

Zentralarchiv für empirische Sozialforschung
Universität zu Köln

Karl-Heinz Reuband

Vom Haschisch zum Heroin? Soziokulturelle Determinanten der Drogenwahl

From Hashish to Heroin? Sociocultural determinants of drug choice

Zusammenfassung

Auf der Basis mehrerer Umfragen unter Jugendlichen und Drogenabhängigen wird untersucht, welcher Art die Einstiegsdrogen und Drogensequenzen unter jugendlichen Drogenkonsumenten sind. Dabei zeigt sich, daß die Art der Einstiegsdroge einer historischen Variation unterliegt, sich jedoch seit der Etablierung der Drogen zu Anfang der 70er Jahre nicht wesentlich verändert hat. Ein Trend zum Heroin als Einstiegsdroge ist nicht erkennbar. Die weitere Drogensequenz erweist sich als Produkt einer soziokulturellen Prägung. Nicht die pharmakologische Gefährlichkeit der jeweiligen Droge bestimmt, welches Mittel als nächstes genommen wird, sondern das zugeschriebene Risiko und das jeweilige Image der Droge innerhalb der Drogenszene. Aus dieser Sicht gibt es keine „natürliche“, sondern lediglich eine sozial geprägte Abfolge von Drogen.

Summary

On the basis of several surveys the first illegal drug and the subsequent drug sequences are investigated. It is hereby found that the first illegal drug underlies historical variations but is rather stable since the new drug phenomenon has established itself in Germany since the early 70's. A trend towards heroin as first drug cannot be found. The drug sequences turn out to be influenced by sociocultural definitions. Not objective pharmacological properties determine, which drug is used next, but the perceived risk and image of the drug within the drug scene. Seen from this point of view there is no "natural" but only a socially constructed drug sequence.

1. Einleitung

Als sich die Drogenwelle Ende der 60er Jahre zu entwickeln begann, da war Haschisch die Kultdroge, um die herum sich der Konsum gruppierte. Mit Haschisch wurde der erste Schritt in die Illegalität getan. Seit Mitte der 70er Jahre mehren sich die Stimmen, die eine Verschiebung in der Erstdroge zu erkennen glauben. Haschisch habe seinen einstmaligen großen Stellenwert verloren und würde zunehmend durch andere Drogen ersetzt. In diesem Zusammenhang wird auf Weckmittel und Inhalationsmittel verwiesen (PETERSON und WETZ 1975: 28, 30; AHRENS 1985: 275), doch noch häufiger ist von Heroin die Rede: Es sei mittlerweile für viele Jugendliche zur Einstiegsdroge geworden. Man findet diese Behauptung in den Massenmedien, Aufklärungsbroschüren und in populär- und allgemeinwissenschaftlichen Darstellungen (CARLHOFF 1980: 16, KAHL 1980: 192, THAMM 1980: 159, LANDESKRIMINALAMT BADEN-WÜRTTEMBERG 1981: 51, HECKMANN 1982: 171, DITZEL und KOVAR 1983: 11, SICKINGER und WÖBCKE 1983: 175, Drogen-Report

Nr. 5, 1987: 15, KORN BRODT 1988). Dramatisiert wird der vermeintliche Trend hin zu Heroin überdies in neuester Zeit durch Zeitungsmeldungen, nach denen Drogendealer in zunehmendem Maße dazu übergehen würden, Heroin kostenlos an Nichtkonsumenten zu verschenken. Das alte und in der Vergangenheit wiederholt widerlegte Stereotyp vom Dealer, der unschuldige Jugendliche verführt, wird einmal mehr aktiviert⁽¹⁾.

Auffällig an der neueren Diskussion ist, wie sehr die Entwicklung hin zum Heroin als etwas völlig „Neuartiges“ dargestellt und mit den scheinbar besseren Verhältnissen aus früherer Zeit kontrastiert wird: „Vor zehn Jahren begann der Leidensweg Rauschgiftabhängiger mit dem Griff zur Haschischpfeife, später griffen sie dann zu härteren Drogen“, heißt es in einem neueren Bericht. „Heute sieht der Einstieg häufig so aus: Heroin wird gespritzt...“ (Kölner Stadt-Anzeiger vom 24./25. 10. 1987, S. 12). Doch in der *gleichen* Zeitung wurde bereits vor etwas mehr als 10 Jahren in identischer Weise argumentiert und derselbe Trend als „neue“ Entwicklung bezeichnet (Kölner Stadt-Anzeiger vom 14. 7. 1976). Und dabei handelt es sich keineswegs um eine Ausnahme: Andere Zeitungen aus dieser Zeit berichten mit ähnlichem Tenor (vgl. z. B. Westfälische Nachrichten 5./6. 3. 1977). Ist der vermeintlich neue Wandel womöglich einer, der realiter schon früher eingesetzt hat und sich nur verstärkt hat und vermehrt in das Bewußtsein rückt? Oder wird hier ein Argumentationsmuster vorgebracht, das Abweichung per se dramatisiert, ungeachtet der realen Entwicklungen? Es ähnelt zumindest in starkem Maße einem von Geoffrey Pearson (1983) für England beschriebenen Muster öffentlicher Problematisierung, nach dem – dargestellt am Beispiel der Gewaltkriminalität – abweichendes Verhalten in Abständen immer wieder als soziales Phänomen neu „entdeckt“ wird. Nur läge der Unterschied bei uns darin, daß beim Drogenphänomen die Zeitabstände weitaus geringer sind als die von Pearson beschriebenen. Dies hieße: Die Neigung, „neue“, dramatische Trends zu entdecken, könnte in der Drogendiskussion stärker als bei anderen Phänomenen gesellschaftlicher Abweichung ausgeprägt sein.

Für viele Autoren ist die von ihnen unterstellte gestiegene Bedeutung von Heroin „plausibel“ und eine fast schon zwangsläufige Entwicklung: sie reflektiere das gewandelte Konsumentenpotential, sei Abbild einer Verschiebung hin zu Personen, die in besonders massiver Weise durch Probleme belastet sind. Die Pharmakologie des Mittels mit ihren spezifischen Wirkungen korrespondiert aus dieser Sicht gewissermaßen mit den Konsumbedürfnissen: wer am schwersten gestört ist, greift bevorzugt zu den wirksameren – und zugleich gefährlicheren – Mitteln (siehe entsprechende Deutungen z. B. bei KINDERMANN und SCHNEIDER 1982: 123). Die traditionelle Vorstellung einer direkten Korrespondenz zwischen Art der gewählten Droge und der Persönlichkeitsstruktur und deren Bedürfnisse (siehe z. B. GABRIEL 1963: 34, REDLICH und FREEDMAN 1976: 1006, KHANTZIAN 1980: 21, AUSUBEL 1980: 11) findet sich in abgewandelter Form hier wieder.

Im folgenden wollen wir untersuchen, inwieweit die Annahme von veränderten Einstiegsmodellen berechtigt ist und darüber hinausgehend prüfen, wie sehr Einstiegsdrogen und Drogensequenzen einer Variation unterliegen. Dazu ziehen wir die verfügbaren empirischen Befunde aus verschiedenen Untersuchungen heran, stützen uns im wesentlichen jedoch auf eine eigene Analyse von Umfragen, die unter Hamburger Schülern und Jugendlichen seit Beginn der 70er Jahre durchgeführt worden sind. Besonders die frühen Untersuchungen aus dieser Serie aus der ersten Hälfte der 70er Jahre – es handelt sich um repräsentative Erhebungen der Schülerschaft auf der Basis schriftlicher anonymer Befragungen in Klassensituation – bieten wie keine andere derzeit verfügbare Umfrage die Möglichkeit einer vertiefenden Analyse. Nicht nur, daß es sich bei diesen Untersuchungen mit einer Zahl von Befragten zwischen rund 5000 und 5500 um recht umfangreiche Erhebungen handelt, die sowohl einzeln als auch kumuliert differenzierte Analysen erlauben. Noch wichtiger ist, daß seit dieser Zeit die Frage der Drogensequenzen in *keiner* der

repräsentativen Umfragen zum Drogenkonsum wieder aufgegriffen worden ist. Weder wurde erfaßt, mit welcher Erstdroge begonnen wurde, noch welche anderen Drogen darauf folgten(2). Ergänzend ziehen wir zwei Infratest-Umfragen aus den 80er Jahren mit heran, die zwar zur Frage der Einstiegsdrogen und Drogensequenzen keine direkten Informationen enthalten, aber indirekte Schlüsse erlauben.

2. „Einstiegsdrogen“

2.1 Konstanz und Wandel in der „Einstiegsdroge“

In den meisten Fällen gründen sich die Aussagen in der Literatur über eine Umstrukturierung der Einstiegsdrogen auf keine empirischen Belege. Und wo auf solche rekurriert wird, erweisen diese sich als mangelhaft. Fehlerhafte Berechnungen sind vermutlich der entscheidende Grund für die atypisch niedrigen Werte für Haschisch als Einstiegsdroge in den Untersuchungen von Peterson und Wetz für Nordrhein-Westfalen und Gostomzyk und Mitarbeitern für Rheinland-Pfalz in den 70er Jahren, als zuerst die These von den veränderten Einstiegsdrogen aufkam. Cannabis wird in beiden Studien lediglich mit Werten zwischen 63 % und 67 % genannt (GOSTOMZYK et al. 1973: 39, PETERSON und WETZ 1975: 28). Nimmt man eine erneute Berechnung vor, so lösen sich deren „Abweichungen“ gegenüber den früheren und sonstigen Studien aus dieser Zeit auf: in einer Sekundäranalyse der Studie von Peterson und Wetz (Zentralarchiv Studie Nr. 873) kommen wir für Cannabis als Erstdroge auf einen Anteil von 83 % statt 63 %! In der Studie von Gostomzyk und Mitarbeitern kommen wir bei erneuter Prüfung unter Zugrundelegung der in den Tabellen ausgewiesenen Zahlen auf einen Wert von 77 % für Cannabis als Erstdroge (berechnet aus GOSTOMZYK et al. 1973: 39).

Manche Autoren sind auch geneigt, ihre Aussagen über neue Trends auf Untergliederungen nach dem Alter der Befragten und die beobachteten Unterschiede in der verwendeten Drogenart zu stützen (so z. B. PETERSON und WETZ 1975). Dabei wird übersehen, daß sich aus derartigen Daten prinzipiell keine Aussagen über Trends folgern lassen: Das Alter der Befragten sagt über den Zeitpunkt des ersten Konsums nichts aus. Denn nicht alle Konsumenten beginnen den Konsum auch im selben Alter. So mögen die älteren Konsumenten sowohl in jüngeren als auch älteren Jahren zum Konsum gekommen sein. Generations- und altersspezifische Faktoren gehen eine Kombination miteinander ein(3). Aussagen über Trends lassen sich am besten über Wiederholungsuntersuchungen innerhalb der gleichen Region und Population (nicht notwendigerweise der gleichen Befragten) begründen oder durch Rückerinnerungsfragen, die eine direkte Zuordnung zum Jahr des Erstkonsums erlauben. Kombiniert man Wiederholungsbefragungen mit Rückerinnerungsfragen, so läßt sich die Ausgangsbasis noch weiter verbessern: nicht nur, daß man die Fallzahl für die einzelnen „Einstiegskohorten“ erhöht, man ist auch in der Lage, einen breiten Zeitraum abzudecken. Für die Hamburger Schülerbefragungen können wir eine derartige Analyse vornehmen, für die neuere Zeit müssen wir auf Schätzungen zurückgreifen, die wir auf der Basis der Befragten vornehmen, die bislang nur eine Droge genommen haben(4).

Setzt man die so ermittelten Daten miteinander in Beziehung, so zeigt sich (siehe *Tabelle 1*): In Hamburg stellten vor dem Jahre 1968 häufiger Weckmittel als Cannabis die erste Rauschdroge dar. Dieser Befund entspricht den früher zitierten Berichten der 50er und 60er Jahre, in denen das Rauschmittelproblem im wesentlichen mit dem Gebrauch von Weckmitteln assoziiert wird (vgl. u. a. LÖS 1951, MASUCH 1958/59, KREUZER et al. 1975: 83). Das Rauschmittelphänomen ist daher – makrosoziologisch gesehen – nicht neu (wenn auch in der Prävalenz die Werte durchweg niedriger liegen als später). Die Weckmittel verlieren als Erstdroge in der zweiten Hälfte der 60er Jahre schnell zugunsten von

Tabelle 1: Erstdroge nach Jahr des Erstkonsums (in Prozent)

Erstdroge	Bis 1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	einschl. 1982**	einschl. 1987**
Cannabis	38	58	78	84	82	81	82	86	86	84	76
Weckmittel	52	41	20	13	15	13	15	12	12	9	16
Halluzinogene	–	1	*	1	1	3	2	1	1	–	–
Schlaf- und Beruhigungsmittel	7	–	*	1	1	1	1	–	–	1	2
Inhalationsmittel	3	–	*	–	1	–	–	–	1	8	6
Opiate	–	–	1	1	1	2	1	–	–	–	–
(N=)	100 (29)	100 (74)	100 (290)	100 (747)	100 (431)	100 (271)	100 (164)	100 (201)	100 (78)	100 (67)	100 (49)

* Weniger als 0.5 %

** In Ermangelung von Fragen zur Erstdroge in den neueren Erhebungen nehmen wir die Personen zum Maßstab, die bislang nur eine Drogenart genommen haben.

Basis: Jugendliche in Hamburg. Für die Zeit bis 1975: Kumulierte Stichprobe, bestehend aus den Schülerbefragungen der Jahre 1971, 1973 und 1975. Für die Zeit einschl. 1982 dient die Infratest-Befragung von 1982 als Grundlage (Infratest 1982: 278, 280). Die Daten für die Zeit bis einschl. 1987, basierend auf der Infratest-Erhebung unter Jugendlichen von 1987, wurden freundlicherweise von Prof. H. Renn (Universität Hamburg) zur Verfügung gestellt. Kategorisierung der Substanzen 1987 durch den Verfasser, 1982 durch Infratest (im Tabellenband nicht näher spezifiziert).

Cannabis (meist in Form von Haschisch) an Bedeutung. Dieses hat sich um ca. 1970 endgültig durchgesetzt. Von diesem Zeitpunkt an zeigt sich eine Stabilität, die bis in die Gegenwart andauert: Cannabis wird durchschnittlich zu über 80 % als erste Droge benutzt, gefolgt von Weckmitteln mit einer konstanten Quote um 13 %.

Hinweise auf eine Zunahme von Weckmitteln, Barbituraten oder Inhalationsmitteln lassen sich nicht finden. Dies gilt auch dann, wenn wir den Zeitraum bis in die 80er Jahre hinaus verfolgen: Der Anteil der Weckmittel wird in dieser Zeit eher noch etwas geringer, auf keinen Fall größer, Inhalationsmittel werden etwas stärker ausgewiesen, doch hat das wohl im vorliegenden Fall stärker *methodische* als substantielle Gründe: In den frühen Schülerumfragen wurde im Rahmen einer offenen Frage nach den verwendeten Substanzen gefragt und lediglich einige ausgewählte Mittel wurden als Beispiel in der Frage angeführt. In der 1982er und 1987er Infratest-Erhebung unter Jugendlichen sind Schnüffelfstoffe detailliert ausgewiesen. Jede einzelne Substanz mußte danach eingestuft werden, ob sie jemals verwendet wurde. Ein derartiges Vorgehen muß besonders bei Drogen, die nicht mehr so bewußt sind und vielleicht nur in früher Jugend ausprobiert wurden, zu häufigeren Nennungen führen (siehe REUBAND 1988b). Von einer Umstrukturierung im Erstgebrauch von Rauschmitteln kann nicht gesprochen werden. Und schon gar nicht läßt sich der vielzitierte vermehrte Einstieg in den Opiat- bzw. Heroingebruch feststellen. Opiate werden als Einstiegsdroge zu weniger als 1 % genannt.

Nun könnte man unseren Befunden entgegenhalten, Schüler- oder Jugendbefragungen würden das Bild tatsächlichen Wandels unzureichend abbilden. Man könnte argumentieren, daß direkte Einsteiger in den Heroingebruch schneller abhängig werden als andere und – weil einem unsteteren Lebensstil folgend – darum auch aus den Repräsentativumfragen herausfallen. Sie würden von Interviewern nicht erreicht oder die Befragung verweigern. Wäre dies der Fall, so müßte sich im Zeitvergleich die Umstrukturierung der Erstdroge zumindest unter Fixern, welche die Drogenkarriere in all ihren Stufen durchlaufen haben, nachweisen lassen.

Untersuchungen, die dazu Daten bieten, bringen für diese Annahme jedoch keine Bestätigung. Die Werte für Opiate als Erstdrogen liegen zwar unter Fixern im Vergleich zu den

Konsumenten in repräsentativen Umfragen etwas höher – meist zwischen 4 % und 10 % (vgl. u. a. KREUZER et al. 1981: 161; LUTTERJOHANN 1981: 6; DROGENHILFE TUBINGEN 1987: 9) –, doch kann ein grundlegend anderes Muster des Einstiegs und entsprechenden Verschiebungen nicht festgestellt werden. Die Angaben neuerer Untersuchungen stimmen mit den aus früheren Zeiten weitgehend überein. Vor allem aber zeigen auch Trenduntersuchungen von Klienten der *gleichen* Einrichtungen, mithin gleichem Einzugsgebiet und Konsumentenpotential, wie Fixer in Jugendstrafanstalten (BERGER et al. 1980: 50) oder Therapieeinrichtungen (Drogenhilfe Tübingen 1985: 14, 1987: 9) keinen vermehrten Einstieg über Opiate. Wenn sich ein Wandel ereignet hat, dann allenfalls *interner* Art: in der Art des gewählten Opiats. Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre gab es Heroin auf dem deutschen Drogenmarkt nur selten. Erst im Verlauf der 70er Jahre wurde das Heroin vermehrt angeboten, bis es schließlich den Hauptteil der benutzten Opiate stellte (REUBAND 1979: 89).

2.2 Opiate als Erstdroge – Bedingungen des Gebrauchs

Das Ergebnis konstant niedrigen Opiatgebrauchs ist bemerkenswert – schließlich gehört die These vom Einstieg direkt über Heroin fast schon zu den Selbstverständlichkeiten der Diskussion über neue Trends im Drogengebrauch. Wie ist diese Diskrepanz zwischen Aussage und Realität möglich? Die erste Möglichkeit der Erklärung liegt in einer selektiven Perzeption auf seiten der Therapeuten und Instanzen, die mit Drogenabhängigen in Kontakt kommen. Gerade aus diesem Kreis wurde der direkte Einstieg in den Heroingebrauch als neue Entwicklung immer wieder beschworen. Der Eindruck mag bei ihnen primär durch die absolute Zahl der kennengelernten Drogenabhängigen bestimmt sein: Je mehr bekannt werden, desto mehr Personen zählen auch dazu, die direkt mit Heroin begannen. *Relativ* gesehen zur Gesamtzahl aller auffälligen Fixer muß sich der Anteil nicht verändert haben.

Die zweite mögliche Ursache könnte in einer Täuschung durch Prozesse differentieller Rekrutierung liegen, einer unterschiedlich intensiv durchgeführten Anamnese und unzureichenden Auswertung des Materials. So ist auffällig, daß in Berlin in den 70er Jahren in Therapieeinrichtungen die Quote von Fixern mit Heroin als Erstdroge zwischen 5 % und 20 % schwankt (GÄRTNER 1975: 33, MIDDENDORF et al. 1977: 171, BRÖMER et al. 1977: 284) – und dies, obwohl es sich um Fixer in etwa der gleichen Generation und am gleichen Ort handelt. In einer vielgerühmten Aktenuntersuchung von Fixern, die in verschiedenen Einrichtungen – vor allem der Polizei registriert sind, kommen Horst SKARABIS und B. M. BECKER für Berlin gar auf einen Anteil von 35 %, die ohne Einstieg über eine „weiche“ Droge direkt zum Heroin gelangen (SKARABIS und BECKER 1979: 9, SKARABIS 1980: 25).

Das Problem liegt in diesem Falle (wie auch bei vielen anderen) in der Qualität und Detailliertheit der Aktenführung der jeweiligen Institutionen einerseits und der Verschlüsselung durch die Forscher andererseits. Polizeidienststellen, die in der Skarabis-Untersuchung einen Großteil der Daten stellen, erfassen normalerweise die Drogenbiographie unvollständig und selektiv. Gerade die Frage des Erstgebrauchs illegaler Drogen interessiert sie wenig. Wenn es dort überhaupt zu einer Klassifikation nach Einstiegsdroge kommt und Aussagen dazu getroffen werden, wird – wo Angaben der Befragten zur Einstiegsdroge fehlen – gelegentlich auch mal die Tatsache einer vorherigen polizeilichen Auffälligkeit als Cannabiskonsument als Kriterium genommen(5).

Womöglich wird in der Untersuchung von Skarabis und Becker bei vielen Konsumenten allein deshalb ein Einstieg mit harten Drogen errechnet, weil Angaben zum Beginn des Alkohol- bzw. des Konsums illegaler „weicher“ Drogen in den Akten fehlten!(6) Daß im schließlich veröffentlichten Endbericht (SKARABIS und PATZAK 1981) die Zahlen zur

Erstdroge nicht mehr aufgeführt und diskutiert werden, mag eine breite Diffusion der Angaben über Heroin als Erstdroge verhindert haben. Ohne Auswirkungen jedoch werden die frühen Berichte nicht gewesen sein, zirkulieren sie doch in den Kreisen der mit Drogenkonsum befaßten Experten, bevor der Endbericht erschien (7). So drängt sich denn, nach Abwägung der verschiedenen Datenquellen und Befunde, die Schlußfolgerung auf, daß die These von Opiaten als vermehrter Erstdroge nichts anderes als ein Mythos ist – einer, dem vermutlich auch deshalb so besonders gehuldet und voreilig geglaubt wird, weil er die Dramatik der Entwicklung des Drogengebrauchs so sinnfällig macht. Vage Impressionen werden wie so oft in der Drogenliteratur generalisiert und durch permanente Wiederholung zu vermeintlich gesichertem Wissen.

Daß Heroin in der Bundesrepublik entgegen den üblichen Vermutungen für die wenigsten die Erstdroge darstellt, ist kein Zufall und hat etwas mit der Wahrnehmung und Erreichbarkeit dieser Droge zu tun. Im Vergleich zu Cannabis gelten Opiate – und dort besonders Heroin – als „gefährlich“. Körperliche und seelische Folgeschäden und Suchtgefahr werden damit assoziiert. In der Hamburger Befragung von 1982 unter Jugendlichen z. B. wurde auf einer 6er Skala (1 = macht gar nicht abhängig oder süchtig, 6 = macht sehr abhängig oder süchtig) z. B. Haschisch mit dem Wert 4.5 eingestuft, Heroin mit 5.9 (Infratest 1982: 96f.). Umfragen aus der Zeit Anfang der 70er Jahre erbringen ähnliche Rangfolgen (vgl. BEHRENDT 1971: Tab. 22, SCHENK 1974: 54). Und das Image von Heroin hat sich seit dem Höhepunkt der Drogenwelle um 1971 eher noch verschlechtert: Die Attraktivität des Heroins für die bisherigen Nichtkonsumenten ist, gemessen an entsprechenden Angaben zur Konsumbereitschaft und Bewertung, geringer als jemals zuvor (Bayerisches Staatsministerium des Innern und Staatsministeriums für Arbeit und Soziales o. J.: 115, REUBAND 1988a: 36f.).

Die unbedeutende Rolle der Opiate als Erstdroge ist nicht auf die Bundesrepublik beschränkt. Auch in anderen westlichen Industrienationen – mit z. T. weitaus größerer Verbreitung illegaler Drogen und von Heroinabhängigkeit – stellt das Heroin nicht die übliche Erstdroge dar (vgl. REEVES 1972: 5, CROWTHER 1974: 256, PLANT 1975: 142, O'DONNELL et al. 1976: 102, HIBBELL 1982: 19, DOBINSON und WARD 1985: 36). Allerdings ist dies keine Naturnotwendigkeit: Die Situation sieht grundlegend anders aus in Hongkong und vermutlich einigen anderen Gegenden mit chinesischer Bevölkerung. Hongkong hat nach den bisherigen Schätzungen die größte Verbreitung des Opiatkonsums (zumeist in Form von Heroin). 6–10 % der männlichen Bevölkerung gelten in Schätzungen aus den 70er Jahren als abhängig (SINGER 1974: 259). Diese hohe Prävalenz hat mehrere Gründe: Opium ist seit Beginn des 19. Jahrhunderts eine in China weitverbreitete Droge, eingebunden in bestimmte Rituale und mit z. T. positiven Assoziationen besetzt. Mit seinen Wirkungsqualitäten entsprach es nach Ansicht verschiedener Autoren den dominanten Wertorientierungen der chinesischen Kultur mit der Betonung passiver und konfliktfreier Bewältigung des Alltags (BERINGER 1948: 288, SINGER 1974: 262ff.). In Hongkong wurde praktisch erst seit Ende der 50er Jahre versucht, den Konsum einzudämmen und strafrechtlich zu ahnden.

Die lange Zeit vorherrschende Tolerierung des Opiumgebrauchs führen manche Autoren neben dem Fehlen des Haschischs als Droge nicht zuletzt auch auf die relativ wenigen negativen Auswirkungen zurück: viele Menschen hätten jahrelang Opium ohne erkennbare soziale und psychische Negativeffekte geraucht (SINGER 1974: 261). Liest man die Berichte zeitgenössischer europäischer und amerikanischer Beobachter zu Beginn dieses Jahrhunderts über China, so wird in der Tat dort ziemlich regelmäßig mit gewissem Erstaunen vermerkt, wie wenig Opiatkonsumenten durch den Konsum beeinträchtigt scheinen, wie sehr hohe Arbeitsleistung mit Opiatgebrauch einhergehen kann (siehe u. a. LAARSS 1925: 20). Der Wandel in der Einschätzung des Opiatgebrauchs setzt womöglich

erst mit dem Wandel des Konsummusters innerhalb der letzten Jahrzehnte – vom Opium zum Heroin und vom Rauchen zur Injektion – ein. Injektionen bewirken eine schnellere Resorption des Mittels in der Blutbahn, die Möglichkeiten kontrollierter Zufuhr sind reduziert, die Gefahren des Opiums werden sichtbarer (SINGER 1974: 261).

In der Bundesrepublik wie in den meisten westlichen Industriestaaten ist dem Griff zu Heroin eine Phase vorgeschaltet, in der zunächst andere, „harmlosere“ Drogen genommen werden. Man beginnt mit Cannabis, geht dann auf die als risikoreicher geltenden Drogen über und erst dann auf Heroin. Man steigert gewissermaßen sukzessiv das Risiko, das man einzugehen bereit ist. Diese Risikosteigerung über verschiedene Arten von Drogen gibt es in Hongkong nicht. Und doch gibt es auch hier eine Phase, die als *funktional äquivalent* dazu anzusehen ist. Sie verläuft über die Art der Drogeneinnahme: Die Mehrheit beginnt zunächst, Heroin in Zigaretten zu rauchen. Die nächste Stufe besteht im intensiven Inhalieren von Heroin, kombiniert mit Barbituraten. Erst in einem letzten Schritt – den einst ohnehin nur wenige der Abhängigen vollzogen – kommt es zum injektiven Gebrauch. Unter den inhaftierten Drogenabhängigen der frühen 70er Jahre liegt dieser Anteil nicht höher als 9 % (errechnet nach GARNER 1976: Tab. 13). Der Übergang zur nächsthöheren Stufe der Drogenverwendung scheint jeweils durch ökonomische Ressourcen und den Grad der Abhängigkeit bedingt zu sein: Je weniger Geld man hat, desto weniger kann man sich das im Verhältnis zur Injektion ungünstige Preis-Leistungs-Verhältnis erlauben. Je größer die Abhängigkeit, desto stärker der Bedarf nach einer höheren, schnell wirkenden Droge (vgl. GARNER 1968: 3).

Direkter Einstieg in den Heroingebruch als eine Form abweichenden Verhaltens⁽⁸⁾, so scheint das Beispiel Hongkongs anzudeuten, hat nur dort die Chance großer Verbreitung, wo 1. als harmloser geltende Drogen wie Cannabis weder erhältlich sind noch einen besonders hohen Imagewert haben, 2. die aus dem Heroinkonsum resultierenden Schäden selten wahrgenommen werden, 3. Heroin in einer Einnahmeform verwendet wird, die als relativ problemlos gilt. Unter diesen Umständen kann man sich dem Glauben hingeben, den Konsum unter eigener Kontrolle zu haben und jederzeit wieder aufhören zu können. Alle drei Bedingungen liegen für die Bundesrepublik bislang nicht vor. Sollte allerdings in der Bundesrepublik der teilweise beobachtete Trend hin zum „sniefen“ oder Rauchen von Heroin zunehmen und den injektiven Gebrauch verdrängen (vgl. REUBAND 1988a: 58f.), so wäre nicht auszuschließen, daß langfristig irgendwann auch einmal der Anteil derer steigt, die direkt mit Heroin ihre Drogenkarriere beginnen.

3. Soziokulturelle Determinanten von Drogensequenzen

3.1 Einstiegsdrogen und Drogensequenzen

Die Droge, mit der man in den illegalen Drogenkonsum „einsteigt“, konstituiert die Basis, von der aus sich die weitere Drogenkarriere entfaltet. Wie sehr bestimmt nun diese den weiteren Drogenverlauf? Inwieweit gibt es feste Sequenzen, die vom „leichteren“ hin zu „schwereren“ Drogen führen? In der Vergangenheit hat es nicht an Versuchen gefehlt, spezifische Drogensequenzen zu bestimmen und darauf aufbauend ein Karrieremodell des Drogengebrauchs zu entwickeln. Dieses Karrieremodell begreift die Drogenkarriere als ein mehr oder minder „natürliches“ Durchschreiten bestimmter Drogensequenzen und sieht den Konsum spezifischer Drogen durch die Art des vorherigen Drogengebrauchs vorprogrammiert. Gesprochen wird von der schon „klassischerweise immer wieder beobachteten Reihenfolge Haschisch, LSD, Weckmittel, Opiate mit Übergang auf das ‚harte‘ Gebrauchsmuster des Spritzens“ (so z. B. TÄSCHNER 1981: 40).

Welches die Gründe für das Durchschreiten der jeweiligen Sequenzen sind, bleibt in der Regel undiskutiert. Implizit steht bei vielen Autoren der Gedanke Pate, es gäbe hier so etwas wie eine Steigerung gemäß dem Bedürfnis nach Betäubung unangenehmer Realität

und der pharmakologischen Qualität der Drogen. Wenn Haschisch nicht die darauf gerichteten Erwartungen erfülle, sei der Umstieg auf wirksamere Drogen vorprogrammiert (vgl. z. B. SCHENK 1975: 180 f. m. w. N., FRANKE 1980: 5). Als wirksamere Drogen gelten primär die pharmakologisch „härteren“ Mittel – Drogen mit höherem körperlichen Abhängigkeitspotential: Weckmittel als mildere Version, Heroin mit schnell einsetzender Abhängigkeit als extremere Version. LSD fällt, weil es körperlich nicht abhängig macht, aus diesem Rahmen heraus. Weil es mehr jedoch als Haschisch das innerpsychische Erleben beeinflusst und Halluzinationen hervorruft, wird es gewöhnlich ebenfalls als eine im Vergleich zu Haschisch ‚härtere‘ Droge verstanden. Man entfernt sich im LSD-Rausch stärker aus der Wirklichkeit.

In den Untersuchungen, die sich der Frage der Drogensequenzen zuwenden, sind in der Vergangenheit zwei Strategien eingeschlagen worden: in einem Falle geht man von den Personen aus, welche die Drogensequenz voll durchlaufen haben, und bestimmt über sie retrospektiv die einzelnen Schritte. Die Personen, die nicht das Endstadium der Karriere erreicht haben, werden in diesem Zusammenhang ausgeklammert (siehe z. B. WANKE 1971, KREUZER 1975, BERGER et al. 1980). Der andere Weg geht von einem Querschnitt Jugendlicher aus und bestimmt Drogensequenzen mittels der Guttman-Analyse als spezifisches Skalierungsverfahren. Charakteristikum der Guttman-Skalierung ist, daß darüber die hierarchische Anordnung von Merkmalen bestimmt und erfaßt werden kann, inwieweit dem Vorliegen des einen Merkmals das Vorliegen der anderen vorausgeht (siehe u. a. MOSER und KALTON 1971). Die Wahl eines Querschnitts Jugendlicher erfolgt aus der Überlegung heraus, durch Einschluß von Nichtkonsumenten den Weg in den illegalen Drogengebrauch besser bestimmen zu können. Dabei geht es den Autoren, die dieses Verfahren anwenden, besonders um den Zusammenhang zwischen legalen und illegalen Drogen. Entsprechend werden alkoholische Getränke und Tabakgenuß in die Analyse mit eingeschlossen (vgl. SINGLE et al. 1974, KANDEL und FAUST 1975, GOULD et al. 1977, GOVE et al. 1979, DEMBO et al. 1979, ADLER und KANDEL 1981, DONOVAN und JESSOR 1983).

Beide Strategien haben ihre Probleme. Im ersten Falle werden nur die Personen betrachtet, die ihre Drogenkarriere bis in die extremen Formen des Drogengebrauchs vorangetrieben haben. Sie aber stellen nur einen Ausschnitt aller Konsumenten dar. Die Wege, die bei Wahl anderer Drogen gegangen werden, werden nicht notwendigerweise sichtbar. Womöglich gibt es hier ganz andere Sequenzen und das Endstadium injektiven Gebrauchs wird niemals erreicht. In dem anderen Falle der Sequenzanalyse mit Hilfe der Guttman-Skalierung wird der durchschnittliche Weg in den Drogengebrauch bestimmt. Das Ausmaß an Übereinstimmung von Realität und Modell wird jedoch durch die Einbeziehung der Nichtkonsumenten sowie Konsumenten der legalen Drogen (wie Alkohol und Tabak) künstlich überhöht: bei der Guttman-Skalierung wird es immer dann methodisch kritisch, wenn einzelne Items sehr schief verteilt sind, wenn nur wenige Items in die Skala eingehen oder zwischen den Extremen liegen und wenn Brüche in der Verteilung zwischen Items bestehen (MOSER und KALTON 1971: 370, ABRAHAMSON 1983: 158). Nicht nur der Reproduktions-, sondern auch der Skalierbarkeitskoeffizient, der eigentlich Unterschiede in der Randverteilung berücksichtigen sollte, wird davon berührt (ROBINSON 1973: 260).

Genau diese Problematik trifft für die Daten zum legalen und illegalen Drogengebrauch üblicherweise zu: Die Items sind in der Regel schief verteilt – die legalen Drogen bilden das eine Ende, die illegalen das andere. Fehleinstufungen bei den *illegalen* Drogen wirken sich unter diesen Umständen nicht nennenswert auf die Gesamtfehlerquote aus. Die Untersuchungen, die nicht die illegalen *und* legalen Drogen auswählen, sondern sich auf die illegalen beschränken, erbringen bei der Guttman-Skalierung tatsächlich Hinweise für Fehleinschätzungen: Die Drogensequenzen unter den Konsumenten erreichen nicht die in der Analyse geforderten Kriterien (siehe LOISELLE und WHITEHEAD 1971: 353). Eigene

Analysen auf der Basis unserer Daten deuten in die gleiche Richtung. So haben wir in unserer eigenen Untersuchung unter Hamburger Schülern eine Guttman-Analyse mit den verschiedenen illegalen Drogen auf der einen Seite und dem Alkohol- und Tabakgebrauch auf der anderen vorgenommen (9). Während bei Einschluß der legalen Drogen der Reproduktions- und Skalierbarkeitskoeffizient die geläufigen Kriterien erfüllt, gilt dies unter den Konsumenten nicht für die illegalen Drogen (Cannabis, Halluzinogene, Weckmittel bzw. Schlaf- und Beruhigungsmittel, Opiate). Der Reproduktionskoeffizient liegt unter Drogenkonsumenten bei der Beschränkung auf die illegale Drogensequenz mit .92 zwar noch knapp über dem geforderten Wert von .90, der Skalierbarkeitskoeffizient bleibt mit .48 jedoch *unterhalb* des Kriteriumswertes von .60 (10).

3.2 „Atypische Einstiegsdrogen“

Daß Cannabis nicht notwendigerweise die Erstdroge darstellen muß, ergab bereits unsere Analyse des historischen Wandels. Danach wurde Cannabis erst gegen Ende der 60er Jahre zu der Substanz, mit der man die illegale Drogenkarriere beginnt. Es kann – wie amerikanische Untersuchungen deutlich machen – zudem regionale und gruppenspezifische Sequenzen geben (BALL et al. 1970). Auch in den USA ist Cannabis keine „notwendige“ Stufe im Übergang auf andere illegale Drogen, wie vielfach (z. B. bei YAMAGUCHI und KANDEL 1984: 677) vermutet. Ob es als erste Droge genommen wird oder nicht, ob es „härteren Mitteln“ wie Weckmitteln vorangeht oder folgt, ist vielmehr historisch und kulturell mitgeprägt. Schließlich kann man ebenso die legalen Drogen – wie Zigaretten – als notwendige Stufe in den illegalen Drogengebrauch hinein verstehen. In dem Maße, wie der Zigarettengebrauch an Attraktivität verliert, mag der Einstieg in die illegale Drogenkarriere anders verlaufen. So mutet es denn geradezu paradox an, wenn im Gefolge steigenden Gesundheitsbewußtseins zusehends auf Tabak verzichtet wird, Marihuana aber sehr wohl genommen wird mit dem Effekt, daß – wie eine Studie in Berkeley, Californien, der Fall – an manchen Orten mehr Jugendliche jemals Marihuana als Tabak verwendeten (BAUMRIND 1985: 43).

Doch lassen wir einmal die historisch möglichen Variationsbreiten beiseite und betrachten die Drogensequenzen in Zeiten, in denen sich spezifische Muster als üblich herauskristallisiert haben. Wie kann es dazu kommen, daß selbst noch in der Zeit, in der sich Cannabis als Erstdroge längst endgültig durchgesetzt hat, ein Teil der Konsumenten – in geradezu atypischer Weise – mit den pharmakologisch härteren Mitteln beginnt? Versprechen sie sich, wie psychodynamische Erklärungen nahelegen würden, eine besonders intensive Wirkung und sind bereit, darüber auch größere Risiken in Kauf zu nehmen? Vielleicht liegt der Schlüssel in der Wahrnehmung der jeweiligen Substanz. Entscheidend für das Handeln ist allgemein nicht die objektive, sondern die subjektive Gefährlichkeit der Droge. Realität, so hatte schon William Thomas (1965) deutlich gemacht, wirkt subjektiv auf den einzelnen über die *Definition* der Realität ein. Wenn eine Sache als real definiert wird, dann ist sie auch für den Betroffenen real. Da Weckmittel vielfach im Vergleich zu Cannabis als ungefährlicher definiert werden (SCHENK 1974: 54), ist es denkbar, daß ein gewisser Prozentsatz der Jugendlichen mit dieser pharmakologisch „härteren“ Drogenart beginnt. Nicht weil sie diese als risikobehafteter als Cannabis ansehen, greifen sie zu ihnen, sondern weil sie sie als weniger problematisch einschätzen.

Welche Gründe auch immer man für den ersten Griff zu Weckmitteln aufführen mag – ein Griff zur Droge aus dem Glauben heraus, ein besonders risikoarmes Mittel zu nehmen oder aufgrund eines zufälligen Angebots (11) –, für Autoren, die gewohnt sind, in festen Drogensequenzen zu denken und diese als quasi natürliche Abfolge sehen, bedeutet es ein Überspringen einer Stufe in der Drogenkarriere. Wer gleich zu Weckmitteln greift, hat sich für eine „härtere“ Droge entschieden – gleichgültig, ob ihm das zunächst bewußt ist oder

nicht. Gemäß der Logik fester Drogensequenzen müßte er schneller in das Endstadium kommen. Manches spricht auf den ersten Blick für diese These der Akzeleration: so haben Fixer nach einer Reihe verschiedener Untersuchungen häufiger mit Weckmitteln begonnen als es aus Untersuchungen unter Konsumenten allgemein bekannt ist (WANKE 1971: 45, HAUSNER 1972: 16, WENDIGGENSEN 1972: 29, KREUZER 1975: 78). Zugleich zeigen Schülerumfragen, daß beim Einstieg mit Weckmitteln die Umsteigewahrscheinlichkeit auf andere Drogen höher ausfällt als bei Cannabis als Erstdroge (BERGIUS 1972: 19).

Wer diese beiden Befunde als Bestätigung der pharmakologisch geprägten Interpretation für Drogensequenzen ansieht, urteilt vorschnell. Er übersieht die historische Determination der Einstiegsdrogen, wie wir sie an früherer Stelle beschrieben haben. Die Tatsache, daß Fixer überproportional stark mit Weckmitteln ihre Karriere begannen, mag nichts anderes als Reflex einer spezifischen generationseigenen Erfahrung sein: In ihrer Erstdroge mag sich lediglich die zum Zeitpunkt des ersten Drogenbeginns vorherrschende Rauschmittelart widerspiegeln. Man kann dies unter Rückgriff auf die Fixeruntersuchungen von Paul Wendiggensen (1972) und Arthur Kreuzer (1975) belegen. Sie sind die einzigen, die eine Untergliederung nach Jahr des Beginns in der Publikation erlauben. Für unsere Zwecke sind sie überdies von großer Bedeutung, weil sie sich auf das gleiche lokale Sozialsystem wie unsere Schüler-Untersuchung – die Stadt Hamburg – stützen.

In der Ausgangsbasis stimmen die beiden Studien mit den Befunden anderer Untersuchungen überein: sie zeigen, daß die erfaßten Fixer im Vergleich zu Konsumenten „weicher“ Drogen häufiger mit Weckmitteln begonnen haben. Untergliedert nach dem Jahr des ersten Rauschmittelkonsums werden jedoch zeitspezifische Unterschiede deutlich: Bis 1964 spielte Cannabis keine Rolle. Es beginnt dann an Bedeutung zu gewinnen, bis es gegen Ende der 60er Jahre zur häufigsten Einstiegsdroge wird (vgl. WENDIGGENSEN 1972: 33). Fixer, die vor dem Jahre 1968 mit Drogen Erfahrung sammelten, geben Cannabis nur zu 30 % als Erstdroge an, 55 % nennen Weckmittel. Ein Vergleich mit unseren Daten erbringt fast identische Werte (35 % für Cannabis und 52 % für Weckmittel). Die 1968 und später mit dem Konsum beginnenden Fixer geben demgegenüber zu 70 % Cannabis als Erstdroge und Weckmittel zu 10 % (errechnet nach KREUZER 1975: 78) an. Kollektive und nicht so sehr individuelle oder gar pharmakologische Faktoren scheinen demzufolge in entscheidendem Maße über die Drogensequenz mitzubestimmen.

3.3 Soziokulturelle Einflüsse auf die Drogenwahrnehmung

Nun gibt es neben den zitierten Fixeruntersuchungen auch Umfragen unter Jugendlichen, die in späterer Zeit entstanden – einer Zeit, in der sich Haschisch als Erstdroge weitgehend durchgesetzt hatte. Und auch sie deuten auf eine besondere Umsteigeneigung beim Erstkonsum von Weckmitteln hin (siehe BERGIUS 1972: 19). Gibt es also jenseits historisch geprägter Drogensequenzen noch solche, die pharmakologisch oder psychologisch geprägt sind? Manche Autoren sind geneigt, dies anzunehmen. Aber indem sie dies tun, übersehen sie die möglichen soziokulturellen Einflüsse: Drogen haben *innerhalb* der Drogenszene eine soziokulturelle Bedeutung und ein spezifisches Image mit entsprechender Abstufung nach Wirkungsdimension und Prestige. Diese Hierarchie setzt gewissermaßen den Bezugsrahmen des Akteurs und wird sein Handeln nicht unbeeinflusst lassen: Wer direkt den Konsum mit Weckmitteln anfängt, hat die „weichere“ Droge Haschisch übersprungen. Innerhalb der jugendlichen Drogensubkultur aber sind nicht die Weckmittel, sondern das Cannabis am weitesten verbreitet und am populärsten. Wer Cannabis übersprungen hat, der hat angesichts des Images dieser Droge eigentlich zunächst einmal den Gebrauch von Cannabis „nachzuholen“: Erst wenn er dies getan hat, hebt er sich von den jugendlichen Drogenerfahrenden nicht mehr durch eine an ihren Normen gemessene abweichende Drogenverwendung ab. Seine Abweichung ist gewissermaßen eine doppelte:

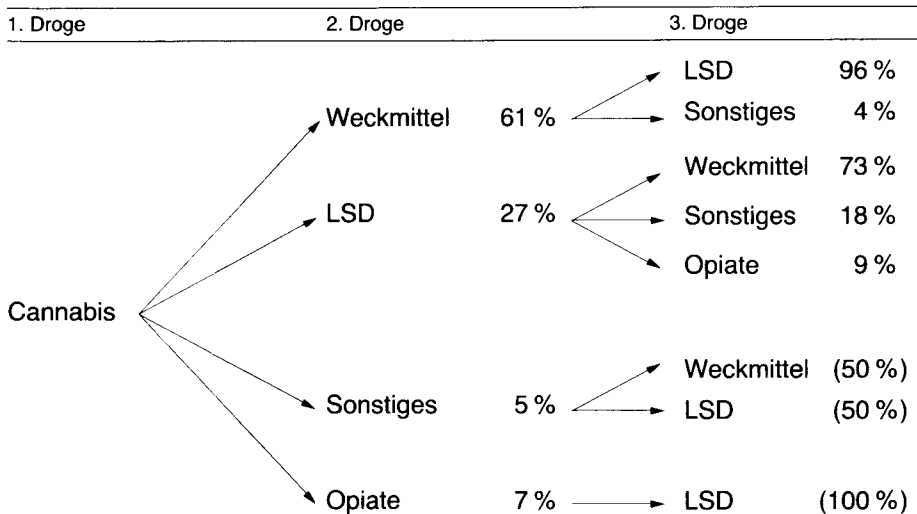
gegenüber der Gesamtgesellschaft durch den Akt des Drogengebrauchs an sich und die Abweichung in der spezifischen Art des Drogengebrauchs innerhalb des Kreises der Devianten.

Um die Übergangssequenzen von verschiedenen Erstmitteln angemessen verstehen zu können, sind aus dieser Sicht nicht so sehr die Übergangswahrscheinlichkeiten per se von Interesse, sondern die spezifischen Drogensequenzen. Wie sieht es aus dieser Perspektive mit dem Konsum der Jugendlichen aus? Wer Cannabis probiert hat, verfügt nach unseren Daten insgesamt über die geringste Übergangsquote: unter Personen mit explizitem Cannabisgebrauch sind es 31 %. Im Gegensatz dazu steigt eine Mehrheit überall dort um, wo andere Drogen den Einstieg bildeten. Im Fall von Weckmitteln sind es 52 %, im Fall von LSD 60 %. Insofern stimmen unsere Befunde zunächst einmal mit den meisten anderen deutschen Drogenuntersuchungen überein. Doch wie sieht es mit der Art der Droge aus, die als zweite genommen wird? An dieser Frage entscheidet sich, ob unsere soziale Deutung oder die pharmakologisch geprägte der Realität angemessener ist.

Das Bild, das sich bei der Analyse der Sequenzen darbietet, relativiert erheblich die „Dramatik, die dem Umstieg gewöhnlich unterstellt wird: Wer mit anderen Mitteln als Cannabis beginnt, greift zu Cannabis und nicht etwa härteren Drogen als nächstes Mittel. Rund 92 % der Konsumenten, die von Weckmitteln als Erstdroge auf eine andere Droge übergehen, wählen diese Option, nur 2 % Opiate und 6 % sonstige Drogen. Rund 83 % derer, die von Halluzinogenen auf ein anderes Mittel umsteigen, nehmen als nächstes Cannabis, nur 17 % eine andere Substanz (in diesem Falle Weckmittel). Berechnet man den Prozentsatz derer, die auf eine andere Droge als Cannabis übergehen, so kommt man bei den Weckmitteln als Ausgangsdroge auf einen Anteil von 5 %, bei den Halluzinogenen von 10 %. Das ist alles andere als ein Zeichen wachsender Verstrickung in „harten“ Drogengebrauch. Offenbar wird die Dynamik des Übergangs durch die Art der jeweils vorherrschenden „populären“ Droge geprägt: Wer – aus dem einen oder anderen Grunde – mit einer anderen als der jeweils vorherrschenden Droge begann, der empfindet einen gewissen „Nachholbedarf“ und geht in einem nächsten Schritt zunächst auf die „populäre“ Droge über. Wenn diese Logik des Drogenumstiegs für Drogensequenzen allgemein gilt, dann müßte mehr als pharmakologische Eigenheiten der soziokulturelle Stellenwert der Droge auch über den weiteren Verlauf der Drogenkarriere *nach* Übergang zu einer zweiten Drogenart bestimmen.

Betrachten wir, um die Frage der weiteren Sequenzen zu klären, jene Schüler, die mindestens drei verschiedene Drogenarten zu sich genommen haben. Um die Zahl der Befragten für detailliertere Analysen zu erhöhen, kumulieren wir die Hamburger Schülerbefragungen aus der Zeit der 70er Jahre. Weil sich eine Stabilisierung in der Art der Erstdroge erst seit 1970 vollzogen hat, beschränken wir uns auf Personen, die 1970 und später mit dem Gebrauch begannen. Wie man der *Abbildung 1* entnehmen kann, zeigt sich dann das folgende Muster: Nach Cannabis werden als zweite Droge gewöhnlich Weckmittel präferiert; weniger als ein Drittel greift zu LSD. Wer sich an dieser Stelle für Weckmittel entscheidet, optiert in einem dritten Schritt dann mehrheitlich für LSD. Wer sich hingegen für LSD als Zweिटdroge entscheidet, optiert primär für Weckmittel.

Was sich als Prozeß sukzessiver Wahl vollzieht, ist mithin kein geradliniger Prozeß, der – sobald eine Droge in der Sequenz übersprungen ist – zur nächst „härteren“ und selteneren Droge führt. Vielmehr scheint es so etwas wie ein Drogenmenü zu geben, das in der einen oder anderen Folge eingenommen worden sein muß, ehe Heroin oder andere Opiate ausprobiert werden. Drogensequenzen scheinen damit weniger aus der Pharmakologie der Mittel und ihren Zusammenhang mit innerpsychischen Umständen, sondern aus ihrem Stellenwert und ihrer Erreichbarkeit innerhalb der Drogenszene her verständlich. Es gibt keine „natürliche“ Abfolge von Drogen, es gibt nur eine, die innerhalb der Drogenszene die

Abbildung 1: Drogensequenzen nach Cannabis als Erstdroge (in Prozent)

Nennungen, die auf einer Berechnungsbasis von $N < 10$ basieren, sind eingeklammert.

Die Kategorie „Sonstiges“ umfaßt im vorliegenden Falle Schlaf- und Beruhigungsmittel, Schnüffelfstoffe und andere Mittel als Cannabis, Weckmittel, LSD und Opiate. Die Prozentuierung bezieht sich jeweils auf die Personen, welche die vorangegangene Drogenart nahmen. Beispiel: Von denen, die als erste Droge Cannabis nahmen (= 100 % gesetzt), nahmen 61 % Weckmittel als zweite Drogen. Von diesen (= 100 % gesetzt) nahmen 96 % als nächste, dritte Droge LSD und 4 % sonstige Substanzen.

Basis: Hamburger Schülerbefragungen von 1971, 1973 und 1975; Personen, die drei und mehr Drogen nahmen und 1970 und später mit dem Drogengebrauch begannen.

übliche Reihenfolge darstellt und das Muster repräsentiert, an dem individuelle Verläufe als „konform“ oder „abweichend“ zu beurteilen sind.

4. Schlußbemerkungen

Mit welcher Droge Jugendliche beginnen und welche sie als nächstes nehmen, scheint weder durch das jeweilige Drogenangebot noch durch die Pharmakologie vollständig determiniert. Mitentscheidend scheint die soziokulturelle Prägung, welche in den jeweiligen Milieus der Drogenkonsumenten mal eher die eine, mal eher die andere Substanz attraktiv werden läßt. Die pharmakologischen Eigenheiten stellen dabei allenfalls die Rahmenbedingungen dar, vor denen sich bestimmte soziokulturelle Definitionen entfalten können. Wenn es eine Art Steigerung in der Schwere der Gefährdung durch entsprechende Drogeneinnahme gibt, dann dürfte sie eher durch die Risikowahrnehmung als durch pharmakologische Eigenheiten bestimmt sein. So wie im Alltag das erfolgreiche Überschreiten der eigenen Risikoschwelle häufig Ängste reduziert und den Weg zu einer nächsten, stärkeren ebnet, so könnte auch im Fall des Drogengebrauchs ein ähnliches Muster vorherrschen. Wäre dies der Fall – und manche unserer Befunde sprechen für eine derartige Interpretation – so wäre für das Verständnis von Drogenkarrieren entscheidend, welche Erwartungen und Vorstellungen die Jugendlichen jeweils in den verschiedenen Stadien ihrer Drogenkarriere mit verschiedenen Substanzen verbinden und welchen Stellenwert diese im Kontext ihrer interpersonalen Umwelt einnehmen.

Anmerkungen:

- (1) Die These, Dealer würden Haschisch in Form von Zigaretten an unwissende Schüler verschenken, wird in bezug auf Hamburg in Zeitungen erstmals Ende des Jahres 1988 vorgebracht (vgl. Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt 11. 12. 1988) und – im Rahmen eines Berichts des Hamburger Abendblattes – wenig später (25. 1. 1989, S. 8) vermeintlich sogar anhand einer eigenen Analyse bewiesen. Tatsache ist jedoch, daß für Hamburg (nach persönl. Mitteilung des Drogenbeauftragten und des Rauschgiftdezernats) ein Beleg dafür niemals erbracht wurde und andere Hinweise in diese Richtung ebenfalls nicht existieren. In neuerer Zeit haben manche Zeitschriften die Verführungsthese in den Vordergrund ihrer Berichterstattung gestellt und dabei nunmehr Hannover als diejenige Stadt genannt, wo „zuerst“ die mit Heroin vermischten Haschischzigaretten aufgetaucht seien und die auf Schulhöfen verschenkt würden (so BERZER 1989: 22). Diese Geschichte erweist sich ebenfalls als Mythos, Belege oder Hinweise dafür gibt es nicht (persönl. Mitteilung des Leiters des Rauschgiftdezernats Hannover). Die These von der Verführung durch Dealer ist im übrigen alt und findet sich nicht nur in der Bundesrepublik, sondern wird auch in den USA vielfach vorgebracht (vgl. etwa INCIARDI 1986: 97). Mit der Realität des „Einstiegs“ in den Heroinkonsum hat sie nie etwas zu tun gehabt (vergleiche DAI 1964: 50; WALDORF 1973 für die Verhältnisse in den USA in den 20er und 30er bzw. den 60er Jahren dieses Jahrhunderts, KREUZER 1975, BERGER et al. 1980 für die Bundesrepublik).
- (2) Die ersten beiden Schülerbefragungen wurden 1971 und 1973 von Michael Jasinsky (vgl. JASINSKY 1971, 1973), die 1975er Umfrage vom Verfasser (vgl. u. a. REUBAND 1977a) durchgeführt. Die Studien wurden von uns einer Sekundäranalyse unter Rückgriff auf den Originaldatensatz unterzogen. Sie sind archiviert im Zentralarchiv für empirische Sozialforschung, Universität zu Köln, unter den Nummern 769–771.
- (3) Von diesem Einwand abgesehen, ist der beobachtete Alterstrend bei Peterson und Wetz (1975: 30) empirisch weniger eindeutig als es die Darstellung erwarten läßt. Die Autoren greifen bei ihrer Aussage lediglich auf die beiden Extremgruppen der 14- und 19jährigen zurück und blenden die dazwischenliegenden Altersgruppen einfach aus. Indem sie derart vorgehen, stützen sie sich nicht nur auf zwei Vergleichskategorien mit durchweg recht niedriger Fallzahl, sie lassen auch völlig die Tatsache außer acht, daß die dazwischenliegenden Altersgruppen bezüglich des Cannabis *keinen* Trend aufweisen.
- (4) Diese Art der Operationalisierung stellt einen Kompromiß zwischen dem Wünschenswerten und dem Machbaren dar. Zwar ist es theoretisch denkbar, daß bei den Befragten mit nur einem Mittel als Drogenerfahrung im Leben die Einstiegsdrogen etwas anders ausfallen als bei den übrigen Konsumenten, doch halten wir dies insgesamt für relativ unwahrscheinlich.
- (5) So wird z. B. im Jahresbericht des Landeskriminalamtes Baden-Württemberg bei den 23 Rauschgifttoten 10mal Heroin als „Einstiegsdroge“ vermerkt. Wie man dem Bericht an anderer Stelle entnehmen kann, stützt sich diese Aussage lediglich auf das Kriterium vorheriger polizeilicher Auffälligkeit als Cannabiskonsument (Landeskriminalamt Baden-Württemberg 1987: 70). Wer zuerst mit Cannabis auffiel, wird als „Einsteiger“ über Cannabis definiert. Bei Personen, die zuerst mit Heroin auffielen, wird Heroin als Einstiegsdroge definiert.
- (6) In der Skarabis-Untersuchung wird der „Beginn mit sogenannten weichen Drogen“ im Vercodungsbogen außerordentlich weit gefaßt: unter Einschluß von Alkohol, Medikamenten, Schnüffelfstoffen, Haschisch, LSD usw. (SKARABIS und PATZAK 1981: 192, Frage 32). Diese Extensivität bringt Probleme, die durch die fehlende getrennte Erfassung von Alkohol zusätzlich noch erschwert werden: Mit Alkohol hat unter Jugendlichen in der Bundesrepublik fast jeder schon früh Kontakt. Praktisch dürfte *jeder*, der zu Heroin greift, bereits Alkoholisches genommen haben. Die unglückliche Vermischung von Alkohol und illegalen Drogen in *einer* Frage (Vercodungskategorie) ist im übrigen keine Ausnahme. Sie findet sich in einer Vielzahl von Drogenstudien (siehe z. B. auch RASCHKE et al. 1985: 281, oder DROGENHILFE TÜBINGEN 1987) und macht genaue Schlüsse aus diesen Erhebungen problematisch.
- (7) Daß die Autoren nicht schon selbst früher auf eine Präsentation der Zahlen über Einstiegswege verzichteten, kann im übrigen einmal mehr als Hinweis dafür angesehen werden, wie sehr die Vorstellung von Heroin als Erstdroge zu dieser Zeit als ein gesichertes Faktum galt. Man ist über die hohen Zahlen, welche die Untersuchung erbringt, nicht befremdet. Sie erscheinen vor dem Hintergrund bisheriger „Erkenntnisse“ im Gegenteil plausibel. Indem man derart verfäht und die eigenen Daten aus dieser Perspektive interpretiert, wird die einmal gebildete fehlerhafte Vorstellung weiter stabilisiert.
- (8) Wir klammern an dieser Stelle all jene Fälle einmal aus, bei denen durch medizinische Anwendung der Weg in die Abhängigkeit vorprogrammiert ist. Der Konsum erscheint in all diesen Fällen als medizinisch und damit kulturell legitimiert. Im übrigen sei darauf verwiesen, daß auch in Hongkong – trotz einer gewissen Aufgeschlossenheit gegenüber Heroinkonsum – die Konsumenten um Negativwirkungen wissen. Die meisten, die zu Heroin greifen, wissen vorher um mögliche Probleme (LAU 1967: 33). Für analoge Verhältnisse in der Bundesrepublik siehe BERGER/REUBAND/WIDLITZEK (1980: 95ff.). Wenn wir hier noch im folgenden von „abweichendem“ Verhalten sprechen, tun wir dies im übrigen im Rahmen eines soziologischen Sprachgebrauchs. Gemeint ist weder eine klinische oder statistische Abweichung, sondern eine, die sich aus den vorherrschenden Normen der Gesamtgesellschaft ergibt.
- (9) Bei den illegalen Drogen wurde auf der Basis unserer Schülererhebung der jemals praktizierte Konsum zum Maßstab genommen, bei Alkohol der extensive Gebrauch (Betrunkensein) jemals im Leben, beim Tabakgebrauch das Rauchen von mehr als drei Zigaretten pro Tag. Die Formulierungen lauten: „Waren Sie in den letzten zwei Monaten betrunken, d. h. kamen Sie aufgrund von Alkohol in einen Zustand, der schon über dem lag, den man im allgemeinen als ‚Schwips‘ bezeichnet?“ Dichotomisiert in: „trinke grundsätzlichlich keinen?“, „trinke niemals so viel Alkohol?“ vs. Rest. „Wieviele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?“

- (10) Siehe in diesem Zusammenhang auch Gould et al., welche ebenfalls innerhalb der illegalen Drogen Probleme in der Bestimmung der Sequenzen mittels Skalogramm-Analyse zu erkennen meinen (GOULD et al. 1977: 222). Denise Kandel (SINGLE et al. 1974), die am stärksten für die Anwendung der Guttman-Skalierung zur Bestimmung von Drogensequenzen plädiert, wehrt diese konträren Befunde allzu leichtfertig ab. Die Abweichungen, die oft allgemeintheoretisch besonders instruktiv sind, weil sie neue Perspektiven eröffnen (KENDALL und WOLF 1955), werden nicht diskutiert.
- (11) Ob jemand als erstes zu Weckmitteln greift, mag auch eine Sache des zufälligen Angebots sein. Besonders bei fortgeschrittenen Konsumenten kommt Weckmittelgebrauch häufiger vor; wer mit ihnen zusammentrifft, könnte deshalb als erstes diesem Mittel ausgesetzt sein und es ausprobieren (vgl. REUBAND 1977b: 621f.).

Literatur

- ABRAHAMSON, M.: Social research methods. Englewood Cliffs. N. J. 1983
- ADLER, I. und D. B. KANDEL: Risk periods for drug involvement in adolescence in France and in Israel: application of survival analysis to cross-sectional data, in: Social Forces, 62, 1983, S. 375–397
- AHRENS, H.: Zur Einführung in die Problematik von Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.), Süchtiges Verhalten, Grenzen und Grauzonen des Alltags. Hamm 1985, S. 275–292
- AUSUBEL, D. P.: An Interactional approach to narcotic addiction, in: D. J. Lettieri, M. Sayers und H. Wallenstein Pearson (Hg.), Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives. NIDA Research Monograph 30. Rockville, Md. 1980, S. 4–7
- BALL, J. C., C. D. CHAMBERS und M. J. BALL: The association of marihuana smoking with opiate addiction, in: J. C. Ball, C. D. Chambers: The epidemiology of opiate addiction in the United States. Springfield, Ill. 1970, S. 112–129
- BAUMRIND, D.: Familial antecedents of adolescent drug use: a development perspective, in: C. LaRue Jones und R. J. Battjes (Hg.), Etiology of drug abuse: implications for prevention. NIDA Research Monograph 56. Rockville, Md. 1985, S. 13–44
- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM DES INNEREN UND STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hg.): Alkohol Drogen Medikamente Tabak. Jugend fragt Jugend. Repräsentativerhebungen bei Jugendlichen in Bayern 1973, 1976, 1980, 1984. München o. J. (ca. 1985)
- BEHRENDT, J. U.: Drogengebrauch unter Hamburger Gymnasiasten. Eine repräsentative empirische Untersuchung des Konsumverhaltens, der Einstellung und einiger Variablen des sozialen Hintergrunds. Med. Dissertation. Universität Hamburg. Hamburg 1971
- BERGER, H., K. H. REUBAND und U. WIDLITZEK: Wege in die Heroinabhängigkeit. Zur Entwicklung abweichender Karrieren. München 1980
- BERGIUS, M.: Der exzessive Gebrauch psychotroper Drogen bei Gymnasiasten unter besonderer Berücksichtigung des Umsteigephänomens. Med. Dissertation. Kiel 1972
- BERINGER, K.: Zur Kulturgeschichte der Rauschgifte, in Studium Generale, 1, 1948, S. 281ff.
- BERZER, R.: Endstation Drogentod. Jeder fünfte Schüler ist bereits abhängig!, in: Coupé: Die junge Illustrierte, Nr. 8, 1989, S. 21–26
- BRÖMER, H., H. C. PETERSEN und A. RUF: Theorie- und Therapiegrundlagen der Drogenabhängigkeit. Das Fixerproblem in West-Berlin, Analyse der Selbsthilfegruppe „Drogeninfo“. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Fach Psychologie, TU Berlin. Berlin 1977
- CARLHOFF, H. W.: Drogen und Drogenabhängigkeit, in: H. W. Carlhoff (Hg.), Drogenkompendium für Eltern und Lehrer. Heidelberg 1980, S. 15–28
- CROWTHER, B.: The college opiate user, in: The International Journal of the Addictions, 9, 1974, S. 241–253
- DAI, B.: Opium addiction: a sociopsychiatric approach, in: E. W. Burgess und D. J. Bogue (Hg.), Contributions to urban sociology. Chicago und London 1964, S. 643–654

- DEMBO, R., D. FARROW, J. SCHMEIDLER und W. BURGOS: Testing a causal model of environmental influences on the early drug involvement of inner city high school youths, in: American Journal of Drug Use and Alcohol Abuse, 6, 1979, S. 313–336
- DEUTSCHES ALLGEMEINES SONNTAGSBLATT vom 11. 12. 1988
- DITZEL, P. W. UND K. A. KOVAR: Rausch- und Suchtmittel. Information, Beratung und Nachweis. Stuttgart 1983
- DOBINSON, I. UND P. WARD: Drugs and crime. A survey on N. S. W. Prison property offenders 1984. Sidney 1985
- DONOVAN, J. E. UND R. JESSOR: Problem drinking and the dimension of involvement with drugs: a Guttman scalogram analysis of adolescent drug use, in: American Journal of Public Health, 73, 1983, S. 543–552
- DROGENHILFE TÜBINGEN: Tätigkeitsbericht 1984. Tübingen 1985
- DROGENHILFE TÜBINGEN: Tätigkeitsbericht 1986. Tübingen 1987
- DROGEN REPORT, Nr. 5 1984
- FRANKE, M.: Grußwort zur Tagung „Cannabis heute“ am 12. 10. 1979 in Nürnberg, in: W. Feuerlein (Hg.), Cannabis heute. Bestandsaufnahme zum Haschischproblem. Wiesbaden 1980, S. 3–5
- GABRIEL, E.: Die Süchtigkeit. Psychopathologie der Suchten. Hamburg 1963
- GÄRTNER, B.: Der Zusammenhang von familiärer Sozialisation, schulischen Bedingungen und Drogenkonsum von Jugendlichen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Pädagogische Hochschule Berlin. Berlin 1975
- GARNER, T. G. P.: Drug addiction in Hong Kong. (Prisons Department). Hong Kong 1968
- GARNER, T. G. P.: Rehabilitation of drug addicts in a correctional setting. Paper presented at the XIIIth World Congress of Rehabilitating International held at Tel Aviv, Israel, 13th to 18th June 1976. (Prisons Department). Hong Kong 1976
- GOSTOMZYK, H., H. EDELMANN UND J. E. STOLL: Rauschmittel in Rheinland-Pfalz. Eine Schülerbefragung. Pressestelle der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Mainz 1973
- GOULD, L. C., R. M. BERBERIAN, S. V. KASL, W. D. THOMPSON UND H. D. KLEBER: Sequential patterns of multiple drug use among high school students, in: Archives of General Psychiatry, 34, 1977, S. 216–222
- GOVE, W. R., M. GEERKEN UND M. HUGHES: Drug use and mental health among a representative national sample of young adults, in: Social Forces, 58, 1979, S. 572–590
- HAMBURGER ABENDBLATT vom 25. 1. 1989, S. 8
- HAUSNER, W. K.: Die Frankfurter Drogenszene. Beobachtungen bei 100 jungen Drogenkonsumenten. Med. Dissertation, Universität Frankfurt. Frankfurt/M. 1972
- HECKMANN, W.: Jugendliche im Taumel vom Suchen zum Fliehen. Drogenabhängige und ihre „Scene“, in: U. Schlicht (Hg.), Trotz und Träume. Jugend lehnt sich auf. Berlin 1982, S. 165–182
- HIBBELL, B.: Narkotikavandalen und Scholung dom, in: Narkotikantrecklingen 1982. National Swedish Council for Crime Prevention. Rapport 1982: 2. Stockholm 1982, S. 13–32
- INCIARDI, J. A.: The war on drugs. Heroin, cocaine, crime und public policy. Palo Alto, Ca. 1986
- INFRATEST: Repräsentativerhebung zum Mißbrauchverhalten bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 24 Jahren in Hamburg 1981. Unveröffentlichter Tabellenstand. München 1982
- JASINSKY, M.: Drogenkonsum Hamburger Schüler, in: Informationen des Amtes für Schule, Nr. 32. Hamburg 1971
- JASINSKY, M.: Rauschmittelkonsum Hamburger Schüler. Zweite Repräsentativerhebung an Hamburger Schulen. Berichte und Dokumente aus der Freien und Hansestadt Hamburg Nr. 387, Staatliche Pressestelle. Hamburg 1973
- KAHL, J.: Diskussionsbeitrag, in: Heroin. Die Drogenjugend. Ein Symposium über heroinsabhängige Jugendliche, in: Bild der Wissenschaft, 10/11, 1980, S. 178–220

- KANDEL, D. B. und R. FAUST: Sequence and stages in pattern of adolescent drug use, in: Archives of General Psychiatry, 32, 1975, S. 923–932
- KENDALL, P. L. und K. M. WOLF: The two purposes of deviant case analysis, in: P. F. Lazarsfeld und M. Rosenberg (Hg.): The language of social research. Glencoe, Ill. 1955, S. 167–170
- KHANTZIAN, E. J.: An ego/self theory of substance dependence: a contemporary psychoanalytic perspective, in: D. J. Lettieri, M. Sayers und H. Wallenstein Pearson (Hg.), Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives. NIDA Research Monograph 30. Rockville, Md. 1980, S. 29–33
- KINDERMANN, W. und W. SCHNEIDER: Auf der Suche nach neuen Wegen in der Drogenarbeit, in: Suchtgefahren, 28, 1982, S. 115–134
- KÖLNER STADT-ANZEIGER vom 14. 7. 1976, 24./25. 10. 1987, S. 12
- KORNBRODT, J.: Interview, in: DIE ZEIT, Nr. 5, 29. 1. 1988, S. 2
- KREUZER, A.: Drogen und Delinquenz. Eine jugendkriminologisch-empirische Untersuchung der Erscheinungsformen und Zusammenhänge. Wiesbaden 1975
- KREUZER, A., C. GEBHARDT, M. MAASEN und M. STEIN-HILBERS: Drogenabhängigkeit und Kontrolle. Kriminologische Untersuchung über Phänomenologie des Heroinkonsums und polizeiliche Drogenkontrolle. BKA-Forschungsreihe. Wiesbaden 1981
- LAARSS, R. H.: Dämon Rausch. Eine Abhandlung über den Mißbrauch von Betäubungsmitteln. Leipzig 1925
- LANDESKRIMINALAMT BADEN-WÜRTTEMBERG: Rauschgift. Das tödliche Spiel mit dem Leben. Stuttgart 1981
- LANDESKRIMINALAMT BADEN-WÜRTTEMBERG: Jahresbericht 1986. Stuttgart 1987
- LAU, M. P.: An epidemiological study of narcotic addiction in Hong Kong. Hong Kong 1967
- LÖS, K. C.: Tabletten-Sucht – ein Zeitproblem, in: Hamburger Echo vom 11. 11. 1951
- LOISELLE, P. und P. C. WHITEHEAD: Scaling drug use: an examination of the popular wisdom, in: Canadian Journal of Behavioral Sciences, 3, 1972, S. 347–356
- LUTTERJOHANN, M.: Statistische Angaben über die Zusammensetzung der bei Daytop zwischen 1973 und 1978 behandelten Patienten, in: Drogen Report, 2, Nr. 5, 1981, S. 2–7
- MASUCH, F.: Zur heutigen Bedeutung der Weckmittelsucht in Deutschland, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst, 20, 1958/59, S. 220–224
- MIDDENDORF, F. W., A. STOECKERT, R. ROGHMANN, R. SPRING und R. ALGEIER: Drogenkarriere und Entzugsversuche von Opiateabhängigen – eine katamnestische Studie, in: Der Nervenarzt, 48, 1977, S. 170–176
- MOSER, G. und G. KALTON: Survey methods in sociology. London 1971
- O'DONNELL, J. A., H. L. VOSS, R. R. CLAYTON, R. R. SLYTIN und R. G. ROOM: Young men and drugs – a nationwide survey. National Institute on Drug Abuse, Monograph 5. Rockville, Md. 1976
- PEARSON, G.: Hooligan. A history of respectable fears. London und Basingstoke 1983
- PETERSON, B. und R. WETZ: Drogenerfahrung von Schülern. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Stuttgart 1975
- PLANT, M.: Drugtakers in an english town. London 1975
- RASCHKE, P., F. SCHLIEHE, D. FISCHER und A. GROENEMEYER: Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Langzeitstudie am Beispiel des „Hammer Modells“ (hg. vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW). Düsseldorf 1985
- REDLICH, F. C. und D. X. FREEDMAN: Theorie und Praxis der Psychiatrie. Bd. 2. Frankfurt/M. 1976
- REEVES, C.: Motivation for changing methods of drug taking. Paper presented at the 30th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Amsterdam 1972
- REUBAND, K. H.: Drogen – nicht mehr „in“, aber noch lange nicht „out“, in: Psychologie heute, 4, 1977 a, S. 59–65

- REUBAND, K. H.: Einstiegsdrogen und Drogensequenzen. Ergebnisse einer empirischen Analyse zum Rauschmittelkonsum, in: Medizinische Klinik, 72, 1977b, S. 618–624
- REUBAND, K. H.: Drogengebrauch und soziale Merkmale von Fixern, in: Neue Praxis, 9, 1979, S. 85–108
- REUBAND, K. H.: Drogenstatistik 1987, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.), Jahrbuch '89 der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Hamburg 1988a, S. 41–103
- REUBAND, K. H.: Soziale Erwünschtheit und unzureichende Erinnerung als Fehlerquelle im Interview. Möglichkeiten und Grenzen bei der Rekonstruktion von früherem Verhalten – das Beispiel Drogengebrauch, in: ZA Information 23, 1988b, S. 63–72
- ROBINSON, J. P.: Toward a more appropriate use of Guttman scaling, in: Public Opinion Quarterly, 37, 1973, S. 260–267
- SCHENK, J.: Drogenkonsum bei frisch eingezogenen Rekruten. Eine repräsentative Befragung, in: Wehrpsychologische Untersuchungen, 9, 1974, Heft 5, hrsg. vom Bundesministerium der Verteidigung, Bonn 1974
- SCHENK, J.: Droge und Gesellschaft. Berlin 1975
- SICKINGER, R. und M. WÖBCKE: Rauschdrogen, in: G. Herz (Hg.), Schülerprobleme. Acht Beiträge zu Konfliktbereichen der Schülerexistenz. Wissenschaft und Praxis, Band 8. Lüneburg 1983, S. 175–207
- SINGER, K.: The choice of intoxicants among the Chinese, in: British Journal of the Addictions, 69, 1974, S. 257–268
- SINGLE, E., D. B. KANDEL und R. FAUST: Patterns of multiple drug use in high school, in: Journal of health and social behavior, 15, 1974, S. 344–357
- SKARABIS, H.: Grenzen und Möglichkeiten in der Erfassung Drogenabhängiger aufgrund der Datelage im Bereich von Institutionen, in: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD (Hg.), Drogentagung 1980. Wiesbaden 3. 12.–5. 12. 1980. Kassel 1980, S. 24–29
- SKARABIS, H. und B. M. BECKER: Epidemiologische Untersuchung zur Schätzung des Umfangs und der Sozialstruktur der Heroinszene in Berlin (West). Zwischenbericht. Vervielfältigter Bericht. Berlin 1979
- SKARABIS, H. und M. PATZAK: Die Berliner Heroinszene. Weinheim 1981
- TÄSCHNER, K.-L.: Haschisch. Traum und Wirklichkeit. Wiesbaden 1981
- THAMM, B. G.: „Sozialer Konsum“ von Haschisch? – Eine jugend- und gesundheitspolitische Herausforderung, in: W. Feuerlein (Hg.), Cannabis heute. Bestandsaufnahme zum Haschischproblem. Wiesbaden 1980, S. 147–156
- THOMAS, W. I.: Person und Sozialverhalten. Hrsg. von E. H. Volkart. Neuwied/Berlin 1965
- WALDORF, J.: Careers in dope. Englewood Cliffs, N. J. 1973
- WANKE, K.: Neue Aspekte zum Suchtproblem. Multifaktorielle Analysen klinischer Erfahrungen mit jungen Drogenkonsumenten. Med. Habil.-Schrift. Universität Frankfurt. Frankfurt/M. 1971
- WENDIGGENSEN, P.: Hamburger Drogenkonsumenten. Med. Dissertation. Universität Hamburg. Hamburg 1972
- WESTFÄLISCHE NACHRICHTEN vom 5./6. 3. 1977
- YAMAGUCHI, K. und D. B. KANDEL: Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: III. predictors of progression, in: American Journal of Public Health, 74, 1984, S. 673–681

Anschrift des Verfassers:

Dr. Karl-Heinz Reuband
Zentralarchiv für empirische Sozialforschung
Universität zu Köln
Bachemer Straße
5000 Köln