

Ecstasy und Designer-Drogen

H. SCHMIDT-SEMISCH

Zusammenfassung

Die sogenannten Designer-Drogen und speziell Ecstasy gewinnen gegenwärtig in einigen Bereichen der Jugendkultur, aber auch im therapeutischen Bereich an Beliebtheit. Der Artikel sucht nach einer allgemeinen Einordnung dieser zum Teil recht jungen Substanzen, fragt nach den Gründen ihrer derzeitigen Beliebtheit und gibt vor allem Auskunft über ihre Geschichte, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen sowie ihre medizinischen und therapeutischen Indikationen und Kontraindikationen. Abschließend werden einige drogenpolitische Besonderheiten im Umgang mit Designer-Drogen und Ecstasy herausgearbeitet.

1. Designer-Drogen

1.1. Der Begriff Designer-Drogen

Obwohl der Begriff Designer-Drogen zu einem festen Bestandteil der jüngeren Drogenpolitik geworden ist, existiert keine allgemeinverbindliche Definition dieses Begriffs. Vielmehr ist er zu einer immer umfassenderen Kategorie geworden, die sich folgendermaßen differenzieren läßt:

a) Die klassische Variante des Begriffs *Designer-Drogen* wurde von Dr. Gary HENDERSON, University of California, erfunden. Nach seiner Definition handelt es sich dabei um „Substanzen, welche psychoaktive Eigenschaften einer Droge enthalten, deren Molekularstruktur jedoch verändert wurde, um die strafrechtliche Verfolgung zu umgehen“ (zit. n. SAUNDERS 1994, S.128f.). D.h. Designer-Drogen führen im Idealfall zwar die erwünschten Wirkungen der Herkunftssubstanzen herbei, ihr molekularer Aufbau wird aber von den Drogen-Prohibitions-gesetzen (noch) nicht erfaßt (vgl. auch HESS 1989:482; THAMM 1989:197f.). Erst im Falle der Beschlagnahme durch die Polizei besteht für die staatlichen Agenturen die Möglichkeit, die Substanzen zu analysieren und sie dann ggf. den Prohibitions-gesetzen zu unterstellen. Die Drogen-Designer ihrerseits gehen daraufhin erneut an die Veränderung der molekularen Struktur, um das Gesetz zu „überlisten“ - ein praktisch nicht endender Kreislauf, der es legitim erscheinen läßt, von Designer-Drogen nicht als verbotenen Drogen zu sprechen, sondern vielmehr als „Drogen des Verbots“ (SCHMIDT-SEMISCH 1992: 65), also als eine Art Gegenstrategie der Drogenökonomie (vgl. auch THAMM 1989:197f.). Diese Definition, die die (heutigen) Drogenverbote praktisch zur Voraussetzung hat, legt es zudem nahe, Designer-Drogen als ein historisch sehr junges Phänomen zu betrachten, was gleichzeitig bedeutet, daß viele - heute als Designer-Drogen klassifizierte - Substanzen die Voraussetzungen nicht erfüllen, etwa das bereits 1912 patentierte MDMA (Ecstasy) (vgl. hierzu auch WEIGLE 1992c:19; BECK/MORGAN 1986).

b) Eine ähnliche Definition stammt von KOVAR u.a. (1990)

sowie GRAUSAM (1992). Danach ist davon auszugehen, daß die Methode des Designs von Substanzen bereits angewendet wird, seitdem das chemische Wissen hierfür vorhanden ist. So gelang es zunächst, aus den bekannten Genuß- und Heilmitteln bzw. -pflanzen (etwa Coca oder Schlafmohn) die wirksamen Prinzipien (etwa Kokain oder Morphin) zu isolieren. „Als weiteren Schritt schufen Industrie und Forschung verbesserte, synthetisch hergestellte Varianten dieser Klassiker.“ (GRAUSAM 1992:20) Diese gelten dann als „synthetische Suchtstoffe der 1. Generation“ (KOVAR u.a. 1990:99; GRAUSAM 1992:20). Die synthetischen Substanzen der ersten Generation dienen als Muttersubstanzen für die neuen Variationen der illegalen Laboratorien, die daher als „synthetische Suchtstoffe der 2. Generation“ bezeichnet werden können. War es der Zweck der ersten synthetischen Generation, die traditionellen, aus Pflanzen isolierten Wirkstoffe zu verbessern, so ist es der Zweck der zweiten Generation, gesetzliche Bestimmungen zu umgehen. Obwohl also die Methode des Drogen-Designs eine traditionelle Methode der Chemie und Pharmazie darstellt, gelten nur die „synthetischen Suchtstoffe der 2. Generation“ als sog. Designer-Drogen.

c) Eine etwas weitere Definition bietet SAHIHI (1995:7), indem er auf das explizite Definitionskriterium der Strafrechts-umgehung verzichtet. Nach seiner Definition gibt es zwei Sparten von Designer-Drogen: „Designer-Drogen (...) sind solche Rauschmittel, die synthetisierend, entweder von natürlichen Giften und Drogen deriviert, abgeleitet, oder - ganz ohne natürliche Grundlagen - auf dem Papier errechnet (designed) und von 'Chemikern' (im weitesten Sinne des Wortes) mit einigen wenigen, fast immer legalen Chemikalien hergestellt werden.“ Diese Definition ist insofern etwas problematisch, als sie auch eine Substanz wie etwa Heroin mit einschließt, denn immerhin ist Heroin ein Derivat des natürlichen Opiumalkaloids Morphin. Niemand würde aber auf die Idee kommen, Heroin als Designer-Droge zu bezeichnen.

d) HESS (1989:482) hat in einem wiederum anderen Verständnis von Designer-Drogen auch solche Substanzen unter diesem Begriff subsumiert, „die legale Drogen in hoher (und dann durchaus gefährlicher) Konzentration enthalten, wie die amerikanischen sog. pick-me-ups das Koffein.“ Europäische Äquivalente wären nach dieser Definition dann auch die neuen Energy-Drinks, etwa „Red Bull“, „Flying Horse“ oder „Black Power“, die ebenfalls viel Koffein enthalten. Während die traditionellen Kola-Getränke bei etwa 100 mg Koffein pro Liter liegen, enthalten die Energy-Drinks deutlich mehr dieser Substanz.

Ohne Ausnahmegenehmigung sind in Deutschland bis zu 250 mg Koffein pro Liter erlaubt. Die anderen in diesen Getränken enthaltenen Zusatzstoffe (wie Taurin oder Glucuronolacton), denen unbestimmte und mystifizierte Wirkungen zugeschrieben werden, haben dagegen keine anregenden Wirkungen. Taurin ist eine Aminosäure, die z.B. auch in Milch und Muttermilch vorkommt, und die für industrielle Zwecke in einem ganz gewöhnlichen Kochprozeß aus Ochsen-galle gewonnen wird. Glucuronolacton kommt in vielen tierischen und pflanzlichen Organismen vor und dient beispielsweise als entgiftendes Therapeutikum bei Hepatitis und Ischias (vgl. SCHUSTER 1995:777f.). Das

Drogen-Design focussiert hier demnach eher das Image der betreffenden Substanzen: Red Bull, so behauptet die Werbung, verleiht Flügel. Diese Außerordentlichkeit verliert sich allerdings rasch, wenn man die erlaubten 250 mg Koffein pro Liter Erfrischungsgetränk mit den bis zu 500 mg Koffein pro Liter Kaffee in Relation setzt (vgl. SCHUSTER 1995:777; MARITSCH/UHL 1989:174).

e) Neben diesen vier möglichen Definitionen gewinnt der Begriff Designer-Drogen in jüngerer Zeit eine weitere Konnotation hinzu. SAHIHI (1991:9) schreibt, in heute noch relativ ferner Zukunft, werde es „preisgünstige, vom menschlichen Organismus leicht zu verdauende Drogen geben, mit denen die Menschen ihre Lüste und Unluste, Produktivitäts- und Ruhephasen kontrollieren können, wann immer sie es wünschen, ohne sich und der Gesellschaft irgendwelchen Schaden zuzufügen.“ Und SAUNDERS (1994:38f.) glaubt, daß es heute schon bis zu einem gewissen Grad möglich ist, eine Droge mit der je gewünschten Wirkung modeorientiert zu entwerfen (design). „Neue Methoden wie z.B. die Einpflanzung von Elektroden in die Hirne lebender Tiere erlauben, die Wirkungen neuer Drogen sicher und schnell zu prüfen (...) Neue, psychoaktive Drogen könnten nach der Mode maßgeschneidert werden. Sind die Leute der alten Mode überdrüssig und suchen nach neuen Verhaltensweisen (oder wollen sich vielleicht gescheiter fühlen), werden Drogen mit der gewünschten Wirkung geschaffen.“ In dieser Betrachtung erhält der Begriff Designer-Drogen also eine eher gesellschaftstheoretische Konnotation, die eine hedonistische und konsumistische Haltung der Gesellschaftsmitglieder beschreibt, die ihre Befindlichkeiten und Gefühle gezielt mit spezifischen Substanzen manipulieren (wollen). SCHMIDT-SEMISCH (1994:117ff.) hat diese Prozesse, in denen verstärkt psychoaktive Substanzen als Hilfsmittel zur Bewältigung von intra- und interpersonaler Flexibilität und Mobilität eingesetzt werden, als Modulationen beschrieben; BRÖCKERS (1994) spricht in diesem Zusammenhang von Kosmetischer Psychopharmakologie. Ein solches Verständnis von Befindlichkeits-Kosmetik oder -Design würde dann allerdings auch zahlreiche legale Genuß- und Arzneimittel umfassen, die in der Regel nicht mit dem Begriff Designer-Drogen assoziiert sind.

Wie man sieht, ist eine eindeutige, allgemeinverbindliche Definition z.Z. nicht vorhanden. Zudem weisen die in diesem Kapitel besprochen Substanzen nur sehr wenig Gemeinsamkeiten auf. Das liegt zum einen daran, daß es meist keine chemischen Übereinstimmungen gibt, ist zum anderen aber auch darin begründet, daß die pharmakologischen Wirkungen kein einheitliches Bild abgeben. Der Begriff Designer-Drogen ist daher auch unter diesen Gesichtspunkten eine reichlich unbestimmte Erfindung. Gleichwohl gibt es einen Kanon von Substanzen, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt und jenseits theoretischer Definitionen gemeinhin unter dem Rubrum der Designer-Drogen gefaßt werden. Konkret handelt es sich dabei um die großen Gruppen der a) Phencyclidine (PCP), b) Fentanyl/Proline c) Amphetamine, d) Methoxyamphetamine/Phenethylamine/Tryptamine und e) Methylenedioxyamphetamine/Methylenedioxybutamine.

1.2. Die Substanzen und ihre Wirkungen

a) Phencyclidin (PCP) und seine Derivate

Phencyclidin (PCP) und seine weit über 100 bekannten Derivate (u.a. TCP, PCE, PCC, PCPY und vor allem Ketamin) gehören zur Gruppe der sog. Arylcycloalkylamine. PCP wurde von der US-Firma Parke, Davis & Company 1954 entwickelt, die es unter dem Markennamen Sernyl als Anästhetikum vermarktete. Aber schon nach wenigen klinischen Versuchen und Einsätzen wurde Sernyl bereits 1965 aufgrund der „Berichte über unerwünschte Nebenwirkungen sehr merkwürdiger Art“ (SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT 1987: 330) wieder vom Markt genommen. Die medizinische Anwendung wurde im folgenden auf den veterinärmedizinischen Bereich beschränkt, wo PCP von nun an unter dem Handelsnamen Sernylan (produziert von der Philips Roxane Company) als Nutz- und Schlachttier-Beruhigungsmittel sowie Anästhetikum zum Einsatz kam (vgl. auch SCHLENDER 1989:426). 1979 wurde die Produktion für medizinische Zwecke völlig eingestellt (PÜSCHEL 1995:28).

Als Straßendroge tauchte PCP erstmals 1967/68 verstärkt in Erscheinung und breitete sich in den folgenden Jahren schnell und unter den verschiedensten Namen aus (Angel Dust, peace-pill, Chrystals, Detroit Pink, sunshine, Cool, Hyperdust, Horse Tranquilizer, Wack, Magic Wack u.v.a.). Diese zahlreichen Namen führt SCHLENDER (1989:427) vor allem auf die Verschiedenartigkeit der Darreichungsformen (Tablette, Pulver, Flüssigkeit, Kristalle, als Kräutermischung) und Applikationsmöglichkeiten (rauch-, spritz-, ess-, trink- und schnupfbar sowie rektal als Zäpfen applizierbar) zurück (vgl. auch SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT 1987:333). „In der zweiten Hälfte der 70er Jahre etablierte sich PCP in den USA als Straßendroge und pendelte zwischen Platz sechs und fünfzehn der us-amerikanischen 'Drogenhitparade'. Nach Aussagen des National Institute on Drug Abuse hatten 1977 7 Millionen Personen Erfahrungen mit PCP. Waren es anfänglich weiße, der oberen Mittelschicht zugehörige Teenager, so erstreckt sich heute der PCP-Konsum durch alle sozialen Schichten und über alle ethnischen Gruppen.“ (SCHLENDER 1989:427) PÜSCHEL (1995:28) schätzt, daß 10-15% der 12-15jährigen US-Bürger schon einmal PCP probiert haben. 1979 habe man die Zahl der chronisch PCP-Abhängigen auf 300.000 geschätzt und die jährlichen Todesfälle auf etwa 300.

PCP ist eine preisgünstig zu produzierende und leicht herzustellende Substanz, da die Grundsubstanzen (Benzol, Kaliumcyanid und Piperidin) billig sowie leicht und legal zugänglich sind. In der Bundesrepublik Deutschland scheint PCP bisher zu keinem Zeitpunkt eine nennenswerte Rolle gespielt zu haben (so erst jüngst wieder PÜSCHEL 1995:28). PCP wirkt, wie im übrigen auch die meisten anderen synthetischen, psychoaktiven Substanzen, bereits im Milligrammbereich. Die psychoaktiven Wirkungen von PCP lassen sich kaum einheitlich beschreiben. SCHMIDBAUER/VOM SCHEIDT (1987:333) geben an, daß das Spektrum der PCP-Wirkung von anregend über dämpfend bis halluzinogen reichen könne. Die konkrete Wirkung hänge dabei zum einen von der konsumierten Dosis, zum anderen von der Konstitution des Konsumenten ab. PCP wird bei allen Applikationsformen rasch und gut aufgenommen,

wobei die Wirkung nach ca. 2-5 Minuten einsetzt, nach ca. 15-30 Minuten ihren Höhepunkt erreicht und etwa 4-6 Stunden anhält. Den Wirkungsverlauf schildert PÜSCHEL (1995:28) folgendermaßen: „Es kommt zunächst zu einem Schweregefühl der Extremitäten sowie Benommenheit, gelegentlich auch zu Erregungszuständen. Bei höheren Dosen treten Schmerzunempfindlichkeit sowie narkotische Wirkungen ein; zugleich treten Wahrnehmungsverzerrungen auf. Äußere Reize werden weniger wahrgenommen, der Körper kann in eine weitgehende, von außen schwer beeinflussbare Starre verfallen. Man spricht von einer sensorischen Blockade (schmerzunempfindlicher Patient reagiert nicht auf Ansprechen) (...) Nicht selten ist die Rauschwirkung von einer depressiven Verstimmung gefolgt.“ Als unerwünschte Wirkungen werden vor allem „Horror-Trips“ genannt, die mit starken Angstzuständen und der oben bereits beschriebenen Bewegungsunfähigkeit verbunden sind. In diesem Zusammenhang werden vor allem auch autoaggressive, selbstverstümmelnde und suizidale Verhaltensweisen beschrieben, die man vor allem darauf zurückführt, daß der Konsument aufgrund der auch analgetischen Wirkung des PCP ein stark reduziertes Schmerzempfinden hat.

Da bei chronischen Konsumenten Entzugerscheinungen auftreten, geht man von einem gewissen Abhängigkeitspotential von PCP aus, wobei allein schon die chronische Einnahme zu Erinnerungseinbußen, Störungen der Merkfähigkeit und Sprachstörungen führen kann, die auch nach Absetzen der Substanz monatelang anhalten können (PÜSCHEL 1995:28).

Die letale Dosis von PCP wird mit 0,5 bis 1 g angegeben, wobei es bei chronischen Konsumenten durchaus zu einer Toleranzsteigerung kommen kann. Im Vergiftungsfall (Überdosis) oder durch Kombination mit anderen Substanzen kann es zu Krampfanfällen kommen sowie zu einer tödlich verlaufenden Atmungslähmung. Nach PÜSCHEL (1995:28) ähneln die Vergiftungszustände der Kokainvergiftung: „Der Kreislauf bricht nach anfänglicher starker Stimulation zusammen.“

b) Fentanyl

Fentanyl ist ein recht kurzwirksames Analgetikum, das klinisch häufig, vor allem zur Narkoseprämedikation verwendet wird. Da es eine morphinähnliche Wirkung hat, bezeichnet man es als Opioid (WELY 1989:299f.; SEL-LING 1989:276) oder auch als synthetisches Heroin oder Morphin (PÜSCHEL 1995:54). SAHIHI beschreibt das Fentanyl und vor allem seine Derivate mit einigem Recht als eine Art Hyper-Heroin, da diese Substanzen eine hundert- oder gar tausendfache Morphinwirkung aufweisen. Nach KOVAR (1989b:160) und GRAUSAM (1992:23) sind über 1000 Variationen der Grundsubstanz möglich, etwa 200 wurden bislang industriell getestet - illegal hergestellt und gehandelt würden allerdings nur 32 Variationen. Die ersten designten Substanzen dieser Gruppe (Alpha-methyl-fentanyl und 3-methyl-fentanyl) sollen, nach KOVAR (1989a:26), von „einem ‘world class medical chemist’ entwickelt worden sein und werden als ‘China White’ oder als ‘Persian White’ bzw. als ‘the world’s finest heroin’ angeboten“ (vgl. auch HESS 1989:482). Die wichtigsten Substanzen dieser Gruppe und ihre Wirkkraft finden sich in der folgenden Tabelle:

Tabelle: Fentanyle im Vergleich zur Morphinwirkung

Substanz	mehrfache Morphinwirkung
Fentanyl	300
Alpha-methyl-fentanyl	900
3-methyl-fentanyl	1100 - 5500
p-flour-fentanyl	100
Alpha-methyl-acetyl-fentanyl	10
Thio-fentanyl	175
Alpha-methyl-thio-fentanyl	450 - 600
3-methyl-thio-fentanyl	1000
Beta-hydroxy-3-methyl-thio-fentanyl	1500
Alfentanyl	70
Carfentanyl	7500
Lofentanyl	5000
Sufentanyl	4500

(Quellen: KOVAR 1989:28; SAHIHI 1995:31ff)

Fentanyl ist ein Derivat des Pethidin (z.B. Dolantin R), einem Opioid, dessen analgetische Wirkung wesentlich geringer ist als die des Morphins und das neben seiner dämpfenden auch eine anregende Wirkung auf das Zentralnervensystem hat (WELY 1989:300). Fentanyl hat dagegen ein sehr starkes analgetisches Vermögen, wirkt sehr schnell, aber nur kurze Zeit. Die oben genannten Abwandlungen (Tab.1) wirken in der Regel wesentlich länger (KOVAR 1989a:26). Da die Wirkung der Fentanyle von der des Heroins kaum zu unterscheiden ist, können sie als vollständige Heroinersatzstoffe angesehen werden, allerdings mit dem Nachteil, daß die Gefahr von Überdosierungen aufgrund der mehrfachen Morphinwirkung stark erhöht ist (vgl. auch FROMBERG 1992:26). Dies vor allem dann, wenn ein an Heroin gewöhnter Konsument plötzlich an ein weitaus potenteres, synthetisches „Heroin“ gerät. Überdosierungen führen wie bei Opiaten zu Atmungsdepressionen, die tödlich verlaufen können.

Eine weitere Gefahr stellen die Kombinationen mit anderen psychoaktiven Substanzen dar sowie jene Substanzen, mit denen die Originalsubstanz verschnitten wird. Zudem besteht bei illegal synthetisierten Substanzen immer das Risiko, daß bei einer unsachgemäßen Herstellung neben dem gewünschten Stoff auch andere, möglicherweise hochgiftige Substanzen ungewollt entstehen, wodurch der Konsum zu einem unkontrollierten Unterfangen werden kann. Ein Beispiel für diese letztgenannte Gefahr sind die sogenannten Proline, die ebenfalls von Pethidin deriviert sind und heroin- bzw. morphinähnliche Wirkungen entfalten. Zu ihnen zählen MPPP (Methyl-phenyl-propionoxy-piperidin) und PEPAOP (Phenethyl-phenyl-acetoxy-piperidin). 1981 hatte ein Untergrundlabor versucht, MPPP herzustellen. Aus Ungeduld oder Experimentierlust hatten die Untergrundchemiker probiert, die Reaktionszeit mittels einer höheren Reaktionstemperatur zu verkürzen. Dadurch kam es zu Nebenprodukten der Synthese, konkret war das MPPP mit MPTP (Methyl-Phenyl-Tetrahydro-pyridin) und PEPTP (Phenethyl-phenyl-tetrahydro-pyridin) verunreinigt. Nachdem diese Substanzen als Heroin den schwarzen Markt erreicht hatten, erkrankten in kurzer Zeit zahlreiche junge Menschen an der sog. Parkinsonschen Krankheit. Bei den folgenden Untersuchungen stellte man fest, daß MPTP die dopaminergen Neuronen der Substantia nigra

zerstört und infolgedessen ein Parkinson-Syndrom hervorruft (vgl. SAHIHI 1995:99ff.; FROMBERG 1992:26; KOVAR 1989b:160).

c) *Amphetamine*

Amphetamin (2-Amino-1-phenyl-propan) wurde zuerst 1887 von dem Chemiker EDELEANU synthetisiert und zur Behandlung von Schnupfen in Inhalationsgeräten eingesetzt sowie zur Behandlung bzw. Linderung asthmatischer Symptome (KOVAR u.a. 1990:100). Den pschoaktiven und pharmakologischen Eigenschaften der Substanz schenkte man zunächst kein Interesse. 1910 entdeckten die beiden Physiologen BARGERE und DALE die Ähnlichkeiten des Amphetamins mit dem Hormon Adrenalin (SCHMIDBAUER/ VOM SCHEIDT 1987:368). Im gleichen Jahr wurde Amphetamin dann unter dem Markennamen Benzedrin auf den Markt gebracht. Das wirksamere N-Methyl-Derivat des Amphetamins, das sog. Methamphetamin, wurde 1914 erstmals von SCHMIDT synthetisiert (FROMBERG 1992:27) und seit 1938 unter dem Markennamen Pervitin von den Temmler-Werken in Deutschland vermarktet (PÜSCHEL 1995:35). Die zentral stimulierenden Wirkungen dieser beiden Substanzen wurden erst 1933 von G. ALLES entdeckt (FROMBERG 1992:27).

Diese beiden anregenden, das Leistungs- und Ausdauer Vermögen steigernden Medikamente trafen in den 30er und 40er Jahre auf einen großen Kreis von Interessenten - vor allem beim Militär. „Benzedrin und Pervitin (...) wurden von der deutschen Wehrmacht systematisch eingesetzt, wenn wichtige Einsätze bevorstanden (...) Deutschland versorgte seinen Verbündeten Japan mit *Pervitin*, wo es an die kämpfende Truppe und die Arbeiter in der Kriegsindustrie verteilt wurde. Auch die britische Armee verwendete großzügig Pervitin in allen Truppen des Commonwealth. Lediglich die US-Armee gab offiziell keine Stimulantien an ihre Truppen aus, was indes nicht verhinderte, daß viele Truppenärzte sie verschrieben.“ (GLAESKE 1989:260; vgl. auch SNYDER 1990:136) Ebenfalls in den 30er Jahren experimentierten Studenten der Universität von Minnesota mit den neuen Substanzen, um, wie es SCHMIDBAUER/ VOM SCHEIDT (1987:369) ausdrücken, gegen ihre Studienmüdigkeit anzukämpfen.

Der wirkliche Boom des Amphetamins und vor allem seines Derivats Methamphetamin begann aber erst in der Mitte der 60er Jahre, die einen deutlichen Anstieg sowohl des legalen als auch des illegalen Verbrauchs markierten. Seither werden diese Substanzen zunehmend auch auf dem schwarzen Markt und in nicht immer guter, weil illegal synthetisierter Qualität gehandelt. Die Ausgangsprodukte sind recht leicht zu beschaffen. Amphetamin selbst unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz und ist als Medikament in der Bundesrepublik nicht mehr im Handel (in den USA als Benzedrin) (vgl. PÜSCHEL 1995:34f.; zu weiteren Details, vor allem auch zur Bedeutung und Geschichte der Amphetamine als Appetitzügler: GLAESKE 1989:260f.).

Generell besteht die Hauptwirkung der Amphetamine in der Anregung des Zentralen Nervensystems. Damit einher gehen Gefühle gesteigerten Selbstvertrauens, geistiger Wachheit, erhöhter Leistungsfähigkeit und Agilität. Geistige und körperliche Ermüdungserscheinungen sowie Hungergefühle treten in den Hintergrund und machen einer erhöh-

ten Aktivität, Unternehmungslust und Spontaneität Platz. Zudem hat die Wirkung der Amphetamine auch eine euphorisierende Komponente. (Zu weiteren Details der Wirkungen, vor allem aber auch der Nebenwirkungen, Gefahren, Indikationen und Kontraindikationen vgl. GLAESKE 1989; 264ff. sowie PÜSCHEL 1995: 36-38.)

Für unseren Zusammenhang interessanter und bedeutsamer als das Amphetamin sind und werden z.Zt. jene Variationen und Derivate dieser Substanz, die sich in die beiden Gruppen der Methoxyamphetamine und der Methylendioxyamphetamine unterscheiden lassen.

d) *Methoxyamphetamine/Phenethylamine/Tryptamine*

Die Stammsubstanz der Methoxyamphetamine ist Mescalitin, einer der Inhaltsstoffe des Peyote-Kaktus (*Lophophora Williamsii*). Mescalitin ist ein relativ schwacher Wirkstoff, von dem man mehrere hundert Milligramm einnehmen muß, um eine psychedelische Wirkung zu erzeugen. Der Bio-Chemiker Alexander SHULGIN versuchte in den 60er Jahren die Wirkungsstärke des Mescalitins durch Strukturveränderungen des Moleküls zu erhöhen. Dazu hängte er zunächst „eine Methylkette an dessen Seitenkette an und erhielt dadurch das Amphetaminderivat des Mescalitins, TMA (...) Die Methylgruppe erhöhte die Wirkungsstärke, da nun das Stickstoffatom in der Seitenkette vor der enzymatischen Abspaltung geschützt war - einer Reaktion, die den Mescalinabbau einleitet.“ (SNYDER 1990:189) Die Methoxyamphetamine sind also vor allem mescalinähnliche Halluzinogene, deren Wirkungsstärke aber erheblich höher ist als die des Mescalitins. Zu dieser Gruppe zählen etwa PMA (Para-methoxy-amphetamin) und TMA (Trimethoxy-amphetamin) mit einer 5fachen, DMA (Dimethoxy-amphetamin) mit einer 8fachen und DOM (Dimethoxy-methylamphetamin; wird auch STP genannt), DOB (Bimethoxybrom-amphetamin) und DOET (Dimethoxy-ethylamphetamin) mit einer etwa 100fachen Mescalinwirkung (vgl. KOVAR 1989a:25). DOM (oder STP) wurde verschiedentlich auch als Super-LSD bezeichnet, zum einen wegen seiner Wirkungsstärke, aber wohl auch aufgrund seiner extrem langen Wirkungsdauer von bis zu 72 Stunden. Nach PÜSCHEL (1995:29) sind die genannten Substanzen bei uns kaum verbreitet. (Vgl. zu den Wirkungen und Nebenwirkungen von Halluzinogenen weiterführend SCHEERER 1989; zur akuten und chronischen Toxizität KOVAR u.a. 1990:102ff.; zur Wirkungsweise der Halluzinogene im Gehirn auch SNYDER 1990:188-207; zur therapeutischen Anwendung LEUNER u.a. 1992)

Sehr ähnliche, wenn auch schwächere Wirkungen als die Methoxyamphetamine haben a) die sog. Phenethylamine: Zu ihnen zählen z.B. BDMPEA (Brom-dimethoxy-phenethylamin) und DMPEA (Dimethoxy-phenethylamin) (vgl. zu diesen Substanzen ausführlicher KOVAR u.a. 1990:101-105), und b) die sog. Tryptamine: Die zwei wichtigsten Vertreter dieser Gruppe sind DMT (Dimethyltryptamin) und DET (Diethyltryptamin) (vgl. ausführlicher KOVAR 1989b:159). Nach PÜSCHEL (1995:29) weichen beide Substanzgruppen in ihrem Wirkspektrum „nur geringfügig von LSD, Mescalitin und Psilocybin ab“.

e) *Methylendioxyamphetamine/Methylendioxybutamine*

Anders verhält es sich dagegen mit der Wirkung und Verbreitung der sog. Methylendioxyamphetamine. Obwohl z.T. schon zu Beginn unseres Jahrhunderts synthetisiert, geht ihre heutige Verbreitung ebenfalls auf die Experimente des o.g. Alexander SHULGIN zurück (vgl. den folgenden Abschnitt über Ecstasy). Die wichtigsten Substanzen dieser Gruppe sind MDA (Methylendioxy-amphetamin), MDE oder MDEA (Methylendioxy-N-ethylamphetamin), MMDA (Methoxy-methylendioxy-amphetamin) und MDMA (Methylendioxy-methamphetamin) sowie BDB (Benzo-dioxolyl-butamin) und MBDB (Methyl-benzodioxolyl-butamin). Im Vergleich zu den Methoxyamphetaminen zeichnet sich diese Gruppe von Substanzen vor allem dadurch aus, daß die halluzinogenen Effekte in den Hintergrund treten, und sie stattdessen eine leicht anregende und - vor allem - eine kommunikationsfördernde Wirkung entfalten. „Sie fördern das 'in sich Hineinversenken' und damit die Bereitschaft und Fähigkeit, persönliche Probleme zu erkennen und sich mit ihnen positiv auseinanderzusetzen. Gleichzeitig wird auch die Kommunikations- und Kontaktfreudigkeit erhöht, womit diese Stoffgruppe für die psychotherapeutische Behandlung ideal erscheint.“ (KOVAR 1989a:25) Besondere Bedeutung haben diese Substanzen seit einiger Zeit erlangt, da MDMA, aber häufig auch MDA und MDE unter dem Szenenamen Ecstasy hergestellt und verkauft werden. Diese Substanzen sollen daher im folgenden eingehender betrachtet werden.

2. Ecstasy

2.1. Zur Geschichte

Ecstasy ist wohl die z.Z. verbreitetste sog. Designer-Droge. Aber auch wenn es durchgängig unter dieser Bezeichnung geführt wird, so wurde Ecstasy weder als Reaktion auf das Verbot anderer, ähnlicher Substanzen erfunden, noch speziell im Hinblick auf eine spezifische Mode entworfen. Vielmehr reicht die Geschichte der Entdeckung bzw. Synthese dieser Substanz, also des Methylendioxymethamphetamins (MDMA), zurück bis in 19. Jahrhundert. Bereits 1898 hatte HABER MDMA für seine Doktoralthese synthetisiert (FROMBERG 1992:29; ADELAARS 1991:11). Dieses Datum ist insofern von Interesse, als die Literatur die Entdeckung des MDMA in der Regel der Firma E. MERCK in Darmstadt zuschreibt (etwa SAHIHI 1995:91; SEYMOR 1986:4; RIPPCHEN 1992:35; KOVAR u.a. 1990:105 u.v.m.). Richtig ist aber wohl, daß die Chemiker der Firma E. MERCK das MDMA auch oder auch nur wieder-entdeckten und der Pharmakonzern es 1912 zum Patent anmeldete. Die Patentschrift (-Nr.274350- Klasse 12p. Gruppe 32/10) des Kaiserlichen Patentamtes gibt jedenfalls an, daß das „Verfahren zur Darstellung von Alkyloxyaryl-, Dialkyloxyaryl- und Alkyldioxyarylaminoalkanen bzw. deren am Stickstoff monoalkylierten Derivaten“ vom 24.12.1912 an im Deutschen Reich patentiert und die Firma E. Merck die Inhaberin dieses Patent sei. Ausgegeben wurde die Patentschrift am 16. Mai 1914 (faksimilierte Auszüge der Patentschrift finden sich bei WEIGLE/RIPPCHEN 1992:16f. sowie bei ADELAARS 1991:134-136).

Die molekulare Struktur des MDMA ähnelt sehr der seiner Muttersubstanz, dem Methylendioxyamphetamin (MDA). Ähnliche Molekülstrukturen finden sich - als Safrinol oder Myristicin - auch in Muskat, Dill, Sassafras, Krokussen und Petersilie (RIPPCHEN 1992:35; EISNER 1989:139).

Vor allem von der Muskatnuß ist bekannt, daß sie von Gefängnisinsassen, aber auch von Seeleuten immer wieder zur psychoaktiven Nutzung eingesetzt wurde. Bereits von den alten Indern wird die Muskatnuß in der Ayur Veda (eine der Heilkunst und Gesundheitslehre gewidmete Nebenvede) als mada shaunda, als narkotische Frucht erwähnt (vgl. NARANJO 1979:39.). Und der englische Arzt William CULLEN beschrieb bereits 1789, „wie einer seiner Patienten aus Versehen ein hohe Dosis Muskatnuß nahm und danach zuerst ein angenehmes Wärmegefühl im Magen verspürte (...), sodann vom Stuhl kippte und einige Stunden lang entweder nahezu betäubt war oder halluzinierte, seine Umwelt verkannte und wirre Dinge redete. Nach sechs Stunden klang der Zustand ab; Kopfweh und Müdigkeit verschwanden nach einer Nacht.“ (SCHMIDT-BAUER/VOM SCHEIDT 1987:281 m.w.V.; vgl. auch SAHIHI 1995:89f)

Als die Chemiker des Pharmakonzerns MERCK 1912 MDMA synthetisierten, beschrieben sie es als Formel für die synthetische Variante des Öls der Sassafras-Staude. Obwohl es heißt, daß MDMA als Appetitzügler gedacht war und auch benutzt wurde (etwa FROMBERG 1992:29), gibt es nach SEYMOUR (1986:4) für diese Vermutung keinerlei Beleg, und bei seiner Patentierung wurden keine Anwendungen für MDMA benannt. Auch eine Vermarktung oder überhaupt eine größere medizinische Nutzung ist aus der damaligen Zeit nicht bekannt - MDMA geriet erst einmal in Vergessenheit.

Erst 1953 sollte man wieder von MDMA hören, diesmal im Zusammenhang mit der US-Armee, die eine Anzahl von MDA-ähnlichen Substanzen für militärische Zwecke untersuchte. Durch die ausgiebigen Tierversuche der us-amerikanischen Streitkräfte weiß man seither wenigstens, daß „MDMA besonders für Hunde relativ toxisch ist und 14mg/kg für die Hälfte der Hunde tödlich wirkt.“ (HESS 1992a:47) Bei Ratten, Affen, Mäusen und Meerschweinchen dagegen, so HESS, läge die letale Dosis erheblich höher. Hinweise darauf, daß MDMA (militärischer Codename: EA-1475) bei den Untersuchungen der US-Armee auch an Menschen getestet wurde, gibt es nicht (vgl. SAUNDERS 1994:122).

Die eigentliche Karriere des MDMA beginnt allerdings erst im Jahre 1965, als der Biochemiker Alexander SHULGIN die Substanz in seinem Labor herstellte und später auch ausführlich testete. „Nachdem er an der kalifornischen Universität Berkley als Dr.phil. in Biochemie abgeschlossen hatte, erhielt er von Dow Chemicals einen Job in der Chemieforschung und erfand ein rentables Insektizid. Als Belohnung ließ ihm das Unternehmen freie Hand und stellte ihm ein eigenes Labor zu Verfügung. Da Shulgin mit Meskalin eine aufregende Erfahrung gemacht hatte, nutzte er diese Gelegenheit zur Erforschung psychedelischer Drogen. Er erforschte nun verschiedene Substanzen und (...) testete (...) die Substanzen an sich selbst und später im Freundeskreis.“ (SAUNDERS 1994:19)

SHULGINS Ziel war es unter anderem, eine therapeutische Droge zu finden, und nicht nur er allein glaubte, diesem Ziel

mit MDMA durchaus ein Stück näher gekommen zu sein (vgl. ausführlich SHULGIN/SHULGIN 1992:66-74). In der zweiten Hälfte der 70er und der ersten Hälfte der 80er Jahre experimentierten und behandelten einige wenige Therapeuten mit der neuen Substanz, vor allem wohl auch deshalb, weil in den 70er Jahren das Ende des legalen Einsatzes von LSD zu therapeutischen Zwecken eingeläutet worden war (vgl. SAHIHI 1991:87). Einige glaubten, mit MDMA gewissermaßen eine Alternative zum LSD gefunden zu haben (vgl. SAUNDERS 1994:20f.). „As one psychiatrist put it, 'MDMA is penicillin for the soul, and you don't give up penicillin, once you've seen what it can do.'“ (SHULGIN/SHULGIN 1992:74) MDMA wurde von den Therapeuten besonders deshalb geschätzt, weil diese Substanz - anders als LSD oder auch MDA - praktisch keine halluzinogenen Effekte auslöst. HESS (1992b:56) sieht es z.B. als einen großen Vorteil des MDMA beim therapeutischen Einsatz an, „daß der Proband nicht durch visionäre oder halluzinogene Erlebnisse von seinen inneren Prozessen abgelenkt wird und in der Regel nur ca. vier Stunden in einem veränderten Bewußtseinszustand bleibt.“ (Auf den therapeutischen Einsatz wird unten noch ausführlicher eingegangen werden).

Ganz allmählich entwickelte sich in den Jahren um 1980 auch der Gebrauch von MDMA als Genußmittel. Für SAHIHI (1991:90) beginnt diese Geschichte Mitte der 70er Jahre, als ein Untergrund-Laboratorium (LAB) in Marin County, Kalifornien, etwa 500.000 Portionen MDMA monatlich herstellte und auch vertrieb. Der Legende zufolge stammt der Name „Ecstasy“ aus diesem Labor, das zuvor auch den Namen „Empathy“ erwogen, aber als zu schwierig und zu wenig verkaufsfördernd verworfen haben soll (vgl. auch SAUNDERS 1994:21). Auf alle Fälle scheint dieses Labor von sehr verantwortungsbewußten und gewissenhaften Personen betrieben worden zu sein: „In einem Informationspapier, das jeder einzelnen Portion XTC beilag, wurde der Konsument sehr genau informiert, womit er zu rechnen, was er zu beachten und was er zu unterlassen habe, und vor allem, daß er die Droge auf keinen Fall mit anderen Rauschmitteln kombiniert einnehmen sollte, um synergistische Wirkungen zu vermeiden. Für 'Fans', die mehr wissen wollten, gab das Lab sogar ein kleines Büchlein heraus: 'Ecstasy: 21st Century Entheogen.'“ (SAHIHI 1991:90)

Neben einigen Therapeuten waren es wohl vor allem experimentierfreudige Drogenliebhaber, die Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre MDMA benutzten, ihren heute beliebten Einsatz als Tanzdroge allerdings noch nicht erkannten. 1984 wurde MDMA dann verstärkt von Studenten unter seinem neuen Namen Ecstasy konsumiert: In Dallas und Fort Worth, Texas, so SAUNDERS (1994:21), habe Ecstasy sogar in Bars gekauft und mit Kreditkarte bezahlt werden können. Gleichwohl, so konstatiert FROMBERG (1992:29), sei der Freizeitkonsum von MDMA (bzw. Ecstasy) aufgrund seines geringen Bekanntheitsgrades bis in die 80er Jahre hinein noch ausgesprochen beschränkt geblieben. Dies sollte sich allerdings Mitte der 80er Jahre ändern, als die amerikanischen Medien anfangen, über die angelaufene Diskussion eines Verbots von MDMA zu berichten. Zudem rief die Ankündigung der Drug Enforcement Administration (DEA), MDMA dem amerikanischen Betäubungsmittelgesetz zu unterstellen, den Protest zahlreicher

Psychotherapeuten, Ärzte und Forscher hervor, die mit dieser Substanz gearbeitet hatten. Obwohl daraufhin von der DEA drei Anhörungen für 1985 festgesetzt wurden, in denen über das Pro und Contra der Klassifizierung debattiert werden sollte, wurde MDMA bereits vor der ersten Anhörung - am 1. Juli 1985 - „per Notfallverordnung in Schedule I des amerikanischen Betäubungsmittelgesetzes aufgenommen.“ (WEIGLE 1992c:18) Dieses Verbot sowie die vor- und nachgängige Kontroverse, die sich u.a. in diversen Klagen und Gerichtsentscheiden niederschlug, war, wie SAUNDERS (1994: 22) formuliert, gleichzeitig eine Gratiswerbung für diese Substanz: „Ecstasy verbreitete sich wie ein Lauffeuer über ganz Amerika.“

Auf Drängen der USA wurde MDMA 1986 von der WHO der *Convention on Psychotropic Substances* unterstellt und damit die Mitgliedstaaten aufgefordert, MDMA der strengsten Kontrolle zu unterwerfen (vgl. ausführlicher SAUNDERS 1994:22ff.; HESS 1992:54). Entsprechend wurde MDMA in der Bundesrepublik Deutschland am 1. August 1986 in die Anlage I des BtMG aufgenommen und ist somit weder verkehrs- noch verschreibungsfähig.

Das Verbot von MDMA hat - wie bei den allermeisten anderen illegalen Drogen auch - selbstverständlich nicht dazu geführt, daß es nicht doch konsumiert würde. Im Gegenteil wirkte das Verbot, wie schon gesagt, eher als eine Werbung und verschaffte der Substanz einen Zuwachs an Attraktivität. Und diese Attraktivität wurde auch in Europa wahrgenommen. Glaubt man SAUNDERS (1994:24ff.), so entstand 1987 auf Ibiza eine Raveszene, in der sich Ecstasy zu LSD und Haschisch gesellte - „die Tanzparties dauerten die ganze Nacht“. Wenig später wurden in Großbritannien große Rave-Parties populär, denen die britische Regierung mit Razzien und 1990 schließlich mit dem *Entertainments Act* begegnete, der den großen Raves unter freiem Himmel oder in alten Fabrikhallen rechtlich ein Ende setzte. „Dies hatte zur Folge, daß die Raver in die Tanzklubs getrieben wurden. 1988 war der Club Hacienda in Manchester trendführend mit dem inzwischen üblichen Stil (...) Von dort verbreiteten sich die Clubparties mit E in London, in Europa und schließlich in der Geburtsstätte von Ecstasy, in Kalifornien.“

Nach der Meinung vieler Autoren ist Techno-Musik, also die an Raves gespielte Musik, die sich u.a. durch ihren schnellen stampfenden Rhythmus auszeichnet, untrennbar mit Ecstasy verbunden. Ecstasy sei, so z.B. AMENDT (1994:9), „zum Material eines jugendlichen Freizeitkultes geworden, untrennbarer Bestandteil jener Triade, die sich selbst Technoszene nennt und sich aus Technosound, Technodrogen sowie Technoparties zusammensetzt.“ (vgl. auch SAUNDERS 1994:160, Walder 1994a:267ff.) Auch wenn diese Aussage etwas zu generalisierend erscheint, so hat AMENDT wohl doch dahingehend recht, daß diese Substanzen einen wichtigen Teil des Techno-settings darstellen und, wenn auch nicht von allen Teilnehmern konsumiert, zumindest von den meisten akzeptiert werden. Abschließend sei eine gelungene Beschreibung dieses Techno-settings von AHRENS (1994:16) zitiert, die - wenn im nächsten Kapitel von den Wirkungen von Ecstasy die Rede sein wird - verdeutlichen kann, wie ausgerechnet MDMA zur Partydroge einer großen Gruppe von Jugendlichen werden konnte: „Durch die Suggestion der synthetischen Musikklänge und Rhythmen von Technomusik, durch den

Reiz der künstlichen Lichtintervalle des Stroboskops und durch die atmosphärische Aktivierung der körperlichen, psychischen und geistigen Energien beim Tanzen auf engstem Raum entsteht eine sprachlich kaum faßbare Dichte von Körperimpulsen und symbolisch-gestisch vermittelten Kommunikationssignalen, die die Grenzen alltäglicher Kontakte und Berührungen unter Leuten überschreiten.“

2.2. Wirkungen

MDMA und einige andere Methylenedioxyamphetamine und -butamine werden in der Literatur nahezu durchgängig als eine besondere Kategorie beschrieben und im Anschluß an NICHOLS (1986) als Entactogene bezeichnet. Dieser Begriff setzt sich zusammen aus den griechischen Silben „en“ (= innen) und „gen“ (= verursachen, herstellen) sowie der lateinischen Sibe „tactus“ (= Berührung, Gefühl, Wirkung), was KOVAR u.a. (1990:106) etwas holzschnittartig als „im Innern ein Gefühl erzeugend“ übersetzen. Etwas konkreter könnte man zunächst mit WEIGLE (1992a:15) sagen: „Die Besonderheit von MDMA im Vergleich zu anderen Stoffen besteht darin, daß es ohne Wahrnehmungsverzerrungen und ohne die stark aufputschende Wirkung, die durch Amphetamine bewirkt werden, einen veränderten Bewußtseinszustand ermöglicht, der zur Selbsterfahrung genutzt werden kann.“

Grundsätzlich setzt sich die psychische und körperliche Wirkung von MDMA aus drei Hauptkomponenten zusammen. Zunächst aus den beiden im Grunde widersprüchlichen Wirkungen von Anregung und Entspannung; hinzu kommt eine „feine, einführende Eigenschaft“ (SAUNDERS 1994:26), die sich sowohl auf den Konsumenten selbst als auch auf seine Gegenüber erstreckt.

Nach Einnahme der Substanz kommt es anfänglich zu einer Erregung des sympatho-vegetativen Nervensystems. Der Eintritt der Wirkung erfolgt in der Regel schnell, nach 15-20 Minuten, beginnt mit einer Beklemmung im Brustbereich und ist begleitet von einer erhöhten Herz- und Atmungsfrequenz. Bald darauf gelangt man „in einen Zustand der Ruhe und des inneren Friedens, ‘das Herz geht einem auf’; man empfindet zu sich und seiner Umwelt ein Gefühl tiefer Liebe.“ (HESS 1992a:49) Das Wachbewußtsein kann sich - je nach set und setting - in zwei grundsätzliche Richtungen ändern: Zum einen ist ein Absinken der Vigilanz bis zu einem tranceartigen Zustand möglich, zum anderen kann es aber sowohl geistig als auch körperlich zu einer Vigilanzsteigerung und erhöhter Aktivität kommen. Die Sinneswahrnehmungen verändern sich in der Regel nur quantitativ, nicht qualitativ: Seh- und Hörvermögen werden meist etwas vermindert, bleiben aber, so HESS (1992a:49), präzise; dasselbe gilt auch für den Geruchs- und Geschmackssinn, während das Berührungsempfinden - bei gleichzeitiger Abnahme der Schmerzempfindlichkeit - stark zunimmt (vgl. auch ZURHOLD 1995:27f). In diesem Zusammenhang muß auch die Veränderung des sexuellen Empfindens genannt werden, die meist mit der verstärkten Berührungsempfindung in Verbindung gebracht wird. Interessant ist, daß der eigentliche sexuelle Akt stark in den Hintergrund tritt, und vor allem Zärtlichkeiten und eine auch sonst intensivere Körper- und Kommunikationserfahrung

im Vordergrund stehen (vgl. HESS 1992a:50). Dies wird vor allem auch von Raves berichtet: „Vor allem in den ersten Jahren, als Ecstasy sehr beliebt war, verhielten sich die Raver ganz anders als das Publikum in Clubs, in denen viel Alkohol konsumiert wird. Die Atmosphäre zeichnete sich aus durch Abwesenheit der männlichen sexuellen Aggression. Fremde zu umarmen und sogar zu streicheln, galt als sinnliche Erfahrung, aber nicht als sexueller Annäherungsversuch.“ (SAUNDERS 1994:39; ausführlicher HENDERSEN 1993) Eine Begründung für dieses Verhalten mag darin liegen, daß „Orgasmus und Ejakulation kaum oder nur erschwert möglich sind“ (HESS 1992a:50). Hierzu gibt es allerdings auch gegenteilige Forschungsergebnisse, die von erhöhter sexueller Aktivität sprechen (etwa ZURHOLD 1995:27; zur Übersicht SAUNDERS 1994:39-42 m.w.V.). Es ist anzunehmen, daß set und setting gerade in diesem Bereich eine hervorragende Bedeutung haben.

Ein weitere charakteristische Wirkung von MDMA ist ein etwas verschlechtertes Kurzzeit- bei einem gleichzeitig enorm gesteigerten Langzeitgedächtnis. Dies scheint besonders für therapeutische Bemühungen relevant, da es, so HESS (1992b:57), mit MDMA besser möglich sei, biographische „Erinnerungen bis in die ganz frühe Kindheit hinein wachzurufen und traumatische Erlebnisse und abgewehrte Gefühle zu aktivieren. Die Erinnerungsfähigkeit an solche Erlebnisse sei unter MDMA deutlich gesteigert, das Verstehen und Annehmenkönnen von eigenem und fremdem Fehlverhalten sei verbessert.“

WEIGLE (1992b:22) bietet eine Zusammenfassung der berichteten Erlebnisse unter MDMA:

- Erleben eines anderen Bewußtseinszustandes (...) mit gleichzeitiger Fähigkeit zur direkten Mitteilung von eigenem Erleben und Ausdrücken von Emotionen, wie es im 'Normalbewußtsein' nicht bzw. nur schwer möglich ist;
- gesteigertes Selbstvertrauen, verstärkte Selbstakzeptanz sowie erhöhtes Selbstbewußtsein;
- Ängste oder andere Barrieren, die im Kontakt mit Mitmenschen oft zu Mißverständnissen und Unbefriedigtsein führen, können wegfallen;
- Entstehen eines Gefühls der Empathie für andere Menschen und die gesamte Natur;
- Öffnung des 'Herzchakras';
- 'Transpersonale' Erfahrungen.“

Die erlebten Gefühlszustände benennt WEIGLE mit Ekstase, Empathie, Offenheit, Mitgefühl, Akzeptanz, Vergebung, Gefühl von Friede, Heilung, All-Einheit und Fürsorge (vgl. auch SEYMOUR 1986:65ff.; SAUNDERS 1994:26ff.; ZURHOLD 1995:27f.).

Aufgrund der kaum vorhandenen halluzinogenen Wirkung bei richtiger Dosierung wird die Wirkung von MDMA allgemein als gut kontrollierbar beschrieben. ROSENBAUM u.a. (1989:17), die im Arbeitsleben stehende MDMA-Gebraucher untersuchten, führen diese Kontrollierbarkeit der beschriebenen Wirkungen als Motivation ihrer Interviewpartner an, MDMA und nicht eine andere Substanz zu konsumieren: „Ecstasy presents an opportunity to be open and relaxed within the context of a professional lifestyle that is stressful and very regulated. It provides a chance for individuals to be hedonistic under controlled circumstances and time frames.“

In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, noch

einmal ausführlicher auf die oben bereits genannten Methylendioxybutamine einzugehen. MBDB und BDB wurden erst im Jahre 1986 entwickelt, um den Wirkungsmechanismus der Amphetaminderivate zu erforschen. „Die Stoffe sind Butyl-Homologe von MDA und MDMA und entstanden aus folgender Überlegung heraus: Während MDA sowohl halluzinogene als auch stimulierende Wirkungen aufweist, wird durch N-Methylierung zu MDMA die halluzinogene Wirkung nahezu aufgehoben. Ebenso geht durch die Verlängerung der Seitenkette zu Butan-2-aminen die halluzinogene Wirkung verloren (...) MBDB stellt nun eine Substanz dar, in der zwei strukturelle Eigenschaften zusammenkommen, die halluzinogene Wirkungen beseitigen: N-Methylierung und Verlängerung der Seitenkette.“ (KOVAR u.a. 1990:106) MBDB weist somit keinerlei halluzinogene Wirkung mehr auf, vermag aber gleichzeitig, die Gefühle wie MDMA zu intensivieren. KOVAR u.a. (1990:106) sprechen daher von MBDB als dem Prototyp der (oben beschriebenen) neuen pharmakologischen Klasse der Entactogene. Es gibt allerdings z.Z. noch keinerlei Hinweise dafür, daß diese Substanz bereits illegal synthetisiert worden wäre.

Die Literatur ist sich einig, daß die optimale Dosierung von MDMA etwa zwischen 100 und 150 mg liegt (HESS 1992a:51; SHULGIN/SHULGIN 1992:736; WEIGLE in einem Kommentar zu RIPPCHEN 1992:31; ZURHOLD 1995:26). Bei höheren Dosen überwiegen die Nebenwirkungen (s.u.) und werden intensiviert. Gleichzeitig scheint für die spezifische MDMA-Wirkung eine Schwellendosis zu existieren, die, wie HESS (1992a:51) ausführt, bei etwa 75 bis 100mg liegt. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß diese Schwelle bei Frauen im allgemeinen um etwa ein Viertel niedriger liegt als bei Männern.

2.3. Unangenehme Wirkungen, Gefahren, Indikationen, Kontraindikationen

Wie alle anderen Substanzen, die der Mensch zu sich nehmen kann, entfaltet auch MDMA nicht nur positive Wirkungen, sondern auch unangenehme, negative oder gar gefährliche. Die Schwere und Intensität solcher unerwünschter Wirkungen hängt zum einen von der Dosis ab, zum anderen aber auch von der konsumierenden Person (set) sowie seiner jeweiligen Umgebung (setting). Da es sich bei MDMA oder Ecstasy um eine illegale, also keiner Qualitätskontrolle unterworfenen Substanz handelt, können unerwünschte Wirkungen häufig auch auf Nebenprodukte einer unsachgemäßen Herstellung, auf Streckstoffe oder auch auf gekauftes Ecstasy zurückgeführt werden, daß nicht aus MDMA, sondern z.B. MDA, MDE oder gar LSD oder ähnlichem besteht. Obwohl gerade MDA und MDE recht ähnliche Wirkungen aufweisen, erreichen sie doch nicht die MDMA-typische und damit erwartete Wirkung (vgl. auch GOUZOULIS/HERMLE 1992). So hält z.B. die Wirkdauer von MDA etwa doppelt solange an wie die von MDMA; MDE vernebelt eher den Kopf und ist, wie auch MDA, weniger kommunikativ als MDMA. Häufig wird auch pures Amphetamin als Ecstasy angeboten oder, was aufgrund der unvorbereiteten Halluzinationen weit schlimmer ist, LSD und LSD-Amphetamin Kombinationen. Glück hat in diesem Fall gewissermaßen derjenige, der an ein Place-

bo ohne jede Wirksubstanz gerät (vgl. hierzu sowie zur Identifizierung der gekauften Substanz: SAUNDERS 1994:69-73; KOVAR/RÖSCH 1990). Für Deutschland hat das Bundeskriminalamt (1994) ein Schaubild mit 20 beschlagnahmten, sehr unterschiedlich gestalteten Tabletten, die als Ecstasy verkauft werden, erstellt. Danach enthalten fünf Präparate reines MDMA, fünf eine Kombination aus MDMA und MDE, fünf reines MDE, und bei weiteren fünf war die Wirksubstanz nicht oder noch nicht bekannt. Obwohl es so scheint, als seien die Verunreinigungen von MDMA bzw. Ecstasy im Vergleich zu anderen illegalen Substanzen (wie etwa Heroin oder Kokain) vergleichsweise harmlos, sollten die Gefahren, die aus der unkontrollierten Situation des illegalen Marktes resultieren, jedoch keinesfalls unterschätzt werden. Im folgenden werden aber nur die unerwünschten Wirkungen und Probleme für reines MDMA beschrieben.

a) Nebenwirkungen

Trotz der richtigen Dosis kann es zu Nebenwirkungen oder auch zu als unangenehm empfundenen Wirkungen kommen. Zu den physiologischen Nebenwirkungen gehören vorrangig ein trockener Mund und Appetitlosigkeit, die bei regelmäßigem Konsum auch zu einem Gewichtsverlust führen kann, sowie verschiedene Muskelreaktionen (verkrampfter Kiefer, „Zähnmalen“, Augenzittern, Muskelzucken und Krämpfe), die aber in der Regel rasch vorüber gehen. Desweiteren wird über Kopfschmerzen und Übelkeit, bei hohen Dosen auch von Konfusion und Angst berichtet. Die genannten Beschwerden können bei häufigem Konsum oder hoher Dosis ausgeprägter sein. Der Gebrauch von MDMA bewirkt zudem eine Dehydration (Entwässerung), zum einen durch vermehrtes Schwitzen, zum anderen aber auch durch verstärkte Diurese (Harnausscheidung).

Dies ist eine besondere Gefahr des MDMA-Gebrauchs bei Parties oder an Raves, wo der Flüssigkeitsverlust durch exzessives Tanzen in überhitzten Räumlichkeiten zu Austrocknung und Hitzschlag führen kann. Es ist also unbedingt notwendig, gerade bei solchen Veranstaltungen viel zu trinken, um diese Gefahren zu vermeiden: Geeignet sind vor allem Wasser, Säfte, Tee etc., während Alkohol die Gefahr der Austrocknung erhöht.

Es ist nicht ausgeschlossen, daß der Gebrauch von MDMA bei einigen Frauen zu Störungen ihres Zyklus sowie gelegentlich auch zu Harnwegsinfektionen führen kann (vgl. zu den Nebenwirkungen: AHRENS 1995:134ff.; HESS 1992a:50f.; WEIGLE 1992b:20f.; SAUNDERS 1994:33f; FITZGERALD 1990:23; BÖLLINGER u.a. 1995:421).

Die Frage, ob man von MDMA abhängig oder gar süchtig werden könne, wird in der Regel verneint (vgl. FROMBERG 1992:31). Zwar wird berichtet, daß es Personen gibt, die jedes Wochenende MDMA konsumieren, aber die überwiegende Mehrheit scheint eine Konsumfrequenz von einmal monatlich oder noch seltener zu praktizieren (WEIGLE 1992a:25). Häufigere Verwendungen kommen wohl allerdings im Anschluß an die erste Erfahrung mit MDMA vor, reduzieren sich aber bald wieder (vgl. etwa ROSENBAUM u.a. 1989:17), denn einem dauernden, ununterbrochenem Konsum steht entgegen, daß die Nebenwirkungen zunehmen und sich recht schnell eine Toleranz mit nahezu vollständigem Verlust der positiven MDMA-Wirkungen ent-

wickelt (vgl. SAUNDERS 1994:63f.; HESS 1992a:53; SHULGIN/SHULGIN 1992: 738; ROSENBAUM u.a. 1989; SEYMOUR 1986:77f.). Obwohl die Literatur also durchgängig von einem sehr geringen Mißbrauch- und Abhängigkeitspotential ausgeht, können z.Z. wohl noch keine wirklich sicheren Daten präsentiert werden, denn, wie z.B. WEIGLE (1992a:24) ausführt, „gibt es noch keine Ergebnisse aus wissenschaftlichen Experimenten“ (ausführlicher WEIGLE 1992d).

b) *Nachwirkungen*

Im Anschluß an den MDMA-Gebrauch kommt es meist zu einem Zustand körperlicher Erschöpfung und gesteigertem Ruhebedürfnis. Dieser Zustand kann mehr oder weniger ausgeprägt über ein bis zwei Tage anhalten, wobei es trotz des erhöhten Schlafbedürfnisses zu schlechtem Schlaf oder gar Schlaflosigkeit kommen kann. Der Appetit ist meist auch nach Abklingen der Wirkung und einen Tag darauf vermindert (vgl. HESS 1992a:51). Zudem werden für diesen Zeitraum häufig leichte Kreislaufstörungen berichtet. Bei häufigem Gebrauch kann es auch zu Depressionen oder Paranoia kommen (SAUNDERS 1994:34). Solche und ähnliche psychische Nachwirkungen, gerade auch bei therapeutischer Anwendung, hängen vor allem von dem während der Wirkung Erlebten ab. „Die innere Öffnung bleibt jedoch noch Tage, mit abnehmender Intensität auch bis Wochen danach erhalten. Außerdem besteht die Möglichkeit, daß der Betreffende noch tagelang innere Monologe mit sich selbst führt, bzw. nach einer therapeutischen Sitzung Dialoge mit dem Therapeuten. Sowohl die psychischen als auch physischen Nebenwirkungen implizieren noch mindestens einen Tag nach der Sitzung, sich nicht mit dem Berufsalltag oder sonstigen Belastungssituationen zu konfrontieren. Auch sollten an den Tagen nach der Einnahme keine weitreichenden Entscheidungen gefällt werden.“ (HESS 1992a:51; vgl. auch WEIGLE 1992b:22f.)

c) *Medizinische und therapeutische Indikationen*

Obwohl MDMA in der Anlage I des BtMG aufgeführt und daher weder verkehrs- noch verschreibungsfähig ist, gibt es einige Erfahrungen mit dem therapeutischen und medizinischen Gebrauch dieser Substanz. Zwar soll an dieser Stelle nicht in aller detaillierten Ausführlichkeit über die therapeutischen und medizinischen Möglichkeiten berichtet werden (vgl. hierzu ausführlicher HESS 1992b; SEYMOUR 1986:37ff.; SAUNDERS/WALDER 1994; WEIGLE-JAGFELD/WEIGLE 1994; SAUNDERS 1994:81ff.; NAYSMITH 1989; STYK 1992; BENZ 1992; LEUNER u.a. 1992; SHULGIN 1994 m.w.V.). Einige Aspekte - vor allem auch zu den Schwierigkeiten des therapeutischen Einsatzes - sollen aber gleichwohl vorgetragen werden.

MDMA ist in der Psychotherapie sowohl in Einzel- als auch in Gruppentherapieformen verwendet worden, vereinzelt auch bei Gruppenritualen (vgl. zu letzterem MÜLLER-EBELING/RÄTSCH 1992). Obwohl die meisten Erfahrungen mit MDMA in der Psychotherapie wohl aus den USA stammen, und obwohl selbst die WHO die weitere Erforschung des therapeutischen Nutzens von MDMA empfohlen hatte, ist nach dem Verbot von MDMA die Schweiz lange das einzige Land gewesen, in dem MDMA in der

Therapie noch legal eingesetzt werden durfte.

Im Anschluß an einen Kongress des Europäischen Collegiums für Bewußtseinsstudien (ECBS), auf dem auch über psychotherapeutische Erfahrungen mit MDMA berichtet wurde, gründeten einige TherapeutInnen, unter ihnen der Solothurner Psychotherapeut Samuel WIDMER, die Schweizer Ärztesgesellschaft für psycholytische Therapie (SÄPT) und begannen, mit MDMA zu arbeiten. Dies beinhaltete auch, daß die Mitglieder der SÄPT auf zweimaligen Treffen im Jahr selbst die Substanzen einnahmen. Obwohl MDMA auch in der Schweiz verboten ist, erhielten fünf Mitglieder der SÄPT vom Bundesamt für Gesundheitswesen eine Ausnahmegenehmigung, um MDMA und auch LSD in der Therapie einzusetzen. Nachdem im Sommer 1990 ein Patient unter dem Einfluß einer anderen Substanz, nämlich Ibogain, gestorben war, wurde allen Mitgliedern die Bewilligung zu Einsatz dieser Substanzen wieder entzogen. Nach einem Jahr erhielten vier Mitglieder die Erlaubnis zurück, allerdings nur, um bereits begonnene Therapien bis 1993 abzuschließen. Um ihre Behandlungsmethoden wieder aufnehmen und verbessern zu können und auch, um zu wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen zu gelangen, bemüht sich die SÄPT seither, ihre Erfahrungen wissenschaftlich auszuwerten (vgl. SAUNDERS/WALDER 1994:102ff.) und hat zudem vor einigen Jahren eine spezielle Ausbildungsgruppe für psycholytische Therapie eingerichtet (vgl. BENZ 1992:198). Zu nennen wären in diesem Zusammenhang auch das bereits erwähnte ECBS, das sich u.a. ebenfalls der Erforschung von MDMA widmet (vgl. z.B. LEUNER/SCHLICHTING 1992), sowie die Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS), die bereits seit 1986 eine Zentralkartei für den Bereich MDMA führt. Interessant ist weiter, daß die Food and Drug Administration (FDA) 1993 die Erforschung von MDMA an Freiwilligen genehmigte. Diese Forschung hat 1993 begonnen und befaßt sich - unter der Leitung von Charles GROB u.a. (1991) - mit der „Analgetic Safety and Efficacy of MDMA in Modification of Pain and Distress of End-Stage Cancer“ (ausführlicher rezipiert bei SAUNDERS 1994:26; 139).

Die hauptsächlichen Anwendungsbereiche von MDMA als zusätzliches Behandlungsinstrument in der Psychotherapie sind nach HESS (1992b:58) sämtliche Formen der Neurose, Partnerprobleme und Beziehungsstörungen innerhalb der Familie. Gute Erfahrungen, so HESS, habe man auch mit der Behandlung von Suchterkrankungen sowie einigen psychosomatischen Erkrankungen, etwa Magenulcus und Asthma bronchiale. Vielversprechende Möglichkeiten der Behandlung mit MDMA böten sich, so HESS (1992b:58; 1992a:52f.), vor allem auch bei depressiven Erkrankungen und depressiven Nachschwankungen von Psychosen. Die Depressionsbehandlung mit MDMA sei besonders vor dem Hintergrund interessant, „daß MDMA nur sehr gelegentlich eingenommen werden muß, während die bisherigen Antidepressiva oft wochenlang verabreicht werden müssen, bis sie ihren Effekt entfalten können. Insofern bedeutet die Behandlung mit MDMA sicherlich einen schonenderen Eingriff in die menschliche Psyche und hat verhältnismäßig weniger Nebenwirkungen als Langzeitmedikationen.“ (HESS 1992a:52; vgl. auch das Kapitel *Die Neuroleptika und die Antidepressiva* in diesem Band) Denkbar sei zudem die Behandlung bisher schwer oder kaum therapierbarer Erkrankungen (etwa bei zyklischen

oder schizophrenen Psychosen, Anorexien, Hyperkinesien bei Kindern und sog. Kerneurosen), vor allem bei jenen Patienten, bei denen die Einsichtsfähigkeit in psychodynamische Zusammenhänge nicht gegeben sei. „Hier wäre dann MDMA als Initialzündler sehr hilfreich, so daß man dann mit konventioneller Psychotherapie weiterarbeiten könnte.“

Neben den psychotherapeutischen Anwendungsbereichen eigne sich MDMA aufgrund seiner akuten analgetischen Wirkung ohne gleichzeitige Sedierung auch zur Behandlung von chronischen Schmerzzuständen, vor allem bei Patienten, bei denen die Schmerz- oder auch Krankheitsverarbeitung eine wichtige Rolle spiele, etwa bei Krebspatienten oder AIDS-Erkrankten (SAUNDERS 1994:139; HESS 1992b:58; vgl. auch das Kapitel *Schmerz und Schmerzmittel* in diesem Band).

d) Kontraindikationen und Wechselwirkungen

Aufgrund der sympathomimetischen Wirkung von MDMA sollte man folgende Kontraindikationen beachten: Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Hypoglykämie (Unterzucker), Neigung zur Epilepsie (Anfallsleiden), Glaukom (erhöhter Augeninnendruck), Hyperthyroidismus (Schilddrüsenüberfunktion), Herzkrankheiten, Hypertonie (Bluthochdruck), Neigung zu Kreislaufkollaps, Asthma, verminderte Leberfunktion oder nach einem Schlaganfall (vgl. WEIGLE 1992b:21; SEYMOUR 1986:79; HESS 1992a:53; ZURHOLD 1995:29; AHRENS 1995:136; BENZ 1992). Auch von der Anwendung während einer Schwangerschaft und während der Stillzeit wird abgeraten, da die Auswirkungen von MDMA auf Fötus und Säugling noch wenig bekannt sind. Außerdem sollte MDMA nicht in Verbindung mit anderen sympathomimetischen Drogen und Medikamenten eingenommen werden, um eventuelle auftretende Verstärkungseffekte zu vermeiden: dazu zählen Kokain, Amphetamine, Methamphetamine, Koffein, verschreibungspflichtige, aber auch nicht verschreibungspflichtige Appetitzügler, Erkältungsmedikamente, Aufputschtabletten und alle Zubereitungen, die Phenylpropanolamine oder Ephedrin enthalten (SEYMOUR 1986:80). „Vor allem ist von einer gleichzeitigen Einnahme von MAO-Hemmern oder Beta-Blockern abzuraten, da beide zu einer Anreicherung der Neurotransmitter führen, was dann im Zusammenwirken mit MDMA toxische Effekte hervorrufen könnte. Das gleiche gilt für die trizyklischen Antidepressiva.“ (HESS 1992a:53)

Auch MDMA zusammen mit Alkohol einzunehmen, so WEIGLE (1992b:21), sei nicht empfehlenswert, da Alkohol erstens als Beruhigungsmittel wirke und so die Wirkung von MDMA hemme, und zweitens der Kater - zusammen mit der eventuellen Müdigkeit vom MDMA am nächsten Tag - unerträglich werde. Das gleiche gelte auch für Marihuana, wobei EISNER (1989:124) angibt, daß manchmal eine kleine Menge davon während der Sitzung nützlich sein könne, um die stimulierende Wirkung von MDMA ein wenig zu dämpfen.

Zudem, so SEYMOUR (1986:80), sei der nichtmedizinische MDMA-Gebrauch kontraindiziert für alle diejenigen „with a history of panic attacks or who has social or vocational dysfunction from psychological problems that have required 24 hour-a-day care by trained personnel.

MDMA may cause a recurrence of these problems.“

3. Drogenpolitische Schlußbemerkung

Stephan QUENSEL hat in einer Diskussionsveranstaltung an der Universität Bremen einmal gesagt, die weltweite Drogenhysterie spalte sich in drei Bereiche auf, die wiederum jeweils von drei illegalen Substanzen symbolisch besetzt seien. Diese Triade bilde sich, erstens, aus der Masse der Drogenkonsumenten, für die die unzähligen Cannabiskonsumenten stünden, zweitens aus dem Elend der Süchtigen, womit stets die verelendeten Heroin-Junkies in Szene gesetzt würden, und schließlich, drittens, aus einer weltweit operierenden, organisierten Drogen-„Mafia“, wobei die Medien in der Regel auf den südamerikanischen Kokainhandel verweisen würden. Man könnte sagen, daß die sog. Designer-Drogen in diesem Zusammenspiel eine weitere, vierte Rolle spielen: Sie sind so etwas wie das Symbol für die skrupellose Finesse des „Drogenhais“ (CHRISTIE/BRUUN 1991:79ff.), der seinen Kampf gegen das Gesetz gewissermaßen mit chemischem Know How und modernstem „Kriegsgerät“ führt. Die langen chemischen Formeln der sog. Designer-Drogen und ihre immer wieder neuen, synthetisch-phantastischen Namen, Farben und Formen untermauern das ideologische Konstrukt, daß illegale Drogen etwas grundsätzlich neues und anderes seien, als die von den meisten Menschen konsumierten sog. Alltagsdrogen. Und ganz verkehrt ist diese Sicht freilich nicht. Denn in der Regel treffen diese neu synthetisierten, neu kombinierten oder auch nur mit einem neuen Namen versehenen Substanzen die Konsumenten weitgehend unvorbereitet. Gibt es für die Alltagsdrogen Nikotin, Alkohol oder Koffein, aber auch für die klassischen illegalen Substanzen, wie etwa Heroin, Kokain oder Cannabis, bereits mehr oder weniger ausgeprägte und verfügbare Erfahrungen und kulturelle Muster, an denen sich der Konsument orientieren kann, so ist dies bei den „neuen“ Designer-Drogen oft nicht der Fall: Man weiß nicht, welche Dosis die richtige ist, man hat noch keine Erfahrungen mit Verunreinigungen und vor allem keine Ahnung, welche Wirkung einen erwartet, und wie man selbst auf diese Substanz und seine Wirkqualität reagiert. Gleichzeitig gibt es meist niemanden, der einem den Gebrauch beibringen könnte, wie das bei den bekannten Substanzen meist der Fall ist (vgl. MARZAHN 1994). Diese Unwissenheit und der Mangel an Erfahrungen gehören zweifellos zu den Hauptproblemen beim Konsum neuer Substanzen.

Ein zweites Problem taucht auf, wenn synthetische Substanzen als eine der klassischen „Rauschdrogen“ verkauft werden, etwa Methoxyamphetamine (mit ihrer z.T. mehrfachen Mescalinwirkung) als Mescaline oder LSD oder Fentanyl-derivate als Heroin oder Morphin. In solchen Fällen kann es leicht zu unerwünschten, nicht erwarteten und damit gefährlichen oder gar tödlichen Situationen kommen. Wirklich fatal wird es, wenn solche Substanzen auch noch mit hochtoxischen Stoffen verunreinigt sind, wie im oben beschriebenen Fall des MPPP, als die Konsumenten ihrem synthetischen, extrem toxischen „Heroin“ praktisch ausgeliefert waren.

Aber solche Gefahren und Ereignisse rechtfertigen keinesfalls allgemeine Drogenverbote und auch nicht höhere

Strafen oder ein „entschiedeneres“ Vorgehen von Polizei, Justiz oder gar Militär. Vielmehr sind diese Gefahren gerade umgekehrt die Folgen einer prohibitiven Drogenpolitik. Denn die Herstellung von sog. Designer-Drogen ist zu einem Teil sicherlich eine Reaktion auf Verbote anderer Substanzen, die durch diese Verbote knapp, teuer und zu einem hohen Risiko für die Produzenten und Händler geworden sind. Synthetische Substanzen mit ähnlichen Wirkungen zu produzieren, ist in diesem Zusammenhang äußerst ökonomisch: sie lassen sich im eigenen Land und erheblich billiger herstellen, da in der Regel der sehr teure internationale Transport und der Schmuggel entfallen; die chemische Struktur der Synthetika ist zudem oft noch nicht von den Verboten betroffen, und wenn doch, so kann man - durch die Produktion im eigenen Land - Grenzkontrollen und ähnliche Risiken systematisch ausschließen. Dementsprechend sind die polizeilichen Aktivitäten im Bereich der sog. Designer-Drogen einigermaßen wirkungslos, zumal die Laboreinrichtungen, die man zur Herstellung der Substanzen benötigt, nicht sehr aufwendig und daher höchst mobil sind, und sich außerdem die Grundstoffe in Chemikalienhandlungen legal erwerben lassen (vgl. auch THAMM 1989:194f). All dies mag dazu beitragen, daß ihre Produzenten, also die „Designer“, als teuflische Drogenköche in die Medienberichte eingehen. Daß dieses Bild auch in die wissenschaftliche Literatur Eingang findet, belegt etwa ein Text von KOVAR (1989b:157), der konstatiert, Designer-Drogen würden u.a. entwickelt, „um die Suchtkomponente zu verstärken“. Und auch GRAUSAM (1992:19) erwähnt als ein Kriterium von Designer-Drogen, daß sie „ihre ‘Muttersubstanzen’ in ihrer suchterzeugenden Wirkung“ um ein Vielfaches überträfen. Solche generalisierenden Thesen allerdings sind wohl eher ideologische als wirklich ernstzunehmende Aussagen - allein schon deshalb, weil sich die internationale Drogenforschung bisher noch nicht auf einen einheitlichen, geschweige denn umfassenden Begriff von Sucht hat einigen können (vgl. etwa SCHEERER 1995; DAVIS 1993; PEELE 1977).

Ecstasy stellt in diesem Zusammenhang eine gewisse, in die Zukunft weisende Ausnahme dar. Da es erst ab etwa 1990 als Genußmittel oder „Straßendroge“ verstärkt im deutschsprachigen Raum verkauft und konsumiert wurde, traf es auf eine bereits gewandelte Drogenpolitik und -präventionsstrategie. Die akzeptierende Drogenpolitik oder auch Drogenarbeit mit ihren vom Abstinenzparadigma abgerückten Positionen und Strategien war schon auf dem Vormarsch. Man wollte nicht mehr verbieten und bestrafen, sondern man betrachtete Drogenkonsum und auch -abhängigkeit zunehmend als Lebensstil, den es nicht unbedingt gutzuheißen, aber immerhin doch zu akzeptieren galt. Um das Überleben ihrer Klienten zu sichern, gingen die Drogenhilfeeinrichtungen verstärkt dazu über, neben hochschwelligem Therapieangeboten vor allem auch überlebenssichernde Maßnahmen zu ergreifen, wozu vor allem die Abgabe von Einwegspritzen und Kondomen sowie die Einrichtung von Übernachtungsplätzen, Fixerräumen oder Substitutionsprogrammen gehörten. Gleichzeitig verließen die Drogenberater und z.T. auch die Drogenpolitiker immer mehr den Weg der Dramatisierung und Horrorisierung von psychoaktiven Substanzen und versuchten, die jeweiligen Konsumenten offen und ehrlich über die Vor- und Nachteile der von ihnen konsumierten Substanzen zu informieren.

Vor allem die Selbsthilfeorganisation JES (Junkies, Ex-Junkies, Substituierte) und die Drogen-Sektion der Deutschen Aids Hilfe (DAH) veröffentlichten eine ganze Reihe von Faltblättern, Broschüren, Postkarten und Plakaten, in und auf denen es nicht mehr um negative Drogenaufklärung ging, sondern um wirkliche Information, um Aufklärung und Hilfe beim Konsum und in Drogennotfällen (vgl. etwa JES 1990). Nach anfänglichen Bedenken folgten in den folgenden Jahren viele freie und staatliche Träger und Autoren in zahlreichen Städten und Kommunen der Bundesrepublik diesem Vorbild. Jüngere Beispiele sind etwa AHRENS (1994), HEUDTLASS u.a. (1995), BÖLLINGER u.a. (1995), DROBS HANNOVER (1995) oder ZURHOLD (1995).

Der Techno-, Rave- und Ecstasy-Boom fiel genau in diese Phase einer sich umorientierenden Drogenpolitik. Es ist daher nicht erstaunlich, daß die scharfen, nur auf Repression und Verteufelung gründenden Rufe im Zusammenhang mit Ecstasy nie so laut werden konnten, wie man das bis dahin bei Heroin, Kokain und sogar Cannabis gewohnt war. Von Anfang an scheint man dieser Substanz und ihren Konsumenten mit einer Mischung aus begründeter Unsicherheit und je aktuell-aufrichtiger Informierung begegnet zu sein. Gerade auch die wissenschaftliche Literatur, die in der Vergangenheit nie ganz gefeit war gegenüber einer schwarzmalerschen Drogenideologie, zeigt sich wohlinformiert - sowohl hinsichtlich der Gefahren als auch in bezug auf die positiven Seiten der Substanz MDMA. Es ist daher wohl durchaus berechtigt zu sagen, daß keine andere Gruppe von Konsumenten illegaler Drogen in den vergangenen Jahrzehnten so viel (brauchbare) Informationen bekommen hat oder besser: sich aneignen konnte, wie die Konsumenten von MDMA bzw. Ecstasy.

Man kann aber auch seine Zweifel daran haben, ob es nur eine veränderte Drogenpolitik ist, die dieser Konsumentengruppe mit einem informierenden „Vertrauen“ begegnet. Denn es wird auch deutlich, daß es sich bei der auffälligsten Gruppe der Ecstasykonsumenten, den Ravern, um Personen handelt, die das bisher gern gemalte Bild des „Drogensüchtigen“, daß komponiert ist aus amotivationalem Syndrom, Aggressivität und Verelendung, in keiner Weise erfüllen: Die Raves oder auch die Love-Paraden sind in aller Regel ein Wochenendspaß, ein exzessives Tanzvergnügen, das gepaart ist mit einer Art Friede-Freude-Eierkuchen-Ideologie (vgl. PAUSER 1995:65), die sich konsequent dem Ernst und Streß unserer technisierten Welt widersetzt. „Hier wird nicht nur in Spaßform für all das demonstriert, wogegen die Eltern einst im Ernst auf die Straße gingen, hier wird - Triumph der Ironie! - auch noch die Demonstration als Inbegriff des Effektlosen selbst auf die Schippe genommen und zugleich den verwirrten Politikern als höheres Anliegen angedient.“ (PAUSER 1995:66) Wie auch immer man zu Techno-Musik, Loveparaden und Raves stehen mag: WALDER hat wohl recht, wenn er konstatiert: „Techno ist die erste Jugendkultur der neunziger Jahre, die primär nichtnationalistisch, -rassistisch, -sexistisch, und -gewalttätig ist. In diesem Umfeld, gerade in Deutschland, ist das doch eine Sensation. Das Party-Feeling, die Party mit allen - setz mal dagegen den Rechtsruck in Deutschland. Der wurde auch mit Techno zurückgedrängt.“ (vgl. FRICKE/GROß 1995:16) Außer einer ausgelassenen Leidenschaft für ekstatische Tanzvergnügen,

scheint sich recht wenig Verteufelbares finden zu lassen - zumal die Konsumenten während ihrer Arbeitswoche wohl dem „Spektrum des Normalen“ durchaus entsprechen. Es mag also dahingestellt bleiben, ob der sanftere Umgang mit den Ecstasy-Konsumenten darauf zurückzuführen ist, daß Ecstasy eine, wie AMENDT (1994:8) meint, „eher

harmlose“ Droge ist; ob den Konsumenten die Feindbild-eignung fehlt; oder ob der Grund tatsächlich darin zu suchen ist, daß hier eine veränderte Drogenpolitik ihre Früchte trägt. Erfolgversprechender ist es allemal, die Strategie der Verteufelung durch sachliche Information zu ersetzen.

Summary

Since a few years, the so called designer-drugs, and particularly ecstasy gain a lot of popularity within parts of youth-culture on the one hand, and parts of the therapeutic scene on the other. The article searches for a more general classification of these partly new substances, asks for reasons for their present popularity and, above all, gives

informations about their history, their effects and side effects as well as their medical and therapeutic indications and contraindications. Finally, some specific drug policy issues concerning designer-drugs and ecstasy are discussed.

LITERATUR

ADELAARS, A. (1991): De opkomst van een bewustzijns-veranderend middel, Amsterdam

AHRENS, H. (1994): Partydrogen. Safer-use-info zu: ecstasy, speed, lsd, kokain, Berlin

AHRENS, H. (1995): Safer use von Partydrogen, in: Heudtlass u.a., a.a.O., S.129-138

AMENDT, G. (1994): Vorwort zu Walder 1994, a.a.O., S.8-12

BECK, J./MORGAN, P. (1986): Designer Drug Confusion: A Focus on MDMA, in: Journal of Drug Education, 16, S.287-302

BENZ, E. (1992): Halluzinogen-unterstützte Psychotherapie, in: LEUNER/SCHLICHTING, a.a.O., S.185-195

BÖLLINGER, L./STÖVER, H./FIETZEK, L. (1995): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Leitfaden für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, 4. neu bearb. Aufl., Frankfurt a.M.

BRÖCKERS, M. (1994): Kosmetische Psychopharmakologie, in: die tageszeitung, 21.3.1994

BUNDESKRIMINALAMT (1994): Schaubild: Amphetamin-derivate in Tablettenform - MDMA (sog. Ecstasy/XTC), MDA, MDE - Häufige oder auffällige Erscheinungsformen 193/94, Stand 08/94, Wiesbaden

DAVIES, J.B. (1993): The Myth of Addiction. An Application of the Psychological Theory of Attribution to Illicit Drug Use, Chur u.a.

DROBS HANNOVER (1995): Ecstasy. Ravers Guide, 3. Aufl., Hannover

EISNER, B. (1989): Ecstasy: The MDMA Story, Berkley

FITZGERALD, J. (1990): MDMA and Harm, in: The International Journal On Drug Policy, Vol 2, No 4, S.22-24

FRICKE, H./GROß, T. (1995): Den Spirit weitergeben (Interview mit Patrick Walder), in: tageszeitung vom 7.7.1995, S.15-16

FROMBERG, E. (1992): Designer-Drogen und ihre Her-

ausforderung für Beratung und Therapie, in: LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE, a.a.O., S.25-35

GLAESKE, G. (1989): Die Stimulantien, in: SCHEERER, S./VOGT, I., a.a.O., S.260-272

GOUZOULIS, E./HERMLE, L. (1992): Untersuchungen über Arylkylamin-induzierte Wirkungen bei gesunden Probanden (Teil II): psychische und neurobiologische Effekte von Methylendioxyamphetamin(MDE), in: LEUNER/SCHLICHTING, a.a.O., S.63-73

GRAUSAM, U. (1992): Synthetische Suchtstoffe, „Designer Drugs“ - Wirkung, Gefahren, in: LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE, a.a.O., S.19-24

GROB, C./BRAVO, G./McQUADE, J./DOBLIN, R. (1991): Analgesic Efficacy of 3,4-Methylendioxyamphetamin (MDMA) in Modification of Pain and Distress of End-Stage Cancer patients. Proposal submitted to the FDA for clinical approval, August 4, 1991 (zit.n. SHULGIN 1994:385)

HENDERSEN, S. (1993): Woman, Sexuality and Ecstasy Use - The Final Report (zit.n. SAUNDERS 1994:158)

HERMLE, L./GOUZOULIS, E./OEPEN, G./SPITZER, M. (1992): Untersuchungen über Arylkylamin-induzierte Wirkungen bei gesunden Probanden (Teil I), in: LEUNER/SCHLICHTING, a.a.O., S.53-62

HESS, H. (1989): Der illegale Drogenhandel, in: SCHEERER, S./VOGT, I., a.a.O., S.447-485

HESS, P. (1992a): Zur Pharmakologie von MDMA, in: WEIGLE, C./RIPPCHEN, R., a.a.O., S.46-54

HESS, P. (1992b): Der Therapeutische Einsatz von MDMA, in: WEIGLE, C./RIPPCHEN, R., a.a.O., S.55-61

HEUDTLASS, J.-H./STÖVER, H./WINKLER, P. (Hg.) (1995): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Drogenwirkungen, Safer Use, Notfallhilfe, Safer Sex, Prävention, Peer Support, Frankfurt a.M.

JES (1990): Safer Use - Weniger Risiko beim Spritzen (Faltblatt), Berlin

- KOVAR, K.-A./RÖSCH, C. (1990): Synthetische Suchtstoffe der 2. Generation (sog. Designer Drugs), 2. Mitt.: Analytik der Arylalkanamine (Amphetamine), in: Pharmazie in unserer Zeit, 19/5, S.211-221
- KOVAR, K.-A./RÖSCH, C./RUPP, A./HERMLE, L. (1990): Synthetische Suchtstoffe der 2. Generation (sog. Designer Drugs), 1. Mitt.: Amphetamine und andere Arylalkanamine, in: Pharmazie in unserer Zeit, 19/3, S. 99-107
- KOVAR, K.-H. (1989a): Medizinische Wirkungen von Rauschmitteln, besonders von neuen Drogen, in: HENTSCHEL, U. (Hg.): Drogenprobleme und Elternhilfe. Ergebnisse einer Fachtagung von Angehörigen Drogengefährdeter und Mitarbeitern in der Drogenhilfe, Hückeswagen
- KOVAR, K.-H. (1989b): Designer-Drugs, in: DHS (Hg.): Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren 1990, Hamburg
- LANDSCHAFTSVERBAND WESTFALEN-LIPPE (Hg.) (1992): Tagungsbericht - Designer Drogen, Münster
- LEUNER, H./MASCHER, E./SCHULTZ-WITTNER, T. (1992): Die Effizienz der durch psychoaktive Substanzen gestützten Psychotherapie (Psycholytische Behandlung), in: LEUNER/SCHLICHTING, a.a.O., S.197-218
- LEUNER, H./SCHLICHTING, M. (Hg.) (1992): Jahrbuch des Europäischen Collegiums für Bewußtseinsstudien 1992, Berlin
- MARITSCH, F./UHL, A. (1989): Kaffee und Tee, in: SCHEERER, S./VOGT, I., a.a.O., S.159-189
- MARZAHN, C. (1994): Plädoyer für eine gemeine Drogenkultur, in: ders.: Bene Tibi. Über Genuß und Geist, Bremen, S.9-52
- NARANJO, C. (1979): Die Reise zum Ich. Psychotherapie mit heilenden Drogen. Behandlungsprotokolle, Frankfurt a.M.
- NAYSMITH, H.P. (1989): Laing on Ecstasy, in: The International Journal On Drug Policy, Vol 1, No 3, S.14-15
- NICHOLS, D.E. (1986): Differences between the mechanism of Action of MDMA, MDMB, and the Classic Hallucinogens. Identification of a New Class: Entaktogens, in: Journal of Psychactive Drugs, Vol. 18, No.4, S.305-313
- PAUSER, W. (1995): Friede! Freude!! Eierkuchen!!! Hunderttausende auf Techno-Demonstrationen: Aber wofür oder wogegen demonstrieren sie, in: Die ZEIT, Nr. 28, S.65-66
- PEELE, S. (1977): Redefining Addiction. Making Addiction a Scientifically and Socially Useful Concept, in: International Journal of Health Services (7), S.103-124;
- PÜSCHEL, K. (1995): Drogen - ihre Wirkungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, in: HEUDTLASS u.a., a.a.O., S.14-67
- RÄTSCH, C./MÜLLER-EBELING, C. (1992): Kreisrituale mit Peyote und MDMA, in: WEIGLE, C./RIPPCHEN, R., a.a.O., S.68-74
- RIPPCHEN, R. (1992): Fragen und Antworten zu MDMA, in: WEIGLE, C./RIPPCHEN, R., a.a.O., S.29-44
- ROSENBAUM, M./MORGAN, P./BECK, J.E. (1989): Ethnographic Notes On Ecstasy Use Among Professionals, in: The International Journal On Drug Policy, Vol 1, No 2, S.16-19
- SAHIHI, A. (1991): Designer-Drogen. Die neue Gefahr, 2. Aufl., Weiheim und Basel
- SAHIHI, A. (1995): Designer-Drogen. Gifte, Sucht und Szene, München
- SAUNDERS, N. (1994): Ecstasy, in: WALDER, a.a.O., S.13-261
- SAUNDERS, N./WALDER, P. (1994): Psychotherapie mit Ecstasy, in: WALDER, a.a.O., S.102-121
- SCHEERER, S. (1989): LSD und andere Halluzinogene, in: SCHEERER, S./VOGT, I., a.a.O., S.408-418
- SCHEERER, S. (1995): Sucht, Reinbek
- SCHEERER, S./VOGT, I. (Hg.) (1989): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Frankfurt und New York
- SCHLENDER, J.-U. (1989): Phencyclidin (PCP) oder „Engelsstaub“, in: SCHEERER, S./VOGT, I., a.a.O., S.426-428
- SCHMIDBAUER, W./SCHEIDT, J.v. (1987): Handbuch der Rauschdrogen, vollständig überarb. u. erw. Neuausgabe, Frankfurt a.M.
- SCHMIDT-SEMISCH, H. (1992): Drogen als Genußmittel. Ein Modell zu Freigabe illegaler Drogen, München
- SCHMIDT-SEMISCH, H. (1994): Die prekäre Grenze der Legalität. DrogenKulturGenuß, München
- SCHUSTER, P. (1995): „Red Bull“ - Mythos, Mode, Marketing, in: Das Erfrischungsgetränk - Mineralwasser-Zeitung, ..., S.775-780
- SELLING, P. (1989): Zur Geschichte des Umgangs mit Opiaten, in: SCHEERER, S./VOGT, I., a.a.O., S.275-285
- SEYMOUR, R.B. (1986): MDMA, San Francisco
- SHULGIN, A. (1994): Eine kommentierte Bibliographie über MDMA, in: WALDER, a.a.O., S.354-410
- SHULGIN, A./SHULGIN, A. (1992): Pihkal - A Chemical Love Story, Berkley
- SNYDER, S.H. (1990): Chemie der Psyche. Drogenwirkungen im Gehirn, 3. Aufl., Heidelberg
- STYK, J. (1992): Versuch einer Untersuchung der Wirksamkeitsfaktoren der Psycholyse in kombinierter Einzel- und Gruppentherapie, in: LEUNER/SCHLICHTING, a.a.O., S.175-184
- THAMM, H.-G. (1989): Drogenfreigabe - Kapitulation oder Ausweg?, Hilden
- VOLBRECHTSHAUSEN, A. (1994): Ecstasy in Deutschland. Partykinder und Technoschwule, in: WALDER, a.a.O., S.307-318
- WALDER, P. (1994) (Hg.): Ecstasy, 2. Aufl, Zürich
- WALDER, P. (1994a): Ecstasy in der Schweiz, in: ders., a.a.O., S.264-306

WEIGLE, C. (1992a): Allgemeine Bemerkungen zur Chemie und Pharmakologie von MDMA, in: WEIGLE, C./RIPPCHEN, R., a.a.O., S.14-15

WEIGLE, C. (1992b): Wissenswertes über den Gebrauch, in: WEIGLE, C./RIPPCHEN, R., a.a.O., S.20-28

WEIGLE (1992c): Rechtslage, in: WEIGLE, C./Rippchen, R., a.a.O., S.18-19

WEIGLE, C. (1992d): Zum Suchtpotential von MDMA, in: LEUNER/SCHLICHTING, a.a.O., S.87-90

WEIGLE, C./RIPPCHEN, R. (Hg.) (1992): MDMA - Die psychoaktive Substanz für Therapie, Ritual und Rekreation, 4. erw. Aufl., Löhrbach

WEIGLE-JAGFELD, C./WEIGLE, E. (1994): Ecstasy in Therapie und Forschung, in: WALDER, a.a.O., S.319-327

WELY, J.J.W.M.v. (1989): Körperliche Wirkungen des Opiatkonsums, in: SCHEERER, S./VOGT, I., a.a.O., S.299-312

ZURHOLD, H. (1995): Drogen Konkret. Substanzen - Wirkungen - Konsumformen - Safer-Use-Hinweise, hrg.v. Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik e.V. (INDRO), Münster

Anschrift des Verfassers:
Henning Schmidt-Semisch
Jenaerstraße 44
D-28215 Bremen