

**Veröffentlicht in:**

**Cannabis. Neue Beiträge zu einer alten Diskussion.**

**DHS, Gaßmann, R. (Hrsg). Freiburg. Lambertus. 2004**

---

## **Diagnostik und Therapie des Cannabismissbrauchs**

**Andreas Gantner**

### **1. Einleitung**

### **2. Diagnostische Aspekte des Cannabismissbrauchs**

### **3. Intervention und Rahmenbedingungen der Therapie**

### **4. Fazit**

## **1. Einleitung**

Die Drogenhilfe war in den 90er Jahren im Bereich der Drogentherapie noch überwiegend auf die Betreuung und Behandlung von Opiatabhängigen konzentriert. Im selben Jahrzehnt ist mit der Entwicklung des Partydrogenkonsums ein neuer Konsumententyp entstanden, der mit dem Bild des Heroinabhängigen auf den ersten Blick nicht viel gemeinsam hat. Die neue Drogengeneration „Ecstasy & Co“ zeichnet sich durch einen anderen Lebensstil und durch ein anderes Konsumverständnis und -verhalten aus. Während die Diskussion um Ecstasy und deren Folgen Mitte der 90er Jahre neuen Schwung in die Drogenforschung und Suchtprävention gebracht hat, zeigt sich nun in der

Drogendiskussion wieder eine Hinwendung zum Thema Cannabis. Diesmal steht nicht - „wie üblich“- die drogenpolitische Legalisierungsdiskussion im Vordergrund, sondern die Erkenntnis, dass die Droge Cannabis in der Bevölkerung weiter an Popularität gewonnen hat und dass damit auch die Anzahl derer, die mit Cannabis Probleme haben, offensichtlich zunimmt.

Cannabiskonsumenten waren in der Beratungspraxis der Drogenhilfe zwar immer auch anzutreffen, statistisch gesehen spielten sie jedoch lange Zeit keine große Rolle. Die Behandlungskonzepte und Therapie-segmente waren und sind primär auf Opiatabhängige und deren Probleme zugeschnitten. Während noch 1994 auf einer Cannabis-fachtagung in Hamburg das „Cannabisproblem“ vom damaligen Drogenbeauftragten der Stadt als „Unproblem“ bezeichnet wurde, vermehren sich heute die Berichte über besorgniserregende Entwicklungen ( insbesondere beim jugendlichen Drogenmissbrauch) bezüglich der Droge Cannabis. Die Drogen- und Suchthilfe, aber auch die Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie stehen m.E. heute vor der Herausforderung einer differenzierten Haltung gegenüber dem Cannabiskonsum und einer spezifischen klientengerechteren Prävention, Beratung, Diagnostik und Behandlung von Cannabisgebrauchern und -abhängigen.

### **Erfahrungshintergrund im Therapieladen e.V.**

Der folgende Beitrag über die Therapie Cannabisabhängiger basiert in erster Linie auf 15 Jahren praktische Erfahrung des Autors mit der therapeutischen Behandlung der Zielgruppe im Berliner *Therapieladen*. Diese Einrichtung wurde bereits 1985 als ambulante Therapieeinrichtung speziell für Cannabismissbraucher- und abhängige gegründet und hat sich seither sowohl im Bereich der ambulanten Suchttherapie Erwachsener (als „ambulante Reha“), als auch in der ambulanten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und deren Familien (im Rahmen des KJHG) etabliert. Pro Jahr befinden sich durchschnittlich 85 Erwachsene und 25 Jugendliche längerfristig in ambulanter Therapie. Die überwiegende Mehrheit (ca.75%) kommt aus-

schließlich wegen cannabisassoziierter Probleme, während ca. 25 % aufgrund von Problemen infolge Partydrogenmischkonsums die Behandlung beginnt.

Durch den Ausschluss von Opiatabhängigen sind unsere Klienten in der Regel nicht sozial verelendet, die Folgeprobleme des missbräuchlichen oder abhängigen Konsums von Cannabis und sog. Partydrogen zeigen sich kaum in Form von schweren körperlichen Beeinträchtigungen, sondern primär in psychischen und psychiatrischen Auffälligkeiten. Die meisten unserer Klienten haben keine (sucht-)therapeutische Vorerfahrung und kommen auch nicht wegen gerichtlicher Auflagen.

## **2. Diagnostische Aspekte des Cannabismissbrauchs**

Grundlage der therapeutischen Arbeit mit Cannabismissbrauchern ist eine differenzierte Diagnostik, die unterschiedliche Problembereiche berücksichtigt. Neben der Abklärung der Suchtdiagnose und anderer comorbider Störungen ist die aktuelle Lebenssituation bzw. der psychosoziale Kontext des Klienten bedeutsam. Eine besondere Herausforderung der Diagnostik des Cannabismissbrauchs ist es, gemeinsam mit dem Klienten die individuellen Motive und Funktionen des Cannabiskonsums herauszuarbeiten. Unsere Erfahrung zeigt, dass dieser letztgenannte Aspekt bei Cannabiskonsumern von zentraler Bedeutung ist und sie auch von Konsumenten anderer illegaler Substanzen unterscheidet. Denn Cannabis lässt sich aufgrund des komplexen psychoaktiven Wirkungsspektrums (euphorisierend, dämpfend, halluzinogen) für eine Vielzahl von psychischen Bedürfnissen und psychosozialen Motiven multifunktional einsetzen. Ein mögliches Abhängigkeitssyndrom ist nur ein Problemaspekt von vielen in der Behandlung von Cannabismissbrauchern.

In diesem Beitrag ist deshalb der Begriff „Cannabismissbrauch“ in einem übergeordneten Sinn gemeint und umfasst sowohl Abhängigkeitsprobleme als auch andere cannabisassoziierte Probleme. Im folgenden sollen die genannten diagnostischen Aspekte näher beschrieben werden.

### **Konsummuster und Suchtdiagnose**

Aus der sozialwissenschaftlichen Cannabisforschung (Kleiber 1998) ist bekannt, dass Cannabiskonsummuster sehr heterogen sind und auch längerfristiger regelmäßiger Konsum nicht zwangsläufig mit der Diagnose „Cannabisabhängigkeit“ einhergeht. Die Kriterien für schädlichen Gebrauch bzw. Abhängigkeitssyndrom von Cannabis sind in den Diagnosestandards ICD 10, bzw. DSM IV festgelegt. Inwiefern diese Standards das Phänomen Cannabisabhängigkeit ausreichend und valide beschreiben, wird sowohl von Praktikern als auch Wissenschaftlern bezweifelt (Soellner 2000, Kuntz 2002). Es wird in Frage gestellt, ob die Folgen des Cannabismissbrauchs (z.B. das „amotivationale Syndrom“) als Kriterien für das Vorliegen einer Cannabisabhängigkeit Gültigkeit haben können, da es keine wissenschaftliche Absicherung über den kausalen Zusammenhang dieses Syndroms mit dem Cannabiskonsum gibt. (Kleiber/Kovar 1997)

Auch das Phänomen, dass es bei Cannabisabhängigkeit keine klassischen körperlichen Entzugserscheinungen gibt, führt oft zu der (Fehl-)Einschätzung, dass eine Cannabisabhängigkeit ja „nur psychisch“ und damit leicht zu überwinden sei.

Die Tatsache, dass eine große Anzahl von Cannabiskonsumern vorübergehend oder auch längerfristig kiffen (ohne abhängig zu werden) und irgendwann wieder aussteigt, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass nach epidemiologischen Schätzungen bei ca. 4-6% der aktuellen

Cannabiskonsumenten eine Abhängigkeit vorliegt und unter vielfältigen psychischen Problemen leiden. Das zentrale und in der praktischen Arbeit auch relevante Kriterium für die Diagnose einer Cannabisabhängigkeit ist die subjektive Erfahrung des Kontrollverlusts über den Konsum. Wer zahlreiche erfolglose Versuche unternommen hat, den Konsum einzuschränken oder zu beenden, weiß um sein Abhängigkeitsproblem. Das Problem bei der Gruppe der Cannabisabhängigen liegt oft darin, dass zwischen der Selbsterkenntnis „Ich bin abhängig“ und dem aktiven Versuch, etwas dagegen zu unternehmen, oft Jahre vergehen können und auch das soziale Umfeld die Problematik eher unterschätzt oder bagatellisiert.

### **Funktionalität des Cannabiskonsums**

Wer Cannabiskonsumenten mit problematischem Konsum therapeutisch unterstützen will, braucht ein differenziertes Verständnis für die vielfältigen Funktionen und Motive ihres Cannabiskonsums. Wir unterscheiden zwischen drogenspezifischen, psychosozialen und psychodynamischen Funktionen des Konsums, wobei diese Aspekte selbstverständlich miteinander verbunden sind und hier nur theoretisch getrennt beschrieben werden.

- **drogenspezifische Funktion**

Durch die Komplexität der cannabisinduzierten Rauschwirkung lassen sich auf einer substanzspezifischen Ebene unterschiedliche Auswirkungen im psychischen Erleben identifizieren.

In der folgenden Übersicht sind typische Funktionen und Auswirkungen des Cannabisrauschs im Positiven wie im Negativen beschrieben.

#### **Funktionsspektrum der Cannabiswirkung**

<b>Erlebte Rauschwirkung Positiv</b>		<b>Erlebte Rauschwirkung negativ</b>
Übliche Denkmuster verblasen, neuartige Ideen und Ein-	<b>Denken</b>	Sich in fixe Ideen reinsteigern, von Gedanken besessen sein,

sichten, hinter die Oberfläche schauen, kreativ sein		geistige Selbstüberschätzung, Größenwahn
Witzige Assoziationen und starke Gedankensprünge	<b>Konzentration</b>	Konzentrationschwäche, keinen klaren Gedanken fassen können, „Peilung“ verlieren
Sich amüsieren, weil man sich nicht an die vorletzten 5 Minuten bzw. am Ende eines Satzes nicht an den Anfang erinnern kann.	<b>Gedächtnis</b>	Eingeschränkte Merkfähigkeit, Erinnerungslücken, Filmrisse
Die gewohnte Ordnung beim Sehen, Hören, Riechen, Tasten verändert sich; sonst Nebensächliches wird deutlicher wahrgenommen, Intensivierung von Empfindungen, Zeitgefühl verändert sich	<b>Wahrnehmung Empfindung</b>	Wenig von der Umwelt mitkriegen, im eigenen Film gefangen sein, sich in Einzelheiten reinsteigern, Überempfindlichkeit, Überreaktionen bis hin zu Halluzinationen und Horrortrips
Eindruck, als ob man die Gedanken der anderen kennt und teilt, gemeinsame Albernheit, Gemeinschaftserleben	<b>Kommunikation Beziehung</b>	Kontakt verlieren, „abdrehen“, sich nicht mehr mitteilen können, sich ausgegrenzt erleben, nur noch abhängen
Euphorie, „High-sein“, gleichzeitig: Gefühle sind gedämpft, emotionaler Abstand zu allem, Gelassenheit	<b>Fühlen</b>	Ängste, Panik, Verfolgungsideen, Gefühle von Fremdheit, Ich-Auflösung, Verwirrung, Verlassenheit
Wohlige Entspannung, Wattegefühl, Leichtigkeit, Pulsfrequenz steigt, trotzdem Verlangsamung der Bewegung, geringe Schmerzempfindlichkeit, Appetitanregung	<b>Körper Körpererleben</b>	„Breit“, „fett“, träge, lahm sein. Oder Überdrehtheit, Übelkeit, Schwindel, Herzrasen bis zum Kreislaufkollaps

(Therapieladen, 1998)

In welcher Art der Rausch erlebt wird und welche Wirkungen besondere Bedeutung bekommen ist immer vom situativen Kontext und von persönlichen Faktoren abhängig. Als Faustregel gilt: Bei unerfahrenen Probierern, bei hohen Dosierungen und bei Dauerkonsumenten mit exzessiven Konsum sind negative Rauscherlebnisse häufiger anzutreffen.

- **psychosoziale Funktionen**

Cannabis entwickelt sich neben Alkohol und Nikotin zur Alltagsdroge und hat heute einen anderen Stellenwert im gesellschaftlich-kulturellen Kontext, als das noch in den 80er Jahren der Fall war.

Cannabis ist wie keine andere illegale Droge stark in jugendkulturellen

Moden und Stilen verankert. Insbesondere über das Medium Musik wird das mit dieser Droge verbundene Lebensgefühl transportiert. Generelle jugendtypische und psychosoziale Motive des Konsums sind: Neugier und Risikobereitschaft, Cool sein, Anders sein, Gemeinschaftsgefühl, Selbsterfahrung, Protestverhalten.

Mit der Entwicklung zur Alltagsdroge (vor allem in großstädtischen Räumen) hat Cannabis für viele Jugendliche bestimmte psychosoziale und entwicklungspsychologische Funktionen bereits eingebüßt. Wenn bis zu 40 % der Gleichaltrigen Cannabiserfahrung haben, ist es fraglich, inwiefern das Bedürfnis, als Kiffer cool und „anders als die anderen“ zu sein, noch befriedigt wird.

Dennoch werden im Jugendalter mit dem Kiffen insbesondere zwei zentrale psychosoziale Motive bedient. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe und die Abgrenzung von anderen. Kiffen verbindet und Kiffen grenzt gleichzeitig aus! In dieser identitätsstiftenden Funktion kann der Cannabiskonsum durchaus im Dienst der Ablösung und Autonomieentwicklung des Heranwachsenden stehen.

Ein konstruktives Spannungsverhältnis zwischen Herkunftsfamilie und der Gruppe der Gleichaltrigen spielt in der Adoleszenz eine wichtige Rolle. Gelingt es der Familie nicht, in dieser Umbruchszeit den emotionalen Kontakt zu halten und die Entwicklungsaufgabe „Ablösung vom Elternhaus“ zu bewältigen, kann sich der Cannabiskonsum zu einer Art „Übergangsobjekt“ entwickeln. Das Kiffen bekommt dann für diese Jugendliche (und die Eltern) eine emotional größere Bedeutung als für andere Konsumenten. Hierbei wird deutlich, dass „normale“ entwicklungsbedingte psychosoziale Funktionen des Konsums durch individuelle familien- und psychodynamische Motive verändert bzw. überlagert werden können.

- **psychodynamische Funktionen**

Für ein tiefergehendes Verständnis der psychodynamischen Funktionen des Cannabismissbrauchs wäre ein Exkurs in die psychoanalytische Modellvorstellung der Suchtentwicklung notwendig, was an dieser Stelle jedoch zu weit führen würde. Die klinische Erfahrung zeigt, dass die psychodynamischen Funktionen psychoaktiver Substanzen nur vor dem Hintergrund der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur zu verstehen sind. Mangelnde „Ich-Stärke“ bzw. „Ich-strukturelle Störungen“ gelten als Risikofaktoren für eine spätere Suchtentwicklung. Dem Suchtmittel wird die Funktion einer Objektrepräsentanz zugeschrieben, welches als Ersatz für nicht ausreichend entwickelte innere Selbst- und Objektrepräsentanzen fungiert. Ob es einen Zusammenhang zwischen abhängigen Cannabiskonsumern und spezifischen „Persönlichkeitsstrukturen“ gibt, wie Kraus (1999) für die Gruppe der (abhängigen) Ecstasykonsumenten beschreibt, ist bisher nicht belegt. Dennoch kann in der praktischen Arbeit im Einzelfall die Psychodynamik des Cannabiskonsums identifiziert werden. Im gemeinsamen Herausarbeiten dieser Aspekte mit den Klienten zeigen sich immer wieder folgende Funktionsweisen:

- Cannabis zur Regulierung starker innerer Spannung und Impulse
- Cannabis zur Anregung von Gedanken und Phantasien
- Cannabis zur Milderung von Ängsten
- Cannabis zur Reduktion von depressiven Stimmungen
- Cannabis als beruhigendes, sicher verfügbares Objekt und zur Abwehr von Leere und Verlassenheitsgefühlen
- Cannabis zu Abwehr drohender Ich-Fragmentierung

Je nach Ausformung und Entwicklungsstand der Persönlichkeitsstruktur des Konsumenten wirken verschiedene Funktionen zusammen oder es kommen nur bestimmte Funktionen zu Geltung. Für die therapeutische Arbeit mit Cannabisabhängigen ist von Bedeutung wie lange der Cannabiskonsum die Funktionen bereits übernommen hat



und mit welcher Intensität und Ausschließlichkeit sie zum Einsatz kommen.

### **Symptome des Cannabismissbrauchs**

Bei den Symptomen, die im Zusammenhang von Cannabismissbrauch anzutreffen sind, ist die rein phänomenologische Beschreibung von Symptomen zu unterscheiden von der Frage, in welchem kausalen Zusammenhang diese Symptome mit dem Cannabismissbrauch stehen. Der Forschungsstand zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums ist eher unübersichtlich und zur besseren Klärung dieser Fragen wären vor allem mehr Längsschnittstudien notwendig. Kleiber u. Kovar (1997) kommen in ihrer Cannabisexpertise zu dem Schluss, dass viele dem Cannabiskonsum zugeschriebene Folgewirkungen und Symptome durch den aktuellen Forschungsstand nicht bewiesen sind. Insbesondere die Diagnostik des „amotivationalen Syndroms“ bei chronischem Cannabiskonsum gab immer wieder Anlass zu Kontroversen zwischen klassisch-psychiatrischer und sozialwissenschaftlicher Sichtweise.

Der Ausgangspunkt in der praktischen Arbeit mit Cannabismissbrauchern ist jedoch ein anderer. Zur Debatte steht hier nicht eine wissenschaftliche Fragestellung, sondern ein akuter Problemdruck. Die Frage nach der „Henne und dem Ei“ (wenn sie denn vom Klienten gestellt wird) löst sich in der Regel in der therapeutischen Arbeit in ein klares „Sowohl- als- auch“ auf. Für ein Verständnis der verschiedenen Symptome ist es wenig hilfreich, diese einerseits nur als Folge der Cannabiswirkung zu interpretieren oder sie andererseits immer als Ausdruck anderer „eigentlich“ psychischer Problembereiche zu erklären.

Entscheidend ist vielmehr, den wechselseitigen und zirkulären Zusammenhang von Grundproblemen der Klienten und Folgeproblemen durch den Cannabiskonsum (als spezifische Problembewältigung) zu verstehen. Die Schwierigkeit bei der Klärung von Ursache und Folge

cannabisassoziierter Symptome liegt gerade darin, dass Symptome wie Ängste und Depressionen durch Cannabiskonsum sowohl gemildert als auch verstärkt werden können.

Auch bei Cannabiskonsumern mit einer Psychoseerkrankung zeigt sich eine Doppeldeutigkeit im positiven und negativen Erleben von cannabisinduzierten Symptomen ( Häfner et al 2002). Die sogenannten produktiven Symptome wie Halluzinationen, paranoides Erleben und Denkstörungen verstärken sich bei Psychoseerkrankten in aller Regel durch den Cannabiskonsum, während sich die Negativsymptomatik, die affektive Verflachung, durch den Cannabiskonsum eher verbessert. Wichtig ist hierbei, kurz- und langfristige Effekte zu unterscheiden und zu klären welche Auswirkungen die Einnahme oder Nichteinnahme von Neuroleptika zeigen.

### **Cannabismissbrauch und andere psychische Störungen. Aspekte der Komorbidität**

In einer großen amerikanischen Studie zum Cannabiskonsum (Russell et al.1994) wurde bei 80 % aller Cannabisabhängigen auch eine weitere psychische Störung diagnostiziert. Nach unserem Suchtverständnis und den Erfahrungen mit dieser Zielgruppe stellt sich deshalb nicht die Frage, ob psychische Störungen der Cannabisabhängigkeit zugrunde liegen, sondern welcher Art und welchen Schweregrad diese Begleit- oder Grundstörungen haben. Bisher gibt es keine Hinweise dafür, dass ein spezifischer Störungshintergrund prädestinierend für eine spätere Cannabisabhängigkeit ist. Vielmehr ist bei dieser Zielgruppe von einem sehr heterogenen Spektrum psychischer Problemlagen auszugehen. Hinsichtlich comorbider Störungen finden sich unter Cannabismissbrauchern Personen mit: Psychosen, Borderline-Störungen, narzißtischen Störungen, Angststörungen, depressiven Störungen oder ADHS, um nur die wichtigsten zu nennen. Art und Ausprägung dieser vorhandenen klinisch relevanten Störungen prägen den Verlauf und die Intensität des Cannabismissbrauchs.

Für die Behandlung ist zu klären, welche Relevanz die jeweiligen Begleitstörungen bei Cannabismissbrauchern für die Ziele und Gestaltung der Therapie haben.

So ist beispielsweise zu beobachten, dass Klienten mit ausgeprägter Ich-Schwäche, deren Persönlichkeitsorganisation diagnostisch der Borderline-Struktur entspricht, Cannabis immer wieder benutzen, um Phasen unerträglicher Spannung erträglich zu machen und mit der vorübergehend beruhigenden, von Emotionen distanzierenden Wirkung der Droge subjektiv Schlimmeres wie beispielsweise Wutausbrüche, Selbstverletzungen etc. zu verhindern suchen.

Der differenzierte Umgang mit Rückfällen und Konsumphasen stellt eine besondere Herausforderung für den therapeutischen Umgang mit diesen Klienten dar. Ein therapeutischer Ansatz, der hier auf der strikten Einhaltung von Abstinenz besteht bzw. mit Abbruch droht, muss unter dem Aspekt eines allmählichen Aufbaus einer vertrauenswürdig-Beziehung scheitern. Stattdessen ist es wichtig, mit dem Klienten diese Zusammenhänge zu besprechen, die Funktion des Konsums transparent zu machen, derartige Notfallsituationen von anderen Situationen zu unterscheiden, in denen der Konsum anders motiviert ist. Es gilt hier, Alternativen zur Spannungsreduktion zu erarbeiten und dem Klienten klar zu machen, dass er sich mit dieser Selbstmedikation zwar kurzfristig Erleichterung verschafft, langfristig jedoch weiter labilisiert. Denn der halluzinogene Wirkungsanteil von Cannabis ist für das Ziel, mehr Kontrolle über sich, über Fantasien und Emotionen zu erlangen, eindeutig kontraindiziert.

Dies gilt in noch stärkerem Maße für Klienten, die manifeste Psychosen ausgebildet haben. Es fällt ihnen oft sehr schwer, auf den Konsum zu verzichten, da sie auf diesem Weg die häufig einer Psychose oder einem Psychiatrieaufenthalt folgenden Belastungen wie soziale Isolation, Depressionen oder auch Nebenwirkungen von Neuroleptika zu lindern versuchen. Häufig führt erst die wiederholte Erfahrung,

durch den Konsum psychoseähnliche Zustände auszulösen zu der Einsicht, dass der Konsum eingestellt werden muss.

Bei dem Thema Sucht und Comorbidität stellt sich die Frage nach dem angemessenen Behandlungsansatz. In der therapeutischen Tradition der Suchtrehabilitation liegt der Fokus primär auf der Behandlung des Abhängigkeitssyndrom und der damit zusammenhängenden Folgeprobleme. Die Entscheidung und Motivation zur Abstinenz ist Voraussetzung für die Durchführung einer ambulanten oder stationären Suchttherapie.

Für Klienten mit einer ausgeprägten langjährigen Cannabisabhängigkeit ist ein abstinentorientierte therapeutische Ansatz, wie bei anderen Abhängigkeitserkrankungen zu empfehlen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass Cannabisabhängige mit einer Psychoseerkrankung eine medikamentengestützte Behandlung benötigen. Bisher gibt es nur wenige Reha-Einrichtungen, die ihr Konzept gezielt auf Doppeldiagnosen-Klienten ausgerichtet haben.

Auch jugendliche Cannabismissbraucher sowie für ältere Cannabis Konsumenten ohne Abhängigkeitssyndrom, jedoch mit starken psychischen Problemen ist ein klassisch suchtttherapeutischer Ansatz nicht indiziert. Für diese Zielgruppen sind nach unserer Erfahrung flexiblere psychotherapeutische Behandlungsstrategien im Sinne einer therapeutischen Frühintervention erfolgversprechender.

### **Aktuelle Lebenssituation und Entwicklungsstand**

Wir haben es bei den hilfesuchenden Cannabiskonsumenten mit einem sehr heterogenen Spektrum von Lebenslagen und jeweiligem Entwicklungsstand zu tun. So sind jugendliche Cannabiskonsumenten mit problematischem Konsum mit spezifischen Entwicklungskrisen und Problemen konfrontiert, die sich selbstverständlich von denen der „Altkiffer“ unterscheiden, die seit 15 bis 20 Jahren konsumieren und schon seit langem an ihrer Situation etwas verändern wollen. Wie

schon erwähnt, erfordert die therapeutische Arbeit mit jugendlichen Klienten aufgrund der entwicklungsspezifischen Situation eine andere Grundhaltung und therapeutische Strategie als bei älteren Klienten. Die „Normalität“ des Cannabiskonsums in der Adoleszenz macht es für jüngere Klienten besonderes schwer, ein differenziertes Verständnis für eigene Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum zu erlangen. In der Regel sind es bei den jüngeren Klienten auch eher Familienangehörige oder andere Bezugspersonen, die den Anstoß zur Therapie geben.

Ältere Klienten sind meistens trotz eines langfristigen Cannabiskonsums auf den ersten Blick „sozial unauffällig“, d.h. sie befinden sich in Ausbildung, studieren oder sind bereits längere Zeit berufstätig. Bei näherer Betrachtung zeigen sich jedoch oftmals erhebliche Leistungs- und Motivationsprobleme und eine persönliche Entwicklung, die auch in anderen Aspekten „steckengeblieben“ ist.

Werden bereits in der frühen Adoleszenzphase Entwicklungsprobleme durch regelmäßigen intensiven Cannabiskonsum „gemildert“, können die relevanten Entwicklungsaufgaben nicht bewältigt werden. Nicht selten beschreiben ältere Konsumenten das Phänomen der „eingefrorenen Adoleszenz“ (Erdheim 1982). Diese Klienten erleben sich selbst gefangen in spezifischen Lebensthemen, die mit Beginn des Dauerkonsums nicht weiterentwickelt werden konnten.

Die genaue Klärung der jeweiligen Entwicklungssituation ist daher unverzichtbar, um gemeinsam mit dem Klienten festzulegen, welche Veränderungswünsche, d.h. welche Ziele bestehen und in welcher Richtung der Hilfesuchende Unterstützung braucht.

### **3. Intervention und Rahmenbedingungen der Therapie**

## **Suchthilfe, Jugendhilfe, Psychiatrie**

Angesichts der zunehmenden Verbreitung cannabisassoziierter Probleme stellt heute kaum jemand mehr die Frage nach der Behandlungsnotwendigkeit, sondern die nach der Angemessenheit und dem Ort der Intervention und Behandlung für diese Zielgruppe.

Die Entscheidung, in welchem Behandlungsrahmen eine Therapie mit Cannabismissbrauchern/abhängigen stattfinden soll und welche Interventionen angemessen sind, ist abhängig von verschiedenen Faktoren. Je nach Alter des Klienten und dem akuten Störungsbild kann eine Intervention im Kontext der Jugendhilfe, der Suchthilfe oder der Psychiatrie stattfinden. Während für Erwachsene mit einem Suchtproblem eine Vielzahl von Fachkliniken und ambulanten Therapieangeboten im Rahmen der Suchtrehabilitation zur Verfügung stehen, gibt es für jugendliche Drogenmissbraucher/abhängige noch größere Versorgungslücken. Seit einiger Zeit gibt es jedoch in der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine aktivere Zuwendung zu dieser „vergessenen Zielgruppe“. Die Anzahl von Angeboten mit neuen Konzepten sowohl in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch im ambulanten und stationären Bereich der Jugend- und Drogenhilfe ist deutlich gestiegen.

Die Schwierigkeit bei der Entscheidung für eine angemessene Intervention für Cannabismissbrauchern liegt oft darin, dass es bei den Konsumenten und auch bei den verschiedenen Professionen sehr unterschiedliche Sichtweisen auf das „Cannabisproblem“ geben kann. (Bobbink/Spohr 2002) Im folgenden werden verschiedene Kriterien für Behandlungsmöglichkeiten kurz umrissen.

## **Sekundärprävention und Frühintervention**

Angesichts der steigenden Prävalenz des Cannabiskonsum ist eine offensivere sekundärpräventive Auseinandersetzung und bei Bedarf eine daraus resultierende Frühintervention für diese Zielgruppe wich-

tiger denn je. Mit Hilfe von sekundärpräventiven Konzepten und Angeboten, die sowohl in der Schule als auch in der Jugendhilfe noch stärker etabliert werden müssen, kann die problembelastete Risikogruppe wesentlich früher erreicht werden. Auch die Kinder- und Jugendärzte können hierbei eine wichtige Rolle spielen, denn sie sind oft erste Ansprechpartner, wenn gesundheitliche( psychische) Probleme auftauchen (Farke/Graß/Hurrelmann,2003). Mittlerweile bietet auch das Internet als Kommunikationsplattform für sekundärpräventive Strategien eine zusätzliche Möglichkeit, um jugendliche Konsumenten frühzeitig zu erreichen. Neben spezifischer Informationsvermittlung sind vor allem interaktive Strategien wie chats, online-Beratung und Testmöglichkeiten (kiffertest!), sowie motivierende Kurzinterventionen wichtige Möglichkeiten einer Frühintervention geworden.

### **Abhängig oder schädlicher Gebrauch ?**

Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Cannabiskonsumenten mit riskantem Konsum oder „schädlichem Gebrauch“ (F12.1, ICD 10) und damit verbundenen psychischen Problemen (insbesondere bei Jugendlichen) wesentlich höher ist, als die der Konsumenten mit einem ausgeprägten „Abhängigkeitssyndrom“ (F12.2, ICD 10). Eine Suchtbehandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erfordert eine Abhängigkeitsdiagnose gemäß ICD 10. Für die Zielgruppe der Konsumenten mit riskantem bzw. schädlichem Gebrauch gibt es derzeit noch wenig adäquate Behandlungsangebote und es wäre nicht angemessen, jugendliche und erwachsene Problemkiffer als „Drogenabhängige“ zu diagnostizieren, um eine Suchttherapie finanziert zu bekommen.

Bei neben dem Cannabismissbrauch zusätzlich vorhandenen psychischen Störungen kann diese Zielgruppe durch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder Psychologischen Psychotherapeuten behandelt werden. Bei Psychotherapeuten, die mit dieser Thematik vertraut sind, kann der Cannabismissbrauch im Rahmen der psychotherapeu-

tischen Behandlung aktiv bearbeitet bzw. überwunden werden. Unsere Erfahrung ist jedoch, dass dieser Aspekt in der Psychotherapie oft übersehen bzw. nicht ernst genommen wird. Andererseits gibt es auch viele Psychotherapeuten, die eine Behandlung bei noch bestehendem Drogenkonsum prinzipiell ablehnen.

### **Ambulant vor stationär**

Unsere Erfahrung zeigt, dass eine stationäre Langzeittherapie bei primärer Cannabisabhängigkeit in der Regel nicht indiziert ist. Da in stationären Therapieeinrichtungen der Drogenhilfe noch überwiegend polytoxikomane Opiatabhängige behandelt werden, gibt es auch große Berührungs- und Schwellenängste, denn die Mehrheit der primär Cannabisabhängigen grenzt sich von „Junkies“ ab und sieht zunächst wenig Gemeinsamkeiten in der Suchtproblematik.

Selbstverständlich kann dennoch im Einzelfall eine Indikation für eine stationäre Therapie vorliegen. Diese erweist sich dann als hilfreich oder notwendig, wenn der Klient bereits im starken Maße sozial desintegriert ist und insgesamt über zu wenig psychosoziale Ressourcen verfügt, um von einer ambulanten Therapie zu profitieren.

### **Entgiftung und qualifizierter Entzug**

Bei einer Cannabisabhängigkeit ist in der Regel keine stationäre Entgiftungsbehandlung erforderlich. Ausnahmen richten sich nach der Schwere des Entzugssyndroms im Zusammenhang mit vorhandenen comorbiden Störungen. Bei Kindern und Jugendlichen kann eine stationäre Entgiftung dann indiziert sein, wenn psychose-nahe Erlebnisse und psychische Krisen im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum auftreten. Hier bedarf es einer qualifizierten stationären Entgiftung, die für Kinder und Jugendliche bisher nur in wenigen Krankenhäusern realisierbar ist. Ein zusätzliches Problem bei Entgiftungsbehandlungen ist oft das Fehlen einer zeitnahen Anschlussbehandlung aufgrund unterschiedlicher Kostenträgerschaft und nicht ausreichender Vernetzung von Behandlungssegmenten.



### **Mehr Psychotherapie, weniger Sozialtherapie**

Wenn wir die Motive von Cannabiskonsumenten für eine Behandlung analysieren, so zeigt sich, dass die soziale und körperliche Dimension cannabisbezogener Probleme gegenüber den psychischen Dimensionen von geringerem Stellenwert ist.

So sind z.B. die Unterschiede von Cannabisabhängigen zu polytoxikomanen Opiatabhängigen unter anderem auch in der Dynamik der Suchtfolgeprobleme begründet. Körperliche Folgeerkrankung (Hepatitis, Aids) soziale Desintegration, Beschaffungskriminalität sind Probleme, mit denen Cannabisabhängige in der Regel nicht konfrontiert sind.

Die Behandlung von Cannabisabhängigen erfordert deshalb von Beginn an ein stärker psychotherapeutisches Vorgehen. Die Berücksichtigung der individuellen Begleitstörung sollte von Beginn an ein fester Bestandteil der Therapieplanung sein.

Die Zusammenarbeit mit einem Facharzt der Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist für die Mitbehandlung spezifischer comorbider Störungen (insbes. drogenbedingter Psychosen) unverzichtbar.

### **Spezifische Aspekte in der Therapie jugendlicher Cannabismisbraucher**

Das Versorgungsnetz für Kinder und Jugendliche mit Drogenproblemen ist geprägt von Unübersichtlichkeit, mangelnde Behandlungskontinuität durch Zuständigkeitsprobleme und daraus folgenden Finanzierungsproblemen. (s.a. Fegert 2001)

Es ist ein „trauriges Kapitel“ im Jugend- und Gesundheitswesen, dass gerade junge Drogenmissbraucher und deren Angehörige durch mangelnde Kooperation von Helfern, durch fehlende Übergänge und durch Finanzierungsprobleme von Leistungen wegen „Nichtzuständigkeit“ nicht frühzeitig angemessene Unterstützung erfahren.

Der wiederaufgenommene „Dialog“ zwischen Jugend- und Drogenhilfe sowie die Bereitschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sich spezifischer mit dieser Zielgruppe zu befassen, gibt zwar positive Signale für eine bessere Kooperation im „Fachlichen“, wenn es jedoch um Finanzierungsfragen geht, ist angesichts knapper finanzieller Ressourcen in den Kommunen und im Gesundheitswesen auch längerfristig mit Problemen in diesem Bereich zu rechnen.

Kinder und Jugendliche, die einen schädlichen Gebrauch von Cannabis aufweisen oder bereits abhängig sind, haben in der Regel auch emotionale Problem sowie Verhaltens- und Beziehungsprobleme. Hier ist eine klare Indikation für eine psychotherapeutische bzw. familientherapeutische Hilfe im Rahmen der Jugendhilfe nach §27, 3 bzw. § 35a SGB VIII KJHG gegeben. Psychotherapie für jugendliche Drogenmissbraucher im Rahmen der „Hilfe zur Erziehung“ oder bei „seelischer Behinderung“ wird jedoch bisher im Rahmen der Jugendhilfe eher selten angeboten. Andererseits befinden sich viele jugendliche Cannabismissbraucher in erzieherischen und sozialpädagogischen Jugendhilfemaßnahmen, ohne dass spezifisch auf den Cannabismissbrauch und die damit verbundenen psychischen Probleme eingegangen wird. Pädagogische Angebote stoßen außerdem an Grenzen, wenn der Cannabismissbrauch von Jugendlichen zur Bewältigung psychischer Probleme eingesetzt wird. Hier wäre eine Kombination von pädagogischen und psychotherapeutischen Hilfen sinnvoll, wie es das KJHG auch vorsieht. Die Erfahrungen aus den spezialisierten ambulanten (Modell-)Projekten in Rostock (*Designerdrogensprechstunde*), Hamburg (*Eppendorfer Modell* in der UKE) und in Berlin (*Therapieladen*) zeigen, dass im ambulanten Therapiebereich für Jugendliche und deren Familien erfolgreiche Angebote etabliert werden können. Die therapeutische Arbeit mit jugendlichen Konsumenten erfordert jedoch eine hohe Kooperationsbereitschaft von verschiedenen Berufsgruppen, sowie eine Flexibilität hinsichtlich der Behandlungssettings und Therapieziele.

#### **4. Fazit**

Die Therapie von Cannabiskonsumenten mit problematischem bzw. abhängigem Konsum erfordert eine über den Suchtaspekt hinausgehende differenzierte Diagnostik. Die Mehrheit der Klienten profitiert von einem eher psychotherapeutisch orientierten, integrativen und flexiblen Behandlungskonzept. Ausschließlich klassische sozialtherapeutisch orientierte Suchtbehandlung (Entgiftung – Entwöhnung – Nachsorge), geht in der Regel am konkreten Bedarf der Klienten vorbei. Cannabismissbraucher leiden weniger unter körperlichen Problemen und sind im Durchschnitt auch sozial besser integriert als Opiatabhängige. Stationäre Therapie ist deshalb nur in Einzelfällen notwendig. Entscheidend für die Behandlung von Cannabismissbrauchern ist das Verstehen und Ernstnehmen der spezifischen Funktionen von Cannabis. Die daraus resultierenden Therapieziele sind individuell und flexibel zu gestalten und sollten das jeweilige Störungsbild, sowie die entwicklungsspezifische Situation der Klienten berücksichtigen.

#### **Literatur:**

Bobbink, J., Spohr, B. (2002): Drogenkonsum und Psychische Störungen. Erfahrungen aus der ambulanten Therapie mit Cannabis- und Partydrogenmissbrauchern und –Abhängigen., in: Konrad Peter, Thomas Bader (Hrsg.) Psychiatrie und Drogensucht, Lengerich, S.175-192)

Erdheim, M.(1982) Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Frankfurt

Farke/Grass/Hurrelmann (Hrsg) (2003): Drogen bei Kinder und Jugendlichen. Stuttgart

Fegert, J. (2003) Blick aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie auf die Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe. In. DHS (Hrsg.) Jugend und Sucht. [www.ausweg.de](http://www.ausweg.de) , Hamm

Häfner et al. (2002) Vorzeitige Auslösung der Schizophrenie durch Substanzmissbrauch und Folgen für den weiteren Verlauf. In: Nervenheilkunde 4/2002

Kleiber, D., Kovar, K.-A. (1998): Auswirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen, Stuttgart.

Kuntz, H. (2002): Cannabis ist immer anders. Weinheim

Kraus, D.(1999): Psychodynamische Aspekte des Ecstasy-Konsums, in: Thomasius,R. (Hrsg). Ecstasy -Wirkungen ,Risiken, Interventionen. Stuttgart.

Soellner,R. (2000) Abhängig von Cannabis?. Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit. Bern

Therapieladen e.V. (1998) Cannabis denn Sünde sein? Eine Broschüre rund ums Kiffen. Berlin

**Zum Autor:**

Dipl.-Psych. Andreas Gantner, Psychologischer Psychotherapeut.  
Leiter des Therapieladen e.V.  
e-mail: a.gantner@therapieladen.de