen Phantasie und dem Bildungsniveau des Einzelnen zusammenzuhängen. In einer Studie mit chirurgischen Patienten aus einer Stichprobe von Landbewohnern eines Pathan (Bergvolk im pakistanischen Grenzgebiet zu Afghanistan) hatten lediglich 0,63% der weniger gebildeten Patienten Halluzinationen beim Aufwachen aus der Narkose im Vergleich zu 40% der gebildeten Patienten (Currie & Currie, 1984). In einer anderen Studie hatten die meisten Patienten, die im Aufwachraum Halluzinationen und Träume erlebten, auch zu Hause regelmäßig Träume, während diejenigen, die zu Hause nicht träumten, nur selten beim Aufwachen aus

der Narkose solche Phänomene erlebten (Hejja & Galloon, 1975). Neben individuellen Voraussetzungen (z.B. dem Set) beeinflussen Setting-Variablen die durch Ketamin verursachten Erfahrungen im medizinischen Umfeld stark. Die Annehmlichkeit und Akzeptanz der Ketamin-Narkose war bei gynäkologischen Patientinnen höher, wenn vor und nach der Operation Musik abgespielt wurde, auch wenn die Häufigkeit von Reaktionen beim Aufwachen unverändert war (Kumar et al., 1992). Während pharmakologische Interventionen (z.B. Tranquilizer) nur wenig Erfolg in Bezug auf Aufwachreaktionen nach Ketamin-Narkose aufwiesen, konnten unterstützende psychologische Interventionen die negativen psychischen Reaktionen bei Patienten nach Operationen verringern (Sklar et al., 1981).

GHB

GHB ist ein Zerfallsprodukt des wichtigsten Neurotransmitters im Gehirn, der Gamma-Amino-Buttersäure (GABA = gamma-amino-butyric acid). Die Substanz wirkt vorwiegend als ein Antagonist des Subtyps B der GABA-Rezeptoren, was zu einer breiten Hemmung der zerebralen Aktivität führt. Darüber hinaus beeinflusst sie eine Vielzahl von anderen Neurotransmitter-Systemen wie z.B. das dopaminerge, das norepinephrine und das cholinerge System ebenso wie möglicherweise das Opioidsystem. GHB ist ein Molekül, das vom Körper produziert wird, einschließlich spezifischer GHB-Rezeptoren, die auch im Gehirn vorkommen. GHB wird daher als ein mutmaßlicher Neurotransmitter angesehen. Beim Menschen weist exogenes GHB gemischte stimulierend-sedative Eigenschaften auf mit einem breiten Spektrum an Wirkungen – von leichter Euphorie und Entspannung bei niedrigen Dosen (10 mg/kg), übermäßiger prosozialer und prosexueller Aktivität bis zu tiefem Schlaf und Koma bei Einnahme von höheren Dosen (30-50 mg/kg) (Abanades et al., 2006; Bosch et al., 2012). Frühe Studien mit psychiatrischen Patienten und gesunden Freiwilligen zeigten die schlaffördernden und beruhigenden Effekte von GHB; es wird über ein sofortiges und plötzliches Erwachen berichtet, sobald die Wirkung aufgebraucht ist, und von einem Fehlen von Hangover-Effekten, die bei vergleichbar starken Beruhigungsmitteln beobachtet werden (Delay et al., 1965). Darüber hinaus wurde in diesen frühen Studien die prosexuelle und „aphrodisierende“ Wirkung von GHB festgestellt (Laborit, 1971). Auch die prosozialen Effekte von GHB wurden in den ersten psychiatrischen Stu-

dien ausdrücklich erwähnt, das therapeutische Bündnis zwischen Patienten und Psychiatern wurde durch die Droge verbessert und intensiviert (Ducouedic et al., 1964).

In einer qualitativen Fokusgruppen-Studie wurden 51 Freizeitkonsumenten von GHB über ihre Konsumgewohnheiten, Erfahrungen und Ansichten in Bezug auf die Droge befragt. Die Teilnehmer berichteten hauptsächlich von einem geringen Konsum (weniger als einmal pro Woche) zu Hause oder in einem Club. Die wesentlichen subjektiven Effekte waren Euphorie, Entspannung, Enthemmung, erhöhte sexuelle Erregung und Verlangen sowie verbesserte Berührungsempfindlichkeit, Stimmung und Geselligkeit. Die meisten Personen wussten um die Risiken des GHB-Konsums, insbesondere in Kombination mit Alkohol oder in Bezug auf Suchtentwicklung (Barker et al., 2007). In einer Online-Befragung (n = 189) berichteten GHB-Konsumenten über die Hauptgründe ihres Konsums: Erholung (18,3%), Sex (18,3%) und Geselligkeit (13,1%) und Erforschung veränderter Bewusstseinszustände (13,1%) (Sumnall et al., 2008).

4 Berichte von Ketamin- und GHB-Konsumenten auf der Online-Datenbank Erowid

Wir haben eine qualitative Analyse der Berichte von Ketamin- und GHB-Konsumenten durchgeführt, die auf Erowid, einer stark frequentierten Internet-Datenbank zu psychotropen Substanzen, veröffentlicht waren. Dort fanden sich auch wissenschaftliche Publikationen ebenso wie Erfahrungsberichte aus der Allgemeinbevölkerung. Insgesamt 60 dieser Konsumentenberichte (siehe Tabellen 1 und 2) über GHB (n = 28) und Ketamin (n = 32) wurden analysiert. Die Analyse erfolgte mit einem Raster mit den Themenbereichen verwendete Droge, Set und Setting, subjektive Effekte und Sucht. Die Themen wurden auf der Basis der in der biomedizinischen Literatur beschriebenen Effekte der Drogen ausgewählt. Das Raster umfasst Kategorien wie Geschlecht, Setting (Club oder anderes Setting), Intention des Konsums (Herumexperimentieren, Party, Spaß, Selbstmedikation, Doping), Risiken des Konsums (Überdosierung, unerwünschte toxische Effekte, „bad trips“, Entzug/Sucht) und andere subjektive Erfahrungen wie Halluzinationen, Erscheinungen, Empathogenese, Euphorie und Sinnlichkeit. Über die Erowid-Internetseite gelangt man zu 144 Berichten von GHB-Konsumenten und 278 Berichten von Ketamin-Konsumenten. Die Au-

Tabelle 1

Erowid-Berichte
über Ketamin

Bericht Nr.	Jahr	Titel (Erowid ID)
01	2011	Umwerfende erste Erfahrung im Ketamin-Loch (90988)
02	2002	Zu viel, zu schnell (8884)
03	2009	Erstes Ketamin-Loch – Der wahre Horror hinter der Realität (78894)
04	2004	Neue Grenzen durchbrechen (29845)
05	2002	Bewusstseinsfeld (14967)
06	2002	Gesundheitliche Probleme durch Ketamin (4808)
07	2011	Absoluter Frieden (91431)
08	2007	Flüssige Seelen (23311)
09	2009	Da ist Gott (56937)
10	2010	Mit Musik ist es ein fantastisches Abenteuer (82679)
11	2001	Ketamin vernichtete meinen Jesus (1149)
12	2011	Sucht, medizinische Probleme (81450)
20	2007	Ein-Gramm-Rausch (40864)
22	2000	Ketamin und die Erforschung des Bewusstseins (1968)
25	2011	Wie Ketamin schleicht (87839)
26	2004	Durch den Ketamin-Raum navigieren (20082)
27	2002	Ungewöhnliche Erfahrung (nasse Straße) (11455)
29	2000	Ketamin-Bekenntnisse (2731)
30	2009	Kosmischer Orgasmus (62998)
32	2009	Ego neu gebootet, reformiert und defragmentiert (79954)
33	2002	Meiner Seele ins Gesicht geschaut (9278)
34	2010	So fühlt sich also der Tod an? (71148)
35	2001	Der allerschlimmste Trip (3841)
39	2007	Komm mit mir auf eine Reise durch das Weltall (60261)
51	2002	Schatten meines früheren Selbst (6312)
52	2011	Gravierendes Problem (91936)
53	2002	Ketaminiert (15640)
54	2009	Ruinierte Jahre durch Ketamin-Sucht (74825)
55	2007	Ein entgangenes Ketamin-Loch ... war eine gewonnene Chance (61734)
58	2003	Tief im Ketamin-Loch (ohne)
59	2009	Bauchschmerzen verursacht durch Missbrauch (76732)
60	2010	Meine Blase ruiniert (81831)

toren haben alle Berichte gelesen, die zwischen 2000 und 2011 veröffentlicht wurden, und sich auf Einträge zu Diskussionen und Meinungen, die auf dem Raster gelistet waren, konzentriert. Nur Berichte, die relevante und tiefer gehende Informationen enthielten, wurde ausgewählt. Da es nicht möglich war, klar zwischen Effekten zu unterscheiden, die entweder durch Konsum einer einzelnen Droge oder aber von mehreren Drogen entstanden sind, wurden Berichte von Personen, die sich auf den Konsum von mehreren Drogen beziehen, von der Auswertung ausgeschlossen.

Drogen

Bei Ketamin wurden sowohl Injektionen als auch Sniefen (= nasale Applikation) berichtet (13 Konsumenten berichten über intramuskuläre Injektionen, zwei über intravenöse Injektionen und 15 berichten über nasale Aufnahme von Ketamin). Vier von acht weiblichen Ketamin-Konsumenten gaben an, dass sie die Droge injiziert haben (Berichte 05, 07, 27, 34), und ein Konsument berichtet über orale Aufnahme (Bericht 10). Alle GHB-Konsumenten berichten über eine orale Aufnahme der Droge in flüssiger Form. Die Ketamin-Dosis schwankte von 45 bis 100 mg für intravenöse Injektionen, 50 bis

Tabelle 2Erowid-Berichte
über GHB

Bericht Nr.	Jahr	Titel (Erowid ID)
13	2002	Veränderte mein Leben (5803)
14	2005	Ist GHB unangenehm? Ich glaube nicht! (8614)
15	2005	Neues Material ausprobieren (48512)
16	2000	Was habe ich gedacht? (2415)
17	2005	OD, Krankenhausaufenthalt (1356)
18	2008	Party machen (43543)
19	2000	G im Club (951)
21	2011	Buzz, Nie einen Hangover (89508)
23	2003	Lass die Finger davon (7702)
24	2004	Ich habe es durchgestanden (8850)
28	2005	Ausschleichen, um Entzug zu vermeiden (47659)
31	2010	Sucht und Entzug (86922)
36	2006	GHB bei Angstzuständen, sehr vorsichtig dosieren (54578)
37	2004	Sei geduldig und forsche (9381)
38	2005	Es ist scheiße (12873)
40	2011	Ohnmächtig geworden (39193)
41	2005	Konsum und Entzug (14499)
42	2011	Hat Spaß gemacht, bis ich es zu weit getrieben habe (73081)
43	2004	Negatives vs. Positives (8379)
44	2011	Den G-Punkt finden (82484)
45	2004	Oh nein, ich würde nicht abhängig werden (10946)
46	2007	Die Zeitmaschine (21138)
47	2007	Diese Droge macht mir Angst (65911)
48	2001	Der Entzugsprozess (4959)
49	2003	GHB: Man muss vorsichtig vorgehen (7462)
50	2005	Hilfe bei Sucht (11121)
56	2005	Ein Dosierungsexperiment – Wieviel soll man nehmen? (27080)
57	2005	Ein Highschool-Rausch (42780)

300 mg für intramuskuläre Injektionen und 100 bis 1.000 mg bei nasaler Applikation. Die GHB-Dosis schwankte zwischen einem und acht Gramm pro Sitzung, während Tagesdosen von bis zu 40 g bei wiederholter Applikation berichtet wurden.

Set

Von den 34 Berichten über Erfahrungen mit Ketamin wurden 25 von männlichen Drogenkonsumenten und sieben von weiblichen veröffentlicht. 18 der 28 GHB-Berichte wurden von männlichen Drogenkonsumenten geschrieben und sieben von weiblichen. Die meisten hatten früher andere Drogen konsumiert und berichteten, dass sie Ketamin und GHB verwendeten, da sie neugierig waren und andere Substanzen ausprobieren wollten. Besonders Ketamin-

Konsumenten beschreiben ihr Interesse an der Droge eher als mentales oder psychedelisches Selbstexperimentieren. Das mentale Reisen am Rande der Bewusstlosigkeit, das sogenannte Ketamin-Loch (engl. „k-hole“) wird oft als Ziel des Ketamin-Konsums angegeben und als ein zentraler Punkt für eine psychedelische Erfahrung angesehen (Berichte 01, 03, 55, 58):

Ich wollte das Ketamin-Loch erleben und sehen, ob ich etwas Ähnliches wie ein außerkörperliches Erlebnis und ein Eintauchen in fremde andere Realitäten erleben könnte (Bericht 01).

Es gab keine GHB-Konsumenten, die angaben, dass sie die Droge in der Absicht nahmen, das Bewusstsein zu verlieren. Einige Drogenkonsumenten schreiben, dass sie GHB oder Ketamin als Selbstmedikation konsumieren. Diesen Personen zufolge werden die Drogen meistens (illegal) genommen in der Absicht, Angstzustände (GHB), depressive Verstimmung-

gen (Ketamin und seltener GHB) sowie Schlafstörungen (Ketamin und GHB) zu behandeln.

Ketamin und GHB werden den Berichten zufolge oft illegal in der Absicht eingenommen, Schlafstörungen zu therapieren, oder im Fall von GHB, um den Nachtschlaf zu verbessern (Berichte 02, 03, 07, 13, 14, 36, 47). Einige Konsumenten berichten, dass sie GHB als Ersatz für Alkohol einnehmen, aufgrund des besseren Verhältnisses von Wirkung und Nebenwirkung (Berichte 24, 43):

Ich habe angefangen, GHB fast täglich anstelle von Alkohol zu nehmen. Früher habe ich Alkohol getrunken, um meine Angst und soziale Unsicherheit zu verbergen. GHB machte den Job von Alkohol, aber mit dem zusätzlichen Vorteil eines netten körperlichen Rausches und ohne Kater oder Unwohlsein (Bericht 36).

Eine weibliche Konsumentin berichtete, dass das intravenöse Injizieren von Ketamin für sie ein Ersatz für Heroin sei (Bericht 35); ein anderer berichtet, dass er Ketamin zum „Runterkommen“ kauft, wenn die Wirkung von Ecstasy aufzuhören beginnt (Bericht 20); eine weitere Konsumentin gibt an, dass sie und ihr Freund GHB ursprünglich wegen der anabolen Eigenschaften konsumierten (Bericht 40).

Setting

In den meisten Berichten werden Erfahrungen mit Ketamin oder GHB im häuslichen Umfeld beschrieben – entweder alleine oder häufiger in Gegenwart von Lebenspartner, Freunden und „trip-assistants“ (Berichte 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17). Nur wenige Berichte erwähnen, dass GHB in einem Tanzclub eingenommen wurde (Berichte 18, 19), und nur ein einziger Konsument beschreibt eine Ketamin-Erfahrung in einem Club (Bericht 04). Einige Konsumenten berichten jedoch, dass sie mit Ketamin und GHB erstmals in Clubs in Kontakt kamen (Berichte 05, 12, 20, 21, 23, 24, 53). Dies ist sehr interessant, da beide Drogen in den Medien ebenso wie in der biomedizinischen Literatur als „Club-Drogen“ bezeichnet werden.

Subjektive Effekte

Trotz einiger wesentlicher Gemeinsamkeiten im klinischen und Freizeitgebrauch weisen Ketamin und GHB ihre jeweils ganz eigenen Merkmale auf und die Berichte auf Erowid unterscheiden sich hinsichtlich der subjektiven Wirkungen jeder Droge sehr deutlich.

In den meisten Berichten zeigt Ketamin die Merkmale einer halluzinogenen Droge. Üblicherweise werden unter dem Einfluss dieser Substanz visuelle Halluzinationen – wie z.B. Muster oder Farben auf weißen Wänden – beschrieben (Berichte 03, 04, 05, 10, 11, 12, 26, 30). Diese Halluzinationen werden oft von Stimmungsschwankungen und Änderungen im Gedankeninhalt begleitet und als dunkel und kalt oder eher organisch beschrieben:

Blutrote Fußböden, Ornamentgewebe, fleischartige Formen, manchmal scheußlich deformiert und entstellt. Alles war ganz Thanatos (Gott des Todes in der griechischen Mythologie) – Chaos, Blut und Dunkelheit, aber in atemberaubender Schönheit und Größe (Bericht 26).

Ketamin-Konsumenten erleben oft transpersonelle Phänomene wie z.B. mystische Einblicke, spirituelle Trips, Erleuchtungen oder alternative Realitäten. Zeit und Raum scheinen transformiert zu sein und es kann zu bewusstem Träumen kommen oder zu dem Gefühl, in Kontakt mit einem höheren Selbst oder Gott zu stehen (Berichte 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 29, 32). Ein Ketamin-Konsument beschreibt sein Allmachtsgefühl folgendermaßen:

Wir glaubten, dass wir Superkräfte hätten, und waren davon so sehr überzeugt, dass meine Freundin und ich versucht haben, Dinge schweben zu lassen. Ich fühlte mich wie ein Gott (Bericht 04).

Zu den Erlebnissen mit Ketamin, die auf Erowid beschrieben werden, zählen auch Nahtoderfahrungen oder das Gefühl, wiedergeboren zu werden (Berichte 33, 34). Einige Konsumenten berichten über psychotische Erfahrungen wie Horrortrips (bad trips), Ängste oder Alpträume unter dem Einfluss der Droge (Berichte 02, 04, 11).

Es lassen sich auch Bezüge zu den ausgeprägten antidepressiven Wirkungen von Ketamin herstellen (Berichte 03, 22, 54). Ein Konsument mit einer Vorgeschichte von Depression und Nikotin-/Alkoholabhängigkeit stellt es folgendermaßen dar:

Ich habe begonnen, mich bewusst auf die Gegenwart zu fokussieren, und konnte meine Angstzustände wegen meiner unbegründeten Zukunftsorgen reduzieren, die die Ursache für meine Depression waren. Obwohl ich drei Jahre lang Raucher war, hörte ich sofort mit dem Rauchen auf, und meine Trinkgewohnheiten, die sich immer mehr verschlimmert hatten, konnte ich viel besser in den Griff bekommen, so dass der Alkohol in meinem Leben keine besondere Rolle mehr spielte (Bericht 22).

GHB-Konsumenten berichten nach Einnahme der Droge eher über Gefühle von Euphorie, körperlichem Wohlbefinden, Stimulation und Empathogenese (Berichte 15, 16, 17, 21, 23, 24, 36, 37, 38, 40, 41, 42). Oft wird berichtet, dass GHB

das sexuelle Verlangen und die Leistung beim Geschlechtsverkehr oder bei der Masturbation verstärkt, und sowohl Männer als auch Frauen berichten, dass sie GHB zur sexuellen Enthemmung nehmen (Bericht 14, 15, 46, 44, 45):

Ich empfinde sogar noch mehr während dem Sex, es ist ekstatischer als normalerweise. Er ist emotional offener und sagt mir lauter nette Sachen; ich selbst bin mehr in meinem Körper und fühle Energieströme in meinen Gliedern (Bericht 15).

Einer der Konsumenten berichtet, dass er unter der prosexuellen Wirkung der Droge gesundheitliche Risiken eingegangen war:

Ich fühlte mich sicherer, wenn ich Frauen angesprochen habe, keine schlechte Sache; aber das endete damit, dass ich mit ein paar Frauen ungeschützten Sex hatte, bei denen rückblickend ernste Bedenken angebracht gewesen wären (Bericht 45).

Im Gegensatz zur Verstärkung der körperlichen Empfindungen mit GHB stellen viele Ketamin-Konsumenten fest, dass sie sich von ihrem Körper losgelöst bzw. abgetrennt fühlten (Berichte 03, 05, 39):

Ich hatte das Gefühl, dass Teile meines Körpers fehlten. Meine Hände schienen von meinen Armen abgetrennt zu sein und ich konnte zwischen meinen Händen und den Schultern nichts mehr fühlen oder wahrnehmen (Bericht 03).

Diese dissoziativen Effekte, die manchmal in ausgeprägte außerkörperliche Erfahrungen münden, werden als faszinierend oder insofern als befreiend beschrieben, als die Abwesenheit des Körpers die Erforschung des Geistes möglich macht:

Ich betrachte das – also die Tatsache, dass es mehr zu erforschen gibt ohne meinen Körper, ohne meine Augen, eben nur in meinem Geist bzw. Bewusstsein – als ein sehr faszinierendes Konzept. Es ist, als gäbe es da eine vollständig andere Dimension und vielleicht viele verschiedene Dimensionen, die nur durch das „Portal“ meines Geistes betreten werden können (Bericht 05).

Dieser dissoziative Bewusstseinszustand könnte die Ursache dafür sein, dass ein Konsument erklärt, dass „Sex unter Ketamin frustrierend, desorientierend, sogar richtig unheimlich und furchterregend sein kann“ (Bericht 26).

Einige Konsumenten sagen, dass GHB ihnen geholfen habe, ihre vorübergehende depressive Verstimmung zu verbessern (Berichte 13, 15, 36, 45). Einer beschreibt eine Phase von zunehmendem GHB-Konsum (der schließlich in die Abhängigkeit und ein psychiatrisches Krankenhaus führte), der von einigen positiven Effekten motiviert war, nämlich dem Überwinden von Angst und Depression und dem Abreagieren von bereits länger dauernden persönlichen Problemen, und durch vermehrte Kreativität und Produktivität. Ein weiterer

Konsument mit einer Angststörung beschreibt einen ähnlichen Effekt von GHB:

Ich leide unter einer Angst-/Panikstörung und habe festgestellt, dass GHB wirksamer als Benzodiazepine (Xanax) jede Form von Anfällen beseitigt hat und dass es mir damit definitiv leichter gefallen ist, mit Menschen in Kontakt zu kommen [...] GHB hat offensichtlich die beruhigende Wirkung der Benzos, aber ohne das Schwächegefühl (Probleme, Sport zu machen). Ich habe auch bemerkt, dass es in Bezug auf das Lernen mein Gedächtnis weniger signifikant gestört hat (Bericht 28).

Ein Konsument mit einer depressiven Störung beschreibt eine anhaltende antidepressive Wirkung von GHB:

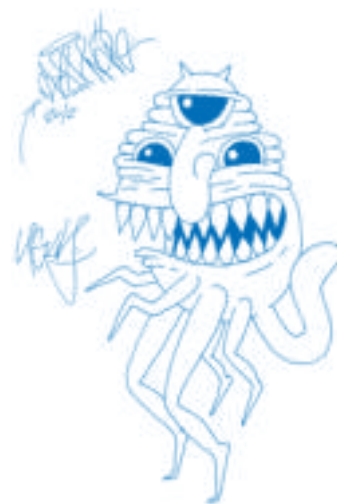
Ich hatte in der Vergangenheit im Laufe der Therapie über kurze Phasen hinweg andere Medikamente und ich muss sagen, dass nach meiner Erfahrung das G [GHB] alles andere schlägt. Es war ein exzellenter antidepressiver Stimmungsheber und hat hervorragend gegen Angstzustände geholfen. [...] Ich habe keinerlei schädliche Wirkungen bemerkt, sondern ganz sicher eine positive Veränderung. Es hat meinen Körper und meinen Geist getönt; wie eine Art von „Hirnnährstoff“ (Bericht 13).

Unerwünschte toxische Wirkungen und Suchtpotenzial

Unerwünschte toxische Wirkungen wie z.B. Erbrechen, Atemprobleme und Bewusstlosigkeit werden von GHB-Konsumenten häufiger als von Ketamin-Konsumenten berichtet (Berichte 13, 23, 38, 40, 47, 48, 56, 57). Gastrointestinale Probleme wie Erbrechen und Krämpfe werden als Folgen einer Ketamin-Vergiftung beschrieben und in einem Bericht werden auch Harntraktprobleme erwähnt (Berichte 06, 26, 52, 58, 59, 60). Funktionsstörungen des unteren Harntrakts mit Symptomen wie veränderte Harnfrequenz, Nykturie, Dysurie, Hämaturie und Inkontinenz wurden vor kurzem in der medizinischen Literatur als ernste Nebenwirkungen bei problematischem Ketamin-Konsum beschrieben (Mason et al., 2010).

Das Suchtpotenzial von Ketamin und GHB wird in den Erowid-Berichten ebenfalls thematisiert. Es wird berichtet, dass körperliche Entzugssymptome nach chronischem GHB-Konsum üblich sind (Berichte 12, 16, 26, 31, 41, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54) und wochenlang anhalten. Es werden während des Entzugs verschiedene Stadien durchlaufen:

Die hauptsächlichen Entzugssymptome (Schwitzen, Hitzewallungen, erhöhter Blutdruck, Muskelschmerzen, Zittern, usw.) verschwinden in der Tat recht schnell – etwa nach einem Tag. Die Schlaflo-



sigkeit und die Angstzustände halten viel länger an (Bericht 31).

Die meisten Konsumenten, die einen langfristigen und regelmäßigen Ketamin-Konsum berichten, sagen, dass sie sich nie körperlich abhängig fühlten, aber oft ein starkes Verlangen nach der Droge hatten (Berichte 12, 25, 26, 29, 33, 54). Diese psychische Abhängigkeit wird von einem Konsumenten als ein anhaltendes heftiges Verlangen (Craving) nach den transpersonalen Phänomenen beschrieben, die durch diese Droge erzeugt werden:

Die von Ketamin geschaffene Realität war so real, dass ich Zweifel an meiner anderen Realität bekam. Auf der Suche nach Antworten kehrte ich immer wieder zu Ketamin zurück (Bericht 33).

5 Schlussfolgerung

Die soziokulturellen Entwicklungen und derzeitigen Verwendungen von Ketamin und GHB überschneiden sich signifikant. Die Geschichte beider Substanzen begann in den frühen 1960er Jahren, dem goldenen Zeitalter der Psychopharmakologie – mit einem besseren Ansehen in der Welt der Medizin angesichts ihrer einzigartigen anästhetischen Effekte. Darüber hinaus waren beide Drogen reizvoll für die psychiatrische Praxis, insbesondere als psycholytische Wirkstoffe – das Aufkommen der jetzt klassischen Tranquilizer und Antidepressiva machte dem jedoch ein Ende. Das Schwinden ihres klinischen Ansehens in der Anästhesiologie fiel dann zum Ende der 1990er Jahre mit dem Beginn ihrer neuen Karriere als Clubdrogen zusammen. Als solche verschafften sich Ketamin und GHB einen zweifelhaften Ruf: Beide Drogen waren auf Partys durch ihr enges Dosis-Wirkungsspektrum offensichtlich schwer zu handhaben und beide gelten als „Vergewaltigungsdrogen/K.O.-Tropfen (date-rapе drugs)“. Seit kurzem hat die Psychiatrie beide wieder ins Rampenlicht zurückgebracht und sie als neue Spieler bei der Suche nach neuen pharmakologischen Behandlungsstrategien für Major Depressionen zur Diskussion gestellt.

Um den derzeitigen illegalen Konsum von Ketamin und GHB zu untersuchen, mit besonderem Augenmerk auf Selbstexperimentation und Selbstmedikation, wurde eine qualitative Analyse von Berichten aus der Erowid-Datenbank durchgeführt. Erowid ist eine von vielen Webseiten, auf denen Konsumenten über ihre Erfahrungen mit Drogen diskutieren. Unsere Analyse verfolgte also den Zweck, das Thema anschaulich darzustellen, und repräsentiert eine hoch selektive Population von Drogenkonsumenten. Die Analyse der Konsumenten-

tenberichte auf Erowid zeigt unterschiedliche Wirkungen von Ketamin und GHB im Setting der Selbstexperimentation. Nach den Berichten, die wir ausgewählt haben, induziert Ketamin ein mentales Reisen und abstrakte Selbst-Erforschung von „dunkleren“ Dimensionen des Bewusstseins, während dagegen von GHB berichtet wird, dass es hauptsächlich wegen seiner stimmungsaufhellenden Eigenschaften konsumiert wird. Die Kombination von Gefühlen wie Euphorie, Entspannung, Empathogenese, Verstärkung der körperlichen Stimulation, insbesondere im Kontext der sexuellen Praxis, charakterisiert GHB als eine hedonistische Droge und weniger als eine Droge, die zur „Bewusstseinsweiterung“ genommen wird. Entsprechend beschreiben GHB-Konsumenten auf Erowid öfter unerwünschte toxische Wirkungen und körperliche Entzugssymptome, während Ketamin-Konsumenten mentale Störungen wie z.B. Horrortrips und psychisches Craving hervorheben. Trotz dieser Unterschiedlichkeiten verfolgen einige Ketamin- und GHB-Konsumenten aber ähnliche Ziele, da beide Drogen häufig als illegale Versuche beschrieben werden, um bestimmte psychische Störungen wie Angstzustände, Depression und Schlafstörungen zu behandeln.

Es ist bemerkenswert, dass Konsumentenberichte auf Erowid sich hauptsächlich auf den Konsum im heimischen Umfeld beziehen, obwohl GHB und Ketamin üblicherweise als „Club-Drogen“ bezeichnet werden. Diese Beobachtung könnte die Aufmerksamkeit von Forschern oder der Presse vom sichtbaren Phänomen der Drogen in Clubs auf Settings und Muster des Drogenkonsums lenken, die mehr im Verborgenen liegen.

In Bezug auf die „Bedeutung von high“ ist eine klare Differenzierung zwischen medizinischem und selbstexperimentellem Konsum von Ketamin und GHB möglich, auch wenn die hoch selektive Analyse der Konsumentenberichte auf Erowid nur eine begrenzte Generalisierung der Ergebnisse zulässt. Abgesehen vom Einsatzbereich dieser beiden Substanzen in der Anästhesie verabreichen heute Forscher und Kliniker diese Drogen in streng kontrollierten Settings, um außergewöhnliche Bewusstseinszustände bei Versuchspersonen zu induzieren und depressive Symptome bei Patienten zu lindern. Diese medizinischen Experimente haben zum Ziel, die Grundlagen des biomedizinischen Wissens zu erweitern und Indikationen für die Behandlung von psychischen Störungen zu erforschen. Im Gegensatz dazu experimentieren viele Ketamin- und GHB-Konsumenten in quasi-experimentellen, privaten Settings (wie sich aus den Selbstberichten ergibt, die Hinter-

grundinformationen zu Dosierung, Geschlecht, Timing, usw. liefern) als Experimentierfelder für die Selbstexploration. Als Zweck des illegalen Ketamin- und GHB-Konsums wird – laut den Angaben auf der Erowid-Webseite – oft die (Selbst-)Heilung und Linderung von individuellem Leiden angegeben – ein Aspekt des Konsums dieser Drogen, der die Behandlungszwecke von klinischen Psychiatern widerspiegelt.

Literatur

- Abanades, S., Farre, M., Segura, M., Pichini, S., Baral, D., Pacifici, R., Pellegrini, M., Fonseca, F., et al. (2006). Gamma-hydroxybutyrate (GHB) in humans: pharmacodynamics and pharmacokinetics. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1074, 559-576.
- Anis, N. A., Berry, S. C., Burton, N. R. & Lodge, D. (1983). The dissociative anaesthetics, ketamine and phencyclidine, selectively reduce excitation of central mammalian neurones by N-methyl-aspartate. *British Journal of Pharmacology*, 79 (2), 565-575.
- Appia, O. (1967). Apport d'un matériel onirique à la psychothérapie par l'utilisation du 4-hydroxybutyrate de sodium. *Agressologie*, 8 (6), 577-582.
- Barker, J. C., Harris, S. L. & Dyer, J. E. (2007) Experiences of gamma hydroxybutyrate (GHB) ingestion: a focus group study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39 (2), 115-129.
- Berman, R. M., Capiello, A., Anand, A., Oren, D. A., Heninger, G. R., Charney, D. S. & Krystal, J. H. (2000). Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biological Psychiatry*, 47 (4), 351-354.
- Bosch, O. G., Quednow, B. B., Seifritz, E. & Wetter, T. C. (2012). Reconsidering GHB: orphan drug or new model antidepressant? *Journal of Psychopharmacology*, 26 (5), 618-628.
- Brush, P. (2002). Higher and higher: American drug use in Vietnam. *Vietnam magazine*, 15 (4).
- Covvey, J. R., Crawford, A. N. & Lowe, D. K. (2012). Intravenous ketamine for treatment-resistant major depressive disorder. *Annals of Pharmacotherapy*, 46 (1), 117-123.
- Currie, M. A. & Currie, A. L. (1984). Ketamine: effect of literacy on emergence phenomena. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 66 (6), 424-425.
- Delay, J., Deniker, P., Perier, M., Ginestet, D., Sempe, J. C. & Verdeaux, G. (1965). Effets neuro-psychiques de l'acide gamma-hydroxy-butrique par voie orale et par voie veineuse. *Encephale*, 54 (6), 546-554.
- Domino, E. F., Chodoff, P. & Corssen, G. (1965). Pharmacologic Effects of Ci-581, a new dissociative anesthetic, in man. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 6, 279-291.
- Ducouedic, H., Ducouedic, A. & Voisse, M. (1964). Contribution à l'étude du 4-hydroxybutyrate de Na (4oh) dans le traitement des états anxieux aigus. *Agressologie*, 5, 73-86.
- EMCDDA (2002). *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2008). *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*. *Addiction*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2011). *Annual report 2011: the state of the drugs problem in Europe*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Engelhardt, W. (1997). Aufwachverhalten und psychomimetische Reaktionen nach S-(+)-Ketamin [Recovery and psychomimetic reactions following S-(+)-ketamine]. *Anaesthesist*, 46 Supplement 1, S38-42.
- Green, S. M., Clem, K. J. & Rothrock, S. G. (1996). Ketamine safety profile in the developing world: survey of practitioners. *Academic Emergency Medicine*, 3 (6), 598-604.
- Hejja, P. & Galloon, S. (1975). A consideration of ketamine dreams. *Canadian Anaesthetist Society Journal*, 22 (1), 100-105.
- Home Office (2004). *ACMD Technical Committee: Report on ketamine*. London: Home Office.
- Jansen, K. (2004). *Ketamine: Dreams and realities*. Sarasota, Florida: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies.
- Kumar, A., Bajaj, A., Sarkar, P. & Grover, V. K. (1992). The effect of music on ketamine induced emergence phenomena. *Anaesthesia*, 47 (5), 438-439.
- Laborit, H. (1971). Corrélations entre synthèse protéique et sérotonine dans diverses activités du système nerveux central. (Sommeil lent et désynchronisé, apprentissage et mémoire, activité sexuelle, tolérance à la morphine, agressivité, pharmacologie du gamma-hydroxybutyrate de Na). *Agressologie*, 12 (1), 9-23.
- Laborit, H., Buchard, F., Laborit, G., Kind, A. & Weber, B. (1960). Emploi du 4-hydroxybutyrate de Na en anesthésie et en réanimation. *Agressologie*, 1, 549-560.
- Mason, K., Cottrell, A. M., Corrigan, A. G., Gillat, D. A. & Mitchelmore, A. E. (2010). Ketamine-associated lower urinary tract destruction: a new radiological challenge. *Clinical Radiology*, 65 (10), 795-800.
- Mercer, S. J. (2009). "The Drug of War" – a historical review of the use of Ketamine in military

- conflicts. *Journal of the Royal Naval Medical Service*, 95 (3), 145-150.
- Nemeth, Z., Kun, B. & Demetrovics, Z. (2010). The involvement of gamma-hydroxybutyrate in reported sexual assaults: a systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 24 (9), 1281-1287.
- Rinaldi, F., Puca, F. M., Mastrosimone, F. & Memo-li, G. (1967). Sull' impiego del gamma-idrossibutirato di sodio in terapia psichiatrica. *Acta Neurologica (Neapel)*, 22 (1), 21-41.
- Romanelli, F., Smith, K. M. & Pomeroy, C. (2003). Use of club drugs by HIV-seropositive and HIV-seronegative gay and bisexual men. *Topics in HIV Medicine*, 11 (1), 25-32.
- Sklar, G. S., Zukin, S. R. & Reilly, T. A. (1981). Adverse reactions to ketamine anaesthesia. Abolition by a psychological technique. *Anaesthesia*, 36 (2), 183-187.
- Sofia, R. D. & Harakal, J. J. (1975). Evaluation of ketamine HCl for anti-depressant activity. *Archives of International Pharmacodynamic Therapy*, 214 (1), 68-74.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. C. & Beynon, C. M. (2008). Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB). *Drug and Alcohol Dependence*, 92 (1-3), 286-290.
- Vollenweider, F. X., Leenders, K. L., Oye, I., Hell, D. & Angst, J. (1997). Differential psychopathology and patterns of cerebral glucose utilisation produced by (S)- and (R)-ketamine in healthy volunteers using positron emission tomography (PET). *European Neuropsychopharmacology*, 7 (1), 25-38.

Robert Teltzrow

Pompidou Group
Council of Europe
Frankreich
robert.teltzrow@coe.int
robertteltzrow@gmail.com

Oliver G. Bosch

Clinic of Affective Disorders
and General Psychiatry
University Hospital of Psychiatry
Zürich, Schweiz
oliver.bosch@puk.zh.ch

Riskante Verhaltensweisen: Verbotener Genuss – egal wie

Jason Farrell

Der vorliegende Beitrag ist kein typischer „akademischer“ Artikel, der auf systematischer Datensammlung, theoretischen Konzepten und vorhandener Literatur basiert (auch wenn einige Literaturangaben zum Zwecke der Überprüfung genannt werden). Dieser Beitrag basiert auf meinen persönlichen Erfahrungen, als ich mir noch Drogen injiziert hatte, und auf den Erfahrungen von drogenkonsumierenden Klienten, die ich später in einer Einrichtung für Risikominimierung („harm reduction agency“) getroffen habe. Aus der Perspektive eines Insiders beleuchtet dieser Beitrag das Risikoverhalten hauptsächlich von Personen, die sich schon seit langem Drogen spritzen oder Kokain und Methamphetamin konsumieren – auf der Suche nach einer genussvollen Berausung und nach den Drogen, mit denen sie dies erreichen wollen. Einige dieser Verhaltensweisen werden den Drogeneinrichtungen und den Forschern viel zu wenig berichtet, infolge von Stigma, Scham und dem Mangel an Vertrauen und sicheren Settings, in denen die Drogenkonsumenten sich offenbaren können.

Die hier besprochenen Verhaltensweisen sind: das gemeinsame Benutzen von Injektionsbesteck (Nadeln und Spritzen), das Teilen von Raucherutensilien, die Bezahlung von Drogen, Unterkunft und Essen durch Sex, das Vermeiden von Kontakt mit der Polizei, das Ausgeraubtwerden, das Aufsuchen von Drogenkonsumräumen (sogenannten „Shooting Galleries“), das Herstellen und Konsumieren von gefälschten Drogen, Überdosierung und das Verfehlen eines Schusses. Einige dieser Situationen lassen den Drogenkonsumenten in Panik geraten, was dann zu weiterem Risikoverhalten führt.

Drogeneinrichtungen müssen gewährleisten, dass sie eine akzeptierende und nicht-diskriminierende Umgebung bereitstellen, damit Drogenkonsumenten über alle eingegangenen Risiken berichten, und es müssen weitere Anstrengungen folgen, um diese Risiken zu identifizieren. Drogenkonsumenten und ehemalige Konsumenten sind ideale Kandidaten, um

einerseits eine Rolle in der Bereitstellung von Hilfestellungen zu spielen und andererseits Forschungen durchzuführen. Die Illegalität der hier besprochenen Drogen trägt mit dazu bei, dass Drogenkonsumenten Gefahren ausgesetzt sind, auch wenn einige Risiken verringert werden können durch Räume, in denen sicher gespritzt und konsumiert werden kann, durch andere Initiativen zur „Harm Reduction“ (Risikominimierung) und durch Drogenbehandlungsmöglichkeiten. Nichtsdestotrotz kommt der Beitrag zu dem Schluss, dass es scheint, als würde das Erreichen eines eventuellen Genusses („pleasure“) die möglicherweise schmerzvollen („painful“) Risiken, die eingegangen werden, um „high“ zu werden, oft nicht aufwiegen.

Danksagung

Ich möchte Jane Fountain für ihre Unterstützung danken und für ihre kontinuierliche Ermutigung, diesen Beitrag zu schreiben. Jane und ich trafen uns vor zehn Jahren als Mitglieder eines internationalen Beratungsnetzwerkes und wir stehen seitdem über verschiedene Expertengremien in Kontakt, zu denen wir eingeladen wurden.

1 Hintergrund

Seit 1991 habe ich Präventionsprogramme und Aufklärungsmaßnahmen für HIV, sexuell übertragbare Infektionen (STIs) und virale Hepatitis entwickelt, entsprechende Institutionen geleitet und an der Verfassung von Behandlungsrichtlinien für HIV und HCV mitgewirkt. Ich bin seit langem daran interessiert und damit befasst, innovative Maßnahmen zu entwickeln, die auf Verhaltensweisen basieren, die wohl eher nicht berichtet werden aufgrund von Stigma, Scham, Missverständnissen und – ganz wichtig – fehlenden sicheren Settings, in denen ein Drogenkonsument solche Verhaltensweisen jemandem

offenbaren kann, der die zugrunde liegende Triebkraft oder die Überlegungen wirklich versteht und ihn nicht gleich mit einer psychiatrischen Diagnose abstempelt.

Die meisten Leute sprechen nicht gerne über Fehler, die sie gemacht haben, oder Risiken, die sie eingegangen sind und die nicht gut ausgegangen sind. So ist es auch bei vielen Drogenkonsumenten, die solche Themen nicht gerne einem Arzt, einem Drogenberater oder einem Forscher preisgeben. Informationen – wie z.B. Missgeschicke beim Spritzen, Drogen verkaufen, unbeabsichtigt gefälschte Drogen zu konsumieren oder das Geld zu stehlen, um Drogen zu beschaffen – erzeugen Gefühle von Scham, Unbehagen und wie ein Idiot dazustehen. Darüber hinaus sind viele besorgt über mögliche nachteilige Reaktionen seitens der Ärzte oder Drogenberater, wie z.B. die Behandlung auszusetzen oder eine negative Haltung ihnen gegenüber. Als ich jedoch einigen Drogenkonsumenten erzählt habe, über welches Thema ich schreiben wollte, lächelten viele und wussten genau, was ich meinte, und sie berichteten mir glücklicherweise über einige ihrer besten und schlimmsten Erlebnisse beim Konsum von Drogen.

„Versteckt“, „schwer zugänglich“ und „heimliche Verhaltensweisen“ sind Begriffe, die Forscher benutzen, um Drogenkonsumenten zu beschreiben sowie ihre Verhaltensweisen, über die viele nicht sprechen und worüber die meisten nicht Drogen konsumierenden Wissenschaftler keine Fragen stellen würden. Wenn sie dem Beachtung schenken würden, dann wäre das Thema für viele Leser, andere Forscher und – noch wichtiger – für die Geldgeber von Forschungsarbeiten viel interessanter. Das Motiv bei den hier beschriebenen Situationen ist ganz einfach, ein erwünschtes Gefühl durch die Einnahme einer gewählten Substanz zu erzielen (auch wenn es natürlich auch andere Faktoren dabei gibt, wie z.B. Depression, Trauma, Wut, Wertlosigkeit, Selbstsuchtigkeit, Unbekümmertheit, Unwissenheit, usw.).

Dieser Beitrag basiert auf meinen persönlichen Erfahrungen mit dem Konsum von Drogen in der Lower East Side von Manhattan von 1976 bis 1990 und auf Berichten von Klienten einer Nichtregierungsorganisation (NGO) zur Harm Reduction, die ich im Jahr 1993 gegründet habe und deren Geschäftsführer ich bis 2006 war. Ich hatte mir vorgenommen, diese NGO aufzubauen, als ich bei einem Treffen von ACTUP („Aids Coalition To Unleash Power“, übersetzt: „Aids-Koalition zur Entfesselung von Kraft“) in New York City von Spritzentausch-Programmen gehört hatte. Ein Jahr vor diesem Treffen wurde ich aufgrund meiner Jahre, die ich mit Drogen

spritzen (meist Heroin) verbracht hatte, HIV-positiv getestet. Als ich von meiner HIV-Infektion erfahren habe, entschloss ich mich, eine längere stationäre Drogenbehandlung zu beginnen und mir zu überlegen, was ich mit den paar Jahren, die mir noch blieben, anfangen könnte. Ja, „die paar Jahre, die ich noch hatte“. Genau das hatte man mir gesagt. In der Sprechstunde nach meinem positiven Test sagte man mir eigentlich nur, dass ich froh sein könnte, wenn ich noch zehn Jahre leben würde. In diesem Moment habe ich für mich entschieden, dass ich weder im Gefängnis sterben wollte noch irgendwo auf der Straße, niedergeschossen von rivalisierenden Drogendealern.

Nach dem Ende des Behandlungsprogramms begann ich sofort, auf dem Gebiet der Drogenbehandlung zu arbeiten. Ich organisierte andere HIV-positive Klienten und informierte sie über ihr Recht, zu wählen, ob sie eine HIV-Behandlung beginnen möchten oder nicht. (Entgegen den gesetzlichen Regelungen begann man in den Drogenprogrammen, diejenigen auszuschließen, die keine HIV-Medikation nehmen wollten, und man sagte, sie würden sich nicht an den Behandlungsplan halten.) Die Leitung des Drogenbehandlungsprogramms gab mir die Gelegenheit, eine wöchentliche HIV-Gruppe einzurichten und als HIV-Berater zertifiziert zu werden. Das war der Beginn meiner Arbeit als AIDS-Aktivist, ich begann in der aufsuchenden Sozialarbeit und als freiwilliger Mitarbeiter für den Spritzentausch.

In 1993 startete ich ein „Positive Health Project“ (PHP), ein Servicezentrum zur Harm Reduction. Dieses Zentrum erlangte internationale Beachtung, da wir eine medizinische Klinik im Rahmen dieses Spritzentausch-Programms eröffneten – die erste Klinik dieser Art in den USA. PHP leistete die ärztliche Grundversorgung sowie HIV/HCV/STI-Testungen, HAV/HBV-Impfungen und Behandlung für Drogenkonsumenten, mobile Spritzenverteilung, zahnärztliche Dienste und weitere Dienstleistungen zur Harm Reduction für transsexuelle und schwule Männer, die Hormone, Steroide und Methamphetamine spritzen. Darüber hinaus war es ein historischer Erfolg, dass die PHP-Ambulanz vom Gesundheitsministerium eine Lizenz erhielt, da sie die Standards für Dienstleistungen an Krankenhäusern erfüllte.

Vor meinem persönlichen „Untergang“ aufgrund meines Drogenkonsums arbeitete ich mit Erfolg in der Werbebranche als Manager eines Kunststudios und als freischaffender Designer. Ich war auch in zwei Punkrockbands, die ich gründete. Alle meine Erfahrungen – kreative Arbeit, Drogenkonsum und die Leitung von Trainings- und Schulungsprogrammen für

HIV und andere Infektionskrankheiten sowie die Arbeit in der Beratung von Drogenkonsumenten – waren sehr hilfreich, um mich auf meinem derzeitigen beruflichen Weg voranzubringen.

Das im Folgenden beschriebene Risikoverhalten bezieht sich hauptsächlich auf Personen, die seit vielen Jahren Drogen spritzen oder Kokain und Methamphetamine rauchen: gemeinsames Benutzen von Injektionsbesteck (Nadeln, Spritzen), das Teilen von Raucherutensilien, das Bezahlen von Drogen, Unterkunft und Essen durch Sex, das Vermeiden von Kontakt mit der Polizei, das Ausgeraubtwerden, das Aufsuchen von Drogenkonsumräumen (sogenannten „Shooting Galleries“), das Herstellen und Konsumieren von gefälschten Drogen, Überdosierung und das Verfehlen eines Schusses. Einige dieser Situationen verursachen Panik, was zu weiterem Risikoverhalten führt, jedoch gibt es nur wenig Forschung darüber, was Drogenkonsumenten tun, wenn etwas schiefgeht. Das Ziel der folgenden Beschreibungen ist, ein Verständnis – aus meinen eigenen Erfahrungen und denen meiner Klienten – darüber zu vermitteln, warum die Risiken eingegangen werden.

2 Gemeinsames Benutzen von Injektionsbesteck

Die „Shooting Galleries“ der 1980er Jahre waren die Ursache der HIV-Epidemie unter injizierenden Drogenkonsumenten (Des Jarlais & Friedman, 1990). Das System, gebrauchtes Injektionsbesteck gegen einen kleinen Geldbetrag zu verleihen oder jemanden an der Droge probieren zu lassen, bedeutete, dass die Shooting Galleries angenehme Orte für die Drogenbenutzer wurden, um ihre Drogen zu konsumieren – nicht weil ihnen das System gefallen hätte, sondern wegen der gesetzlichen Regelungen, die den Besitz von Spritzen verboten hatten. Damals bedeutete ein mangelndes Bewusstsein über die HIV-Risiken, dass man hauptsächlich die Gefahr sah, wegen Besitz von Spritzen und Nadeln verhaftet zu werden. Aus diesem Grund haben Shooting Galleries vermutlich profitiert von dem verstärkten Polizeieinsatz gegen Drogenkonsumenten an Orten, wo Drogen verkauft wurden.

Wie von Cook & Kanaef (2008) beschrieben, spritzen sich mindestens 16 Millionen Menschen weltweit Drogen und die Verbreitung von HIV und viraler Hepatitis in dieser Personengruppe ist auf das Teilen von Injektionsbesteck zurückzuführen: Bis zu 10% der neuen HIV-Infektionen weltweit entstehen

durch injizierenden Drogenkonsum. In einigen Ländern sind der mangelnde Zugang zu sauberem Injektionsbesteck, restriktive gesetzliche Regelungen und eine steigende Zahl von injizierenden Drogenkonsumenten wesentliche Faktoren für das gemeinsame Benutzen von Injektionszubehör. Wenn HIV erst einmal in einer Drogen-Community aufgetaucht ist, dann verbreitet sich die Infektion über die Abhängigen, die spritzen, rasend schnell. Zum Beispiel infizierten sich in Edinburgh, Schottland, über 40% der injizierenden Drogenkonsumenten innerhalb von zwei Jahren; in Bangkok, Thailand, stieg die HIV-Infektion unter diesen Personen von 2% auf 40% in weniger als einem Jahr; und in Manipur, Indien, stieg die Prävalenz von 0% auf 50% in nur einem Jahr (siehe Des Jarlais & Semaan, 2008).

Ich habe oft Forscher sagen hören, dass es den injizierenden Drogenkonsumenten Spaß machen würde, die Nadeln und Spritzen miteinander zu teilen, oder dass es eine Art von irrem, sexuellem, überwältigendem Ritual sei, das sie zum Nadelteilen bringt. Dies ist zum großen Teil Schwachsinn. Abgesehen davon wurde mir gelegentlich berichtet, dass in Beziehungen der eine oder beide Partner die Nadel teilen wollen, um ihre Liebe und Hingabe auszudrücken und Blutbande zwischen ihnen herzustellen. Ebenso möchte vielleicht eine HIV-negative Person ungeschützten Sex mit dem HIV-positiven Partner haben, um ihm näher zu sein, indem man die gleichen Gefühle, Schmerzen und Leiden empfindet und die gleichen medizinischen Komplikationen durchmacht. Das gemeinsame Benutzen von Injektionsbesteck geschah jedoch hauptsächlich, weil die IDK keine sterilen Spritzen und Nadeln hatten, da infolge der Gesetze diejenigen, die in Besitz von Injektionszubehör waren oder dafür keine Erlaubnis durch ärztliche Verschreibung von Substitutionsmitteln hatten, eine Straftat begingen und verhaftet werden konnten. Leider ist dies auch heute noch in einigen Ländern und US-Staaten der Fall.

Spritzentausch-Programme haben wesentlich dazu beigetragen, dass über sichere Injektionspraktiken aufgeklärt wurde und reichlich neue sterile Spritzen zur Verfügung stehen, auch in den Shooting Galleries. Diese Programme waren hoch effektiv, um HIV-Infektionen zu verringern. In New York City beispielsweise sank die HIV-Übertragung zwischen 1990 und 2002 um 80%: In 1990 waren 50% der injizierenden Drogenkonsumenten HIV-positiv und 4% wurden pro Jahr infiziert, während in 2002 18% positiv auf HIV getestet waren und es infizierte sich nur noch 1% neu (Personal communication, 2010).

3 Teilen von Raucherutensilien

Crack-Pfeifen oder Glasröhrchen werden von Crack- und Methamphetamin-Rauchern benutzt. Im Gegensatz zu Nadeln und Spritzen, die in vielen Ländern in Apotheken gekauft werden können, ist dies bei Crackpfeifen nicht der Fall. Sie werden daher unter der Hand an Orten verkauft, wo auch Crack und Methamphetamin verkauft wird. Das bedeutet, dass nur diejenigen, die sich auskennen, Zugang zu neuen Pfeifen haben. Das gemeinsame Benutzen ist daher nicht zu vermeiden. Zudem verwenden einige Crack- und Methamphetamin-Raucher ihre Pfeife als eine Ware und teilen sie mit anderen im Tausch gegen Drogen, Geld oder sexuelle Dienste. Andere machen das, weil jede Benutzung der Pfeife zum Aufbau von Rückständen der Drogen auf der Innenwand des Glasröhrchens beiträgt: Wenn sich also eine beträchtliche Menge an Rückständen angesammelt hat, dann hat der Besitzer eine konzentrierte Version der Drogen zum Rauchen. Nach ein paar Minuten Benutzen splittern und brechen die Enden des Glasröhrchens jedoch und es bleiben scharfe Kanten am Ende des Röhrchens, wo der Raucher seinen Mund ansetzt, um zu inhalieren. Diese scharfen Kanten verursachen Schnittwunden und Blutungen und sind damit einer der Wege für eine HIV- und HCV-Übertragung, wenn das Röhrchen mit einer infizierten Person geteilt wird.

Es ist schön zu sehen, wie sich durch Nadel- und Spritzenprogramme die Aufklärung über die Risiken, die Crack- und Methamphetamin-Raucher eingehen, verbessert hat. Wie Nadel- und Spritzenaustausch ist auch die Verteilung von Glasröhrchen politisch ein zentrales Streitthema; das Vorgehen wird als Fördern von Drogenkonsum angeschuldigt, aber trotz der Kontroversen in vielen Ländern und US-Staaten ist die Verteilung an einigen Orten mittlerweile erlaubt.

4 Bezahlen von Drogen, Unterkunft und Essen mit Sex

Das Bezahlen von Drogen, Unterkunft und Essen mit Sexarbeit ist Bestandteil der Drogenkultur und diejenigen, die sich darauf einlassen – insbesondere auf Sex ohne Kondome – riskieren, sich mit HIV, STI und viraler Hepatitis zu infizieren.

In Beziehungen von Männern und Frauen kommt es häufig vor, dass die Frauen durch Sexarbeit Geld verdienen und der Partner dann Drogen kaufen geht, sie zubereitet und normalerweise zuerst spritzt. Es kommt auch häufig

vor, dass eine Frau zwar einen festen Sexpartner hat, sie aber mit ihrem bevorzugten Dealer Sex hat, wenn sie Drogen will, aber kein Geld dafür hat. Sie mag darüber nicht glücklich sein und ihr Partner mag damit nicht einverstanden sein – aber so ist es.

Verzweifelte und gefährdete obdachlose Drogenkonsumenten (jeden Geschlechts) können leicht von denjenigen ausgenutzt werden, die eine Unterkunft haben. Es ist daher wahrscheinlich, dass obdachlose Drogenkonsumenten dazu überredet werden, sich auf ungeschützten Sex einzulassen und Sexobjekte zu werden, um den Männern in Crack-Häusern zu gefallen, um dort bleiben zu dürfen. „Survival Sex“ – „Ich kümmer mich um dich und du kümmerst dich um mich“ – geschieht auch infolge von fehlendem Geld. Sexuelle Gefälligkeiten werden auch im Tausch gegen eine Unterkunft, Essen und Drogen geleistet – all dies gilt als Währung in der Untergrund-Wirtschaft. „Harm Reduction“-Programme bieten sicherere Optionen und konzentrieren sich speziell auf die Risiken des „Survival Sex“, das Überleben durch Sexarbeit: Optionen sind der Gebrauch von Kondomen und Hilfen beim Finden einer geeigneten Unterkunft, bei der keine Miete in Form von Sexarbeit gezahlt werden muss.

5 Vermeiden von Kontakt mit der Polizei

Die Vorfreude auf den Erwerb von Drogen kann an sich schon ein „High“-Gefühl bewirken und viele Drogenkonsumenten haben mir erzählt, wie das abläuft – du gehst dort hin, um diese Person zu treffen, dann gehst du da hin, um jene Person zu treffen, und du versuchst, nicht mit der Polizei in Kontakt zu kommen. Manchmal ist es schon wie ein Sieg, wenn man vom Drogenkauf bis nach Hause kommt, ohne verhaftet (oder ausgeraubt) zu werden.

In verlassenem Häusern die Treppen, die nur mit Kerzen erleuchtet waren, hochzugehen, nach der richtigen Tür zu suchen und dort Geld durch einen Schlitz durchzuschieben, war ein Abenteuer für viele Heroin-Konsumenten, die in den 1970er und 1980er Jahren in New York City im East Village und der Lower East Side von Manhattan lebten, insbesondere für Leute aus der Vorstadt-Mittelklasse, die gelegentlich in diese Gegend kamen, um Drogen zu kaufen. Für Leute, die täglich Drogen nahmen, gehörte dies zur täglichen Routine. Es wurde jedoch gefährlich, als die Polizei versuchte, in das Gebäude zu gelangen. Die Tür wurde mit einem Holzbalken verbarrikadiert, damit die Polizei nicht eindringen konnte, und die Dealer sind

dann irgendwohin verschwunden und haben ihre Kunden im Gebäude gefangen zurückgelassen. Schon öfter bin ich dann die Treppen bis auf das Dach hinaufgerannt und über die Dächer bis zum Ende des Blocks gelaufen, um nicht aufgegriffen zu werden. Da die in diesem Beitrag besprochenen Drogen weiterhin illegal bleiben, wird es auch weiterhin so sein, dass Drogenkonsumenten solche Risiken eingehen, um den Kontakt mit der Polizei zu vermeiden. (Die Effekte des Verbots auf das Risikoverhalten werden im Abschnitt „Schlussfolgerungen“ weiter besprochen.)

6 Beraubt werden

Ein Dealer, der sagt: „Gib mir dein Geld und warte hier“, und dann nicht mehr zurückkommt, ist einer der Wege, wie ein Drogenkonsument riskiert, beraubt zu werden. Eine andere Gelegenheit ist in der unmittelbaren Nähe von Shooting Galleries, perfekten Orten, um Leuten ihre Drogen abzunehmen. Die Leute, die solche Shooting Galleries aufsuchten, hatten Drogen bei sich und die Diebe warteten, bis sie auftauchten. Ich habe immer noch eine Narbe am Hals aus der Zeit, als ich an einer Shooting Gallery ausgeraubt wurde. Ein Typ tauchte hinter mir auf, hielt mir ein Messer an den Hals und wollte meine Drogen oder Geld. Ich habe ihm die Drogen, die ich in der Hand hatte, gegeben, aber nicht den Stoff, den ich in meinen Taschen hatte. (Ich hatte immer den meisten Stoff in der Hand, so dass ich ihn leicht wegwerfen konnte, wenn die Polizei mich anhielt). Der Dieb nahm, was ich ihm gegeben hatte, und verschwand – zum Glück hat er nicht in meine Taschen geschaut, dort hatte ich ein Päckchen Heroin versteckt. Nach dem Überfall ging ich in die Shooting Gallery und erzählte dem Eigentümer, was geschehen war, und glücklicherweise ließ er mich das übrige Päckchen injizieren, sonst hätte ich einen anderen Ort dafür suchen müssen. Das hat mir geholfen, an diesem Tag über die Runden zu kommen.

Zu meinen Drogenzeiten waren verlassene Gebäude in der Lower East Side von Manhattan und Harlem perfekte Orte, um Drogen zu verkaufen und zu nehmen. Die meisten erfahrenen Drogenkonsumenten konnten solche Gebäude rasch erkennen: die Anzahl von „Arbeiter“ und der Platz, an dem sie standen – daran konnte man sich gut orientieren. Diese Arbeiter wurden von den Leuten angestellt, die den Drogenverkauf an diesem Ort organisierten, um aufzupassen, ob Polizei kommt, und für die Sicherheit der Kunden: Die Dealer wollten nicht, dass ihre Kundschaft von der Polizei aufgegrif-

fen wird oder in der Nachbarschaft ausgeraubt wird, weil sie dann nämlich nicht mehr kommen würde. Die meisten Orte, an denen Drogen verkauft werden, hatten zwei Typen vor dem Gebäude stehen und einen auf der gegenüberliegenden Straßenseite. Manchmal waren ein oder zwei auf den Dächern mit Funkgeräten. Wenn in der Straße in mehr als einem Gebäude Drogen verkauft wurden, dann haben sich die Dealer gemeinsam um die Sicherheit ihrer Käufer gekümmert. Daher waren die Kunden meistens in Sicherheit, bis sie hinter dem Häuserblock verschwanden oder in ein anderes verlassenes Gebäude gingen, um sich die gerade gekauften Drogen zu spritzen.

7 Shooting Galleries und Crack- und Meth-Häuser

Wie oben besprochen, riskierten diejenigen, die in den 1980er Jahren in Shooting Galleries gingen, sich mit HIV oder anderen blutübertragbaren Viren zu infizieren und außerhalb dieser Drogenkonsumräume ausgeraubt zu werden. Die Aufwertung der Orte, an denen bisher Shooting Galleries waren, und in einigen Ländern die sinkende Zahl von Personen, die spritzten (wegen Verhaftung oder Tod), führte dazu, dass diese Heroinkonsumräume verschwanden. Als die Shooting Galleries verschwanden, stieg die Zahl von Crack- und Methamphetamin-Häusern rasch an.

„Methamphetamin ist die häufigste synthetische psychotrope Droge insbesondere in Nordamerika und Ländern in Fernost. In Europa wird Methamphetamin am häufigsten in der Tschechoslowakei und in Slowakien konsumiert.“ (EMCDDA, 2009). Der Anstieg des Kokain- und Crack-Konsums wurde von der EMCDDA (2007) auch als wachsendes Problem für die öffentliche Gesundheit dargestellt. Crack- oder Meth(amphetamin)-Häuser sind heute zu dem geworden, was Shooting Galleries in den 1980er Jahren waren. Ironischerweise sind sie dazu übergegangen, sich selbst auf eine Art und Weise zu vermarkten, die das WHO-Paket (Bereitstellung von integrierten Diensten für injizierende Drogenkonsumenten als einzige Anlaufstellen – http://www.who.int/hiv/topics/idu/harm_reduction/en/) nachzuahmen scheint, nämlich als „Anlaufstellen“ für Crack, Methamphetamin und andere Drogen; für Sex gegen Geld, Drogen oder vorübergehende Unterkunft; für die Frauen, die Dealer und Kunden mit Sex bedienen; für Arbeitsgelegenheiten für junge Erwachsene, die geblendet sind vom Lebensstil des schnellen Geldes und dem damit einhergehenden „Klunker“ (junge

Erwachsene – die typischerweise keine harten Drogen konsumieren – werden routinemäßig als Angestellte ausgesucht, da sie, wenn sie verhaftet werden, nur eine geringe Strafdauer zu erwarten haben). Harm Reduction-Programme sind darauf eingegangen, indem sie versuchen, Crack- und Meth-Häuser zu finden, und Möglichkeiten entwickeln, um Kondome, Glasröhrchen und sichere Abfallbehälter für zerbrochene Röhrchen zu liefern.

8 Gefälschte Drogen herstellen und konsumieren

Stellen Sie sich die Reaktion eines Drogenkonsumenten vor, wenn das, was eigentlich Heroin sein sollte, in einen Kocher geschüttet wird, Wasser zugegeben wird, die Mischung sprudelt und Schaum aus dem Kocher herausfließt. Erschrocken und ungläubig spritzt er sich dann die Mischung und hofft, dass wenigstens ein bisschen Heroin drin ist. Leider ist in vielen Fällen überhaupt kein Heroin drin und das, was gespritzt wird, könnte alles sein von Selzer bis zerriebenen Schlaftabletten. Jedes Mal, wenn man sich eine Substanz spritzt, besteht das Risiko von Infektionen, Embolien (Verstopfung eines Blutgefäßes durch eine fremde Substanz), Abszessen und Venenkollaps.

Von den vielen Dingen, die ich getan habe, um meine Drogengewohnheiten beibehalten zu können, war das Verkaufen von gefälschten Drogen der tiefste Punkt, an dem ich angelangt war und auf den ich nicht stolz bin. Ich weiß, dass es schrecklich ist, wenn man das einem Drogenkonsumenten antut, der „dope-sick“ (im Entzug) ist und ganz dringend einen Fix braucht, und es kann sein, dass er den ganzen Tag gebraucht hat, um die zehn Dollar zusammenzubekommen, um das gefälschte Heroin zu kaufen, und dass er dafür weiß Gott was alles getan hat. Ich habe das auch getan, aber immer mit einem unguuten Gefühl, in der Angst, das Karma würde irgendwie auf mich zurückfallen. Das ist einer der Gründe, warum ich mit der AIDS-Prävention und den anderen Arbeiten angefangen habe – um etwas an die Drogenkonsumenten zurückzugeben und mein Karma zu verbessern, so dass sich hoffentlich, wenn ich sterbe, ein paar Leute an die guten Taten erinnern, die ich getan habe, um Drogenkonsumenten zu helfen, und nicht nur an den Scheißkerl, der gefälschte Drogen verkauft hat, um seinen eigenen Konsum zu finanzieren.

Während meiner Drogenzeit wurde Heroin in durchsichtigen Umschlägen verkauft, die mit Stempeln versehen waren, auf denen der „Markenname“ der Drogen stand. Die „Wochenend“-

Konsumenten wurden immer übers Ohr gehauen, weil sie nicht wussten, wo ehrliche Verkaufsstellen waren, was die richtige Farbe der auf dem Stempel benutzten Tinte war oder wie das richtige Logo auf der Drogenpackung aussah. Egal wann man die Straße entlangging, in der Drogen verkauft wurden, konnte man sogenannte „Beat-Artists“ Markennamen rufen hören, wie z.B. Black Star, Poison, Green Tape, New York New York und Presidential (um nur ein paar zu nennen). Jemand, der keine Ahnung hatte, was aktuell die beste Marke war, riskierte folglich, schlechte Qualität oder sogar gefälschtes Heroin zu bekommen. Das Gleiche galt für Crack-Konsumenten, denen auch Seife, Wachs oder Stein verkauft wurde.

Beat Artists waren sehr kreativ und verdienten viel Geld. Ich schloss mich einer kleinen Gruppe von Typen an, die dies ein paar Monate lang in den frühen 1980er Jahren taten. Wir haben ein verlassenes Gebäude ausfindig gemacht, das wir auch als Verkaufsort nutzten, und dort die Ware hergestellt. Das war der interessanteste Teil der Betrügerei. Wir kauften Schlaftabletten, die sich in Wasser auflösen ließen, wenn man sie erhitzte. Wir gaben etwas Nesquik hinzu (eine Pulvermischung für Milch), damit es etwas braun aussieht, und schon hatten wir gefälschtes Heroin. Dann verpackten wir das Pulver in durchsichtige Umschläge, gaben ihm einen Markennamen und machten einen Aufkleber oder Stempel drauf. Nach ein paar Stunden Verkauf konnten wir einige hundert Dollar zwischen uns aufteilen und uns richtiges Heroin kaufen. Am nächsten Tag haben wir das wieder gemacht.

In den frühen 1980er Jahren hatte ich mit einer Gruppe von Leuten zu tun, die gefälschte Drogen im Central Park von New York verkauften. Sie rühmten sich, dass sie perfekte Fälschungen von echten Drogen herstellen konnten. Ich erfuhr von ihnen, dass es von jeder Tablette, die es auf der Straße zu kaufen gibt, ein rezeptfreies Duplikat gibt, wie z.B. Amphetamine und LSD. Wir verdienten viel Geld mit dem Verkauf von gefälschtem LSD, meistens auf Konzerten im Madison Square Garden. Das dort verkaufte LSD war jedoch nur ein Stück Papier mit einem Punkt, den wir mit einem Magic Marker (Farbstift) gemacht hatten oder einem Wachstropfen (überraschenderweise kamen viele Kunden wieder, um mehr davon zu kaufen, vermutlich aufgrund des Plazeboeffektes). Mit Schlaftabletten, die zerrieben und mit einem Schokoladen-Milchgetränkpulver vermischt wurden, konnte man gut braunes Heroin nachmachen. Pilze aus einem Kräutergeschäft waren hervorragende Fälschungen für Zauberpilze und sogar für Peyote.

Im Laufe der Jahre blieb diese Fähigkeit auf der Strecke, da der Verkauf von gefälschten Drogen ernsthafte Konsequenzen für die Verkäufer haben konnte. Einige wurden von Kunden umgebracht. Viele Verkäufer sammelten zum Beispiel gebrauchte durchsichtige Umschläge, auf denen der Stempel einer Heroin-Marke angebracht war, die in der entsprechenden Woche als gute Qualität angesehen wurde, und nutzten sie als Verpackung für ihre gefälschte Ware. Wenn das die Eigentümer des Stempels oder die Verkäufer dieser Marke herausfanden, dann waren die Fälscher tot.

Während des Anstiegs des Crack-Konsums in den 1980er Jahren wurde es besonders riskant, gefälschte Drogen zu verkaufen. Drogendealer trugen öfter Waffen bei sich und töteten andere Dealer, allein schon wenn sie über „ihre“ Straßenecke gingen. (Die Dealer richteten sich ihre Territorien auf die gleiche Weise ein, wie Familien im organisierten Verbrechen ihre Alkoholverkäufe während der Prohibition in den USA in den 1920er und 1930er Jahren organisierten. Die daraus folgenden Crack-Kriege unter den Dealern waren wahrscheinlich die schlimmsten, außer Kontrolle geratenen gewalttätigen Ausschreitungen, die ich jemals gesehen habe.)

In den 1980er Jahren gab es keine Fälschungsaktivitäten in großem Stil. Die meisten aus meiner Generation machten dies, um von einem Tag zum anderen zu überleben und ihren eigenen Drogenkonsum zu finanzieren, und sie kannten sich mit Chemie nicht genügend aus, um „richtige“ Drogen herzustellen. Mittlerweile sind größere Aktivitäten von Chemikern bekannt, die Ecstasy und andere Clubdrogen herstellen. Es ist dabei unbedingt zu berücksichtigen, dass die langfristigen Wirkungen dieser „Designerdrogen“ noch unklar sind. Zudem ist noch nicht genügend darüber bekannt, in welcher Dosis und Häufigkeit diese Substanzen konsumiert werden. Die bewusste Kontaminierung von Heroin mit gefährlichen Substanzen, wie z.B. Anthrax, hat in den letzten Jahren in Großbritannien zu Todesfällen geführt, das ist schlicht Mord. Aktionen zur „Harm Reduction“ müssen speziell auf diese Themen zugeschnitten sein.

9 Überdosierung

In meinen Drogenzeiten war es üblich, wenn jemand eine Überdosis genommen hatte, ihn nach draußen zu bringen und die Polizei zu rufen. Einmal habe ich mit ein paar anderen einen Mann nach draußen befördert, der sich an einer Feuerwache eine Überdosis gespritzt hatte.

Wir läuteten und ließen ihn dort. Es war jedoch auch üblich, dass niemand gerufen wurde und der Drogenkonsument liegen blieb und ausgeraubt wurde, einschließlich der Drogen, die er noch bei sich hatte. In den 1980er Jahren wurden keine Präventionskampagnen zur Überdosierung in New York City gestartet – auch keine Aufklärung zur Risikominimierung.

Die meisten Überdosierungen geschehen unbeabsichtigt, aber ich erinnere mich, dass ich absichtlich versucht habe mir eine Überdosis zu spritzen, als ich sehr deprimiert war. Ich war 20 oder 21 Jahre alt und hinterließ meiner Mutter eine Nachricht, dass ich meine Stereocanlage mitgenommen hatte, um mir aus dem Geld genügend Heroin für eine Überdosis kaufen zu können. Ich habe 10 Tütchen gekauft, bin in ein verlassenes Gebäude gegangen und habe mir meinen Schuss vorbereitet. Es war Winter und ich konnte den Geruch von verbranntem Holz riechen, mit dem einige andere sich in der vergangenen Nacht warmgehalten hatten. Ich machte es mir bequem und spritzte die Drogen. Einige Stunden später bin ich dann aufgewacht, war angepisst und pleite, ich hatte keine Drogen mehr: Meine Toleranz war damals so groß, dass die Menge Heroin, die ich gespritzt hatte, nicht ausreichte, um mich umzubringen. Wenn ich zurückschaue, bin ich froh, dass ich an jenem Tag nicht gestorben bin.

Einige europäische Länder fördern den uneingeschränkten Zugang zu Naloxon (ein Opiatantagonist) für eine bessere Prävention von Überdosierungen. Im Juni 2005 setzt Großbritannien Naloxon auf die Liste von Medikamenten (wie z.B. Notfalladrenalin, Glukagon und Schlagen-Gegengift), die von jedem auch ohne spezielle medizinische Schulung verabreicht werden können, um im Notfall Leben zu retten. Strang et al. (2006) fragen, ob Naloxon daher rezeptfrei an Drogenkonsumenten abgegeben werden sollte, wie dies viele Jahre lang in Italien praktiziert wurde (Campana, 2000). In den USA wird dies hauptsächlich dadurch behindert, dass Naloxon als verschreibungspflichtiges Medikament gilt. Je nach den Gesetzen in den Bundesstaaten bedeutet dies, dass Verschreibungen für Naloxon entweder auf eine bestimmte Person ausgestellt werden müssen oder an Drogenprogramme, die den Dienstanweisungen eines Arztes unterstehen (Burris, Norland & Edlin, 2001). Rechtsanwälte in einigen Bundesstaaten untersuchen einen alternativen Ansatz, um den Zugang zu Naloxon zu erleichtern. Die FDA (Food and Drug Administration) soll dazu bewegt werden, den Status „verschreibungspflichtig“ auf „rezeptfrei“ zu ändern. Sie argumentieren, dass Naloxon dadurch, dass es wenig Missbrauchspo-

tenzial aufweist, die Standards für den Status „rezeptfrei“ erfüllt (Drug Policy Alliance, 2009).

Heute kommt es im Vergleich zu den 1980er Jahren viel seltener zu versehentlichen Überdosierungen, dies aufgrund der Interventionen wie Spritzentausch- und andere Programme zur Risikominimierung, wie z.B. Aufklärung zur Prävention von Überdosierungen, Abgabe von Naloxon und Aufklärung darüber, wie es verabreicht werden sollte, um Überdosierungen zu vermeiden. In den Jahren 2004 bis 2006 wurden solche Initiativen in verschiedenen Spritzentausch-Programmen in New York City eingeführt. Das New York City Health Department (2010) hat seither berichtet, dass die jährliche Anzahl von Todesfällen infolge Überdosierung von 874 in 2006 auf 666 in 2008 gesunken sei – ein Rückgang um 27% in etwa zwei Jahren.

10 Einen Schuss verfehlen

Ein verfehlter Schuss (wenn die Nadel direkt durch die Vene hindurchgeht und die Droge daher nicht in die Vene injiziert wird) kann zu einem Abszess, einer kollabierten Vene, einer Schwellung oder einem Ausschlag an der Einstichstelle führen. Am meisten werden die Drogenkonsumenten jedoch wütend und ihre Wut kann sich dann auf jeden Beliebigen richten, meist auf sich selbst. Sie versuchen dann immer wieder, die Droge zu spritzen, stechen sich in die Einstichstelle, bis der Stich sitzt (ein kleiner Blutstrom dringt in die Spritze).

Dieses ständige Spritzen schädigt die Venen und verursacht Schwellungen. Gleichzeitig tropft Blut am Arm des Spritzenden hinab (oder dort, wo er den Schuss setzt) und es fallen Tropfen auf den Boden, während die Vene anschwillt, da sie mehrere Male angestochen wurde, in der Hoffnung, sie zu treffen. In diesem Moment denkt der Spritzende nicht an die Risiken, er konzentriert sich nur darauf, die Nadel in eine Vene zu bekommen, und wartet auf das Gefühl von Erleichterung, das aufkommt, wenn die Droge in den Körper fließt. Das Risiko einer Übertragung von HIV bzw. HCV in Zusammenhang mit vergossenem Blut besteht darin, dass das HIV, das auf Oberflächen trocknet, bis zu einem Tag überlebt, und dass HCV in flüssigem Blut infektiös ist, wenn es in den Blutfluss gelangt. Mit HIV infiziertes Blut in einer Spritze bleibt bis zu 28 Tage infektiös (Clay et al., 1996).

Leute, die Kokain spritzen, spritzen tendenziell häufiger als Heroin-Konsumenten. Das bedeutet, dass sie die oben beschriebenen risi-

koreichen Situationen häufiger erleben. Es gibt auch Berichte über Fälle, in denen ein Kokain Spritzender den Schuss nur teilweise korrekt gesetzt hat, d.h. ein Teil der Drogen wird injiziert, aber die Nadel rutscht aus der Vene heraus. Der Injizierende versucht dann, die Nadel wieder einzuführen, aber wenn das misslingt, wird es immer wieder erneut versucht und die Mischung aus Blut und Kokain in der Spritze wird gerinnen. Das bedeutet, dass er fester drücken muss, die Nadel löst sich von der Spritze ab und die Kokain-Blut-Mischung spritzt über seinen Arm (oder wo er den Schuss gesetzt hat). Viele versuchen dann, diese blutige Mischung aufzulecken, in der Hoffnung, doch noch etwas von der Droge aufnehmen zu können. Andere versuchen, die in der Spritze verklumpte Mischung aus der Spritze zu entnehmen, durch Zugabe von Wasser und Erwärmen letztlich wieder flüssiger zu machen, durch einen Filter in die Spritze zurückzufüllen, und versuchen es dann erneut. Auch wenn diese Methode erfolgreicher ist, als die verklumpte Mischung gewaltsam durch die Spritze zu drücken, setzt sich der Injizierende hier zahlreichen Infektionsrisiken aus.

Die Stadien, die ein Drogenkonsument durchläuft, wenn er erkennen muss, dass er einen Schuss verfehlt hat, sind Fassungslosigkeit, Aufregung, Wut und dann Enttäuschung. Den Injizierenden überkommen normalerweise Wut und Selbsthass. Es gab Fälle von schwerer Depression und versuchtem Selbstmord sowie Mord und Selbstverstümmelung; die Abhängigen schneiden und vernarben sich, und sie stechen die Nadel immer wieder in die Einstichstelle. Was bringt Menschen dazu, sich so zu verhalten? Die Antwort ist, dass sie etwas empfinden wollen. Bis das geschieht, wird die Person versuchen, je nach seelischer Verfassung und/oder Ausmaß der Depression, dem Craving nachzugeben. Wenn das Geld reicht, werden sie eher neue Drogen kaufen, bis sie es schaffen und der Schuss gelingt und sie das gesuchte Gefühl empfinden – egal was sie für Risiken eingehen und trotz der Aufklärung zur Risikominimierung, die ihnen sehr wohl bewusst ist.

11 Schlussfolgerung

Zum Abschluss dieses Beitrages werden die Hindernisse für medizinische Betreuung und Drogendienste (und damit für die Risikominimierung) besprochen sowie das Feingefühl, das erforderlich ist, damit Drogenkonsumenten über die eingegangenen Risiken offen sprechen. Es wird auch dargestellt, wie

Interventionen einige dieser Risiken minimiert haben.

Viele der in diesem Beitrag veranschaulichten Risikoverhalten können dazu führen, dass medizinische Behandlung nötig ist, dass der Drogenkonsum besprochen und eine Behandlung initiiert werden sollte. Zahlreiche Drogenkonsumenten suchen diese Einrichtungen aber nicht bereitwillig auf, da sie aus der Körpersprache und dem Verhalten von Ärzten schließen, dass sie als Patienten nicht willkommen sind. Noch schlimmer, einige dieser Ärzte werfen den drogenkonsumierenden Patienten mangelnde Compliance vor und sie gestehen sich nicht ein, dass es ihr Verhalten war, das die Patienten vertrieben hat. Zur Veranschaulichung: Mitte der 1990er Jahre war ich in New York City damit befasst, Personen für eine Gesundheitsstudie (CHAIN) zu rekrutieren. Es sollten Drogenkonsumenten mit HIV eingeschlossen werden, die nicht an irgendwelche sozialen Einrichtungen angebunden waren (http://www.nyhiv.org/data_chain.html). Die Ergebnisse der Studie besagten, dass Drogenkonsumenten oft als Patienten und Klienten betrachtet wurden, mit denen es mühsam und schwierig ist, zu arbeiten. Vorgaben der Einrichtungen und Dienstleister führen zu Unzufriedenheit bei den Drogenkonsumenten, die versuchen, in Programme der Gesundheits- und Sozialdienste zu gelangen. Diejenigen, die sich in solchen Programmen befinden, fühlen sich schlecht behandelt und verlassen die Programme. Solche Erfahrungen bzw. die Angst vor solchen Erfahrungen stellen große Hürden für den Zugang zu Sozialdiensten und zur langfristigen Bindung der Klienten dar. Wie haben sich wohl Drogenkonsumenten in den frühen 1990er Jahren gefühlt, wenn sie herausgefunden haben, dass sie HIV haben und zu einem Arzt gehen müssen, dass dieser sie aber gar nicht behandeln will, und dass die sozialen Einrichtungen, die gegründet wurden, um HIV-Infizierten zu helfen, sie auch nicht als Patienten haben wollten, weil sie weiterhin Drogen konsumierten? Viele waren verständlicherweise wütend und verbittert. Aufgrund dieser Wut braute sich eine Epidemie zusammen und viele gaben nicht mehr zu, dass sie HIV-infiziert waren, sie hatten ungeschützten Sex oder teilten ihr Injektionsbesteck. Manche Drogenkonsumenten sagten sich, dass sie so viele wie möglich mitnehmen und nicht alleine sterben wollten.

Wenn man sich die Risiken, die Drogenkonsumenten eingehen, näher betrachtet, erscheint es gerechtfertigt, weiter über dieses Thema zu forschen, um Beratungspläne und andere Interventionen zu entwickeln und damit den Schaden zu begrenzen, den diese Verhaltens-

weisen mit sich bringen. Da es den Drogenkonsumenten sehr unangenehm ist, über einige dieser Risiken zu sprechen, und da sie in einige Serviceleister kein Vertrauen haben und von diesen schlecht behandelt werden, ist Feingefühl gefordert, um solche Informationen zu sammeln. Es wäre ideal, einen dafür geschulerten Drogenkonsumenten oder einen früheren Drogenkonsumenten zu beauftragen, um das Aussuchen der Teilnehmer und die Beurteilung von Risikoverhalten zu übernehmen. Sie sollten auch die Drogengeschichte erfragen, da sie sehr gut verstehen können, warum die Risiken eingegangen wurden, und nicht über den Befragten urteilen. Viele medizinische und soziale Dienste sind sich nicht bewusst, dass der erste Eindruck, den ein Drogenkonsument von ihnen bekommt, über dessen Leben oder Tod entscheiden kann. Es ist schwierig, eine nicht einschüchternde Umgebung zu gestalten, aber wenn in diesen Einrichtungen Personal arbeitet, das schlecht ausgebildet ist und bewusst oder unwissentlich den Klienten erniedrigt, dann wird damit letztendlich jahrelange Arbeit sabotiert und das Vertrauen und die Glaubwürdigkeit auf der Straße, das in der Zwischenzeit aufgebaut werden konnte, zunichte gemacht. Der erste Eindruck bedeutet viel und hinterlässt einen nachhaltigen Eindruck, der dann an andere Drogenkonsumenten weitererzählt wird: Ein schlechter erster Eindruck wird mögliche neue Klienten vielleicht davor zurückschrecken lassen, sich Hilfe zu suchen. Die Verbindung, die beim ersten Termin entsteht, ist sehr wichtig und entscheidend für die ganze Beteiligung an den Programmen, Diensten und Interventionen. Die Person, die gerade hinausgeht, da sie sich in der Einrichtung fremd fühlt, könnte jemand sein, der dringend medizinische Hilfe benötigt, mit dem anschließend ein aufsuchender Sozialarbeiter Woche für Woche arbeiten könnte, usw. Dieses Thema kann nicht genug betont werden, wenn die hier besprochenen Risikoverhaltensweisen effektiv in Angriff genommen werden sollen.

Verbote, anhaltende Polizeiaktionen und der „Drogenkrieg“ tragen dazu bei, dass Drogenkonsumenten Risiken eingehen – wie dieser Beitrag gezeigt hat. Die ständige Suche nach Drogen und damit die Gefahr von Gesundheitsproblemen, Überdosierung, Verhaftung, Raubüberfällen und möglicherweise getötet zu werden – all das sind Gründe, warum Einrichtungen zur Risikominimierung und Gesetzesreformen in Bezug auf Drogen (wie Entkriminalisierung des Besitzes von Drogen zum persönlichen Gebrauch) standardmäßige Vorsorgemaßnahmen werden müssen.

Mit den sich ständig ändernden Trends im Drogenkonsum ändern sich auch die Risiken, denen Drogenkonsumenten ausgesetzt sind. Drogendienste haben mit diesen Entwicklungen Schritt gehalten, damit sie nach wie vor ein umfassendes Serviceangebot anbieten können, trotz der Hysterie in den Medien, sie würden damit den Drogenkonsum fördern. Ein Beispiel sind die Initiativen, die sich mit den Risiken in Crack- und Methamphetamin-Häusern befassen, wie weiter oben beschrieben. Ein weiteres Beispiel sind die Spritzen-/Konsumräume überall in Europa, die sichere Umgebungen zur Verfügung stellen, um die Drogen zu spritzen, und dazu geführt haben, dass die krankheitsverbreitenden Shooting Galleries verschwunden sind. Drogenprogramme wie z.B. die Heroin- oder Methadonprogramme bieten sicherere Alternativen für den Drogenerwerb, als verlassene Gegenden auszusuchen (siehe oben). Diese Programme bieten auch sicherere Drogen, so dass die Konsumenten nicht jedes Mal ihr Leben riskieren, wenn sie einen durchsichtigen Umschlag öffnen in der Hoffnung, dass er Heroin enthält oder dass zumindest keine lebensgefährliche Zutat enthalten ist.

Es ist faszinierend, was das Verlangen nach ein wenig Pulver mit einem erwachsenen Menschen anstellen kann. Manchmal braucht es nur ein zehntel Gramm Heroin, um den Drogenkonsumenten zu riskantem Verhalten zu verleiten, nur um sich wieder normal zu fühlen, die Entzugssymptome loszuwerden oder dieses berauschende, warme Gefühl zu erleben – ein Gefühl, in einer kalten Nacht von einer warmen Decke zugedeckt zu werden. Und wenn auf der verzweifelten Suche nach der Droge kein Risiko zu groß ist, insbesondere wenn die Entzugssymptome gefürchtet werden (Krämpfe, Hitze, Schüttelfrost, usw.).

Alle hier beschriebenen Situationen waren für manche Personen, ob sie nun spritzen oder nicht, entscheidende Faktoren, um eine Behandlung zu suchen und mit dem Drogenkonsum aufzuhören. Manchmal haben diese Bemühungen keinen Erfolg und ein drogenfreies Leben ist schwer zu erreichen. Extrem schlechte Erfahrungen wie z.B. Überdosierung, Raubüberfälle oder eine kollabierte Vene führten jedoch dazu, dass einige Drogenkonsumenten einige Zeitlang „eine Auszeit nahmen“. Auch wenn eine kurze Auszeit von den riskanten Verhaltensweisen nur Vorteile bringt, sehen wir immer wieder, dass die Suche nach „pleasure“

die möglicherweise schmerzvollen Risiken oft überwiegt, die Drogenkonsumenten auf sich nehmen, um „high“ zu werden.

Literatur

- Burris, S., Norland, J. & Edlin, B. R. (2001). Legal aspects of providing naloxone to heroin users in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 12 (3), 237-248.
- Campana, S. (2000). Overdose mortality and naloxone distribution in Italy. Conference paper presented at *Preventing heroin overdose: pragmatic approaches*, 13-14 January 2000, Seattle, WA. University of Washington Alcohol and Drug Abuse Institute and the Lindesmith Center (now Drug Policy Foundation). Verfügbar unter <http://depts.washington.edu/adai/conf/agenda.htm> (aufgerufen am 8. Juli 2010).
- Cook, C. & Kanaef, N. (2008). *The global state of harm reduction 2008: mapping the response to drug related HIV and hepatitis C epidemics*. London: International Harm Reduction Association.
- Clay, S. P., Heimer, R., Jariwala Freeman, B., Negroanu, D. & Griffith, B. (1996). *Survival of Human Immunodeficiency Virus (type-1) in injection syringes*. International Conference on AIDS, 7-12 July 1996, 11:1, 355 (abstract no. Tu.C.2522). Verfügbar unter <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102218607.html> (aufgerufen am 8. Juli 2010).
- Des Jarlais, D. C. & Friedman, S. R. (1990). Shooting galleries and AIDS: infection probabilities and 'tough' policies. Editorial. *American Journal of Public Health*, 80 (2), 142-144.
- Des Jarlais, D. C. & Semaan, S. (2008). HIV prevention and injecting drug users: the first 25 years and counting. *Psychosomatic Medicine*, 70, 606-611.
- Drug Policy Alliance (2009). *Preventing overdose, saving lives: a strategy for combating a national crisis*. New York: Drug Policy Alliance.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007). *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*. Selected issue 2007. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities. Verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index44746EN.html> (aufgerufen am 8. Juli 2010).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009). *Methamphetamine*. Verfügbar unter <http://www.emcdda.eu>

ropa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine (aufgerufen am 8. Juli 2010).

New York City Health Department (2010). Illicit drug use in New York City. *NYC Vital Signs*, 9 (1).

Personal communication (2010) with Don C. Des Jarlais. Beth Israel Medical Centre, New York.

Strang, J., Kelleher, M., Best, D., Mayet, S. & Manning, V. (2006). Emergency naloxone for heroin overdose: should it be available over the counter? Editorial, 23rd September. *British Medical Journal*, 333 (7569), 614-615.

Jason Farrell

Harm Reduction Consulting Services, Inc.
Amsterdam
Niederlande
jason@hrcsny.com

NACHRICHT

Alkohol und Schlaf:

Der Schlummertrunk – ein Wachmacher?

Wer sich abends vom Alkohol beduselt in die Pfühle kuschelt, schläft zwar rascher ein. Doch der Schlummer ist nicht von langer Dauer, wie eine neue Übersichtsstudie zeigt.

Um sich das Einschlafen zu erleichtern, greift die eine oder der andere gerne mal zu mehr oder weniger Hochprozentigem.

Ein Team von englischen und kanadischen Schlafmedizinerinnen hat sich nun in einer Übersichtsstudie mit dem Thema befasst, welche Wirkungen der Konsum von Alkohol vor dem Zubettgehen auf die Schlafqualität hat.

Dabei stellte sich heraus: Beschwipst schläft man tatsächlich schneller ein. Doch in der zweiten Nachthälfte muss man diesen vermeintlichen Vorteil mit gehäuften Wachphasen büßen (Alcohol Clin Exp Res 2013; online 22. Januar).

Während nämlich Alkohol in der ersten Schlafhälfte einen stabilisierenden Effekt besitzt, schlägt dies danach ins Gegenteil um. Die Schlafzeit nimmt dadurch insgesamt ab, das Wachliegen zu.

Tiefschlafphasen (Slow-Wave-Schlaf) treten in der ersten Nachthälfte vermehrt auf. Die Wirkungen in der zweiten Hälfte des Schlafs sind hingegen dosisabhängig.

Signifikant längerer Tiefschlaf findet sich bei hohen Dosen, worunter Trinkmengen ab

etwa 60 Gramm Alkohol zu verstehen sind. Das entspricht im Labor vier Standarddrinks und im Wirtshaus rund 1,5 Liter Bier (5 Prozent) beziehungsweise 600 Milliliter Wein (12 Prozent).

Eine Unterdrückung der REM-Schlafphasen konnten die Forscher für kleine Mengen Alkohol – also bis zu zwei Standardgetränken – nicht nachweisen. Damit war nicht zu rechnen; bisher galt die REM-Suppression als der Alkoholeffekt schlechthin, und zwar in allen Dosierungen.

Mäßige oder hohe Dosen allerdings wirkten sich deutlich aus: Der Anteil der REM-Phasen am Gesamtschlaf sank, und die Zeit bis zur ersten REM-Phase verlängerte sich.

In die Studie der englisch-kanadischen Schlafexperten waren die Resultate von 20 Publikationen eingeflossen, an denen insgesamt 517 freiwillige Trinkerrinnen und Trinker teilgenommen hatten.

In allen Fällen wurde das Nüchternmuster des Schlafs bestimmt, bevor es an die gefüllten Gläser ging. Die Aufzeichnung der Schlafphasen erfolgte mithilfe der Polysomnografie. 



Funktionelle Bedeutung und negative Auswirkungen von Drogen- und Alkoholkonsum unter Sexarbeiterinnen in Belgien

Tom Decorte

Über die Beziehung zwischen Drogen-/Alkoholkonsum und Sexarbeit ist nach wie vor wenig bekannt. Wissenschaftliche Studien diskutieren beide Phänomene oft zusammen. Dieser Beitrag erforscht die Verbindungen zwischen Substanzkonsum und Aspekten der Sexarbeit und verwendet dabei Daten aus einer Studie an weiblichen Sexarbeitern in Belgien. Aus der Perspektive der Sexarbeiterinnen kann der Konsum von Substanzen im Kontext der Sexarbeit Vorteile, aber auch Nachteile haben. Der Drogen- und Alkoholkonsum kann im Hinblick auf verschiedene Aspekte der Sexarbeit zweckmäßig sein, aber gleichzeitig auch Risiken mit sich bringen. Ebenso wird diskutiert, dass Muster des Drogenkonsums zwischen den einzelnen Settings oder Sektoren von Sexarbeit sehr unterschiedlich sind.

Schlüsselwörter: weibliche Sexarbeiter, Prostitution, Drogenkonsum, Alkoholkonsum, riskantes Verhalten, Sektoren der Sexindustrie

1 Einleitung

In der internationalen Literatur werden Sexarbeit und Drogenkonsum mit gravierenden Gesundheitsrisiken in Verbindung gebracht. Auch wenn noch wenig über die Art der Beziehung zwischen Drogen-/Alkoholkonsum und Sexarbeit bekannt ist (Gossop et al., 1995), werden beide Phänomene in verschiedenen Studien gemeinsam untersucht (Ward et al., 1999). Sexarbeiter sind oftmals spezifischen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, wie z.B. sexuell übertragbaren Erkrankungen, blutübertragbaren Viruserkrankungen, Gewalt, ungewollter Schwangerschaft und Alkohol- und Drogenkonsum (Day & Ward, 1997; Mak et al., 2004; Ward & Day, 2006). Viele Forscher gehen davon aus, dass der Substanzkonsum unter Sexarbeiterinnen mit gesundheitlichen Risiken einhergeht. Der gemeinsame Gebrauch von Spritzen kann zur Übertragung von Viruserkrankungen über das Blut führen (Erickson &

Trocki, 1992) und Alkohol und Drogen, insbesondere Stimulanzien, können das Risiko von sexuell übertragbaren Infektionen erhöhen: Das sexuelle Verlangen wird stärker, Hemmungen werden geringer und Vorsichtsmaßnahmen, wie der konsequente Gebrauch von Kondomen, werden oft vernachlässigt (de Graaf et al., 1995).

Nach dem belgischen Gesetz ist die Prostitution (Austausch von sexuellen Diensten gegen Geld) legal (wie in den meisten europäischen Ländern), aber nicht reguliert (im Gegensatz beispielsweise zu den Niederlanden). Damit einhergehende Aktivitäten wie z.B. das Führen von Bordellen oder andere Formen von Zuhälterei sind verboten, auch wenn sie in der Praxis oft toleriert werden und ziemlich offen ersichtlich geschehen (abhängig von den örtlichen gesetzlichen Regelungen). Trotzdem gibt es fast keinerlei Daten zum Drogenkonsum unter Sexarbeitern in Belgien: Ein einziger Europa-Bericht erwähnt ein paar Daten zu (weiblichen und männlichen) Sexarbeitern in Belgien: 22,5% der in Lüttich arbeitenden nehmen Drogen, ebenso 9,0% in Antwerpen und Brüssel. In Charleroi-Mons wird der Prozentsatz von Sexarbeiterinnen, die Drogen nehmen, auf 13,5% geschätzt, und es wird angenommen, dass in Nordwest-Europa 10 bis 17% der (männlichen und weiblichen) Sexarbeiter Drogenkonsumenten sind (Kinnell & Praats, 2000). Darüber hinaus liegen keine weiteren Daten für Belgien vor.

Dieser Beitrag stellt einige Ergebnisse aus einer neueren Studie zum Drogen- und Alkoholkonsum unter weiblichen Sexarbeitern in Belgien vor. Es sollen hierbei die Verbindungen zwischen Substanzkonsum und Sexarbeit erforscht werden. Besonders interessiert sind wir an der Perspektive der Sexarbeiterin selbst: Der Konsum von Drogen und Alkohol im Kontext der Sexarbeit kann sowohl positive als auch negative Folgen haben, und der Gebrauch dieser Substanzen kann im Hinblick auf verschiedene Aspekte der Sexarbeit zweckmäßig sein. Gleichzeitig kann der Substanzkonsum im Kontext der Sexarbeit die Risiken erhöhen.

Schließlich sind wir von der Vermutung ausgegangen, dass die Muster des Substanzkonsums zwischen den einzelnen Prostitutionssettings (oder -sektoren) unterschiedlich sein können.

Im folgenden Abschnitt werden zuerst das Design und die Methodik der Studie vorgestellt. Abschnitt 3 präsentiert einige allgemeine demographische Daten der Stichprobe sowie grundlegende Angaben zum kürzlichen Substanzkonsum unter den befragten Sexarbeiterinnen. Abschnitt 4 beschreibt wichtige Unterschiede in der Prävalenz des Substanzkonsums zwischen verschiedenen Arten von Sexarbeit, wobei wir versuchen, diese Unterschiede mit den unterschiedlichen Merkmalen der verschiedenen Sektoren in Verbindung zu bringen. Abschnitt 5 befasst sich mit wichtigen Verbindungen zwischen Sexarbeit und Substanzkonsum, wie z.B. Konsum am Arbeitsplatz, Drogenkonsum mit den Klienten und Tauschgeschäfte wie „Sex für Drogen“. Die Beziehung zwischen Sexarbeit und Substanzkonsum ist komplex und Abschnitt 6 fokussiert sowohl auf funktionale als auch dysfunktionale Aspekte des Konsums unter Sexarbeiterinnen – aus ihrer eigenen Perspektive. Das Kapitel schließt mit einigen Überlegungen zu den Folgen für Sexarbeiterinnen, wenn sie unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol arbeiten (Abschnitt 7).

2 Methoden

Unsere Forschungen – gefördert durch das Belgische Wissenschaftsministerium – zielten auf eine Bevölkerungsgruppe ab, die im Verborgenen lebt und schwer zu erreichen ist. Sexarbeit und illegaler Drogenkonsum sind oft ein Tabu und werden von der Gesellschaft stigmatisiert. Die Gesamtpopulation der Sexarbeiterinnen ist oft unbekannt. Daten liegen nur spärlich vor und zeigen oft nur geschätzte Zahlen von Sexarbeiterinnen. Im jüngsten Tampep-Bericht schätzen die Forscher die Zahl von Sexarbeitern in Belgien auf 15.000 bis 20.000, davon 80% Frauen und 15% Transsexuelle (Brussa, 2009). Etwa 4.000 bis 5.000 Prostituierte arbeiten nach Schätzungen in der Region Brüssel, davon scheint ein Drittel männlich zu sein (van den Hazel et al., 2008).

Eine Stichprobe aus einer teilweise unbekannten Population zu ziehen, ist praktisch unmöglich. Diese Studie bemüht sich, eine ausreichend vielfältige Stichprobe zu erzeugen. Es werden dabei potenzielle geographische Unterschiedlichkeiten und mögliche Unterschiede zwischen unterschiedlichen Sexarbeit-Sektoren berücksichtigt. Wir haben die Sexarbeiterinnen durch Prostituierten-Berufsorganisationen in

fünf verschiedenen Städten und Umgebungen rekrutiert: Antwerpen, Brüssel, Charleroi, Gent und Lüttich. Diese Organisationen bieten kostenlose und anonyme Unterstützung für weibliche und männliche Sexarbeiter bei arbeitsbedingten Problemen. Sie haben großen Zulauf, aber es ist klar, dass eine ziemlich große Zahl von Sexarbeiterinnen selbst diesen Organisationen verborgen bleibt.

Wir haben zudem eine Typologie von Prostitutionssektoren verwendet, die von einer Studie des Correlation Network inspiriert wurde (Gaffney et al., 2008). Wir unterscheiden *Straßensexarbeit* (wo Sexarbeiterinnen ihre Kundschaft auf der Straße oder an anderen öffentlichen Plätzen akquirieren); *Fensterprostitution* (wo Frauen sich selbst hinter einem Fenster anpreisen und im Hinterzimmer sexuelle Dienste anbieten), *Prostitution in Bars* (klar erkennbare Gebäude, wo Drinks serviert werden und Sex-Dienstleistungen in Nebenräumen erfolgen), *private Sexarbeit* (wo die Außenansicht des Gebäudes nicht auf die sexuellen Aktivitäten schließen lässt, die sich drinnen abspielen, und wo Frauen alleine oder zusammen arbeiten, oder wo Kunden die Wohnungen der Frauen oder ein Etablissement besuchen, das von einem Manager geleitet wird) und *Escort-Prostitution* (wo die Sexarbeiterinnen – die unabhängig arbeiten oder über eine Agentur vermittelt werden – den Kunden an einem Ort seiner Wahl aufsuchen).

Wir haben uns für ein Multi-Methoden-Design entschieden. Die durch verschiedene Methoden gesammelten Daten können trianguliert werden, in der Absicht, ein besseres Verständnis zu erreichen. In einer quantitativen Umfrage wurden 528 weibliche Sexarbeiter in persönlichen Interviews mit einem halb-strukturierten Fragenbogen befragt, der Angaben zu Konsummustern, drogenbezogenen Gesundheitsproblemen und (gegebenenfalls) -bedürfnissen sowie ihre Erfahrung mit Behandlungseinrichtungen ermittelte. In die Studien aufgenommen werden konnten nur Frauen, die zum Zeitpunkt der Umfrage in einen der fünf Sexarbeit-Sektoren involviert waren.

Von diesen Frauen wurden 25 mit einem Tiefeninterview persönlich befragt. Diese qualitativen Interviews fokussierten auf ihre Lebensgeschichten und ihre Sicht der Dinge. An diesen Interviews konnten nur Frauen teilnehmen, die in einem der fünf Prostitutionssektoren arbeiteten und aus erster Hand Erfahrungen mit illegalem Drogenkonsum hatten.

Letztendlich organisierten wir fünf Fokusgruppendifkussionen in jeder Stadt mit sechs bis elf Schlüsselfiguren, die beruflich mit der Zielpopulation der Studie zu tun hatten. Diese

Schlüsselfiguren waren Vertreter der örtlichen Polizei, der Gesundheitskoordinator der Stadt, niederschwellige Drogenkliniken (einschließlich Methadon-Behandlungszentren), Wohnzentren für Drogenabhängige, Sozialarbeiter und andere Berufsorganisationen für Prostituierte (insbesondere jene, die nicht in die Rekrutierung der Sexarbeiterinnen für unsere Studie involviert waren). Die Teilnehmer diskutierten und interpretierten die Ergebnisse der quantitativen (Umfrage) und der qualitativen (Interviews) Bestandteile der Studie.

Um Teilnehmer für die Umfrage und die Interviews zu finden, arbeiteten wir mit 33 PAIs (= Interviewer mit privilegiertem Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen). Dabei handelte es sich um Mitarbeiter von beruflichen Dienstleistern für Sexarbeiter (Gh@pro, Pasop und Espace P). Sie hatten bereits etablierte vertrauliche Beziehungen zu den Zielpopulationen und kannten viele der Studienteilnehmer. Die Interviewer erhielten vom Forschungsteam eine intensive Schulung über Datensammlung (Blanken et al., 2000; Griffiths et al., 1993). Sie mussten eine Verpflichtung zu ethischem Verhalten unterschreiben und wurden über die Wichtigkeit der Datenintegrität und über die Konsequenzen von Fälschung und versehentlichen Messfehlern informiert. Jeder ausgefüllte Fragebogen wurde vom Forschungsteam geprüft und diejenigen, die sehr inkonsistente Antworten erhielten, wurden verworfen. Durch die Einbeziehung von Personal aus lokalen Programmen hatten wir die Möglichkeit, ausführlich mit Frauen zu sprechen und für die kostenfreien medizinischen Dienste ihrer Programme zu werben. Die einzelnen Interviewer erhielten für ihre Arbeit keine finanzielle Entschädigung. Die meisten Teilnehmer ($n = 509$; 96,4%) wurden von den PAIs interviewt. Darüber hinaus suchten die Forscher auch bekannte Prostitutionsgegenden auf (d.h. billige, offene Sexmärkte, oft „Problemgegenden“ mit sichtbarer Straßen-, Fenster oder Bar-Prostitution), und wir rekrutierten 19 Frauen durch Mundpropaganda u.ä. Methoden (Faugier & Sargeant, 1997).

Es ist möglich, dass der Einsatz von Personal zur Datensammlung die Antworten der Sexarbeiterinnen beeinflusst hat. Da in der Umfrage sehr heikle Themen angesprochen wurden, wie z.B. Drogenkonsum, legaler Status, Sexarbeit und sichere Sexpraktiken, gehen wir von einem Bias der sozialen Erwünschtheit in unseren Daten aus. Wenn es möglich war, versuchten die Interviewer, die Selbstberichte der Befragten mit den Informationen abzugleichen, die von früheren Treffen oder Beobachtungen bekannt waren. Wir haben versucht, den Bias

der sozialen Erwünschtheit so weit wie möglich zu verringern, indem wir die Befragten immer wieder darauf hinwiesen, ehrlich zu antworten („es gibt keine falschen oder richtigen Antworten“), und ihnen Vertraulichkeit und Anonymität zusicherten.

3 Demographische Merkmale und kürzlich erfolgter Drogenkonsum

Die Stichprobe umfasste 508 weibliche und 20 transsexuelle Sexarbeiter mit einem durchschnittlichen Alter von 35,7 Jahren. Mehr als zwei Drittel (70,6%) besitzen die belgische Nationalität, 64,3% waren in Belgien geboren und insgesamt 95,8% geben an, dass sie legal im Land leben oder arbeiten. Die meisten Teilnehmer (89,6%) besitzen eine eigene Adresse. Vier von fünf Frauen (83,5%) geben an, dass die Sexarbeit ihre Haupteinnahmequelle ist. Das durchschnittliche Alter bei Beginn der Sexarbeit liegt bei 25,6 Jahren. Im Durchschnitt haben die Befragten 10,1 Jahre Erfahrung mit der Arbeit in der Sexindustrie, Straßen- und Fensterprostituierte haben jedoch längere Berufszeiten hinter sich (14,3 bzw. 12,4 Jahre). Die Mehrheit der Befragten mit über 20 Jahren Prostitution arbeiten auf der Straße.

Es sollte deutlich gemacht werden, dass unsere Stichprobe nicht für die gesamte Population von (weiblichen) Sexarbeitern in Belgien repräsentativ ist. Darüber hinaus können wir unsere Forschungsergebnisse nicht mit der größeren Population abgleichen, die mit den beruflichen Prostituiertenorganisationen in Kontakt kommen, da diese Organisationen ihre Klienten nicht befragen und deren Daten auch nicht in einer standardisierten Art und Weise aufzeichnen. Schließlich gibt es eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass zu wenig Drogenkonsum berichtet wird, da dies ein heikles Thema ist.

Tabelle 1 präsentiert Daten aus der quantitativen Umfrage zur Prävalenz des Drogenkonsums im Monat vor dem Interview. Drei Viertel (74,4%) der Teilnehmerinnen hatten Alkohol konsumiert, ungefähr ein Viertel (24,8%) hatte Cannabis und etwa ebenso viele (25,9%) hatten Benzodiazepine genommen. Eine von sechs hatte Kokain konsumiert (16,7%). Jedoch konsumierten nur wenige Heroin (7,2%), Amphetamine (3,8%), Crack (3,4%) und Ecstasy (1,7%).

Es ist insbesondere schwierig, die Prävalenzen aus dieser Studie mit den Daten zur belgischen Allgemeinbevölkerung zu vergleichen. Im Gegensatz zu den meisten europäischen Mitgliedsstaaten führt Belgien nicht

	Straße n = 107	Fenster n = 122	Bar/Fenster n = 70	Bar/Club n = 50	Privat n = 139	Escort n = 40	Gesamt n = 528
Alkohol (Chi2 = 45,78; df = 5; p < 0,001)	68,2%	55,7%	81,4%	98,0%	81,3%	82,5%	74,4%
Cannabis (Chi2 = 16,28; df = 5; p < 0,007)	36,4%	18,0%	20,0%	22,0%	28,8%	12,5%	24,8%
Kokain (Chi2 = 29,49; df = 5; p < 0,001)	28,0%	9,8%	8,6%	32,0%	15,1%	7,5%	16,7%
Heroin (Chi2 = 140,81; df = 5; p < 0,001)	33,6%	0,0%	0,0%	2,0%	0,7%	0,0%	7,2%
Benzodiazepin	35,5%	23,0%	17,1%	22,0%	26,6%	27,5%	25,9%
Amphetamin	3,7%	1,6%	1,4%	4,0%	5,0%	10,0%	3,8%
Crack	11,2%	0,8%	1,4%	2,0%	1,4%	2,5%	3,4%
Ecstasy	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	2,9%	10,0%	1,7%

Tabelle 1

Drogen- und Alkoholkonsum nach Sexarbeit

regelmäßig Umfragen zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung durch. Das Belgian National Health Interview Survey liefert einige vergleichbare Daten, auch wenn das Alter in ihrer Umfrage zwischen 15 und 64 Jahren im Vergleich zu 18 bis 73 Jahren in unserer Studie liegt. Drei Beispiele verdeutlichen die Unterschiede: Nach dem Belgian National Health Survey trinken 8,7% der weiblichen Allgemeinbevölkerung Belgiens täglich Alkohol (Gisle et al., 2010), während dies bei 13% unserer Befragten der Fall ist. Die Vormonats-Prävalenz für Cannabiskonsum ist in der weiblichen Allgemeinbevölkerung viel niedriger (Gisle, 2010): 1,9% verglichen mit 24,8% in unserer Stichprobe. Daten zum Kokain legen ebenfalls Unterschiede in den Prävalenzmustern nahe: 0,5% der belgischen Frauen berichten über Kokainkonsum in den vergangenen 12 Monaten (Gisle, 2010), aber in unserer Studie berichten 16,7% der Sexarbeiterinnen über Kokainkonsum im Monat vor dem Interview. Unsere Befunde stützen die Ergebnisse aus anderen Studien, dass der Drogenkonsum unter Sexarbeiterinnen häufiger ist als in der Allgemeinbevölkerung.

Ein internationaler Vergleich der Daten zur Prävalenz des Drogenkonsums – Lebenszeit-, Vorjahres- oder Vormonats-Prävalenz – unter Sexarbeiterinnen ist nahezu unmöglich, da es signifikante Unterschiede in Bezug auf die untersuchten Prostitutionssektoren oder -populationen gibt (die meisten Studien konzentrieren sich auf die Straßenprostitution – siehe Cusick, 2006) sowie verschiedene Kriterien für Studieneinschluss und/oder -ausschluss und unterschiedliche Strategien für die Rekrutierung und Datensammlung (Roxburgh et al., 2006; Zurhold, 2005). Zudem fokussieren die Studien oft auf die lokalen Prostitutionsphänomene, die von Kontextfaktoren gebildet werden, wie z.B.

lokale Drogen- und Prostitutionspolitik, die Verfügbarkeit von Drogen und andere Merkmale der lokalen Drogenmärkte sowie allgemeine Trends des Drogenkonsums in der lokalen Bevölkerung (Cusick, 2006).

4 Unterschiede zwischen Sektoren der Sexarbeit: Arbeitsbedingungen und Drogenkonsum

Viele Autoren legen nahe, dass sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Prävalenz des Drogenkonsums zwischen den einzelnen Sektoren von Sexarbeit unterschiedlich sind (Deegraaf et al., 1995; Falcon, 2007; Harcourt et al., 2001; Cusick & Hickman, 2005; Cusick, 2006). Auch wir haben wichtige Unterschiede zwischen den verschiedenen Sektoren gefunden (siehe Tabelle 1).

Viele *Straßensexarbeiter*, die in unserer Stichprobe waren, hatten Alkohol, Cannabis, Benzodiazepine, Kokain und Heroin im Monat vor dem Interview konsumiert. Die Vormonats-Prävalenz des Cannabis- und Heroinkonsums war in diesem Sektor höher als in jedem anderen Sektor unserer Stichprobe. Zudem war der Konsum von Kokain im Vormonat nur im Bar-/Club-Sektor höher. Die Prävalenz des Konsums von Crack-Kokain und Benzodiazepinen war hier ebenso höher im Vergleich zu anderen Sektoren, aber die Unterschiede sind nicht statistisch signifikant.

In der internationalen Literatur konzentriert man sich mehr auf Straßenprostituierte, auch wenn sie oft nur eine Minderheit aller Sexarbeiterinnen in einer bestimmten Region oder Stadt darstellen. Straßensexarbeiterinnen konsumieren anscheinend mehr verschiedene

Substanzen und dies auch noch häufiger. Darüber hinaus legen Forschungsergebnisse eine höhere Prävalenz von intravenösem Gebrauch, problematischem Konsum und Drogenabhängigkeit unter Straßensexarbeiterinnen nahe – im Vergleich zu Sexarbeiterinnen aus anderen Sektoren (Gilchrist et al., 2005; Harcourt et al., 2001; Roxburgh et al., 2006; Zurhold, 2005; Cusick, 2006).

Während der Fokusgruppendifkussionen unterschieden die teilnehmenden Experten oft zwischen zwei Gruppen von Straßenprostituierten: eine „stabile“ Gruppe, die sexuelle Dienstleistungen aus finanziellen Beweggründen heraus anbietet, und eine kleine, aber „sehr gefährdete“ Gruppe von Prostituierten, die nur ab und zu als Sexarbeiterinnen arbeiten, wenn sie Geld für Drogen brauchen. Die zweite Gruppe, der oft die Beschreibung „Prostitution als Überlebensstrategie“ gegeben wird, bezieht sich auf eine begrenzte – aber sehr sichtbare – Zahl und hat schwerwiegende Folgen für das allgemeine Bild, das man sich von Sexarbeiterinnen allgemein macht.

Vielen Fokusgruppenteilnehmern zufolge weist die Straßenprostitution große Unterschiede auf, wenn man sie mit den anderen Sektoren vergleicht, nicht nur in Bezug auf den Konsum von Rauschmitteln, sondern auch im Hinblick auf andere Aspekte ihrer Arbeit. Straßensexarbeiterinnen sind weniger geschützt als Frauen, die drinnen arbeiten. Sie leben näher an ihrer Arbeitsumgebung und es ist schwieriger, sich frei zu bewegen (z.B. weil sie kein Geld für ein Auto haben). Sexarbeiterinnen aus anderen Sektoren halten eher genügend Distanz zwischen ihrem Wohnort und ihrem Arbeitsplatz, um ihre Anonymität zu wahren. Auch aus einer gesundheitlichen Perspektive ist die Straßenprostitution weniger erstrebenswert. Die Frauen warten im Freien bei jedem Wetter auf einen Kunden und können dadurch öfter krank werden als andere Sexarbeiterinnen. Darüber hinaus sind Straßensexarbeiterinnen sehr sichtbar, nicht nur für ihre Sozialarbeiter, sondern auch für ihre Kunden, Nachbarn und Passanten, die ihnen oft mit wenig Respekt begegnen: Manche können sogar eine Gefahr für Leib und Leben von Sexarbeiterinnen darstellen oder ihre emotionale Integrität negativ beeinflussen.

Unsere Befunde lassen annehmen, dass die Prävalenz von Drogen- und Alkoholkonsum bei Fensterprostituierten niedriger als in anderen Sektoren liegt. Die Prävalenz des Cannabiskonsums ist nur im Escort-Sektor niedriger. Keine der Frauen aus diesem Sektor hatte im vorhergehenden Monat Heroin konsumiert und der Anteil von Frauen, die Kokain konsumiert hat-

ten, ist im Vergleich zu Straßenprostituierten, Prostituierten in Bars/Clubs und privaten Sexarbeiterinnen niedriger. Dieses Ergebnis könnte damit zusammenhängen, dass dieser Sektor auch für seine kurzen sexuellen Treffen bekannt ist („rein und raus“): Kunden bleiben für eine begrenzte Zeit, dadurch ist die Gelegenheit der Frauen, Alkohol oder Drogen bei ihrer Arbeit zu konsumieren, eingeschränkt. Sie führen ein stabiles Leben, empfinden Sexarbeit als ihren regulären Job und arbeiten normalerweise unter weniger riskanten Bedingungen und verwenden weniger Substanzen als Frauen in den anderen Sexarbeit-Sektoren. Fensterprostituierte können sich mit etwas anderem beschäftigen (Stricken, Lesen, Telefonieren, usw.), während sie auf einen Freier warten. Die Manager spielen ebenfalls eine wichtige Rolle in der Arbeitsethik dieser Frauen: Wenn eine Frau nicht zur Arbeit erscheint, keine Miete für das Fenster zahlt oder ihren Arbeitsbereich nach der Arbeit nicht sauber macht, muss sie das Fenster verlassen.

Viele Fokusgruppenteilnehmer glauben dennoch, dass der tatsächliche Drogenkonsum in diesem Sektor viel höher ist, als es unsere Daten zeigen. Sie behaupten, dass man unterscheiden müsse zwischen Sexarbeiterinnen, die am Tag arbeiten, und Fensterprostituierten, die während der Nachtzeiten arbeiten. Es wird vermutet, dass der Konsum von Drogen, insbesondere von Stimulanzien, bei Frauen, die in den Nachtstunden arbeiten, höher ist. Die relativ hohe Prävalenz des Konsums von Benzodiazepinen wird interpretiert als ein Symptom für die Einsamkeit und für psychische Probleme. Fensterprostituierte fühlen sich sehr isoliert und schämen sich für ihre Tätigkeit wegen des damit verbundenen Tabus und der negativen Assoziationen. Dies führt zu einem starken Gefühl von Einsamkeit. Darüber hinaus bringen viele Kunden, Passanten und Nachbarn den Sexarbeiterinnen keinen Respekt entgegen. Auf der anderen Seite sind Fensterprostituierte oft für ihre Solidarität untereinander bekannt. In jedem Fall haben sie mehr informelle soziale Kontakte und Kontrolle über Arbeitsbedingungen als Frauen, die in ihrer Privatwohnung arbeiten:

Dort [im Fenster] haben wir aber Kontakt miteinander. Wir schauen uns an und da ist dieses... Wenn du ein Kondom brauchst, dann frag dieses Mädchen. Wenn du eine Flasche Champagner brauchst, dann frag jenes Mädchen. Man könnte sagen, es gibt eine Form von ... Solidarität ... unter den Leuten. Ja, es gibt mehr Kontakt. Ich meine, ich habe mich hinter dem Fenster nicht so alleine gefühlt wie hier [in meiner Privatwohnung] (Sexarbeiterin im privaten Sektor, 47 Jahre alt).

Im Bar/Club-Sektor ist der Konsum von Alkohol und Kokain größer als in jedem anderen Sektor. Der Alkoholkonsum ist „Teil des Jobs“ und ist oft eine wichtigere Einkommensquelle als die sexuellen Dienstleistungen:

Jede Nacht trinkst du mindestens drei bis vier Flaschen [Champagner]. Es werden aber mehr Flaschen bestellt; viel davon wird absichtlich verschüttet ... Wenn man es vergleicht, dann verdient man mehr durch die Getränke als durch die Zimmer [in denen es zum Sex kommt] (Sexarbeiterin aus dem Club-Sektor, 30 Jahre alt).

Teilnehmer der Fokusgruppendifkussionen glauben, dass die Prävalenz von Cannabis und Stimulanzien unter Bar- und Fensterprostituierten – aufgrund des intensiven Arbeitsrhythmus – tatsächlich höher ist, als unsere Studie ergeben hat. Auch hier spielen die Infrastruktur und die Manager des Etablissemments eine wichtige Rolle (siehe auch Cwikel et al., 2008), aber es gibt große Unterschiede zwischen den Bars. Ein typisches Phänomen in diesem Sektor ist die *dame de compagnie*, die oft Teil eines organisierten Netzwerks hinter der Prostitution ist. Einige *dames de compagnie* wachen über das Wohlergehen der Sexarbeiterinnen, während andere lediglich anwesend sind, um sie zu kontrollieren. Einige Etablissemments erlauben Frauen, den Champagne wegzuschütten, wenn der Kunde es nicht sieht, aber andere erlauben das nicht:

Im X [Name des Clubs] musste man alles trinken. Man konnte nicht einen einzigen Tropfen wegschütten. Dort war es jede Nacht ein Desaster. Aber hier [anderer Club] kleben deine Flip-flops am Teppich von all dem Alkohol, den wir wegschütteten (Sexarbeiterin aus dem Club-Sektor, 30 Jahre alt).

Es gibt Bars, in denen der Alkoholkonsum von Sexarbeiterinnen niedriger ist und in denen der Manager akzeptiert, dass sie nicht trinken. In anderen Bars wird das nicht akzeptiert. Darüber hinaus gibt es eine hohe Prävalenz von Kokainkonsum in diesem Sektor. Die Wirkungen des Alkohols sind weniger offensichtlich, wenn man unter dem Einfluss von Kokain steht, also können die Frauen weiterarbeiten:

Sie müssen in der Lage sein, all den Champagne zu trinken, oder? Wenn sie das [Kokain] also nehmen, dann sind sie nicht so schnell betrunken. Das ist der Grund, warum die Manager das erlauben. Sie müssen verstehen, das bringt einen Haufen Geld. Sie kennen den Preis einer Flasche. Aus der Sicht des Managers ist es also besser, wenn ein Mädchen das nimmt, man erlaubt mehr, wird lockerer ... und kann viel mehr trinken (Sexarbeiterin im Bar-Sektor, 47 Jahre alt).

Frauen, die in diesem Sektor arbeiten, müssen Kunden anziehen und sie unterhalten. Dies könnte auch erklären helfen, warum sie häufi-

ger Stimulanzien konsumieren. Die Arbeit im Bar/Club-Sektor ist anstrengender als in anderen Sektoren und folglich ist es schwerer, ohne Substanzkonsum auszukommen:

... die Mädchen an der Bar, die müssen tanzen, um sich selbst zu präsentieren, nur mit einem BH und einem String-Tanga ... und es gibt Mädchen, die schüchtern sind ... ich selbst bin auch sehr schüchtern, wenn ich keine Linie [Kokain] ziehe ... man würde mich nicht einmal in meiner Unterwäsche sehen, überhaupt nichts (Sexarbeiterin im Club-Sektor, 25 Jahre alt).

Die Daten zur Vormonatsprävalenz des Substanzkonsums unter *privaten Sexarbeiterinnen* legen nahe, dass sie im Vergleich zu Frauen, die als Escort- oder Fensterprostituierte arbeiten, mehr konsumieren (z.B. Kokain und Heroin), aber weniger als Straßenprostituierte oder Frauen, die in Bars und Clubs arbeiten (z.B. Kokain). Die Prävalenz von Cannabiskonsum ist im Vergleich zu den meisten anderen Sektoren relativ hoch. Private Prostitution ist weniger sichtbar und auch weniger leicht zugänglich und folglich wissen Sozialarbeiter, berufliche Anlaufstellen, usw. wenig über deren Drogenkonsum. Einige Teilnehmer an den Fokusgruppendifkussionen nehmen an, dass Frauen in diesem Sektor nur gelegentlich Drogen nehmen. Andere vermuten, dass unsichere Frauen und Sexarbeiterinnen, die Drogen nehmen, diesen Sektor bevorzugen. Unsere qualitativen Daten lassen vermuten, dass der Drogenkonsum in Privatwohnungen häufiger ist, als allgemein angenommen. Auch hier geht man davon aus, dass die Manager eine wichtige Rolle im Fördern bzw. Einschränken des Substanzkonsums dieser Frauen spielen.

Der Vormonatskonsum von Cannabis, Kokain und Heroin unter *Escort-Damen* war niedriger im Vergleich zu jedem anderen Sexarbeit-Sektor und der Konsum von Alkohol und Benzodiazepinen war größer. Wir können keine sicheren Schlussfolgerungen aus diesen Befunden ziehen, da wir aus diesem Sektor nur wenige Studienteilnehmer gewinnen konnten. Es handelt sich hier hauptsächlich um eine versteckte Arbeit und die Unterschiede zum privaten Sektor bleiben ungenau: Viele sind in beiden Sektoren tätig. Einige Escort-Damen konsumieren Drogen mit ihren Kunden. Dennoch scheinen sowohl unsere qualitativen als auch die quantitativen Daten zu bestätigen, dass der Drogenkonsum unter Escort-Damen weniger häufig als in anderen Sektoren ist. Dort, wo über Drogenkonsum berichtet wurde, geschah dieser oft in der Freizeit.

5 Drogenkonsum und Sexarbeit: einige Zusammenhänge

Im Folgenden werden wir weiter die Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und Sexarbeit untersuchen: Wir stellen unsere Daten zum Arbeitsplatz, zum Thema Kunden und zum Austausch von Sex gegen Drogen vor.

Die Hälfte der Befragten, die während des Vormonats Alkoholkonsum berichteten, trank auch am Arbeitsplatz Alkohol. Viele Sexarbeiterinnen verdienen lieber Geld damit, dass sie mit Kunden Alkohol trinken, anstatt sexuelle Dienste zu erbringen.

Der Alkoholkonsum bei der Arbeit ist in jedem Prostitutionssektor häufig, jedoch ist er im Club-Sektor ein wesentlicher Bestandteil der Arbeitsroutine: Sexarbeiterinnen erhalten oft einen Teil des Gewinns. Dies erklärt auch, warum viele von ihnen häufiges Trinken berichten (mindestens 4-mal pro Woche) bis hin zu Saufgelagen (6 Einheiten Alkohol oder mehr bei jeder einzelnen Gelegenheit).

Eine von drei Befragten, die Cannabis im Vormonat konsumiert hatten, berichtete auch über Cannabis-Konsum bei der Arbeit. Viele der Befragten erzählten uns, dass sie Cannabis auch in anderen Situationen konsumierten (an einem freien Tag, nach der Arbeit, usw.). Dies könnte darauf hinweisen, dass der Cannabis-Konsum nicht unbedingt mit ihrer Arbeit zusammenhängt, sondern Teil ihres allgemeinen Lebensstils sein könnte.

Mehr als ein Drittel (40,2%) der Befragten, die während des letzten Monats Kokain konsumiert hatten, gaben an, dies (neben anderen Orten) auch während der Arbeit getan zu haben. Sechzehn Befragte (42,1% der Befragten, die Heroin im letzten Monat konsumiert hatten, oder 3% der gesamten Stichprobe) konsumierten Heroin an ihrem Arbeitsplatz. Die meisten dieser Frauen waren Straßensexarbeiterinnen. Viele ihrer Berichte lassen auf ein intensives Konsummuster schließen, das sehr eng mit ihrer Arbeit in Verbindung steht. Sie gaben an, „sobald wie möglich“ und/oder „zusammen mit oder nach jedem Klienten“ Drogen zu konsumieren. Sie gaben ebenfalls an, dass sie Sexarbeiterinnen geworden seien, um ihren Bedarf an Kokain und Heroin zu finanzieren.

Wie schon weiter oben aufgeführt, spielen Manager und/oder Zuhälter eine wichtige Rolle im Konsum von bzw. Verzicht auf Rauschmittel bei der Arbeit. Es hängt viel davon ab, ob der Manager Drogen nimmt oder nicht, sowie von seiner Toleranz gegenüber Drogenkonsum. In einigen Fällen liefert der Manager die Drogen, während andere eine Null-Toleranz-Politik gegenüber Drogenkonsum bei der Arbeit ver-

folgen. Manchmal holen sie sogar die Polizei, um drogenkonsumierende Frauen aus ihren Gebäuden entfernen zu lassen, da sie den Ruf ihres Etablissements makellos halten möchten:

Sobald man irgendwo zu arbeiten beginnt, ist das Erste, das man uns sagt: „Also, sobald du von Alkohol oder Drogen abhängig wirst, bist du draußen. Auch wenn du mir eine Menge Geld einbringst, bist du draußen“. Und das läuft wirklich in jedem privaten Etablissement so ab... Es gibt viele private Orte und wenn du an deinem Arbeitsplatz bleiben willst, dann musst du dich wirklich an diese Regeln halten. Und du musst dafür sorgen, dass deine Mädchen sich an diese Regeln halten, was letztendlich von den Kunden geschätzt wird (Sexarbeiterin im privaten Sektor, 37 Jahre alt).

Einige Frauen berichteten uns über die Rolle von Dealern und Zuhältern. In billigen, offenen Sexmärkten (d.h. „Problemfelder“ der sichtbaren Straßen-, Fenster- oder Bar-Prostitution) bieten viele Dealer ihre Ware proaktiv an oder beliefern Sexarbeiterinnen auf Wunsch der Kunden. Zuhälter sind in jedem der Sektoren aktiv und sie haben Einfluss auf den Drogenkonsum unter Sexarbeiterinnen. Sie nehmen verschiedene Rollen ein, vom liebenden Ehemann bis zu Lebenspartnern und Männern, die drogenabhängige Frauen in die Prostitution drängen und dort festhalten. Viele Frauen verkaufen Sex, um den eigenen und den Drogenkonsum ihres Freundes/Lebenspartners zu finanzieren. In diesen Fällen ist es manchmal nicht klar, ob es sich hier schlicht um Zuhälterei handelt oder um eine gemeinsame Partnerschaft in der Beschaffungskriminalität, in der die Frau sexuelle Strategien und der Mann andere (illegale) Strategien wie z.B. Diebstahl und Einbruch einsetzen:

Er wusste, was ich tat... Natürlich gab es deswegen Streit, aber er hat nie gesagt, dass ich aufhören soll... Nun, er hatte keine Arbeit; für ihn war das sehr bequem... Eine Woche später hat er mich sogar zu einem Kunden gefahren (Sexarbeiterin aus dem privaten Sektor, 42 Jahre alt).

Etwa die Hälfte (55,1%) aller befragten Sexarbeiterinnen gab an, dass sie nie zusammen mit Kunden Drogen konsumieren, 44,9% hatten dies mindestens einmal getan. Die Mehrzahl dieser Personen (und 30,3% der gesamten Stichprobe) gaben an, dies gelegentlich zu tun. Siebenundvierzig Befragte (8,9% der gesamten Stichprobe) konsumieren oft Drogen mit Kunden und dreißig Befragte (5,7% der gesamten Stichprobe) tun dies immer. Wenn Sexarbeiterinnen mit ihren Kunden Rauschmittel konsumieren, ist gewöhnlich immer Alkohol mit im Spiel: 199 Befragte (37,7% der befragten Sexarbeiterinnen) konsumieren gelegentlich, oft oder immer Alkohol mit ihren Kunden.

Zweihundsechzig Frauen (11,7% der gesamten Stichprobe) konsumieren mit ihren Kunden gelegentlich Kokain. Die Anzahl von Frauen, die mit ihren Kunden andere Substanzen konsumierten, liegt viel niedriger: 4,2% konsumierten manchmal Cannabis mit ihren Kunden und weniger als 1% hatte Amphetamine, Heroin, Crack oder Ecstasy mit einem Kunden konsumiert. Der gemeinsame Konsum von Alkohol und/oder Kokain mit Kunden geschieht häufiger im Bar- und Clubsektor als in den anderen Sektoren.

Der Drogenkonsum von Sexarbeiterinnen steht in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum der Kunden. Einige Kunden bringen Drogen mit und andere halten aktiv Ausschau nach Sexarbeiterinnen, die ihnen Drogen zur Verfügung stellen, während sie Sex haben. Wenn die Sexarbeiterin Drogen ablehnt, dann geht der Kunde. Frauen berichten auch, dass manche Kunden aus der Tatsache, dass einige Sexarbeiterinnen Drogen und/oder Alkohol konsumieren, ihren Vorteil ziehen: Nicht alle Kunden respektieren die persönlichen Grenzen von Sexarbeiterinnen, die unter Drogeneinfluss stehen bzw. süchtig sind (siehe auch Shannon et al., 2008). Einige Kunden sind bereits unter Drogen, wenn sie ankommen, während andere die Drogen vor Ort konsumieren möchten. Kunden können also eine wichtige Rolle im Nachschub an Drogen spielen:

Sie kommen rein und legen 25 Gramm auf den Tisch! Kokain! [...] Besonders mit denen, diesen [Regierungs] Ministern, ist es leicht: Es ist eine private Nacht. Es sind dann also in dieser Nacht nur hochrangige Leute da und es wird die ganze Nacht durchgemacht. [...] Das kommt vor, vielleicht nur einmal pro Monat [...] Die Tische sind übersät mit Kokain und jeder bedient sich, wie er mag. (Sexarbeiterin im Club-Sektor, 25 Jahre alt).

Manchmal entscheiden sich Frauen, Drogen zu nehmen, weil sie ihren Kunden nicht verlieren möchten:

Es gibt Kunden, die nicht einmal reinkommen würden, wenn du nichts bei dir hast. [...] Zuerst fragen sie dich „Wie viel kostet eine Stunde?“, dann sagst du ihnen deinen Preis. Und dann fragen sie dich, ob du etwas Koks beschaffen kannst. Wenn du „nein“ sagst, dann gehen sie zu einer anderen, die Koks beschaffen kann. Und da ist es dann sogar egal, ob sie noch Zähne hat oder nicht (Sexarbeiterin aus dem Fenstersektor, 23 Jahre alt).

Einige Kunden bieten an, den Sex mit Drogen zu bezahlen, oft mit Kokain. Die Mehrzahl (93,2%) der Sexarbeiterinnen, die wir befragt haben, akzeptieren keine Bezahlung mit Drogen. Jedoch taten dies 30 Befragte (6,8% der gesamten Stichprobe): 29 taten dies „einmal“ oder „gelegentlich“, die meisten waren Straßen-

prostituierte. Sechs Befragte (1,1% der gesamten Stichprobe) wurden „oft“ mit Drogen bezahlt: Fünf von ihnen arbeiten auf der Straße und eine arbeitet im privaten Sektor. Nur eine Befragte (eine Straßenprostituierte) sagte, dass sie „immer“ mit Drogen bezahlt wird. Verglichen mit der Gesamtzahl der befragten Sexarbeiterinnen gab es nur bei einem kleinen Prozentsatz von Sexarbeiterinnen einen Austausch von Sex gegen Drogen. Aus den Beiträgen der Fokusgruppendifkussionen geht jedoch hervor, dass das Phänomen Sex-für-Drogen häufiger ist, als unsere Umfragedaten nahelegen. Unsere Daten können einem Bias unterliegen, da die Frauen den Austausch ganz anders als ihre übliche Sexarbeit ansehen: Sie sind ihrem Dealer mit Sex gefällig und haben so nicht das Gefühl, dass sie für ihre Droge arbeiten. Darüber hinaus empfinden sich einige dieser Frauen nicht als „gewerbsmäßige“ Sexarbeiterinnen.

6 Die Perspektive der Sexarbeiterinnen: funktionaler und dysfunktionaler Konsum

Es bestehen komplexe Zusammenhänge zwischen Drogenkonsum und Sexarbeit. Unsere qualitativen Daten veranschaulichen dies auf vielfältige Art und Weise. Einige der befragten Frauen geben an, dass sie die Drogen konsumieren, um ihre Arbeit besser auszuhalten oder um nicht mehr daran zu denken (siehe auch Zurhold, 2005). Einige Aspekte des Berufs, wie z.B. mit Kunden in Kontakt zu kommen, sind leichter, wenn man unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen steht:

Und dann habe ich keine Probleme mehr damit, bestimmte Kunden anzunehmen. Ich würde dann jeden Beliebigen nehmen. Mit einem Lächeln ... werde ich zu einer richtigen Schlampe. ... Und der Manager freut sich ... Und ein Nebeneffekt von Ecstasy ist, dass man so schnell feucht wird. ... Du hältst alles, was hier geschieht, auf Distanz, dadurch ist es perfekt für die Sexarbeit (Sexarbeiterin im Escort-Bereich, 38 Jahre alt).

Einige der Sexarbeiterinnen nehmen Drogen, während sie auf Kunden warten und es ihnen langweilig wird. Andere versuchen, erlaubt als auch unerlaubte Substanzen zu vermeiden, da sie ihre Leistungsfähigkeit behindern. Diejenigen, deren Einkünfte ansteigen, haben die Mittel, sich mehr Sachen, einschließlich Drogen, zu kaufen. Es gibt auch Sexarbeiterinnen, die ganz speziell dafür arbeiten, um ihren Drogenbedarf zu finanzieren, aber viele Befragte sagen, dass es sich hier nur um eine kleine Gruppe handelt.

Tabelle 2

Auswirkungen von
Drogen und Alkohol
auf unterschiedliche
Aspekte der Sexarbeit

Wenn ich unter dem Einfluss meiner „Hauptdroge“ stehe:	Alkohol n = 205	Benzo- diazepin n = 31	Cannabis n = 36	Kokain n = 24	Heroin n = 25	Gesamt n = 358
Sexarbeit ist leichter. (Chi2 = 20,770; df = 5; p < 0,002)	42,9%	38,7%	50,0%	58,3%	88,0%	48,6%
Ich kann nicht so viele Stunden arbeiten. (Chi2 = 32,374; df = 5; p < 0,001)	40,5%	19,4%	19,4%	52,2%	76,0%	37,7%
Ich habe vielleicht ungeschützten Sex. (Chi2 = 69,696; df = 5; p < 0,001)	11,2%	9,7%	13,9%	33,3%	76,0%	17,8%
Ich kann länger arbeiten. (Chi2 = 50,575; df = 5; p < 0,001)	25,5%	35,5%	22,9%	47,8%	92,0%	34,6%
Das Verhandeln mit Klienten ist leichter. (Chi2 = 27,876; df = 5; p < 0,001)	26,4%	22,6%	44,4%	50,0%	72,0%	33,9%
Ich schaffe weniger Kunden. (Chi2 = 28,753; df = 5; p < 0,001)	33,7%	23,3%	13,9%	39,1%	72,0%	32,2%
Ich schaffe mehr Kunden. (Chi2 = 61,432; df = 5; p < 0,001)	20,0%	32,3%	22,9%	39,1%	92,0%	30,3%
Ich neige dazu, mehr Kunden abzulehnen. (Chi2 = 29,014; df = 5; p < 0,001)	24,7%	12,9%	33,3%	37,5%	72,0%	29,5%
Ich neige dazu, mehr Kunden anzunehmen. (Chi2 = 42,026; df = 5; p < 0,001)	13,9%	12,9%	13,9%	16,7%	64,0%	17,1%
Ich akzeptiere sexuelle Dienste, die ich normalerweise ablehne, und danach bedaure ich dies.	8,3%	6,5%	5,6%	16,7%	72,0%	13,1%
Ich hatte ungeschützten Sex, als ich ein starkes Verlangen nach Drogen hatte.	4,2%	0,0%	1,8%	16,0%	80,0%	8,6%

Der Konsum von Kokain und Alkohol mit dem Ziel, als Sexarbeiterin zu arbeiten und diese Arbeit auszuhalten, wurde bereits früher in der internationalen Literatur beschrieben. Ein intensiver Drogenkonsum wird in Verbindung gebracht mit unsicheren sexuellen Kontakten und größeren Risiken beim Verhandeln mit Kunden (Falcon, 2007). Mit unserer Studie haben wir auch versucht herauszufinden, ob der Drogenkonsum die Sexarbeit positiv oder negativ beeinflusst. In Tabelle 2 sind einige Daten dargestellt, die über die Folgen des Drogenkonsums auf verschiedene Aspekte der Sexarbeit informieren – wie von den Befragten der quantitativen Studie berichtet. Die Tabelle zeigt nur die Anzahl von Befragten, die Auswirkungen bei sich selbst erlebt. Die Antwortkategorien: „gelegentlich“, „oft“ und „immer“ wurden in die Kategorie „ja“ zusammengefasst. Die rechte Spalte enthält die Gesamtzahl von Befragten, die der einzelnen Aussage zustimmten. In der Tabelle werden nur die am häufigsten verwendeten Substanzen dargestellt.

Fast die Hälfte (48,6%) der Befragten, die auf diese Frage antworteten, gab an, dass die Sexarbeit „leichter“ fällt, wenn man seinen „Lieblingsstoff“ konsumiert hat (Alkohol oder eine Droge). Mehr als jede dritte Befragte (n = 135; 37,7% der Frauen, die diese Frage beantwortet-

en) gab an, dass sie weniger Stunden arbeiten können, wenn sie unter dem Einfluss dieser Substanz stehen. Andererseits sagen fast ebenso viele (n = 123; 34,6% der Frauen, die diese Frage beantworteten), dass sie länger arbeiten können, wenn sie ihren Lieblingsstoff konsumiert haben. Jede Dritte (n = 120; 33,9%) gab an, dass es leicht sei, mit Kunden zu verhandeln (über den Preis, die Art der gewünschten Sexdienstleistung, usw.), wenn sie etwas genommen haben, und 104 Befragte (29,5% von denen, die eine Antwort gaben) berichteten, dass es leichter sei, einen Kunden abzulehnen.

Die Antworten zeigten auch eine unterschiedliche Meinung in Bezug auf die Anzahl von Klienten, die man pro Tag „schaffen“ könne: Etwa gleich viele Prostituierte sagten, dass sie weniger (32,2%) bzw. mehr (30,3%) Kunden schaffen, wenn sie unter dem Einfluss ihrer bevorzugten Substanz stehen. Einige (13,1%) geben an, dass sie bestimmte sexuelle Handlungen akzeptieren, wenn sie unter dem Einfluss von Drogen oder Alkohol stehen – Handlungen, die sie normalerweise ablehnen würden und die sie im Nachhinein bedauern. Vierundsechzig Frauen (17,8%) berichten, ungeschützten Sex zu haben, wenn sie Drogen oder Alkohol konsumieren. Mehr als die Hälfte von ihnen (n = 34) arbeiten als Fensterprostituierte.

Siebenunddreißig Befragte (8,6%) hatten ungeschützten Sex, als sie ein starkes Verlangen („Craving“) nach ihrem Lieblingsstoff hatten. Wenn dieses (körperliche oder psychische) Verlangen nach der Substanz nicht mehr zu beherrschen ist, kommt es oft zu ungeschütztem Sex. Fast alle diese Frauen arbeiten auf der Straße.

Zwischen den einzelnen Sektoren haben wir in Bezug auf die Auswirkungen des Substanzkonsums auf die Sexarbeit eine Reihe von Unterschieden gefunden. Befragte, die als Straßenprostituierte aktiv waren, haben häufiger mit den Folgen zu kämpfen: Sie berichten häufiger über ungeschützten Sex und sie geben häufiger an, dass die Sexarbeit ihnen leichter fällt, wenn sie Rauschmittel genommen haben. Sie berichten auch häufiger, dass sie gewisse sexuelle Dienstleistungen akzeptieren (die sie sonst nicht erlauben würden), dass sie in Bezug auf ihre Kunden weniger wählerisch sind, und dass sie gelegentlich ohne Kondom arbeiten, wenn sie ein starkes Verlangen nach Drogen haben. Gleichzeitig berichten Straßenprostituierte häufiger, dass sie besser verhandeln können und dass es ihnen leichter fällt, einen Kunden abzulehnen. Am anderen Ende des Spektrums gibt es jene, die als Fensterprostituierte arbeiten: Im Vergleich zu den Frauen, die in anderen Sektoren arbeiten, berichten sie seltener Auswirkungen eines Drogen- oder Alkoholkonsums auf ihre Arbeit. Ob der Substanzkonsum ihre Sexarbeit beeinflusst oder nicht – und das Ausmaß der Beeinflussung –, hängt zum Teil von der konsumierten Substanz ab: Insgesamt werden dem Heroin, verglichen mit anderen Substanzen, die größten Auswirkungen zugeschrieben.

Es überrascht nicht, dass viele Sexarbeiterinnen, die im Bar-/Club-Sektor aktiv sind, angeben, dass der Alkoholkonsum viele verschiedene Aspekte ihrer Arbeit beeinflusst. Sie berichten auch, dass sie häufiger ungeschützten Sex haben, wenn sie Alkohol getrunken haben, und dass es ihnen mit Alkohol leichter fällt, Sex zu haben:

Wenn man nüchtern ist, ist es schwer, das alles zu schaffen ... Ich weiß nicht, über was ich mit den Kunden reden soll ... Aber wenn man ein paar Drinks gehabt hat, geht alles leichter; man hat weniger Grenzen ... Man akzeptiert Sachen, die man dann später wieder bereut. Das ist hauptsächlich wegen dem Alkohol. Man neigt dann dazu, mehr Dienstleistungen anzubieten (Sexarbeiterin aus dem Club-Sektor, 30 Jahre alt).

Unsere qualitativen Daten enthalten weitere Berichte über die Auswirkungen der verschiedenen Substanzen. Einige Frauen geben an, dass der Konsum von Kokain – im Gegensatz zu den allgemeinen Erwartungen – zu kürze-

ren Arbeitszeiten führt: Die psychischen Nebenwirkungen können zu Wahnvorstellungen führen, was dazu führt, dass die Frauen dann früher mit ihrer Arbeit aufhören. Der Konsum von Benzodiazepinen kann die Sexarbeit ebenfalls beeinflussen:

Ich keine keine Grenzen mehr, wenn ich Stilnox [Zolpidem] nehme. Dann mache ich also Sachen, wie z.B. jemanden mitten in der Nacht reinzulassen, ohne vorsichtig zu sein [...] das größte Problem ist die Déblocage (französisch, etwa Freigabe, Entriegelung, Lösen). Wenn ich das genommen habe, dann mache ich alles. Ich habe dann keine Grenzen mehr, alles ist möglich, und sie können tun, was sie wollen. Ich sehe die Folgen nicht (Sexarbeiterin aus dem privaten Sektor, 31 Jahre alt).

Die Auswirkungen von Drogen- und Alkoholkonsum auf die Sexarbeit hängt ab von den individuellen Merkmalen der Sexarbeiterin (dem Set) und den Umständen, unter denen die Substanz konsumiert wird (dem Setting). Die Teilnehmer an unseren Fokusgruppendifkussionen machten auch deutlich, dass der Konsum von Benzodiazepinen nach der Arbeit Einfluss auf die Arbeit der Frauen am darauffolgenden Tag haben könnte. Werden Benzodiazepine täglich konsumiert, dann sind die Auswirkungen dauerhaft und es ist möglich, dass diese Substanzen genommen werden, um mit den negativen Aspekten der Sexarbeit zurechtzukommen.

7 Diskussion und Schlussfolgerungen

Es existiert viel Literatur zur Überschneidung von Substanzkonsum und Sexarbeit. Diskussionen zu diesem Thema befassten sich damit, in welcher Reihenfolge Sexarbeiterinnen mit beidem in Kontakt kamen, sowie mit der Prävalenz des Drogenkonsums unter Sexarbeiterinnen und den Verbindungen zwischen Sucht und Sexarbeit (Cusick & Hickman, 2005). Epidemiologische Forschungen haben typischerweise herausgefunden, dass Prostituierte eine Personengruppe sind, die in die Übertragung von sexuell übertragbaren Krankheiten (STDs) involviert ist. Straßensexmärkte werden weit häufiger untersucht als andere Sexarbeit-Sektoren und in vielen Studien konzentriert man sich auf Aspekte des HIV-Risikoverhaltens, die Gefahren der Sexarbeit unter Drogeneinfluss und damit verbundene Schutzmaßnahmen.

Die meisten Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien stellten Zusammenhänge zwischen körperlicher Gesundheit, Prostitution und „riskantem“ Verhalten auf. Dieser Bias zum Greifbaren verzerrt unser Verständnis in mehrerlei Hinsicht (Sanders, 2004). Erstens konzentriert sich dadurch unsere Aufmerksamkeit

auf diejenigen Aspekte der Sexarbeit, die am deutlichsten sichtbar sind. Damit werden die Tabus der Straßenprostitution hervorgehoben und dies auf die Sexarbeit insgesamt übertragen. Prostituierte sind jedoch keine einzelne homogene Gruppe (Cwikel et al., 2008). Es können verschiedene Arten von Sexarbeit unterschieden werden nach demographischen Merkmalen, sexueller Orientierung der Kunden und auch – wie hier beschrieben – nach der räumlichen Umgebung und den organisatorischen Merkmalen des Geschäftsablaufs. Ob nun jeder einzelne dieser Sektoren (oder Sexmärkte) ein unterschiedliches Personal aufweist oder nicht, ist nicht klar. Sexarbeiterinnen und Forscher scheinen jedoch darin übereinzustimmen, dass diese Arten von Sexarbeit auf gewisse Weise bedeutsam sind und dass damit wichtige Merkmale der verschiedenen Sexmärkte unterschieden werden können (Cusick, 2006).

Die Daten und Erzählungen der Frauen, die in diesem Beitrag vorgestellt wurden, legen nahe, dass viele Frauen Drogen und Alkohol konsumieren, um sich ihre Sexarbeit zu ermöglichen bzw. erleichtern. Der Konsum dieser Substanzen kann dazu dienen, Gefühle zu betäuben (damit man nicht mehr daran denken muss, was man tut; damit man nichts fühlt, während man arbeitet; damit man den Arbeitstag vergessen kann) und weniger Erinnerungen an unangenehme oder gewalttätige Erlebnisse zu haben (Roxburgh et al., 2006). Die Daten lassen annehmen, dass der Substanzkonsum unter einigen Frauen in dieser Studie dazu dient, psychischen Stress durch kognitive Vermeidung zu reduzieren. Andere Frauen berichteten, dass sie Sexarbeit machen, um sich Drogen zu finanzieren, einige von ihnen berichten, dass die Drogen der Grund für die Sexarbeit sind. In manchen Fällen ist es eine reziproke Beziehung: Sie konsumierten Drogen, um sich die Sexarbeit zu erleichtern, und sie arbeiten als Prostituierte, um sich den Drogenkonsum zu ermöglichen. Drogen und Alkohol können in Bezug auf die Sexarbeit noch verschiedene andere Funktionen haben: Durch den Substanzkonsum fällt es den Sexarbeiterinnen leichter, potenzielle Kunden anzusprechen, sie stärken das Selbstvertrauen und helfen, gegenüber den Kunden ihre eigenen Interessen zu vertreten, und sie vertreiben die Langeweile, während man auf die Kunden wartet (Zurhold, 2005).

Nicht allen Frauen gelingt es, psychischen Schaden zu vermeiden. Starke negative Gefühle, die nicht in Griff zu bekommen sind, können gefährliche Konsequenzen haben, insbesondere in Bezug auf Substanzkonsum und Selbstschädigung (Sanders, 2004). Andere berichteten über die Spirale des Verkaufs von Sex, um Drogen

zu kaufen, während sie gleichzeitig davon abhängig sind, dass die Drogen ihnen helfen, mit einem Fremden für Geld Sex zu haben.

Drogenkonsum – und insbesondere Drogenabhängigkeit – wird oft mit einem größerem Risikoverhalten beim Spritzen und beim Sex in Verbindung gebracht (Roxburgh et al., 2006). Aus einer medizinischen Perspektive werden Sexarbeiterinnen oft als die wichtigste Gruppe von Personen, die Krankheiten übertragen, angesehen. Die in diesem Beitrag vorgestellten Daten veranschaulichen aber auch andere „Bedeutungen“ des Drogenkonsums für die Sexarbeiterinnen. Für einige scheint ein riskantes Verhalten zweckmäßig zu sein, und daher sollten Drogenkonsum und Sexarbeit nicht nur als allgemein erfolglose Wege, mit der Realität klarzukommen, interpretiert werden: Sie können auch als ein Ausdruck eines hilfreichen Weges, mit der Realität zurechtzukommen, angesehen werden (Zurhold, 2005).

Wie bei jeder anderen Studie zu Randgruppen, die in stigmatisierte Aktivitäten involviert sind, ist auch hier die Repräsentativität der Stichprobe in diesen Personengruppen nur schwer zu erreichen (Roxburgh et al., 2006). Die hier vorgestellten Ergebnisse sagen eher etwas über diejenigen Frauen aus, die bereit waren, an der Studie teilzunehmen. Obwohl die Stichprobe eine Auswahl von Sexarbeiterinnen aus fünf verschiedenen Sexarbeit-Sektoren war und nicht unbedingt repräsentativ für alle Personen ist, die in der belgischen Sexindustrie arbeiten, geben die Ergebnisse dennoch Hinweise auf wichtige Verbindungen zwischen Sexarbeit und Drogen- bzw. Alkoholkonsum. Es sind weitere Studien notwendig, um mehr darüber zu erfahren, wie und ob Sexarbeiterinnen Drogen und Alkohol konsumieren, um ihrer Arbeit besser nachgehen zu können, und ob bzw. welche Folgen dies auf die Art der Kontakte hat (Roxburgh et al., 2006).

Die vorgestellten Daten weisen schließlich auf die Tatsache hin, dass die Gefahren und der Nutzen der Sexarbeit und des Drogen- und Alkoholkonsums von den Bedingungen abhängen, unter denen der Sex ge- und verkauft wird (siehe auch Cwikel et al., 2008). Diese speziellen Bedingungen der verschiedenen Sexmärkte und Arbeitsbedingungen sollten als wichtige Faktoren für die Muster des Drogen-/Alkoholkonsums und für berufliche Normen in den verschiedenen Sektoren des Sexgewerbes betrachtet werden (z.B. Konsum von Alkohol und Kokain in Bars und Clubs) (Cusick & Hickman, 2005). Es wird oft vermutet, dass die offenen, billigen Straßensexmärkte die einzigen seien, auf denen drogenkonsumierende Sexarbeiterinnen zu finden sind. Straßensexmärkte und

Straßendrogenmärkte sind oft eng miteinander verbunden und gehen mit größeren Gefahren, Risiken und Problemen einher (Cusick, 2006). Die Arbeitsbedingungen (einschließlich Manager) in weniger offensichtlichen „Indoor“-Umgebungen können aber auch als verstärkende Faktoren für problematischen Drogen- oder Alkoholkonsum wirken. Dies wirft Fragen in Bezug auf Strategien auf, die nicht zwischen Arten der Prostitution differenzieren oder einseitige Verbindungen zwischen Substanzkonsum und Sexarbeit vermuten (Cusick & Hickman, 2005). Gegensätze zwischen Subgruppen von Sexarbeiterinnen und zwischen verschiedenen Sexmärkten oder Sektoren legen nahe, dass unterschiedliche Strategien erforderlich sind.

Danksagung

Dieser Beitrag basiert auf Forschungsarbeiten, die vom Belgischen Wissenschaftsministerium gefördert wurden. Der Autor dankt Ilona Stoffels, Prof. Dr. Pierre van Damme, Prof. Dr. Guido van Hal und Dr. Elke Leuridan (Universität Antwerpen). Der Autor dankt dem Personal von Pasop (Gent), Ghapro (Antwerpen) und Espace P (Brüssel, Charleroi und Lüttich) für die Mitarbeit. Letztendlich geht unser Dank an die 528 Frauen, die für dieses Projekt interviewt wurden, die uns großzügig ihre Zeit gewidmet haben und offen über ihr Leben in der Sexindustrie und ihren Drogenkonsum gesprochen haben. Das Forschungsprotokoll wurde vom Ethikkomitee der Faculty of Law der Universität von Gent und der Belgian Privacy Commission genehmigt.

Literatur

- Blanken, P., Barendregt, L. & Zuidmulder, L. (2000). Community field work: Bringing drug users into research action. In: Fountain, J., Hartnoll, R., Olszewski, D. & Vicente, J. (Hrsg.), *Understanding and responding to drug use: The role of qualitative research* (S. 291-296). Lissabon: EMCDDA.
- Brussa, L. (2009). *Sex work in Europe. A mapping of the prostitution scene in 25 European countries*. Amsterdam: TAMPEP International Foundation.
- Cusick, L. (2006). Widening the harm reduction agenda: From drug use to sex work. *International Journal of Drug Policy*, 17 (1), 3-11.
- Cusick, L. & Hickman, M. (2005). 'Trapping' in drug use and sex work careers. *Drugs-Education Prevention and Policy*, 12 (5), 369-379.
- Cwikel, J., Ilan, K. & Chudakov, B. (2003). Women brothel workers and occupational health risks. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (10), 809-815.
- Day, S. & Ward, H. (1997). Sex workers and the control of sexually transmitted disease. *Genitourinary Medicine*, 73 (3), 161-168.
- De Graaf, R., Vanwesenbeeck, I., Van Zessen, G., Straver, C. J. & Visser, J. H. (1995). Alcohol and drug-use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behavior. *Aids Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/HIV*, 7 (1), 35-47.
- Ericksen, K. P. & Trocki, K. F. (1992). Behavioral risk-factors for sexually-transmitted diseases in American households. *Social Science and Medicine*, 34 (8), 843-853.
- Falcón, C. M. (2007). Consequences of cocaine use among prostitutes. *Gaceta Sanitaria*, 21 (3), 191-196.
- Faugier, J. & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (4), 790-797.
- Gaffney, J., Velcevsy, P., Phoenix, J. & Schiffer, K. (2008). *Practical guidelines for delivering health services to sex workers*. Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC.
- Gilchrist, G., Cameron, J. & Scoular, J. (2005). Crack and cocaine use among female prostitutes in Glasgow: Risky business. *Drugs: Education, prevention and policy*, 12 (5): 381-391.
- Gisle, L. (2010). *Gezondheidsenquête, België, 2008. Het gebruik van illegale drugs*. Brüssel: Scientific Institute of Public Health.
- Gisle, L., Hesse, E., Drieskens, S., Demarest, S., Van der Heyden, J. & Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport II – Leefstijl en Preventie*. Brüssel: Scientific Institute of Public Health.
- Gossop, M., Powis, B., Griffiths, P. & Strang, J. (1995). Female prostitutes in South London – Use of heroin, cocaine and alcohol, and their relationship to health risk behaviors. *Aids Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/HIV*, 7 (3), 253-260.
- Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B. & Strang, J. (1993). Researching hidden populations of drug users by privileged access interviewers: methodological and practical issues. *Addiction*, 88, 1617.
- Harcourt, C., van Beek, I., Heslop, J., McMahon, M. & Donovan, B. (2001). The health and welfare needs of female and transgender street sex workers in New South Wales. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25 (1), 84-89.

- Kinnell, H. & Praats, C. (2000). *Central Regional Report: European Network for HIV/STD Prevention in Prostitution*.
- Mak, R., Van Renterghem, L. & Cuvelier, C. (2004). Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. *Sexually Transmitted Infections*, 80 (2), 118-120.
- Roxburgh, A., Degenhardt, L., Copeland, J. & Larance, B. (2008). Drug dependence and associated risks among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia. *Substance Use and Misuse*, 43 (8-9), 1202-1217.
- Sanders, T. (2004). A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers. *Sociology of Health and Illness*, 26 (5), 557-574.
- Shannon, K., Kerr, T., Bright, V., Gibson, K. & Tyndall, M. W. (2008). Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. *Aids Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/HIV*, 20 (2), 235-241.
- Van den Hazel, R., Lesger, D., Peters, T., Van Oijen, S., Loopmans, M., Gabiam, K. & Kesteloot, C. (2008). *Prostitutie Brussel in Beeld. Bouwstenen voor een integraal prostitutiebeleid*. Arnheim: Seinpost Adviesbureau BV.
- Ward, H. & Day, S. (2006). What happens to women who sell sex? Report of a unique occupational cohort. *Sexually Transmitted Infections*, 82 (5), 413-417.
- Ward, H., Day, S. & Weber, J. (1999). Risky business: health and safety in the sex industry over a 9 year period. *Sexually Transmitted Infections*, 75 (5), 340-343.
- Zurhold, H. (2005). *Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution. Eine explorative Studie*. Berlin: VWB-Verlag.

Prof. Dr. Tom Decorte

Institute for Social Drug Research (ISD)
Universität Gent, Belgien
tom.decorte@ugent.be

NACHRICHT

Rauchen wie Männer, sterben wie Männer

Bei den Rauchgewohnheiten haben sich Frauen emanzipiert. War es in der Nachkriegszeit noch verpönt, wenn eine Dame zur Zigarette griff, und wenn sie es dennoch tat, bevorzugte sie leichte Sorten mit geringem Teergehalt und Filter. Spätestens seit den 70er Jahren haben sich die Rauchgewohnheiten geändert und in den 1980er Jahren denen der Männer angeglichen. Die Folgen für die Gesundheit machen sich jetzt mit einigen Jahrzehnten Latenz bemerkbar. In der ersten Generation von Raucherinnen war die Lungenkrebssterblichkeit nur dreimal höher als bei den Nichtraucherinnen. Heute haben sie ein 25,7-fach erhöhtes Risiko, und unterscheiden sich hier kaum noch von den Männern.

Auch die COPD, früher auch als Raucherhusten bezeichnet, ist längst kein Privileg der Männer mehr, wie Michael Thun von der American Cancer Society in Atlanta nachweisen kann. Die Sterberate hat bei den Raucherinnen in den letzten 20 Jahren stark zugenommen, und Raucherinnen sterben auch an dieser Erkrankung mittlerweile 22,5-fach häufiger als Nichtraucherinnen. Es ist bezeichnend, dass heute mehr Frauen an Lungenkrebs als am Brustkrebs sterben (was aber auch an den guten Therapieergebnissen beim Mammakarzinom liegt).

Beunruhigend an den Zahlen ist der anhaltende Anstieg der COPD-Erkrankungen in beiden Geschlechtern. Thun vermutet, dass hier Filterzigaretten mit einem niedrigeren Nikotingehalt einen ungünstigen Einfluss haben. Um die gleiche Dosis zu erhalten, würde der Rauch

heute tiefer inhaliert als früher, was die kleinen Atemwege schädigt und möglicherweise die Entwicklung eines Emphysems begünstigt, die Spätform der COPD. Betroffen sind auch hier mittlerweile beide Geschlechter.

Die gute Nachricht, die vermutlich auch für beide Geschlechter gilt, stammt aus einer Untersuchung von Prabhat Jha von der Universität Toronto. Wer das Rauchen rechtzeitig aufgibt, kann sein Sterberisiko normalisieren. Dabei gilt: umso früher desto besser: Wer zwischen 25. und 34. Lebensjahr aufhört, gewinnt 10 Lebensjahre, beim Rauchstopp zwischen 35 und 44 Jahren sind es noch 9 Jahre usw. Wer weiter raucht, wird selten 85 Jahre oder älter (auch wenn es hier prominente Gegenbeispiele gibt).

Frühe Missbrauchserfahrungen bei alkoholabhängigen Frauen. Bedeutung für die aktuelle Lebens- und Beziehungsgestaltung

Heike Hinz

Hintergründe und Folgen für die seelische Gesundheit

Nach Studien v.a. aus den USA berichten ca. 30% der Frauen und 10% der Männer von unfreiwilligen sexuellen Kontakten in Kindheit und Jugend. Bei etwa 4% handelt es sich um Inzestfälle im engeren Sinne. Es erscheint wichtig, dies voneinander zu unterscheiden.

Vereinzelte erfahren wir in der täglichen therapeutischen Arbeit von sexuellem Missbrauch von Jungen durch männliche Erziehungspersonen. Viel schwerer zu definieren ist emotionaler Kindesmissbrauch (auch hier Missbrauch des Kindes zur Bedürfnisbefriedigung des Erwachsenen). Wir beschränken uns daher auf sexuelle Übergriffe von männlichen Familienangehörigen auf Mädchen.

Der sexuelle Missbrauch in der Kindheit und Jugend ist eine schwere Traumatisierung – v.a. wenn es sich bei den Missbrauchenden um Familienangehörige handelt und das Ereignis nicht einmalig bleibt. Solche Wiederholungen führen dazu, dass das Opfer Copingmechanismen finden muss, um mit der Situation leben zu können. Menschen mit einer Borderline-Erkrankung haben zu 50% Missbrauchserfahrungen in der Geschichte. Auch bei suchtkranken Frauen ist die Missbrauchsquote größer als in der Allgemeinbevölkerung. Knapp 30% der Patientinnen der Fachklinik Richelsdorf sind Opfer sexueller Übergriffe von Angehörigen (Väter, Stiefväter, Brüder o. Ä.) gewesen.

Walter Sachsse schreibt darüber, wie das Opfer das Ereignis erlebt: „Das Ich wird überflutet von als katastrophisch empfundener Angst und Panik, von Scham, Ekel, Ohnmacht, Hass, Demütigung und Verzweiflung. Die Wahrnehmung kann das, was geschieht, nicht fassen, die Person ist fassungslos, alles wird konfus und entsetzlich.“ Ein möglicher Abwehrvorgang ist „Wahrnehmungsstörung oder gar Wahrnehmungszerstörung“. Ich-psychologisch betrachtet geschieht eine Ich-Fragmentierung, d.h. der Mensch tritt heraus aus einem eigenen Körper, stellt sich wie neben sich, empfindet nichts

mehr als selbst erlebt (Depersonalisation oder Derealisation).

Solche aktuell sinnvollen Copingmechanismen haben die Tendenz, sich zu verselbständigen und über die traumatische Situation hinaus wirksam zu bleiben. Das heisst Derealisations- und Depersonalisationssymptome treten dann auch außerhalb der traumatischen Situation auf, führen zu unerträglichen Ängsten. Eine Patientin berichtete, „es ist, als wenn ich in einem Film bin, es hat alles nichts mit mir zu tun, was passiert“.

Eine Möglichkeit, um die Einheitlichkeit und Stabilität des Ichs wieder herzustellen, ist Medikamenten-, Drogen- oder Alkoholgebrauch. Er hilft, wenn Erinnerungen überschwemmend sind, denn unerträgliches Erinnern an Traumata kann durch ein Suchtmittel oder auch selbstverletzendes Verhalten besser beendet werden als durch irgendetwas anderes.

Eine meiner Patientinnen setzte den Alkohol ein, wenn sich (was häufig ist und worauf ich später noch kommen möchte) die Missbrauchserfahrung in ihrem Erwachsenenleben wiederholte. Sie konnte alkoholisiert ihr unerträgliche Erfahrungen besser aushalten, „ich hab nichts mehr gespürt“.

Folgen für die Beziehungsgestaltung

Neben den beschriebenen Ich-Funktionsstörungen, die durch die Missbrauchserfahrungen entstehen, kommt es psychodynamisch betrachtet zu einer Zerstörung der „inneren Objekte“. Die inneren Objekte bestehen einerseits aus meinem Bild von mir und andererseits aus meinem Bild von den anderen und den Beziehungen zwischen mir und den anderen, wie ich sie in meiner Lebensgeschichte erfahren habe. Diese inneren Bilder bestimmen, was ich von Menschen erwarte – ihre Reaktionen auf mich und unsere Beziehungsmöglichkeiten. Menschen, die schwere oder längerfristige Traumatisierungen erfahren haben, haben verständlicherweise das Gefühl des – nennen wir

es nach Erikson – „Urvertrauens“ verloren, also die Sicherheit, dass sie sich schützen können, oder durch andere Menschen geschützt werden. Sie leben in einem Zustand von (gelernter und überdauernder) Hilflosigkeit.

Wir alle unterliegen dem so genannten „Wiederholungszwang“, d.h. in unserem Lebensweg wiederholt sich das, was wir in der Kindheit erlebt haben, nicht identisch, aber doch annähernd. So binden sich Frauen, die einen alkoholkranken Vater hatten, obwohl sie den alkoholtrinkenden Vater als traumatisierend und belastend erlebt haben, wieder – und manchmal mehrfach – an einen alkoholkranken Mann. Diese Partnerwahl ist nicht absichtsvoll. Das alte Erleben hat sich sozusagen durch die Hintertür eingeschlichen.

Beispiel 1

Eine meiner Patientinnen, die von ihrem Vater missbraucht wurde, dann von ihrem Stiefvater, heiratete einen Mann, der sich als gewalttätig herausstellte, trennte sich von ihm und nahm dann nur noch Beziehungen zu Frauen auf. Erschreckenderweise musste sie dabei erleben, dass sich die gleichen gewalttätigen Strukturen in ihrer lesbischen Beziehung wiederholten. Sie floh schließlich mit ihren Kindern vor einer Partnerin, mit der sie etliche Jahre zusammengelebt hatte, ins Frauenhaus. Auch in der aktuellen Beziehung wurde sie von ihrer Partnerin gequält, nicht körperlich, aber seelisch. Sie fühlte sich dem völlig hilflos ausgeliefert, hatte keine Möglichkeiten, sich zu wehren, außer zu fliehen und damit auf die für uns alle lebensnotwendige Erfahrung von Nähe zu einem anderen Menschen zu verzichten.

Claudia Heyne beschreibt in ihrem Buch „Täterinnen – Offene und versteckte Aggressionen von Frauen“ eine weitere tragische Folge von frühen und anhaltenden Missbrauchserfahrungen durch den Vater. Anhaltender Missbrauch ist in der Regel nur dann möglich, wenn die Mutter nicht interveniert, d.h. wenn sie aus irgend einem Grund nicht zur Verfügung steht, entweder weil sie hilflos ist, selber in eine Opferrolle hineingewachsen ist, oder die Beziehung zu dem missbrauchenden Mann nicht abbrechen kann, da sie auf dessen Nähe angewiesen ist. So entsteht zwischen Mutter und Tochter eine eher distanzierte Beziehung.

Das äußere Objekt, das dem kleinen Mädchen Nähe zur Verfügung stellt, ist der sie sexuell missbrauchende Vater, d.h. im Erleben des missbrauchten Kindes wird Nähe mit Sexualität verknüpft und diese Verknüpfung bleibt bestehen. Sie wird auch in ihrem Erwachsenenleben

nur hoffen können, über Sexualität ihr Bedürfnis nach Nähe befriedigt zu bekommen. Das führt dazu, dass die missbrauchte Frau, wenn sie Liebe und Zärtlichkeit und Geborgenheit sucht, Sexualität anbietet und abrufen. Es kommt also zu einer Wiederholung der Missbrauchserfahrung, weil an Stelle von Geborgenheit sexuelles Benutztwerden entsteht. Dauerhafte und tragfähige Beziehungen stellen sich nicht her, so dass ein scheinbar promiskuitives Verhalten mit wechselnden Männerbeziehungen entsteht, die aber im Grunde gar keine sexuelle Begründung haben, sondern den Wunsch nach menschlicher Nähe.

Beispiel 2

Eine Patientin wurde von einem älteren Bruder in ihrer Kindheit sexuell benutzt, in ihrem Erwachsenenalter lebte sie von Prostitution. Befriedigung ihres Wunsches nach Nähe und Geborgenheit suchte sie bei einem gewalttätigen Zuhälter. Sie trank in zunehmenden Mengen Alkohol gegen das Missverhältnis zwischen dem, was sie erwartete, und dem, was sie bekam. Der Sinn des Alkoholkonsums war die Wahrnehmungseinschränkung. Sie konnte, wenn sie getrunken hatte, die Illusion von Nähe und Bedürfnisbefriedigung aufrecht erhalten.

In der Klinik sprachen wir über die aktuellen Beziehungen, die sie zu einzelnen Mitpatienten aufnahm. Sie beklagte sich im Einzelgespräch, dass sie „immer dumm von Mitpatienten angemacht“ würde. Wir konnten feststellen, dass sie ausgerechnet mit eher verächtlich und abwertend mit Frauen umgehenden Männern Kontakt hielt und nicht mit den vielen anderen, die freundlich und fürsorglich sein konnten. Unter Tränen erzählte sie, sie finde nur diese Männer, die „gemein“ mit ihr umgingen, attraktiv. Mit den anderen rede sie zwar, aber sie seien für sie völlig uninteressant, im Grunde verachte sie sie.

Wie behandeln wir Patientinnen mit Missbrauchserfahrungen?

Ich erwarte nicht, dass wir erreichen können, dass Frauen mit schwer traumatisierenden Erfahrungen sich in Männer oder Frauen verlieben, die freundlich, zuvorkommend oder fürsorglich sind. Aber es lässt sich etwas anderes erreichen. Mit unseren Patientinnen arbeiten wir nicht an einer Veränderung der Partnerwahl, sondern an der Beziehungsgestaltung. Wir unterstützen sie dabei, zu erleben, dass sie nicht mehr wie als Kind hilfloses Opfer sind,

sondern dass sie als erwachsene Frauen in der Lage sind, Grenzen zu setzen, ohne die Beziehung dadurch zu verlieren.

Wir besprechen miteinander die Gestaltung der aktuellen Beziehungen in der Klinik, was sie dabei erleben, wo sie wieder Opfer geworden sind, wo sie unannehmbares Verhalten hingenommen oder sich einfach zurückgezogen haben. Zunächst einmal im Nachhinein spielen die Frauen gedanklich durch, wie sie hätten anders reagieren können und was sie bei einer anderen, abgrenzenden Reaktion befürchten. Die Ängste werden auf ihren lebensgeschichtlichen Hintergrund und den aktuellen Realitätsgehalt überprüft.

Gemeinsam suchen wir dann Situationen, die relativ harmlos und unbedeutend sind und die die Patientinnen häufig in der Klinik erleben, und spielen gedanklich Reaktionsmöglichkeiten durch, die sie aus der Opferrolle heraustreten lassen. Im realen Klinikalltag probiert sie aus, welche Ängste entstehen und welche Fortschritte möglich sind.

Es ist immer wieder erstaunlich, wie schnell auf diese Weise Erfolge zu erzielen sind. Aktiver abgrenzendes Verhalten lässt sich dann weiter übertragen, wenn es gut geht auch im privaten Beziehungsbereich bei Besuchen von Angehörigen oder Heimfahrten.

Beispiel 3

Ich möchte zu der Patientin aus dem Beispiel 1 zurückkommen, die sehr häufig von ihrer Freundin in der Klinik besucht wurde und die sich zunächst in der Freizeit alleine in unserer Obstplantage zurückzog, um Auseinandersetzungen und Konflikten mit Mitpatienten aus dem Wege zu gehen. Im Laufe der Zeit lernte sie immer besser, sich durchzusetzen; sie konnte sich in einen Liegestuhl zu den anderen in den Garten legen, ohne sich bedroht zu fühlen; lernte, sich zu wehren und zu verteidigen. Diese Fähigkeiten konnte sie schließlich auch im Kontakt mit ihrer Freundin einsetzen und es stellte sich zu ihrem Erstaunen heraus, dass die Freundin eine eigentlich eher schüchterne, ängstlich unsichere Person war, die, wenn sie selbst sich klar und eindeutig ausdrückte, ihr kaum etwas entgegenzusetzen hatte und der sie jedenfalls nicht hilflos ausgeliefert war. Der Patientin geht es gut und sie ist stabil abstinent. Sie hat Beziehungen, ertappt sich aber immer mal wieder bei zu geringer Selbstfürsorge und Unterwerfung ihrer eigenen Wünsche zu Gunsten eines anderen Menschen. Sie berichtet davon, wie sie über sich den Kopf schüttelt und dann korrigiert: „So nicht mehr mit mir“.

Beispiel 4

Im vierten Beispiel hat sich die Patientin nach Entlassung aus unserer Klinik zunächst ausgesprochen schwer getan. Bei Besuchen in der Klinik hat sie geklagt, sich depressiv und unglücklich gefühlt zu haben, da ihr Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit kaum befriedigt wurde. Immer wieder hatte sie herbe und konflikthafte Auseinandersetzungen mit ihrem Freund. Es ist ihr gelungen, die Auseinandersetzungen durchzuhalten, ohne wieder zum Alkohol zu greifen, sich – wenn auch unregelmäßig – Unterstützung von einer Selbsthilfegruppe und auch von ehemaligen Mitpatienten zu holen und schließlich einen Modus zu finden, mit ihrem Freund zusammen, wenn auch nicht konfliktfrei, so doch nicht mehr in einer einseitigen Täter-Opfer-Beziehung zu leben. Sicher werden die beiden noch erhebliche Kämpfe ausstehen müssen. Diese Kämpfe verbinden sie, sind ein Teil ihres Näheerlebens, sind aber deutlich weniger destruktiv als die Beziehungsgestaltung, die vor der Therapie bestand. Die beiden haben inzwischen eine Familie gegründet und ein Kind.

Beispiel 5

Eine andere sehr junge Patientin mit frühem und eigentlich dauerhaftem Missbrauchserlebnis durch ihre gesamte Lebensgeschichte war bereits Mutter von zwei Kindern, als sie zu uns kam. Sie hatte vom Jugendamt eine Therapieaufgabe bekommen, da sie die Kinder vernachlässigte. Beide Kinder waren verhaltensgestört und zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in einer Pflegefamilie untergebracht.

Auch diese Patientin lernte, sich hier ein Stück selbst zu wehren, wurde dadurch selbstbewusster und selbstsicherer. Sie wurde von hier aus in eine Nachsorgeeinrichtung verlegt, in der sie auch ihre Kinder hätte mitnehmen können. Bei den Besuchen ihrer Kinder wurde ihr deutlich, dass sie nicht in der Lage war, eine tragfähige Beziehung zu ihnen aufzunehmen und sie zu versorgen. Sie ging während ihres Aufenthaltes in der Nachsorgeeinrichtung eine neue Beziehung ein und wurde sofort wieder schwanger. Unsere Verhütungsaufklärung hatte leider keinen Erfolg, da Sexualität für die Patientin wichtig war, um sich einem Menschen nahe zu fühlen, und Verhütung etwas Trennendes bedeutete hätte. Die Beziehung hielt nicht lang. Sie konnte ihrem Teufelskreis nicht entfliehen.

Wie erfahren wir von den Missbrauchserfahrungen unserer Patientinnen?

Früher wurde davon ausgegangen, dass bei Traumatisierungen das Ansprechen, das „Darüberreden“ eine kathartische und damit eine therapeutische Wirkung hat. Heute wissen wir, dass das nicht der Fall ist.

Wenn es einem Menschen tatsächlich gelingt, die Missbrauchserfahrung zu verdrängen und damit nicht immer wieder von unaushaltbaren Affekten überschwemmt zu werden, dann ist dies anscheinend die beste Möglichkeit, mit der Traumatisierung umzugehen. In so einem Fall den Missbrauch wieder zu aktualisieren, dadurch, dass man ihn in die Erinnerung zurückruft, führt nicht zur Heilung, sondern zu einer Retraumatisierung mit Verlust der Ich-Stabilität und damit der Notwendigkeit, auf primitivere und weniger günstige Abwehrmechanismen zurückzugreifen.

Beispiel 6

Eine Patientin, die in ihrer frühen Kindheit als 3- bis 4-Jährige von ihrem Stiefvater anhaltend sexuell missbraucht wurde, hatte diese Erfahrung erfolgreich verdrängt. Ihr Leben hatte sie so gestaltet, dass eine Wiederholung von Missbrauchserlebnissen nach Möglichkeit vermieden wurde. Sie hatte eine tragfähige und stabile 13-jährige Beziehung zu einem verheirateten Mann, der immer freitags zu ihr kam, den sie zwischendurch anrufen konnte, der aber nie unangemeldet bei ihr erschien. Durch diese Konstruktion gelang ihr eine befriedigende sexuelle Beziehung und so ausreichende Distanz, dass eine Wiederholung der frühen Erfahrung nicht auftrat.

Als ihr Sohn, den sie alleine aufzog, erwachsen wurde und das Haus verließ, destabilisierte sich das bisher intakte Gleichgewicht. Durch eine Brustverkleinerungsoperation, ein eher destruktiver und selbstverletzender Eingriff, meinte sie ihr Gleichgewicht wieder herzustellen. Sie nahm auf Anraten ihrer Ärztin stattdessen an einer Kur teil, wo sie sich einen Kurschaten zulegte – eine Beziehung, die sporadisch auch im weiteren aufrechterhalten wurde – und kam gut erholt und stabilisiert zurück.

Drei Jahre später beantragte sie einen erneuten Kuraufenthalt, da sie sich erschöpft und angestrengt fühlte, in Erinnerung an die guten Erfahrungen der ersten Maßnahme. Diesmal nahm sie an einer psychosomatischen Therapie teil. Die Therapeutin dort bemerkte die frühe Missbrauchsgeschichte

der Patientin, rief das Erlebte in die Erinnerung zurück in der Vorstellung, eine kathartische Verarbeitung zu initiieren, und motivierte die Patientin, den verheirateten Mann zu drängen, sich entweder scheiden zu lassen und mit ihr zu leben oder sich von ihm zu trennen.

Die Patientin trennte sich von dem Mann und dekompenzierte. Sie wurde arbeitsunfähig entlassen, konnte ihre Tätigkeit nicht wieder aufnehmen, verkroch sich in ihre Wohnung und verließ diese wegen massiver Angstgefühle nicht mehr. Im Folgenden wurde sie in geradezu erschreckender Weise von Freundinnen und Bekannten ausgenutzt, sadistisch behandelt, ohne dass sie sich dagegen wehren konnte. Der Mann, der an der Beziehung interessiert war, kümmerte sich mehr um die Patientin, bemühte sich darum, die Beziehung wieder herzustellen, machte Zusatzangebote. So verbrachte er ein ganzes Wochenende mit ihr, was sie kaum aushalten konnte. Sie fühlte sich als Kurtisane, die sexuelle Beziehung konnte sie nicht mehr ertragen.

Es dauerte drei Jahre ambulanter Therapie, bis sie in der Lage war, wieder ohne Begleitung aus dem Haus zu gehen, eine Tätigkeit aufzunehmen, die Beziehung zu dem Freund wieder zu stabilisieren, konstruktive Freundschaften zu Frauen einzugehen.

Sachsse schreibt dazu: „Erinnerungen an Traumata sind retraumatisierend und nicht kathartisch. Forscherische Exploration, ein unvorbereitetes Anzielen traumatischer Szenen in einer Therapie oder eine engagierte Aufforderung, ungeschützt alles so schnell, so intensiv, so affektiv wie möglich rauszulassen als Ausdruck naiver Katharsis-Gläubigkeit sind deswegen kontraindiziert – an der Grenze zum Kunstfehler. Explorative und therapeutische Arbeit mit Traumata bedarf einer gewachsenen, stabilen und sehr belastbaren therapeutischen Beziehung, innerhalb derer sich traumatische Sequenzen darstellen lassen.“ Sachsse betont dabei die Notwendigkeit eines „Ressourcen fördernden Stationsklimas“.

Die Frage ist, wie entdecke ich, wenn ich nicht direkt danach frage, dass eine meiner Patientinnen Missbrauchserfahrungen hat? Wir nutzen dabei unsere Gegenübertragung. Das heisst, ich nutze das, was das Gegenüber in mir auslöst, um daraus auf die Beziehungserwartung und die Beziehungserfahrung zu schließen.

So ist z.B. die medizinische Untersuchungssituation eine funktionale und wird von den Patienten auch als solche erlebt. In der Regel

fühlen sich die Patienten sicher, nicht bedroht. Bei Patientinnen mit schweren Missbrauchserfahrungen erlebe ich mich als Ärztin in der Untersuchungssituation als einen Menschen, der Grenzen überschreitet, ich erlebe mich als einen Täter. Die Patientin wirkt wie ein hilfloses, schutzloses Opfer. Das ist nicht mein normales professionelles Empfinden und lässt mich Rückschlüsse ziehen. Im Gespräch über Beziehungserfahrungen in der Erwachsenenzeit wird dann meistens die Schutzlosigkeit und Wehrlosigkeit der Patientin deutlich. Weiter gehe ich in die Vergangenheit nicht zurück. Dies reicht mir als diagnostisches Instrument.

Wir arbeiten in der Fachklinik Richelsdorf mit einer analytisch orientierten Kurzzeithherapie, d.h. einer Fokalthherapie. Wir suchen uns einen Fokus, zusammen mit den Patienten legen wir ein Therapiethema fest. Bei Patientinnen, deren Beziehungen dadurch geprägt sind, dass sie zum Opfer gewalttätiger sexueller Übergriffe und allgemeiner Vernachlässigung geworden sind bzw. werden, ist ein Therapiethema „sich wehren lernen“.

Ich habe in ambulanten Psychotherapien mit Patientinnen gearbeitet, die Missbrauchserfahrungen in der Geschichte hatten, ohne Suchterkrankung, aber die doch deutlich beziehungsgestört waren. Nachdem sie gelernt hatten, sich zu wehren und damit Übergriffen nicht mehr schutzlos ausgesetzt waren, ließ sich die Missbrauchserfahrung ansprechen. Erst dann gelang es den Patientinnen, zu betrauern, was sie erlebt hatten, zu verstehen und zu verarbeiten.

Je stärker die Traumatisierung ist und damit massiver die seelische Störung, die durch das Trauma hervorgerufen wurde, desto später ist das Missbrauchsereignis ansprechbar, desto geschützter muss die Situation sein, in der es angesprochen wird. Ich vertraue darauf, dass die Patienten, wie ich es in der ambulanten Situation erlebt habe, von sich aus, zu einem Zeitpunkt, wenn es für sie passend ist, dieses Thema ansprechen.

Zusammenfassung

1. Missbrauchserfahrungen, vor allem, wenn sie nicht einmalig bleiben, führen zu einer Dauertraumatisierung mit entsprechenden Abwehrmechanismen. Verdrängung ist dabei der Abwehrmechanismus, der am wenigsten zu krankhaften seelischen Zuständen führt. Meistens gelingt der Verdrängungsvorgang nicht und der Mensch muss, natürlich nicht bewusst, zu weniger erfolgreichen Abwehrmechanismen grei-

fen, Spaltung, Depersonalisations- oder De-realisationssymptomen, die die Wahrnehmung einschränken, oder zur Einnahme von Stoffen, die die Wahrnehmung verändern und betäuben – Drogen, Alkohol, Medikamente.

Eine andere Möglichkeit, wie sie von Sachsse beschrieben wird, ist selbstverletzendes Verhalten, wobei die dem Aggressor geltende Wut gegen die eigene Person gerichtet wird, um auf diese Art und Weise die durch den Übergriff fragmentierten Ich-Grenzen wieder herzustellen. Wir haben auch immer wieder Patientinnen, bei denen zu dem Suchtmittelmissbrauch und der aus dem Trauma resultierenden Suchterkrankung selbstverletzendes Verhalten hinzu kommt. Diese Patientinnen haben es besonders schwer, den Weg aus der Selbstdestruktivität zu finden, ihre Aggressionen nach außen zu richten, weil das hoch angstbesetzt ist, wahrscheinlich in der Kindheit oder Jugend lebensbedrohlich gewesen wäre.

2. Da die aktuelle Beziehungsgestaltung durch die Missbrauchserfahrung geprägt ist, ist es wichtig, im therapeutischen Setting mit den Patientinnen vorsichtig und maßvoll und ihre Schwierigkeiten verstehend, Abgrenzung und Grenzsetzung einzuüben und damit das Ich und die Beziehungs- und die Selbstsicherheit zu stärken.
3. Nicht hilfreich ist ein Aufdecken der Missbrauchserfahrung, bevor eine sehr tragfähige, sehr stabile therapeutische Beziehung entstanden und die aktuelle Lebenssituation missbrauchsfrei ist, da die Aufdeckung nicht kathartisch wirkt, sondern eine erneute Traumatisierung bedeutet. Wir helfen der Patientin nicht aus der Opferrolle heraus, sondern wir treiben sie mehr in die Opferrolle hinein, wenn wir ihr anbieten, das schreckliche Erlebnis mit ihr zu teilen und mit ihr zu tragen. Wir sind nämlich nicht in der Lage, ihr etwas abzunehmen, weil sie nicht in der Lage ist, eine Beziehung als beschützend zu erleben.

Dr. med., Dipl.-Psych. Heike Hinz
AHG Klinik Wigbertshöhe
Am Hainberg 10
D-36251 Bad Hersfeld
HHinz@ahg.de