



## ***Cannabiskonsum heute:***

**Perspektiven für  
Pädagogik, Beratung und Prävention**

**Freitag, 16. Januar 1998  
Berlin**

**Tagungsort:** Alte Feuerwache  
Axel-Springer-Str. 40/41  
10969 Berlin

## **Inhaltsverzeichnis**

	<b>Seite</b>
<b>Vorwort</b> ..... <b>von Andreas Gantner</b>	3
<b>Begrüßungsworte</b> ..... <b>von Christine Köhler-Azara</b>	5
<b>Einführung in das Tagungsthema</b> ..... <b>Cannabis im Trend!</b> <b>von Andreas Gantner</b>	6
<b>Die Cannabisstudie</b> ..... <b>Entwicklungstendenzen und Konsummuster von Cannabis</b> <b>von H. Peter Tossmann</b>	10
<b>Therapie bei Cannabisabhängigkeit</b> ..... <b>von Peter van Dalen</b>	28
<b>DrogenkonsumentInnen in der Jugendhilfe</b> ..... <b>Integration und Vernetzung</b> <b>von Friderike Degenhardt</b>	47
<b>Cannabis als Alltagsdroge?</b> ..... <b>Herausforderungen für die Sekundärprävention</b> <b>von Harvey Becker</b>	57
<b>Vorstellung von zwei neuen Cannabisbroschüren</b> ..... <b>für jugendliche Konsumenten und Multiplikatoren</b> <b>von Birgit Spohr</b>	71
<b>Zu den Referenten:</b> .....	76

## Vorwort

### von Andreas Gantner

Cannabis ist mit großem Abstand die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Seit 1990 ist neben dem Anstieg des Ecstasy- und Amphetaminkonsums im Kontext der Techno-Party-Szene auch eine stärkere Verbreitung des Cannabiskonsums zu verzeichnen.

Dieser ansteigende Trend wird auch im Zusammenhang mit der öffentlichen drogenpolitischen Diskussion über Cannabis gesehen. Jenseits dieser Debatte über Entkriminalisierung bzw. Legalisierung des Cannabiskonsums sind mit der Wiederentdeckung des Hanfs als Nutz- und Heilpflanze neue Aspekte zum Thema Cannabis hinzugekommen, die insgesamt einen Bewußtseins- und Einstellungswandel in der Öffentlichkeit erkennen lassen.

Die Gefahren und Risiken des Cannabiskonsums werden heute (nicht nur) von Jugendlichen nur noch gering eingeschätzt. Dies korrespondiert auch mit den Erkenntnissen aus der Sozialwissenschaft. Die überwiegende Mehrheit der Cannabiskonsumenden geht nicht über ein Experimentierstadium hinaus oder betreibt einen unauffälligen und sozial-integrierten Gelegenheitskonsum. Die alte These von der „Einstiegsdroge“ Cannabis hält keiner ernsthaften wissenschaftlichen Diskussion stand.

Dennoch ist unbestritten, daß auch der Konsum von Cannabis zum Abhängigkeitsproblem werden kann. Darüber hinaus können vor allem junge und psychisch labile Menschen im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum psychische/psychiatrische Probleme bekommen. Mit der zunehmenden Verbreitung und Veralltägigung des Cannabiskonsums wächst auch die Gruppe derer, die mit Cannabis nicht umgehen können, in psychosoziale Schwierigkeiten geraten oder Cannabissüchtig werden.

Die Erfahrungen aus der praktischen Arbeit im *Therapieladen* zeigen, daß Personen mit einem Cannabisproblem es heute schwerer haben, ernst genommen zu werden und ein angemessenes Hilfsangebot zu bekommen: Die Drogenhilfe ist überwiegend auf die Beratung und Behandlung Opiatabhängiger ausgerichtet, die Jugendhilfe ist zum großen Teil konzeptionell auf den Umgang mit drogenkonsumierenden Jugendlichen nicht eingestellt.

Beide Hilfesysteme stehen deshalb vor der Herausforderung, sich adäquat und fachlich differenziert auf den Cannabiskonsum bzw. -mißbrauch einzustellen. Die Weiterentwicklung bzw. Etablierung sekundärpräventiver Konzepte sehen wir als dringende Aufgabe in der Jugend- und Drogenarbeit an.

Um diese Entwicklung zu unterstützen hat der *Therapieladen* im Januar 1998 eine Fachtagung durchgeführt, deren Beiträge in diesem Band dokumentiert werden. Dabei haben wir uns bewußt dafür entschieden, uns auf den Aspekt des Cannabiskonsums und des professionellen Umgangs mit Konsumenten in den Hilfesystemen zu beschränken.

Die Notwendigkeit der Thematisierung und Diskussion von anderen Aspekten (z.B. rechtliche Aspekte, Cannabis als Heilmittel und Nutzpflanze) soll damit nicht in Abrede gestellt werden. Wir sind jedoch davon überzeugt, daß es besser ist, wenn man die unterschiedlichen Themen getrennt behandelt und diskutiert.

Ich bedanke mich bei der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport (Büro für Suchtprophylaxe) für die gute fachliche Zusammenarbeit bei der Entwicklung der Broschüren, sowie bei allen Referenten für Ihre Teilnahme. Die uns nach der Fachtagung zugetragene positive Resonanz ist auch ein Ergebnis der guten und engagierten Zusammenarbeit des gesamten Therapieladen-Teams. Neben den Teammitgliedern und Referenten Birgit Spohr und Harvey Becker haben Jeanine Bobbink (sie hat auch den Beitrag von P. van Dalen vom Holländischen ins Deutsche übersetzt) und Pirjo Tuura Buchrucker für einen reibungslosen Ablauf der Tagung gesorgt.

Besonderer Dank gilt unserer Mitarbeiterin Elke Dangeleit, die für die Koordination der Fachtagung verantwortlich war und gemeinsam mit Uwe Bartels den technischen Ablauf überwachte.

## Begrüßungsworte

von Christine Köhler-Azara  
Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport; Büro für  
Suchtprophylaxe

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte Sie ganz herzlich zu dieser Fachtagung begrüßen und Ihnen auch die Grüße der Senatorin Ingrid Stahmer und der Drogenbeauftragten des Landes Berlin, Elfriede Koller, übermitteln.

Beide konnten aufgrund kurzfristig anberaumter Termine leider nicht kommen.

Ich freue mich sehr, daß das Thema „Cannabis“ so ein großes Interesse gefunden hat und Sie so zahlreich erschienen sind. Es ist an der Zeit, zu diesem kontroversen Thema fachlich fundiert Position zu beziehen und den Cannabiskonsum Jugendlicher weder zu verharmlosen noch zu verteufeln. Wir brauchen eine nüchterne Analyse der Risiken des Cannabiskonsums, damit wir angemessen und effektiv dem Mißbrauch und der Abhängigkeit vorbeugen können. Das ist nach wie vor unser Ziel.

Cannabis ist für viele Jugendliche heute eine Alltagsdroge, beinahe wie Zigaretten. Für manche ist sie sogar besonders ökologisch, denn schließlich ist sie pflanzlicher Herkunft. Aber **den** Cannabiskonsumern, **den** Kiffer, gibt es nicht. Es gibt sehr viele unterschiedliche Konsummuster, Konsummotivationen und Kifferszenen. Für die meisten Jugendlichen ist das Haschischrauchen ein Phänomen des Übergangs. In dem Moment, wo Ausbildung, eine feste Beziehung, ein neuer Freundeskreis, eine Arbeit an Bedeutung gewinnen, ist Kiffen kein Thema mehr und wird aufgegeben. Um also festzustellen, ob ein Jugendlicher oder eine Jugendliche gefährdet sind, sich in Richtung einer Abhängigkeit zu entwickeln, genügt nicht der Blick auf die Substanz, wieviel, wie oft, in welchem Kontext, mit welcher Motivation! Prävention muß bei jedem Einzelnen genau hinsehen, welche Ressourcen sind da, wie ist das Umfeld, gibt die Familie Unterstützung oder liegen hier die Probleme, was ist los in der Schule, der Ausbildung, mit Freunden. Hat jemand Interessen entwickelt, gestaltet sein Leben aktiv oder erleidet es passiv. Gab es Suchtverhalten in der Familie, verfügt der oder die Jugendliche über Konfliktbewältigungsstrategien, welche Fähigkeiten im Umgang mit Krisen sind da?

Sekundärprävention muß lernen, ganzheitlich zu denken und genau hinzusehen, Fragen zu stellen und in Beziehung zu treten, wenn Sie **früh** erkennen will, ob eine Suchtgefährdung vorliegt oder nicht. Mit dem Haschischkonsum wird eine erste Hürde übersprungen, für manche mag das Ausprobieren anderer illegaler Drogen danach einfacher sein, für andere hat das eine nichts mit dem anderen zu tun.

Offen, ohne Vorurteile hinzusehen ist in jedem Fall ein Gewinn, um angemessene Interventionsstrategien entwickeln zu können. Ich glaube, das Programm dieser Tagung ist dafür sehr vielversprechend. Ich wünsche uns allen das eine oder andere Aha-Erlebnis, Erkenntnisgewinn und eine konstruktive Abschlusdiskussion.  
Ich danke Ihnen!

## Einführung in das Tagungsthema Cannabis im Trend!

von Andreas Gantner

Ich begrüße Sie ganz herzlich zu unserer Fachtagung und freue mich über die große Anzahl der Teilnehmer/innen und das Interesse, das wir bei Ihnen geweckt haben. Ich will Ihnen als Einstieg in das Thema „Cannabiskonsum“ einige Fakten und eigene Einschätzungen mitteilen.

Aus der sozialwissenschaftlichen Forschung und Epidemiologie zum Konsumverhalten wissen wir, daß die Verbreitung und der Konsum von illegalen Drogen überwiegend an bestimmte Lebensphasen, Szenen und soziale Kontexte gebunden ist. Man spricht von „jugendtypischen Drogen“ und meint damit, daß der Drogenkonsum als entwicklungsbedingtes Risikoverhalten ein Übergangsphänomen des Jugendalters ist. Im Spektrum der illegalen Drogen hat jedoch Cannabis eine Sonderstellung eingenommen. Der Konsum von Cannabis hat sich ca. 30 Jahre nach der „Entdeckung“ durch die „68er“ bzw. Hippiegeneration nicht nur in allen Schichten und Szenen der Jugendkultur, sondern auch zunehmend als Alltagsdroge von Erwachsenen etabliert.

Es gibt sicherlich nach wie vor jugendtypische Besonderheiten und jugendkulturelle Schwerpunkte des Konsums von Cannabis. So wurde bereits bei den Ergebnissen der „Ecstasy-Hotline“ (1996), die wir vor zwei Jahren durchführten, deutlich, daß alle Ecstasykonsumenten auch Erfahrung mit Cannabis haben und ein großer Anteil der Partydrogenkonsumenten in der Technoszene Dauerkonsumenten von Cannabis sind (15%).

In den neuesten Daten aus dem „Jahrbuch Sucht“ (DHS 1998) wird dokumentiert, daß neben dem Anstieg des Konsums synthetischer Drogen in den letzten fünf Jahren (1990-1995) auch der Konsum von Cannabis nochmals angestiegen ist. Es ist zu vermuten, daß sich jenseits kurzfristiger Trends und Modeerscheinungen die Popularität und die Verbreitung des Cannabiskonsums in Zukunft noch steigern wird. Ich will auf drei Aspekte kurz eingehen, die meiner Ansicht nach dabei eine wichtige Rolle spielen.

### Die Wiederentdeckung von Cannabis als Nutzpflanze

Mit der industriellen Nutzung der Hanfpflanze hat sich ein stetig anwachsender Markt entwickelt. Auf der im Februar 1998 stattfindenden „Hanf expo“ in Bremen wirbt das weltgrößte Hanfwarenhaus mit über 100.000 Hanfprodukten. Seit drei Jahren gibt es in Berlin das „Hanf-Erntedankfest“. In der ganzen Bundesrepublik sprießen Hanfhäuser und Grow Shops aus dem Boden, frei nach dem Motto des Berliner Hanfhausbegründer Mathias Bröckers. „**Es gibt viel zu tun, pflanzen wir's an!**“

In der „taz“ gibt es in regelmäßigen Abständen eine „Hanf-spezial“ Ausgabe. Darüber hinaus gibt es bereits mehrere Hanfzeitschriften wie z.B. das Hanfblatt, in denen auf sehr originelle Art für alle möglichen Hanfprodukte geworben wird.

Mit der Vermarktung von Hanfsamen und dem weiteren Zubehör für die Marihuanaaufzucht wird sich der Eigenanbau in Zukunft noch verstärken. Dies soll durch ein Verbot des Verkaufs von Hanfsamen zur Rauschmittelproduktion in Zukunft beschränkt werden. Die Kreativität der Hanfszene wird jedoch auch für dieses Verbot alternative „Lösungen“ finden.

Vor diesem Hintergrund dieser ökologisch-wirtschaftlichen Entdeckung der Hanfpflanze als vielseitiges Naturprodukt hat Cannabis insgesamt ein sehr positives Image bekommen. Haschisch und Marihuana haben einen Bedeutungswandel erfahren und sind im Rahmen dieser Entwicklung zur „**Ökodroge**“ geworden.

## **Cannabis als Heilmittel**

Cannabis hat eine lange Tradition als Heilmittel und wird seit einiger Zeit als „verbotene Medizin“ für den Einsatz in unterschiedlichen Indikationsgebieten (z.B. bei Personen mit AIDS - und Krebserkrankungen, Neurodermitis, „Grüner Star“) in Forschung und Praxis diskutiert (Grinspoon, Bakalar 1994). Bundesweit wurde eine „Arbeitsgemeinschaft - Cannabis als Medizin“ gegründet, die sich für eine rechtlich abgesicherte Möglichkeit der medizinischen Anwendung von Cannabis engagiert. Die mögliche positive Heilkraft von Cannabis zur Linderung bestimmter Krankheiten ist ein Aspekt, der im Grunde nichts mit der Rauschwirkung der Substanz zu tun hat. Die Tatsache, daß Cannabis unter Umständen ein nützliches Heilmittel sein kann, wirkt sich jedoch auch positiv auf das Image der Droge insgesamt aus.

## **Drogenpolitische Diskussion und Ansätze**

Mit dem Bestreben einer Entkriminalisierung des Cannabiskonsums auf einer einheitlichen Linie in allen Bundesländern ist viel Bewegung in die Diskussion um die Einschätzung der Gefährlichkeit der Substanz sowie den drogenpolitischen Umgang gekommen. Starke Kontroversen in der Drogenpolitik löste der Vorschlag der Kieler Landesregierung aus, in einem Modellversuch Cannabis in Apotheken erhältlich zu machen. Trotz der Ablehnung dieses Modells durch das Bundesministerium für Gesundheit werden weitere Ideen und Vorschläge für eine stärkere Entkriminalisierung bzw. Legalisierung folgen. Insgesamt ist dadurch in Teilen der Bevölkerung ein Bewußtseinswandel zum Thema Cannabis in Gang gekommen. Ob die möglichen Risiken des Cannabiskonsums jetzt sachlicher und differenzierter wahrgenommen werden, läßt sich jedoch schwer beurteilen.

Die Erfahrungen aus unserer praktischen Arbeit im *Therapieladen* weisen darauf hin, daß heute zwar offener über Cannabiskonsum gesprochen wird, Bagatellisierung und Dramatisierung des Konsumverhaltens aber nach wie vor aktuell sind.

Wir hoffen, mit den Beiträgen dieser Fachtagung und den von uns entwickelten Broschüren einen kleinen Impuls zu einer fachlich differenzierten Information und Diskussion geben zu können.

## **Zum weiteren Programmablauf:**

Gleich im Anschluß wird **Peter Tossman** die Ergebnisse einer großen sozialwissenschaftlichen Studie (vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag

gegeben) zum Thema Cannabiskonsum vorstellen. Durch die große Stichprobe dieser Studie kann Ihnen Herr Tossman ein differenziertes Profil der Cannabiskonsumenden und der verschiedenen Konsummuster beschreiben.

Peter Tossmann war mein Vorgänger im *Therapieladen* und hat selbst 8 Jahre als Psychotherapeut mit Cannabiskonsumenden gearbeitet. Aus seiner praktischen Arbeit und Erfahrung im *Therapieladen* ist die Idee für diese Studie entstanden. Er ist jetzt seit 5 Jahren in der Forschung tätig und war zuletzt von der BzGA mit einer Studie zur Drogenaffinität in der Technoszene beauftragt.

Danach wird der holländische Kollege **Peter van Dalen** ein Referat zur Therapie mit Cannabisabhängigen vortragen. Ich freue mich ganz besonders auf unseren Referenten aus Amsterdam, zumal er mit Sicherheit einer der erfahrensten Praktiker bzw. Psychotherapeut in diesem Bereich ist. Er ist Mitarbeiter im bekannten Jellinekzentrum Amsterdam und arbeitet dort seit über 20 Jahren mit abhängigen Kiffern. Er wird Ihnen einen Einblick in sein spezifisches therapeutisches Konzept vermitteln.

Nach der Mittagspause hält **Friderike Degenhardt** einen Vortrag zum Thema „Drogenkonsumierende Jugendliche in der Jugendhilfe“. Frau Degenhardt ist systemische Familientherapeutin und arbeitet in der flexiblen Erziehungshilfe bei „Jugendwohnen im Kiez“. Vor dem Hintergrund einer systemischen Perspektive stellt Sie Ihren Arbeitsansatz in der Jugendhilfe vor und beschäftigt sich auch mit dem wichtigen Thema der Vernetzung und Kooperation zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe.

Im Anschluß an ihren Beitrag wird **Harvey Becker** zum Thema Suchtprävention referieren. Harvey Becker arbeitet seit 9 Jahren in der Drogenhilfe. Er arbeitet seit zwei Jahren im *Therapieladen* und ist neben seiner therapeutischen Tätigkeit als Präventionsfachmann für die Organisation und Durchführung von Präventionsveranstaltungen verantwortlich, wobei unser Schwerpunkt auf dem Gebiet der Sekundärprävention liegt. Die Grundzüge dieses Präventionsansatzes werden von ihm vorgestellt.

Zum Abschluß stellt Ihnen **Birgit Spohr** die von uns im Auftrag der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport entwickelten Cannabisbroschüren vor. Birgit Spohr ist seit 5 Jahren psychotherapeutische Mitarbeiterin im *Therapieladen* und hat in der Fachöffentlichkeit in den letzten Jahren vor allem zum Thema Ecstasy und Partydrogen referiert und auch Beiträge veröffentlicht. Sie wird Ihnen anhand der Cannabisbroschüre für Konsumenten eine praktische Umsetzung unseres Konzepts der Sekundärprävention präsentieren.

### **Literatur:**

**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren:**  
Jahrbuch Sucht 1998, Neuland 1997



**Grinspoon, L, Bakalar, J.B.:**

Marihuana. Die verbotene Medizin., Zweitausendeins 1994

**Neumeyer, J (Hrsg):**

Cannabis. Pakeispresse., Verlag Hans Schickert. 1996

**Therapieladen e.V.:**

Ecstasy Hotline., Projektbericht 1996

## Die Cannabisstudie Entwicklungstendenzen und Konsummuster von Cannabis

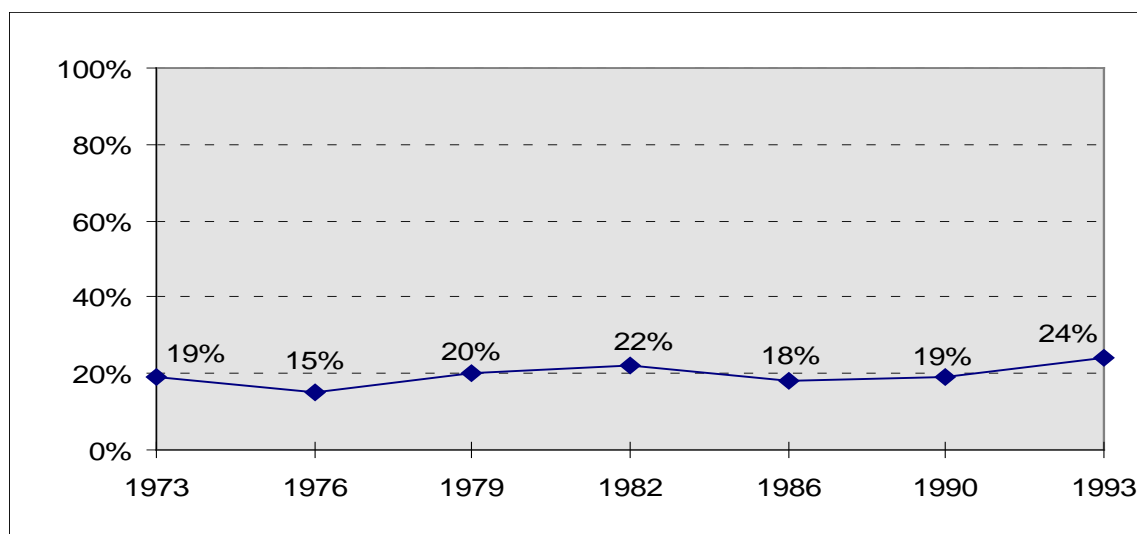
### Cannabiskonsum: Entwicklungstendenzen, Konsummuster, Einflußfaktoren und mögliche Konsequenzen.

von H. Peter Tossmann

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie Sie aus dem Programm entnehmen können, habe ich vor, über Entwicklungstendenzen, Konsummuster, Einflußfaktoren und mögliche Konsequenzen des Cannabiskonsums zu reden. Das heißt, ich möchte darüber sprechen, wie es in den letzten Jahren in unserer Kultur, dieser Gesellschaft mit dem Drogenkonsum und insbesondere mit dem Konsum von Cannabis bestellt war, nach welchen Mustern dieser Konsum erfolgt und welche Faktoren verschiedene Konsummuster bedingen. Und zu guter Letzt, möchte ich - auch wenn dies vor dem Hintergrund der aktuell vorliegenden Daten besonders schwierig ist - auf die Frage nach möglichen Konsequenzen oder Folgen des Cannabiskonsums eingehen.

Bevor wir nun aber über den Konsum von Cannabis sprechen, möchte ich Ihnen zuerst einmal einen Überblick geben über die Verbreitung des Drogenkonsums unter Jugendlichen innerhalb der letzten 20 Jahre. Nach den Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, die seit Anfang der 70er Jahre repräsentative Studien zum Drogenkonsum Jugendlicher durchführt, lag der Anteil der Drogenerfahrenen zwischen 1973 und heute zwischen 15% und 25%. Wie wir auf der nächsten Folie sehen, ist der Anteil der Jugendlichen mit Drogenerfahrung über viele Jahre relativ stabil und Anfang der 90er Jahre leicht angestiegen.



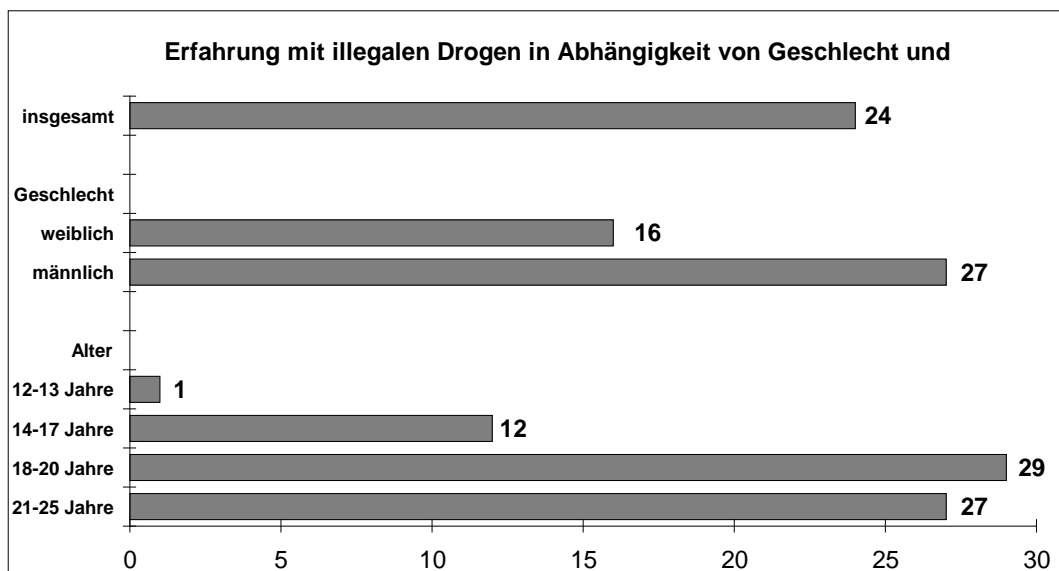
An dieser Stelle muß ich leider meinem Kollegen Andreas Gantner widersprechen, der einfürend gesagt hat, daß immer mehr Drogen konsumiert werden. Die Prävalenz des Drogenkonsums hat in den letzten 20 Jahren praktisch kaum zugenommen. Ich bin sehr gespannt, auf die Ergebnisse der neuen Studie der BZgA, die wahrscheinlich Mitte des Jahres fertig gestellt sein wird. Aber ich gehe davon aus, daß wir auch aktuell einen kaum höheren Anteil drogenerfahrener Jugendlicher haben als 1993.

Nun stellt sich für die Jugendarbeit vielleicht die Frage, wie dies zu bewerten ist. Ist der Konsum von Drogen nun weit verbreitet oder sind es eher wenige Jugendliche, die Drogen nehmen?

Natürlich kommt es hier auf die Perspektive der Beurteilung an: Eltern sagen sicherlich, das ist doch ganz schön viel, wenn jeder 4. Jugendliche irgendwann mit Drogen in Berührung kommt. Das ist eine Sichtweise, die man sicherlich gut nachvollziehen kann. Auf der anderen Seite muß man aber festhalten, daß seit vielen Jahren die überwiegende Mehrzahl aller Jugendlichen überhaupt nicht mit illegalen Drogen in Berührung kommen. Dies wiederum widerspricht der subjektiven Alltagserfahrung von vielen Kolleginnen und Kollegen, die in verschiedenen Jugendbereichen tätig sind. Für Betreuerinnen und Betreuer von Jugendwohn-gruppen oder Erzieher und Sozialarbeiter aus dem Jugendfreizeitbereich beispielsweise ist es vor dem Hintergrund ihrer Arbeit (bzw. ihrer Zielgruppe) kaum vorstellbar, daß ein so hoher Anteil aller Jugendlicher nicht mit illegalen Drogen in Berührung gekommen ist.

Natürlich muß auch betont werden, daß diese repräsentativen Daten die teilweise erheblichen regionalen Unterschiede verschleiern. Es gibt ein ganz eindeutiges Stadt-Land-Gefälle: In Ballungsgebieten wird man immer eine höhere Drogenprävalenz finden als in dünner besiedelten ländlichen Gebieten.

Wenn man jetzt auf dem nächsten Bild die Drogenkonsumprävalenz in Abhängigkeit vom Alter und Geschlecht betrachtet, dann wird deutlich, daß männliche Jugendliche eine weitaus höhere Wahrscheinlichkeit haben, mit illegalen Drogen in Berührung zu kommen als weibliche Jugendliche.



Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, 1994

Die Verteilung nach dem Lebensalter zeigt, daß im Alter bis zu 13 Jahren nur sehr wenige Drogenerfahrung haben. Der größte Anteil Drogenerfahrener findet sich in der Altersgruppe der 18-20 Jährigen.

Soll die Bedeutung des Cannabiskonsums in unserer Gesellschaft aber angemessen eingeschätzt werden, so stellt sich nicht nur die Frage nach der Konsumerfahrung, es wäre auch wichtig zu wissen, wie hoch der Anteil aktueller Konsumenten ist. Hierzu möchte ich Ihnen einige Ergebnisse einer recht aktuellen repräsentativen Studie des IFT - München zeigen, die vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben wurde.

In dieser Tabelle sehen Sie gleich mehrere wichtige Sachverhalte: Zum einen zeigt eine Binnendifferenzierung nach den einzelnen illegalen Substanzen, daß Cannabis die am weitesten verbreitete Droge ist. In diesem Zusammenhang muß man sich schon fragen, weshalb solche Tagungen wie diese hier weitaus seltener stattfinden als Tagungen und Workshops zur Opiatproblematik und oder zum Thema 'Kokain'.

### Drogenkonsumprävalenz\*

Altersgruppe: 18 - 20 jährige

	Konsumerfahrung	Konsum innerhalb der letzten 12 Monate	Konsum innerhalb der letzten 30 Tage
<b>Cannabis</b>	23	18	12
<b>Ecstasy</b>	7	5	3
<b>Amphetamine</b>	7	5	2
<b>Halluzinogene</b>	5	3	2
<b>Kokain</b>	4	2	1
<b>Heroin</b>	2	2	1

\* Angaben für die alten Bundesländer in Prozent

*IFT Institut für Therapieforschung (1996). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn.*

Bezogen auf die Altersgruppe, in der sich die Drogenkonsumerfahrung als besonders weit verbreitet gezeigt hat, wird darüber hinaus deutlich, daß 'nur' etwa die Hälfte der Cannabiserfahrenen 18-20Jährigen - nämlich 12% dieser Altergruppe - im engeren Sinne aktuell Cannabis konsumieren.

Wie wir aus anderen konsumbezogenen Verhaltensweisen - wie beispielsweise dem Rauchen von Zigaretten oder dem Trinken von Alkohol - wissen, unterscheiden sich Menschen teilweise erheblich hinsichtlich ihres Konsumverhaltens. Wie häufig wird nun in unserer Gesellschaft Cannabis konsumiert? Auch hierzu können die Daten der repräsentativen Untersuchung von 1995 des Instituts für Therapieforschung IFT, München herangezogen werden.

### Cannabiskonsumfrequenz\*

Konsum innerhalb der letzten 12 Monate		Konsumtage im letzten Monat	
1x	21	23	1 Tag
2-5x	26	38	2-5 Tage
6-9x	8	9	6-9 Tage
10-19x	10	9	10-19 Tage
20-59x	11	21	20-30 Tage
60-99x	5		
100-199x	3		
>=200x	13		

\*Angaben für alte Bundesländer in Prozent

*IFT Institut für Therapieforschung (1996). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn.*

Wie Sie an dieser Übersicht sehen können, hat die überwiegende Mehrzahl, nämlich 55% aller Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate Cannabis konsumierten, seltener als 10 mal im letzten Jahr Cannabis konsumiert und 61% der aktuellen Konsumenten, also derjenigen, die innerhalb des letzten Monats konsumierten, konsumierten Cannabis an 1-5 Tagen im Monat.

Es muß also festgehalten werden, daß ein Konsum von Cannabis in unserer Gesellschaft von der Mehrzahl der Konsumenten eher moderat betrieben wird. Aus dieser Grafik wird jedoch auch deutlich, daß etwa 10-20% aller aktuellen Konsumenten einen vergleichsweise häufigen Cannabiskonsum aufweisen.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, daß Cannabis die seit vielen Jahren eigentlich am weitesten verbreitete illegale Droge in unserer Gesellschaft ist, hat das Bundesministerium für Gesundheit 1992 eine Studie zur Erforschung von

*Determinanten unterschiedlicher Konsummuster von Cannabis*<sup>1</sup> in Auftrag gegeben. Ziel der Studie war es, Konsummuster von Cannabis empirisch zu differenzieren und Merkmale dieser Konsummuster zu bestimmen.

Dazu haben wir Teilnehmer gesucht, die eine zumindest einmalige Erfahrung im Konsum von Cannabis aufweisen sollten. Bei der Rekrutierung der Stichprobe haben wir versucht, jede mögliche Form des Cannabiskonsums abzubilden. Das heißt, oberstes Ziel war es, eine möglichst große und wichtiger noch, eine hinsichtlich verschiedener Parameter möglichst variantenreiche Stichprobe zu rekrutieren.

So haben wir in den Medien auf unsere Untersuchung aufmerksam gemacht, haben Interviewer teilweise ganz gezielt eingesetzt, mal um Jugendliche, dann wieder um ältere Leute mit Cannabiserfahrung zu befragen; dann Cannabiskonsumern, die Hilfeangebote wie Drogenberatungsstellen oder den Therapieladen aufsuchen.

Die nächste Tabelle soll die gewonnene Stichprobe der Cannabisstudie hinsichtlich soziodemographischer Merkmale beschreiben.

### Soziodemographische Merkmale der Stichprobe (N = 1458)

		%	n
<b>Geschlecht</b>	Frauen	<b>38</b>	551
	Männer	<b>62</b>	902
<b>Lebensalter</b> M = 26.6 MO = 25.0 MD = 25.0	≤ 20 Jahre	<b>21</b>	309
	21-25 Jahre	<b>29</b>	427
	26-30 Jahre	<b>24</b>	344
	31-35 Jahre	<b>14</b>	198
	≥ 36 Jahre	<b>12</b>	172
<b>Schulabschluß</b>	abgebrochen	<b>7</b>	101
	Hauptschule	<b>10</b>	146
	mittlere Reife	<b>23</b>	337
	Abitur	<b>60</b>	874
<b>aktuelle Tätigkeit</b>	Schüler/in	<b>19</b>	239
	Student/in	<b>28</b>	419
	berufstätig	<b>38</b>	569
	erwerbslos	<b>13</b>	197
	sonstiges	<b>2</b>	32

Zuerst einmal fällt auf, daß es uns gelungen ist, mit einer Teilnehmerzahl von 1458 Personen eine für sozialwissenschaftliche Untersuchungen des Drogenkonsums vergleichsweise große Stichprobe zu gewinnen.

Die Untersuchungsteilnehmer waren zu 38% weiblichen Geschlechts. Dies entspricht ungefähr dem Verhältnis, wie es sich in der Repräsentativstichprobe abbildet.

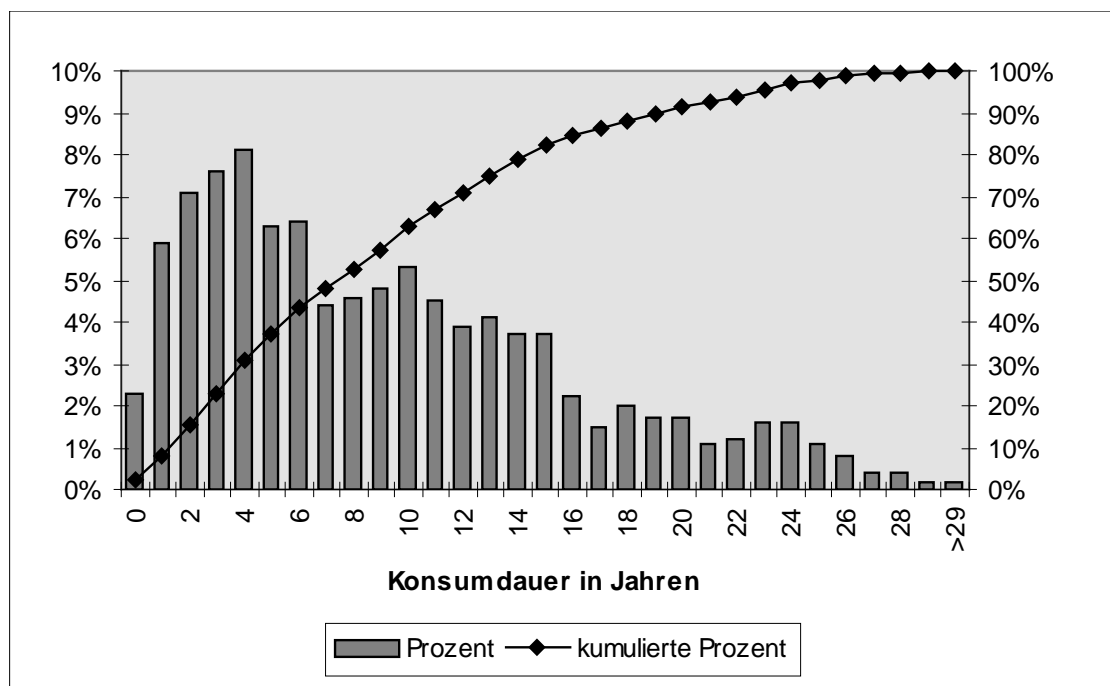
<sup>1</sup> Kleiber, D., Soellner, R. & Tossmann, H.P. (1995). *Determinanten unterschiedlicher Konsummuster von Cannabis. Ergebnisbericht. Bundesministerium für Gesundheit.*

Im Durchschnitt waren die untersuchten Personen  $M = 26,6$  Jahre alt. Etwa 21% der Befragten waren noch nicht 20 Jahre alt, und immerhin 26% waren über 30 Jahre alt.

Bezogen auf die Merkmale Schulabschluß und aktuelle Tätigkeit gibt es wenig Auffälliges. Im Vergleich mit repräsentativen Bevölkerungsdaten weist die Stichprobe des Cannabisprojekts allerdings einen etwas höheren Anteil an Abiturienten auf, was aber weniger mit dem zu untersuchenden Gegenstand - nämlich dem Cannabiskonsum - als vielmehr damit zu tun hat, daß die Teilnahmebereitschaft für derartige Untersuchung vom Bildungsniveau abhängig ist.

Bezogen auf die Dauer des Drogenkonsums sieht man mit Hilfe der nächsten Folie, daß wir in unsere Studie sowohl Konsumenten mit wenig als auch mit viel Erfahrung einbeziehen konnten.

Etwa jeder 10. der sich an der Befragung beteiligt hat, konsumiert erst seit maximal 1 Jahr und etwa 30% aller Teilnehmer konsumierten schon länger als 10 Jahre.



## Konsummuster von Cannabis

Bevor wir nun über Konsummuster von Cannabis sprechen können, müssen wir ein Problem lösen, das mit unserer Stichprobe zusammenhängt.

Das Untersuchungskriterium der Studie war Cannabiserfahrung, d.h. alle Leute, die wir befragten, hatten zumindest einmal Haschisch oder Marihuana konsumiert. Damit ist jedoch noch nicht bestimmt, ob jemand aktuell konsumiert. Für die Beschreibung von

Konsummustern sollten allerdings all jene ausgeschlossen werden, die zwar Erfahrung, aber keinen aktuellen Umgang mit Cannabis haben.

**Cannabiserfahrene (N = 1458)**

<b>aktuelle Konsumenten</b>	<b>ehemalige Konsumenten</b>
→ Konsum im letzten Jahr n = 1265	→ <i>kein</i> Konsum im letzten Jahr n = 193
→ Konsum im letzten Monat n = 1068	

Von allen Untersuchungsteilnehmern haben 193 Personen im letzten Jahr keinen Cannabiskonsum mehr gehabt, während 1265 Personen im letzten Jahr und 1068 im zurückliegenden Monat Cannabis konsumierten.

Um für die Untersuchung der Konsummuster sicherzustellen, daß ein aktueller Cannabiskonsum vorliegt, habe ich für die Analysen nur jene 1068 Personen ausgewählt, die auch im letzten Monat einen Konsum von Cannabis aufwiesen.

Diese, im Rahmen des Cannabisprojekts gewonnene Stichprobe aktueller Cannabiskonsumanten möchte ich nun zuerst einmal hinsichtlich des Merkmals Konsumhäufigkeit mit einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe vergleichen. Dazu die nächste Folie:

**Stichprobenbeschreibung: Häufigkeit des Cannabiskonsums**

<b>Repräsentativ - stichprobe<sup>2</sup></b>	<b>Stichprobe Cannabisprojekt</b>	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
---	---------------------------------------	---------------	---------------

<sup>2</sup> IFT Institut für Therapieforschung (1996). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Schriftliche Erhebung 1995. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn.



		(n = 198)	n = 1068	n = 367	n = 698
<b>Konsum von Cannabis an....Tagen</b>	1 - 5	<b>61</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>25</b>
	6 - 9	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>7</b>
	10 - 19	<b>9</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>10</b>
	20 - 30	<b>21</b>	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>49</b>

Im Vergleich mit den Daten der IFT-Studie zeigt die Stichprobe der Cannabisstudie im Durchschnitt eine deutlich höhere Konsumfrequenz.

So gaben 61% aller Befragten der Repräsentativerhebung an, an 1 - 5 Tagen Cannabis zu konsumieren, während nur bei 28% der Teilnehmer an der Cannabisstudie diese Konsumfrequenz zu finden war. Dagegen konsumierte fast jeder zweite Befragte des Cannabisprojekts an 20 - 30 Tagen im zurückliegenden Monat.

Diese Unterschiede sind auf einen Selektionseffekt zurückzuführen: Personen mit einem häufigeren Umgang mit Cannabis scheinen sich von einer derartigen Untersuchung eher angesprochen zu fühlen.

Interessant ist es auch, die Konsumhäufigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht zu betrachten. In der Stichprobe des Cannabisprojekts finden sich ebenso viele weibliche Teilnehmerinnen mit einem häufigen (20-30 Tage) wie mit einem selteneren Konsum (1-5 Tage), während annähernd jeder zweite Mann der Studie an mindestens 20 Tagen des letzten Monats Cannabis konsumierte.

Ein härterer Umgang mit der weichen Droge Cannabis scheint bei Männern also etwas wahrscheinlicher ist als bei Frauen, was auch durch andere Forschungsarbeiten belegt worden ist.

Kommen wir nun aber zu den Konsummustern von Cannabis und zu der Frage nach Merkmalen dieser Konsummuster. Zu Beginn unserer Studie haben wir ein sehr intensives Literaturstudium betrieben und sehr viele internationale Forschungsarbeiten zum Cannabiskonsum zur Kenntnis genommen<sup>3</sup>.

Welche Drogen- bzw. Cannabiskonsummuster lassen sich nun finden?

Die Antwort auf diese Frage ist - und das ist ein Ergebnis der Literaturrecherche - in hohem Maße davon abhängig, welche Maße für die Konstitution eines "Musters" herangezogen werden und mit welcher Begrifflichkeit dann operiert wird.

Der am häufigsten verwendete Parameter zur Bestimmung von Konsummuster ist die Konsumfrequenz.

In allen Forschungsarbeiten, in denen die Konsumhäufigkeit als das konstitutive Merkmal des Konsummusters von Cannabis definiert wird, wird eine Unterscheidung zwischen Gelegenheitskonsum und Gewohnheitskonsum von Cannabis unterschieden. Ich möchte in meinen folgenden Ausführungen auf diese Differenzierung zurückgreifen, wobei diese beiden Konsummuster hier wie folgt operationalisiert werden:

---

## **Cannabiskonsummuster**

## **Operationalisierung**

---

<sup>3</sup> Tossmann, H.P., Soellner, R. & Kleiber, D. (1993). Cannabis - Konsummuster und Gefährdungspotential. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren DHS (Hrsg.). Jahrbuch SUCHT 94. Neuland, Geesthacht.

- **Gelegenheitskonsum**
  - Konsum im letzten Jahr
  - Konsumtage im letzten Monat  $\leq 5$
- **Gewohnheitskonsum**
  - Konsumtage im letzten Monat  $\geq 25$

Von Gelegenheitskonsum spreche ich, wenn der Konsum von Cannabis (noch) nicht eingestellt wurde, wenn also innerhalb der letzten 12 Monate konsumiert wurde und wenn aktuell nicht häufiger als an 5 Tagen im letzten Monat konsumiert wurde.

Von Gewohnheitskonsum will ich sprechen, wenn jemand im letzten Monat an 25 Tagen und häufiger konsumiert hat, Gewohnheitskonsum ist nach dieser Definition also ein fast täglicher Konsum von Cannabis. Auch wenn diese Differenzierung nicht erschöpfend ist für alle Gruppen von Cannabiskonsumenten, so ist meines Erachtens doch plausibel, daß es sich hierbei doch um ganz unterschiedliche Konsumentengruppen handelt.

Und ein Vergleich dieser beiden 'Extremgruppen' kann uns interessante Hinweise zu Merkmalen des Cannabiskonsums liefern.

Zunächst einmal möchte ich Ihnen zeigen, wie sich die so definierten Gelegenheitskonsumenten und Gewohnheitskonsumenten in Bezug auf soziodemographische Parameter unterscheiden.

### Soziodemographische Merkmale in Abhängigkeit vom Konsummuster

		Gelegenheits- konsumenten (n = 541) $\leq 5$ Tage / Monat	Gewohnheits- konsumenten (n = 370) $\geq 25$ Tage / Monat	p
<b>Lebensalter (M)</b>		<b>26</b>	<b>27</b>	<b>n.s</b>
<b>Schul- abschluß (%)</b>	<b>Hauptschule</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>***</b>
	<b>Abitur</b>	<b>59</b>	<b>40</b>	
<b>aktuelle Tätigkeit (%)</b>	<b>Student/in</b>	<b>36</b>	<b>17</b>	<b>***</b>
	<b>berufstätig</b>	<b>28</b>	<b>38</b>	
	<b>erwerbslos</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	

n. s. = keine signifikanten Unterschiede; \*\*\* =  $p < .001$

Dieser Übersicht kann man zum einen entnehmen, daß sich die in der Cannabisstudie untersuchten Gelegenheitskonsumenten und Gewohnheitskonsumenten hinsichtlich des Lebensalters nicht signifikant unterscheiden.

Bezüglich des Bildungsniveaus ergeben sich jedoch Unterschiede: Gelegenheitskonsumenten weisen durchschnittlich die etwas bessere Bildungsperformance auf, was sich auch beim Merkmal 'aktuelle Tätigkeit' niederschlägt.

Gelegenheitskonsumenten sind zu einem höheren Anteil Studenten, während Gewohnheitskonsumenten gleichen Alters häufiger einer regelmäßigen Berufstätigkeit nachgehen.

Der Anteil Erwerbsloser ist bei Gewohnheitskonsumenten ebenfalls deutlich höher als bei Gelegenheitskonsumenten von Cannabis.

Kommen wir nun zum Cannabiskonsum. Zuerst einmal möchte ich Ihnen zeigen, wie sich Gelegenheits- und Gewohnheitskonsumenten hinsichtlich der Bedeutung des Cannabiskonsums unterscheiden.

### Merkmale des Cannabiskonsums in Abhängigkeit vom Konsummuster

	Gelegenheits- konsumenten (n = 541)	Gewohnheits- konsumenten (n = 370)	p
	<=5 Tage/Monat	>=25 Tage/Monat	
Konsumdauer (in Jahren)	<b>9</b>	<b>10</b>	n.s.
Cannabiskonsum spielt eine <i>bedeutende Rolle</i> im Leben (%)	<b>20</b>	<b>88</b>	***
Habe Cannabis <i>häufig</i> bzw. <i>immer</i> zuhause (%)	<b>19</b>	<b>91</b>	***
Cannabiskonsum auch <i>nach dem Aufstehen</i> (%)	<b>4</b>	<b>26</b>	***
Cannabiskonsum ab und zu in der Schule / Uni / Arbeit (%)	<b>13</b>	<b>36</b>	***

n. s. = keine signifikanten Unterschiede; \*\*\* =  $p < .001$

Hier wird zuerst einmal deutlich, daß die untersuchten Gelegenheitskonsumenten und Gewohnheitskonsumenten im Durchschnitt auf eine ähnlich lange Konsumerfahrung zurückblicken. Das heißt, Konsummuster von Cannabis entwickeln sich ganz offensichtlich unabhängig von der Konsumdauer. Damit wäre einem alten Mythos begegnet, wonach der Cannabiskonsum mit der Zeit geradezu zwangsläufig eskaliert.

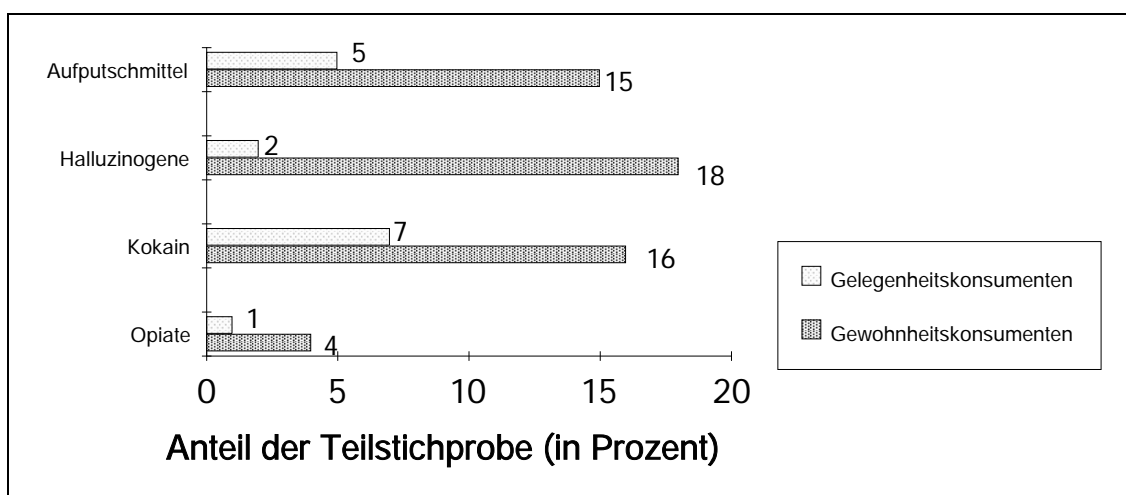
Richtig ist vielmehr, daß wir im Rahmen unserer Studie auf `Langzeitgelegenheitskonsumenten` gestoßen sind und ich erinnere mich noch an meine therapeutische Arbeit im Therapieladen, wenn dort Klienten im Alter von 20 Jahren berichteten, daß sie kurz nach dem Erstkonsum damit begonnen haben, täglich Cannabis zu konsumieren. Nach meiner Einschätzung ist also die Neigung zu einem spezifischen Konsummuster schon relativ früh gegeben.

Diese Folie macht aber auch deutlich, daß die Bedeutung des Cannabiskonsums in Abhängigkeit vom Konsummuster erwartungsgemäß variiert. So geben 88% der Gewohnheitskonsumenten an, daß der Konsum von Cannabis subjektiv eine bedeutende Rolle in ihrem Leben spielt, während dies nur von jedem fünften Gelegenheitskonsumenten gesagt wird.

91% der Gewohnheitskonsumenten aber nur 19% der Gelegenheitskonsumenten haben immer bzw. häufig Cannabis zuhause. Die unterschiedlich starke Einbindung des Cannabiskonsums in den Alltag zeigt sich aber auch darin, daß Gewohnheitskonsumenten zu einem signifikant höheren Anteil angeben, auch nach dem Aufstehen und auch ab und zu in der Schule bzw. bei der Arbeit zu konsumieren.

Die nächste Folie wird uns nun verdeutlichen, daß das Konsummuster von Cannabis auch eine unterschiedliche Affinität zu anderen Substanzen wahrscheinlich macht.

### Aktueller Konsum anderer illegaler Substanzen in Abhängigkeit vom Cannabiskonsummuster



Gewohnheitskonsumenten haben nach den hier vorliegenden Daten zu einem wesentlich höheren Anteil einen aktuellen Konsum von Aufputschmitteln, Halluzinogenen und Kokain. Besonders deutlich ist dies bei Halluzinogenen: nur 2% aller Gelegenheitskonsumenten, aber 18% der Gewohnheitskonsumenten geben an, im letzten Monat Halluzinogene konsumiert zu haben.

Unabhängig davon, wie nun das Risiko des Cannabiskonsum einzuschätzen sein mag, scheinen also Gewohnheitskonsumenten durch ihre höhere Affinität zu anderen Substanzen ein höheres Risiko zu haben, im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum psychosoziale oder medizinische Probleme herauszubilden.

### Einflußfaktoren des Cannabiskonsums

Die spannende Frage, die sich aus diesen teilweise erheblichen Unterschieden im Konsum von Cannabis ergeben ist nun: Welche Faktoren begünstigen die Entwicklung spezifischer Konsummuster?

Vorweg muß ich jedoch gleich sagen, daß wir - so wie die Cannabisstudie konzipiert war - darauf keine erschöpfende Antwort geben können. Hierzu sind längsschnittlich angelegte Forschungsarbeiten vonnöten, wie sie seit vielen Jahren z. B. in den USA durchgeführt werden. Hier werden Populationen von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter mehrmals empirisch untersucht, um so prospektiv jene Faktoren herauszuarbeiten, die für spezifische Entwicklungen relevant sind.

Im Rahmen der Cannabisstudie sind wir dagegen retrospektiv vorgegangen und haben im Rahmen der Untersuchung einige biographische Faktoren erfaßt, wie beispielsweise den Substanzkonsum der Eltern, die wahrgenommenen Familienbeziehungen sowie kritische Lebensereignisse während der Kindheit und Jugendzeit.

Die erste Folie hierzu enthält Daten zu wahrgenommenem Konsum von Zigaretten und Alkohol durch die Eltern. Entsprechend der sozialen Lerntheorie stellen Eltern für ihre heranwachsenden Kinder wichtige Verhaltensmodelle dar.

Daraus ließe sich schließen, daß auch der Umgang mit Substanzen am elterlichen Modell gelernt wird. Bezogen auf den Konsum von Cannabis lassen sich jedoch keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Gelegenheits- und Gewohnheitskonsumenten feststellen.

Von einem `sehr häufigen` Zigarettenkonsum des Vaters berichten 23% der Gelegenheits- und 25% der Gewohnheitskonsumenten und auch ein häufiger Umgang mit Alkohol durch die Eltern wird von beiden Konsumententypen etwa gleich häufig angegeben.

### Einflußfaktoren I: Substanzkonsum der Eltern\*

	Gelegenheits-konsumenten	Gewohnheits-konsumenten	p
<b>‘sehr häufiger’ Konsum von Zigaretten...</b>			
... durch die Mutter	14	17	n.s.
... durch den Vater	23	25	n.s.
<b>‘sehr häufiger’ Konsum von Alkohol...</b>			
...durch die Mutter	4	4	n.s.
...durch den Vater	11	15	n.s.

\* Angaben in Prozent; n. s. = keine signifikanten Unterschiede; \*\*\* = p<.001

Gewohnheitskonsumenten berichten zwar zu einem etwas höheren Anteil von 'harten' elterlichen Umgangsformen mit Zigaretten und Alkohol, diese Unterschiede sind aber nicht signifikant, sie können auch zufällig zustande gekommen sein.

Dieses Ergebnis zeigt, wie wichtig es ist, selbst noch so plausible Hypothesen immer wieder zu überprüfen. Denkbar wäre, daß das Konsumverhalten von Eltern von Kindern nicht generalisiert übernommen wird. Vielleicht bietet das 'Alkoholpattern' des Vaters dem Sohn oder der Tochter ein Modell bei der Entwicklung seines Alkoholkonsummusters, nicht aber hinsichtlich des Cannabiskonsums.

Als nächstes soll die Frage gestellt werden, ob die emotionalen Beziehungen zu den Eltern einen Einfluß auf das (spätere) Konsummuster von Cannabis hat.

Mit Hilfe eines familiendiagnostischen Verfahrens<sup>4</sup> wurden die Untersuchungsteilnehmer retrospektiv zu den subjektiv wahrgenommenen Familienbeziehungen während der Kindheit und Jugendzeit befragt.

Die nächste Übersicht macht deutlich, daß im Bereich der affektiven Beziehung zur Mutter keine signifikanten Unterschiede zwischen Gelegenheits- und Gewohnheitskonsumenten zu finden waren. Dagegen scheinen sich Gelegenheitskonsumenten zu einem bedeutsam höheren Anteil in eine vertrauensvolle emotionale Beziehung zum Vater eingebunden zu sehen als die Gruppe der Gewohnheitskonsumenten von Cannabis.

## Einflußfaktoren II: Wahrgenommene Familienbeziehungen+

	Gelegenheits- konsumenten	Gewohnheits- konsumenten	p
<b>Meine Mutter...</b>			
...und ich fühlten uns eng verbunden	63	63	n.s.
... vertraute mir wirklich	69	65	n.s.
...mochte mich, selbst wenn ich mit ihr gestritten habe	82	86	n.s.
...ging auf meine Gefühle und Bedürfnisse ein	65	66	n.s.
<b>Mein Vater...</b>			
...und ich fühlten uns eng verbunden	47	43	n.s.
...vertraute mir wirklich	64	51	**
...mochte mich, selbst wenn ich mit ihm gestritten habe	74	61	**
...ging auf meine Gefühle und Bedürfnisse ein	41	36	*

+ Angaben in Prozent; n.s.= keine signifikanten Unterschiede; \*\*= $p < .01$ ; \*= $p < .05$

<sup>4</sup>Cierpka, M. (1988). Der theoretische Hintergrund und die klinische Anwendung des FAM III (Family Assessment Measurement). In: M. Cierpka (Hrsg.), Familiendiagnostik. Heidelberg: Springer, 282-302.

Als letzte biographische Fragestellung soll nun dargestellt werden, ob das Auftreten kritischer Lebensereignisse während der Kindheit und Jugendzeit ein Einfluß auf die Herausbildung eines spezifischen Cannabiskonsummusters hat.

Vorstellbar wäre, daß eine Häufung familiärer oder anderer Belastungen während der Kindheit einen harten Umgang mit Cannabis wahrscheinlicher macht. Um dies zu prüfen, wurde eine in der Shell-Jugend-Studie '92 verwendete Frage zu lebensverändernden Ereignissen geringfügig modifiziert und in das Erhebungsinstrument des Cannabisprojekts eingebunden.

Die nachfolgende Übersicht macht nun deutlich, daß Gewohnheitskonsumenten nur zu einem geringfügig höheren Anteil dramatische Familienereignisse zu bewältigen hatten als die Gruppe der untersuchten Gelegenheitskonsumenten. Signifikante Unterschiede bestehen allerdings hinsichtlich jener Ereignisse, die man mit gesellschaftlichen Normkonflikten beschreiben könnte.

### Einflußfaktoren III: Kritische Lebensereignisse+

<i>In meiner Kindheit/Jugend war ich konfrontiert mit...</i>	Gelegenheitskonsumenten	Gewohnheitskonsumenten	p
...Scheidung der Eltern	28	30	n.s.
...Tod eines Elternteils	8	10	n.s.
...längere Arbeitslosigkeit der Eltern	7	7	n.s.
...in der Schule sitzengeblieben	24	31	*
...Umzug an einen anderen Ort	37	42	n.s.
...Probleme mit der Polizei	14	27	***
...Probleme mit der Justiz	7	16	***

+ Angaben in Prozent; n.s.= keine signifikanten Unterschiede; \*\*= $p < .001$ ; \*= $p < .05$

Gewohnheitskonsumenten geben häufiger an, in der Schule sitzengeblieben zu sein, den Leistungsnormen nicht gerecht geworden zu sein und häufiger Probleme mit Polizei und Justiz gehabt zu haben. Dieser Sachverhalt ist allerdings schwer zu interpretieren, da unklar bleibt, ob die Probleme mit Justiz und Polizei in Zusammenhang mit dem Drogenkonsum (Erwerb, Besitz, etc.) standen oder ob hiermit (andere) delinquente Verhaltensweisen wie z.B. Diebstahl gemeint sind.

### Konsequenzen des Cannabiskonsums

Wie Sie sicherlich wissen, werden in unserer Gesellschaft seit inzwischen mehr als 30 Jahren leidenschaftliche Diskussionen über die Risiken und Folgen des Cannabiskonsums geführt. Es muß jedoch festgehalten werden, daß im deutschsprachigen Raum bis zum heutigen Tag keine Forschungsarbeit vorliegt, die zu dieser Frage eine klare Antwort geben könnte. Alle bis heute vorliegenden Arbeiten zum Cannabiskonsum weisen methodische Defizite auf, so daß ihre Ergebnisse eine nur sehr engen Interpretationsspielraum haben.

Dies gilt auch für die Cannabisstudie. Im Rahmen einer querschnittlich konzipierten Forschungsarbeit können keine kausalen Zusammenhänge untersucht werden. Was ich Ihnen nachfolgend aber zeigen möchte, ist, in welcher Weise sich Gelegenheits- und Gewohnheitskonsumenten hinsichtlich der Prävalenz spezifischer Probleme unterscheiden.

Hierbei soll auf das Auftreten subjektiver psychosozialer Probleme und einer spezifischen Drogenabhängigkeit, sowie auf eine allgemeine psychosomatische Symptombelastung eingegangen werden.

Die erste hierzu erstellte Folie zeigt Ihnen einen Überblick über die Prävalenz psychosozialer Probleme, die von den Untersuchungsteilnehmern subjektiv mit dem Cannabiskonsum assoziiert wurden. Wichtig zu erwähnen ist jedoch, daß hier das Auftreten derartiger Probleme und nicht das Ausmaß der damit verbundenen Belastung gemeint ist.

### Konsequenzen des Cannabiskonsums I: Psychosoziale Komplikationen+

Wegen meines Cannabiskonsums hatte ich bereits...	Gelegenheitskonsumenten	Gewohnheitskonsumenten	p
...dauerhaften Ärger mit der Familie	17	28	***
...häufig Ärger mit der Arbeit/Uni/Schule	12	17	*
...eine Trennung vom / von dem / der Partner/-in durchlebt	8	12	*
...Ärger mit der Polizei	14	31	***
...Unfall unter Drogeneinfluß	4	6	n.s.
...immer wieder Versprechen nicht eingehalten	14	23	***
...öfter Verabredungen vergessen	15	28	***
...eigene Vorhaben nicht realisieren können	23	37	***
...immer wieder psychische Probleme	17	20	n.s.
...anhaltende körperliche Beschwerden	11	11	n.s.

+ Angaben in Prozent; **n.s.**= keine signifikanten Unterschiede; \*\*= $p < .001$ ; \*= $p < .05$

Wie Sie sehen, zeigen sich teilweise erhebliche Unterschiede zwischen Gelegenheits- und Gewohnheitskonsumenten von Cannabis. Die oben aufgeführten Aspekte wie "...Ärger mit der Familie", "...Trennung durchlebt", - könnte man als Akzeptanzprobleme bezeichnen. Der Cannabiskonsum wird nicht akzeptiert, was in der Folge zu interpersonalen Konflikten führt. Erwartungsgemäß zeigen sich Gewohnheitskonsumenten davon signifikant häufiger betroffen.

Ein weiterer Merkmalsbereich, in dem sich die beiden Konsumentengruppen unterscheiden, ist das Auftreten alltagsbezogener Bewältigungsprobleme. Gewohnheitskonsumenten geben häufiger an, Versprechen nicht eingehalten, Verabredungen vergessen und wegen des Cannabiskonsums eigene Vorhaben nicht realisiert zu haben. Damit ist im wesentlichen das gemeint, was im "Kifferjargon" unter "nichts mehr auf die Reihe kriegen" verstanden wird.

Es muß an dieser Stelle jedoch festgehalten werden, daß nach den hier erfaßten Komplikationen nicht von einer klinisch relevanten Belastung ausgegangen werden kann. Hinsichtlich des Auftretens körperlicher und psychischer Probleme zeigen sich zwischen den beiden Konsumentengruppen keine bedeutsamen Unterschiede.



## Konsequenzen des Cannabiskonsums II: Drogenabhängigkeit

Eine weitere mögliche Konsequenz des Cannabiskonsums ist die Entwicklung einer spezifischen Drogenabhängigkeit. Obgleich professionelle Drogenberater und –therapeuten schon seit vielen Jahren Erfahrungen im Umgang mit Haschischabhängigen machen<sup>5</sup>, ist in den letzten Jahren immer wieder eine recht kontroverse Diskussion über das Phänomen der Cannabisabhängigkeit geführt worden.

Inzwischen liegen allerdings international vereinbarte diagnostische Kriterien vor, die zur Definition stoffgebundener Abhängigkeiten herangezogen werden können. Sechs der sieben für die Abhängigkeitsdiagnostik relevanten Kriterien wurden im Rahmen des Cannabisprojekts erfaßt, lediglich das Kriterium der ‚Toleranzentwicklung‘ wurde aus methodischen Gründen nicht erhoben.

### DSM-IV Kriterien für Abhängigkeit\*

- (1) Vorhandensein von Entzugssymptomen in konsumfreien Phasen
- (2) Stärkerer Konsum als intendiert
- (3) Wunsch, den Konsum zu reduzieren oder einzustellen
- (4) Hoher Zeitaufwand zur Beschäftigung mit der Substanz
- (5) Einschränkungen wichtiger beruflicher und Freizeitaktivitäten
- (6) Anhaltender Konsum trotz wiederkehrender Probleme

*\*American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.*

Eine stoffgebundene Abhängigkeit liegt nach diesem Klassifikationssystem vor, wenn mindestens drei dieser Kriterien erfüllt sind. Wenn weniger als 3 Kriterien erfüllt sind, ist das Kriterium der Abhängigkeit *nicht* erfüllt.

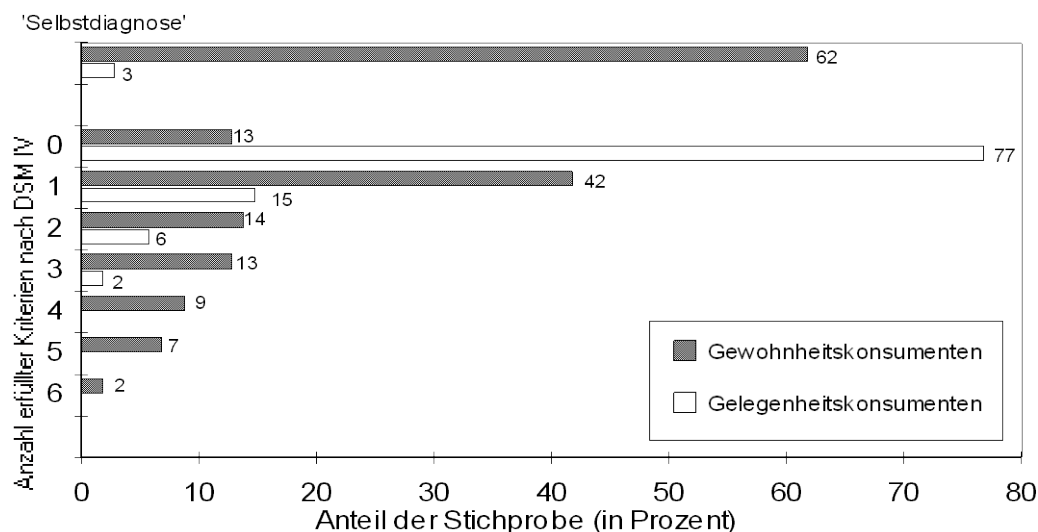
Eine weitere Möglichkeit, die Abhängigkeit von Cannabis zu erfassen besteht darin, die Konsumenten nach ihrer subjektiven Einschätzung hierzu zu fragen. Demzufolge

<sup>5</sup> Tossmann, H.P. (1987). Haschischabhängigkeit? Fischer, Frankfurt/M.

Tossmann, H.P. & Gantner, A. (1993). Differentielle Aspekte der Haschischabhängigkeit. In: *Sucht 4*.

wurden die Probanden im Rahmen der Untersuchung gefragt, ob sie sich selbst als psychisch abhängig von Cannabis einschätzen würden.

Wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, schätzen sich 62% aller Gewohnheitskonsumenten subjektiv als von Cannabis abhängig ein. Legt man die "objektiven" Kriterien zur Erfassung von Abhängigkeit zugrunde, so liegt der Anteil Cannabisabhängiger (3 und mehr Kriterien erfüllt) in der Teilstichprobe der Gewohnheitskonsumenten bei 31 %. Dieser Unterschied in der Einschätzung von Cannabisabhängigkeit dürfte auch deshalb interessant sein, da im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen in der Verleugnungs- bzw. Bagatellisierungstendenz der Betroffenen ein wesentliches Charakteristikum von Suchterkrankungen gesehen wird.



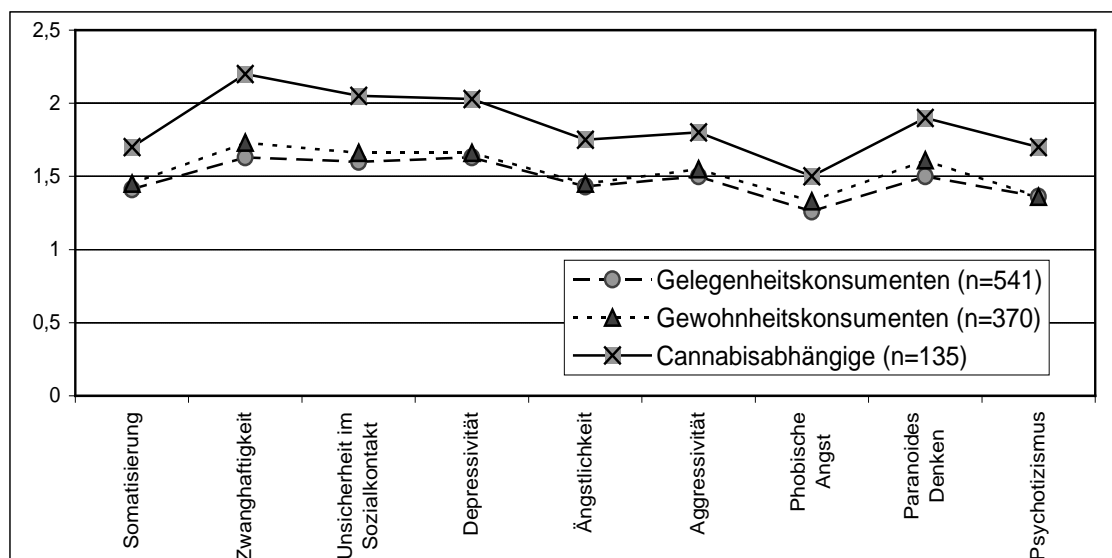
Eine Diskussion, ob es so etwas wie eine Cannabisabhängigkeit überhaupt gibt, ist nach meiner Einschätzung überflüssig. Streiten läßt sich allenfalls darüber, wie man diese spezifische Form einer Drogenabhängigkeit erfaßt und ob die hier verwendeten Kriterien geeignet sind, das Phänomen Cannabisabhängigkeit adäquat abzubilden. Die im Rahmen der Cannabisstudie hervorgebrachten Ergebnisse sprechen jedoch dafür, daß ein gewohnheitsmäßiger bzw. täglicher Konsum von Cannabis eine "notwendige", nicht aber eine hinreichende Bedingung für das Vorliegen einer Cannabisabhängigkeit ist.

Kommen wir nun zu der letzten Frage: Sind Gelegenheitskonsumenten gesünder als Gewohnheitskonsumenten?

Um über den aktuellen psychosomatischen Gesundheitszustand Aussagen machen zu können, wurde im Rahmen der Cannabisstudie eine aus dem amerikanischen Sprachraum übernommene Symptom-Check-Liste<sup>6</sup> eingesetzt. Hierbei handelt es sich um ein vollstandardisiertes Selbsteinschätzungsverfahren, welches über 90 Fragen ein breites Spektrum aktueller psychischer Beschwerden (Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoides Denken, etc.) erfragt.

<sup>6</sup> Franke, G.H. (1992). Kurzbericht über neue diagnostische Verfahren. Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste SCL-90-R als Forschungsinstrument. *Diagnostika*, 38 (2), (160-167).

In der nächsten Übersicht soll nun dargestellt werden, wie sich Gelegenheitskonsumenten, Gewohnheitskonsumenten und die spezifische Gruppe der Cannabisabhängigen hinsichtlich einer aktuellen Symptombelastung unterscheiden.



Folgt man diesen Ergebnissen, dann ist zuerst einmal festzuhalten, daß Gewohnheitskonsumenten von Cannabis – anders als man vielleicht erwarten würde - *keine* signifikant höhere psychosomatische Symptombelastung aufweisen als Gelegenheitskonsumenten.

Anders verhält es sich bei jener Konsumentengruppe, die die Kriterien der Substanzabhängigkeit erfüllt. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede in der aktuellen Belastung durch Zwanghaftigkeit, Depressivität, paranoidem Denken und Unsicherheit im Sozialkontakt.

Vor einer Interpretation dieses Befunds muß zuerst einmal darauf hingewiesen werden, daß das Datenmaterial der Cannabisstudie nicht ausreicht, um kausale Zusammenhänge zu postulieren. Unklar bleibt hier also, ob eine höhere Symptombelastung *Folge* oder *Ursache* der Cannabisabhängigkeit ist.

Dennoch läßt sich aus diesen Ergebnissen schließen, daß ein gewohnheitsmäßiger Konsum von Cannabis nicht zwangsläufig mit einem schlechteren gesundheitlichen Zustand in Verbindung steht. Cannabisabhängige jedoch stellen unzweifelhaft eine für das Drogenhilfesystem relevante Gruppe dar: Dies zeigen nicht nur die hier vorliegenden Ergebnisse, sondern auch die Erfahrungen, die wir in unserer Arbeit im THERAPIELADEN gemacht haben.

## Therapie bei Cannabisabhängigkeit

von Peter van Dalen

Es ist mir eine Ehre und ein Vergnügen, heute vor Ihnen über die Behandlung von Cannabisabhängigen sprechen zu dürfen.

Herr Gantner hat mich eingeladen, meine Erfahrungen mit Ihnen zu teilen. Erfahrungen, die im Jahr 1974 begannen. Ich arbeitete damals in einem ambulanten Team zur Behandlung von Drogenabhängigen in Amsterdam.

In diesem Jahr (1974) meldete sich hier zum ersten Mal ein Mann, der berichtete, daß er schon seit Jahren versuche, seinen Cannabiskonsum einzustellen, aber es gelinge ihm nicht. Wir haben mindestens 5 Gespräche geführt, bevor wir deutlich hatten, daß es sich um Abhängigkeit handelte.

In den ersten Jahren kamen vielleicht ein oder zwei Anmeldungen pro Jahr, und es wurden jedes Jahr mehr.

Der Prototyp des Hilfesuchenden ist ein Mann (80% Männer) im Alter von 27 Jahren, der seit ca. 9 Jahren täglich Cannabis konsumiert und Probleme in Beziehungen und am Arbeitsplatz hat. Er hat schon mehrmals erfolglos den Versuch unternommen, das Problem mit dem Cannabis unter Kontrolle zu bekommen. Er spricht darüber hinaus von psychischen Problemen, die hinter dem Drogenkonsum stehen.

So, wie ich es verstanden habe, kommen die hier Anwesenden teils aus pädagogischen Bereichen, aus dem psycho-sozialen Bereich und aus der Drogenhilfe.

Wenn wir nun 3 Formen von Cannabiskonsum unterscheiden, dann werden wir den ersten beiden Formen am häufigsten im Bereich der allgemeinen psycho-sozialen Versorgung, der letzten Form am häufigsten im Rahmen der Drogenhilfe begegnen.

<b>Experimenteller Gebrauch</b>
<b>Exzessiver Gebrauch</b>
<b>Abhängigkeit</b>

Wie aber stellt man nun fest, ob jemand von Cannabis abhängig ist?

Früher arbeiteten wir mit folgender Definition von Abhängigkeit:

### Definitionen von Abhängigkeit

#### I Ursprüngliche Definition

- Man geht von einer Toleranzentwicklung aus:  
Es mußte immer mehr konsumiert werden, um die gleiche Wirkung erzielen zu können
- Man geht von körperlicher Abhängigkeit aus, d.h. wenn der Süchtige den Konsum plötzlich einstellt, dann kommt es zu körperlichen Entzugserscheinungen

Toleranz und körperliche Abhängigkeit waren die 2 Elemente.

Auf der Grundlage dieser Definition macht Cannabis nicht abhängig, übrigens genauso wenig wie Kokain.

Was allerdings nicht heißt, was fast jeder Abhängige aus Erfahrung weiß, daß sich der Konsum mit der Zeit erhöht hat.

Im Laufe der Jahre wird meist immer mehr geraucht, bis ein gewisser Sättigungspunkt erreicht ist, der nicht selten auch durch die jeweilige finanzielle Situation mitbestimmt wird.

Wenn jemand regelmäßig konsumiert, dann aber für eine Zeit aufhört, so wird das erstmalige Rauchen nach dieser Pause oft als sehr viel heftiger in seiner Wirkung beschrieben als vorher: Auch eine Form von Toleranz.

In der Praxis wurden wir mit einer ansteigenden Anzahl von Cannabiskonsumenten konfrontiert, die es (alleine) nicht schafften, damit aufzuhören. Es mußte daher eine neue Definition von Abhängigkeit gefunden werden.

Meine Definition ist pragmatisch:

### Definitionen von Abhängigkeit

#### II Neue Definition von Abhängigkeit

- Spricht man von Abhängigkeit, so geht es nicht um die Substanz selbst, sondern um die Wirkungen die die Substanz hervorruft: Den Rausch. Man ist abhängig von der Rauschwirkung
- der Konsument bestimmt selbst, abhängig zu sein oder nicht**
- Wenn von Abhängigkeit die Rede ist, dann gibt es nur eine Lösung: Abstinenz, und zwar für den Rest des Lebens

Bei Abhängigkeit geht es nicht um die Substanz, sondern um die Wirkung: Den Rausch. Der Rausch hat eine Funktion bekommen.

Jeder bestimmt selbst ob er abhängig ist.

Dabei gebraucht er/sie folgende Kriterien:

1. Täglicher Gebrauch über einen längeren Zeitraum.
2. Die Menge, die konsumiert wird(meistens 1 Gramm pro Tag).
3. Übermäßige Beschäftigung mit Cannabis.
4. Bereits einige erfolglose Versuche unternommen, den Konsum einzustellen.

Wenn von Abhängigkeit die Rede ist dann gibt es nur eine Lösung: Abstinenz.

Ich möchte an dieser Stelle noch mal darauf hinweisen, daß meine Definition von Abhängigkeit auf die Praxis, auf die Behandlung abzielt.

Das hat folgende Konsequenzen:

Wenn jemand den Wunsch hat, weniger oder "angemessen" konsumieren zu wollen, dann ist er/sie nicht abhängig.

Auch wenn jemand sich selbst falsch einschätzt, muß er dennoch einen Plan darüber machen, wie er seinen Konsum in eine angemessene Form bringen kann: Auch bei Mißlingen ist dies ein wichtiger Schritt in der Behandlung.

Sie sehen also, daß bei dieser Art der Definition von Abhängigkeit die Verantwortung ganz bei den Klienten liegt. Es ist dann abhängig von den Behandlungsmöglichkeiten, wieviel Zeit und Energie zur Verfügung gestellt werden kann, um den Klienten in diesem Prozeß der Bewußtwerdung zu begleiten.

Im Grunde sind die ersten Versuche als motivierende Techniken zu betrachten. Man muß sich darüber im klaren sein, daß es durchaus Leute gibt, die z.B. imstande sind, ihren exzessiven Konsum zu reduzieren.

Wenn ein Jugendlicher oder junger Erwachsener, der sich in Behandlung befindet (welcher Art auch immer) darüber klagt, daß er zuviel kiffe, dann kann man den Versuch unternehmen, das Konsumverhalten in einen Gelegenheitskonsum zu verändern.

Selbst, wenn von Abhängigkeit die Rede ist, wird sich dennoch ein großer Teil der Abstinenzbemühungen außerhalb von Hilfssystemen abspielen.

Die Erfahrungen in den Niederlanden zeigen, daß nur 10% der täglichen Konsumenten sich zu einer Behandlung anmelden.

Da ich selbst im Bereich der ambulanten Therapie mit Drogenabhängigen arbeite, beschränke ich mich im folgenden auf die Gruppe von Hilfsbedürftigen, die zu dem Schluß gekommen sind, sich als abhängig zu betrachten, die deshalb große Probleme bekommen haben und aufhören müssen.

Wenn man in psychosozialen Bereichen arbeitet, die sich nicht ausdrücklich mit dem Thema Drogen beschäftigen, kann man sich nur dann einen Eindruck darüber verschaffen, welche große Rolle der Cannabiskonsum hier spielt, wenn man differenziert und direkt nachfragt. Denn schließlich ist Cannabis die am häufigsten konsumierte illegale Droge unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Immer wieder stelle ich fest, daß man in diesem psychosozialen Bereich Hemmungen hat, danach zu fragen und dann auch dranzubleiben.

Wenn es z.B. in einem Gespräch mit einem Jugendlichen in erster Linie um seine Konzentrations- und Gedächtnisprobleme geht, dann muß immer die Frage nach dem Konsum von Cannabis gestellt werden. Das gilt z.B. auch, wenn ein Jugendlicher in einer Erziehungsberatungsstelle oder bei der Schulpsychologie vorgestellt wird, weil es zum unerklärlichen Leistungsabfall in der Schule gekommen ist. Insbesondere dann, wenn die Leistungen vorher als gut zu bezeichnen waren und plötzlich schlechter geworden sind.

**Allgemein gilt:** Wenn man als Therapeut bemerkt, daß eine Behandlung aus unerklärlichen Gründen nicht läuft, dann ist die Frage, wie es denn mit dem Konsum von Alkohol und Rauschmitteln aussieht, unbedingt erforderlich.

Mit Nachfragen und Dranbleiben meine ich insbesondere: einen Eindruck davon zu bekommen, welche Rolle, welche Funktion die Substanz einnimmt, wie oft konsumiert wird, aber auch, wieviel Geld dafür ausgegeben wird.

## Behandlung von Cannabisproblemen

*Pretherapie (2 Gespräche)*

A	Vorgespräch
B	Datum festlegen, wann Abstinenz beginnt

Das erste Gespräch ist das wichtigste Gespräch.

In 80% bis 90% der Fälle schätzen sich die Klienten selbst als abhängig ein und sind bereits zu dem Entschluß gekommen, aufhören zu müssen.

Das Erstgespräch dient mir darüber hinaus dazu, mir ein Bild davon zu machen, wie die weitere Vorgehensweise aussehen kann.

Wenn der Klient sich selbst als abhängig einschätzt und deshalb aufhören muß, gehe ich zunächst auf das Prinzip der Halbherzigkeit ein:

*“Wenn Du nach sorgfältiger Selbsteinschätzung und -prüfung zu dem Schluß kommen würdest, daß die Motivation aufzuhören nicht ganz 100% beträgt, daß Du nicht wirklich sehr dafür kämpfen müßtest, dann rate ich Dir, jetzt, zu diesem Zeitpunkt nicht mit einer Therapie anzufangen.”*

Diese Art Intervention entstand aus der Erfahrung, daß ein Rückfall gleich zu Beginn der Behandlung in vielen Fällen zu einem Abbruch der Therapie führte. Indem direkt benannt und angesprochen wird, wird die Intervention zur motivierenden Technik. Sie unterstreicht den Ernst der Lage.

Doch zurück zum ersten Gespräch.

Zur Unterstützung und Begleitung der sorgfältigen Überprüfung seiner Motivation gebe ich den Klienten eine Art Meditationsübung mit, verbunden mit der Instruktion, diese täglich 10 - 15 Minuten durchzuführen.

Das 2. Gespräch findet nach einer Woche statt.

Mindestens die Hälfte der Hilfesuchenden sagt bereits im Erstgespräch, daß ein zweites Gespräch nicht notwendig sei. *“Ich bin mir jetzt schon ganz sicher .”*

Daß sie dennoch eine weitere Woche darüber nachdenken sollen, macht den Ernst der Situation noch deutlicher und verleiht dem Ganzen mehr Nachdruck.

Der Helfer muß ein Gegengewicht bilden gegen die allgemeine Tendenz, daß Cannabis ja nur eine weiche Droge sei, daß alles ja nicht so schlimm sei, wenn dann nur vergleichbar mit einer Abhängigkeit von Nikotin oder gar Schokolade.

Cannabiskonsum wurde jahrelang bagatellisiert.

## 2.Gespräch

Gleich zu Beginn des Gesprächs stelle ich die wichtige Frage, ob der Klient zu einer Entscheidung gekommen ist. Ungefähr 80 % der Klienten bezeichnen sich als abhängig und sie merken, daß dies der richtige Zeitpunkt ist, um mit dem Cannabis aufzuhören. Der Klient wird anschließend aufgefordert, ein Datum zu bestimmen, an dem er aufhören soll.



Dabei ist es wichtig, so zeigt die Erfahrung, daß die Klienten das Datum selber festlegen. Immer wieder kommt es vor daß ein Klient sagt: "Sagen Sie doch, wann!" In der Vergangenheit habe ich mich wiederholt dazu verleiten lassen, sozusagen mit zu denken Die Negativquote steigt dann aber sofort an.

In den ersten Jahren, in denen ich Erfahrungen sammelte mit dieser Form der Behandlung, ging ich manchmal auf die von den Klienten eingebrachten Ideen von Reduzierung des Konsums ein. Sie sagten, sie können besser aufhören, wenn es allmählich und langsam gehe mit dem "Abbau".

Ich habe damit schlechte Erfahrungen gemacht: Wenn die Behandlung beginnt, der Konsum aber noch eine Rolle spielt, wird, wenn auch unbewußt, eine Sanktionierung mit dem Konsum verbunden.

Dadurch entsteht eine paradoxe Situation: "Ich bin in Behandlung, aber ich konsumiere noch."

Also kein Abbau, sondern Aufhören, Wann?, das bestimmt er selbst. Einzel - oder Gruppengespräche beginnen erst dann, wenn er aufgehört hat.

Die große Mehrheit der Klienten legt sich auf ein Datum innerhalb der ersten Woche nach dem 2. Gespräch fest.

**Die eigentliche Behandlung**  
**1ste Phase (ca. 10 Wochen)**

**A Ritual**

**B Urinkontrolle**

**C Gespräche über Abhängigkeit,**

## Abstinenz und Verlangen

### Zu A: Ritual

Wir geben die Empfehlung, den ersten Tag hervorzuheben mit einem Ritual, einem Übergangsritual.

In den verschiedenen Formen von Psychotherapie werden Rituale eingesetzt, um etwas "rund zu machen", um eine abschließende Verarbeitung zu erreichen. Denken Sie z. B. an ein Trauerritual. Meist wählen wir ein Ritual, ähnlich wie das im folgenden Beispiel:

Es wird alles, was mit Cannabisrauchen zu tun hat gesammelt, dann wird alles verbrannt, begraben oder man schmeißt es ins Wasser, ähnlich den bekannten Übergangsritualen, die in allen Kulturen zu finden sind.

Ein Ritual wird nur dann zelebriert, wenn es zu der Person paßt, sonst wirkt es nicht. Man kann dabei durchaus auf vorhandene eigene Interessen und Talente zurückgreifen, das Ritual dient dazu, etwas hervorzuheben und zu unterstreichen.

### Zu B: Urinkontrollen

Ab dem ersten Therapietag wird täglich Urin abgegeben. Warum täglich ? Auf den ersten Blick würde es sogar logischer erscheinen, wenn man in den ersten Tagen gar keine Urinkontrollen durchführt, denn die ersten Ergebnisse werden sowieso positiv sein. Wenn man ausschließlich von einer Kontrollfunktion von Urintests ausgeht, stimmt das auch. Es gibt aber 3 Funktionen von Urinkontrollen, die den Klienten auch ausführlich erklärt werden.

## Urinkontrollen

### Die 3 Funktionen von Urinkontrollen

#### 1. Kontrollfunktion

**A** Es wirkt belohnend, den Zeitpunkt mitzuerleben, an dem die Ergebnisse „sauber“ sind.

**B** Die Urinkontrollen haben einen stützenden Effekt,

im Sinne eines „externen Gewissens“.

1. Wir brauchen Kontrolle, weil saubere Ergebnisse der Ausgangspunkt der Behandlung sind.
2. Es ist sehr belohnend zu wissen, wann die Ergebnisse sauber sind
3. Kontrolle als externes Gewissen.

## Urinkontrollen

### Die 3 Funktionen von Urinkontrollen

#### 2. Aufwand - Funktion

- Die Klienten müssen täglich erscheinen, das ist oft mit großem Aufwand verbunden. Dieser Aufwand verstärkt die Bedeutung der Abhängigkeit und Abstinenz.

Täglich zu kommen bedeutet viel Aufwand, damit fängt ein interner Dialog an, zu der Frage, warum diesen Aufwand? Antwort: weil es mir so wichtig ist, abzurechnen mit meiner Abhängigkeit.

## Urinkontrollen

### Die 3 Funktionen von Urinkontrollen

#### 3. Kontinuitätsfunktion

- Jeder kann aufhören. Bei vorliegender Abhängigkeit geht es aber um Kontinuität: Abstinenz. Durch tägliches Erscheinen wird diese unterstützt.

Jeder kann seinen Konsum unterbrechen, aber es geht hier um die Kontinuität, das sauber bleiben. Täglich zu kommen gibt einen Rhythmus und unterstreicht diese Kontinuität.

Nach Einschätzung vieler Klienten ist die tägliche Urinkontrolle zu Beginn der Therapie der wichtigste Faktor zur Aufrechterhaltung der Abstinenz.

*“Ich kann nicht rauchen, denn ich werde kontrolliert”*

Auf jeden Fall müssen die Klienten solange täglich Urin abgeben, bis sie 5 Tage hintereinander saubere UK-Ergebnisse haben. Danach kann, je nach Absprache die Frequenz verringert werden. Dies ist den Klienten vor Beginn der Therapie bekannt.

**Standardmuster von Urinproben - Ergebnissen**

**+ + + + + + + - + + - - + - - - - - - -**

**Wie lange die Ergebnisse positiv bleiben, hängt von 4 Faktoren ab:**

- Die Dauer des täglichen Konsums
- Die Konsummenge
- Der Fett- und Bindegewebeanteil des Klienten
- Die Höhe des Stoffwechselumsatzes

Wie Sie sicher wissen, bleiben die Ergebnisse, auch wenn nicht mehr konsumiert wird, noch einige Tage oder gar Wochen positiv bei THC, das hat damit zu tun, daß sich THC im Binde- und Fettgewebe sammelt und ablagert.

Wenn ich dem Klienten diese Zusammenhänge erkläre, mach' ich das möglichst praktisch:

*"Du mußt Dir vorstellen, daß Du wie ein vollgesaugter Schwamm mit THC bist und es dauert eine Zeit, bis dieser Schwamm ganz ausgewrungen ist".*

Die 4 Faktoren, die darüber bestimmen, wie lange die Ergebnisse der Tests positiv bleiben sehen Sie auf der Folie.

Also: zuerst einige Tage/Wochen positiv, dann meistens eine Woche positiv und negativ, dann dauernd negativ. Wenn später ein positives Ergebnis kommt, dann hat der Klient konsumiert.

Eine kurze Anmerkung für die Techniker unter uns: In unseren Laboratorien wird eine Nachweisgrenze für den wichtigsten Metaboliten von THC von 100 microgramm/pro Liter verwendet. Die in einigen Bereichen verwendete Untergrenze von 50 Microgramm/pro Liter ist in der Drogenarbeit unpraktikabel. Bis man zu Ergebnissen kommt, vergeht zuviel Zeit und die Schwankungen sind viel unregelmäßiger.

Die Behandlung, so könnte man sagen, hat nun angefangen. Der Anfang ist gemacht!

Die Behandlung besteht aus zwei sehr unterschiedlichen Phasen. Die erste Phase dauert etwa 10 Wochen, die 2. Phase endet mit Therapieabschluß, nach ca. einem Jahr. Natürlich gibt es Überlappungen.

Die Behandlung beginnt mit 100%iger Focussierung auf die Themen *Abhängigkeit, Aufhören und Verlangen* (wieder zu konsumieren).

Der Inhalt der Interventionen hat einen stark direktiven und strukturierenden Charakter. Dabei nimmt insbesondere das Verschreiben von Widerstand einen wichtigen Platz ein. Im Verlauf der Behandlung wird diese Art der Interventionen weniger.

Zu Beginn der Behandlung wird der hinter dem Cannabiskonsum liegenden Problematik kaum Beachtung geschenkt.

Im fortgeschrittenen Behandlungsverlauf geht es dann aber fast ausschließlich um diese Hintergrundproblematiken.

Die angewandten Methoden verschieben sich von einem direktiven strukturierendem Vorgehen hin zu einem verstehensorientierten Arbeiten mit dem Ziel der Veränderung. Im Laufe der Zeit ist die Behandlung der Abhängigen zunehmend vergleichbar mit einer (allgem.) psychotherapeutischen Behandlung.

Ich habe bereits erwähnt, daß ich auch gruppentherapeutisch arbeite: in ein- und derselben Gruppe sind Menschen aus der 1. und 2. Phase zusammen.

Die Praxis zeigte, daß dadurch ein dynamisch wichtiges Phänomen entsteht: Diejenigen, die gerade erst aufgehört haben, erfahren, daß ein anderes Gruppenmitglied nach z.B. einem ¾ Jahr plötzlich starkes Konsumverlangen bekommen kann, während denjenigen, die schon lange in der Gruppe sind, durch die Neulinge erneut deutlich gemacht wird, welche Techniken hilfreich sind, um Zeiten mit großem Konsumverlangen gut zu überstehen.

Die Gruppe ist nur offen für Gruppenmitglieder, die nicht konsumieren. Das bedeutet in der Praxis: Jemand, der einen Rückfall hat, kann nicht in die Gruppe kommen.

Im Rahmen des Einzelgesprächs ist es dann aber möglich zu klären, wie der Klient wieder am Gruppenprozeß teilnehmen kann.

Diese Vorgehensweise ist aus der Not geboren: ursprünglich thematisierte ich den Rückfall in der Gruppe selbst, es kam dann aber häufig vor, daß ein Teil der Gruppe beim nächsten Gruppentreffen ebenfalls von Rückfällen berichtete.

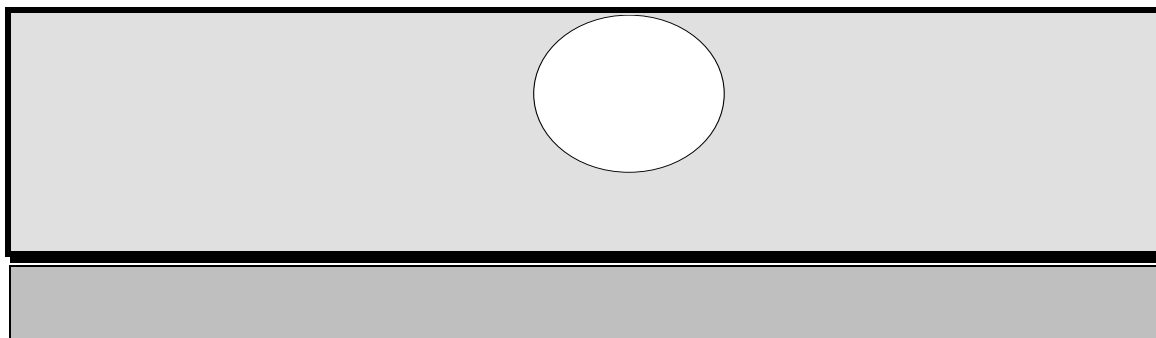
Offensichtlich kam es durch das Sprechen über den Rückfall eines Gruppenmitglieds zu einem Anstieg des "Konsumverlangens" bei anderen Teilnehmern.

Im therapeutischen Sinne wird die erste Phase begleitet von generalisierter Angst:

***In jeder Form von Psychotherapie, die auf Veränderung abzielt, kommt es zu einem erhöhten Angstniveau beim Patienten, weil immer auf die eine oder andere Weise sein Widerstand angetastet wird***

***In der ersten Phase eines Behandlungsprogramms von Abhängigen gilt:***

**Halte die Angst klein**



Zu Beginn meines Vortrages habe ich betont, daß die Abhängigkeit eine Abhängigkeit von der Wirkung der Droge ist, dem Rausch.

Der Rausch, d.h. hier das Bekiffensein, hat eine Funktion bekommen. Wenn jemand den Konsum einstellt, dann fällt diese Funktion weg.

Die darunterliegenden Gefühle bekommen die Gelegenheit, nach "oben" zu kommen.

Psychologisch gesehen ist man aber noch gar nicht vorbereitet auf diese Gefühle.

Das macht Angst. Man braucht also Bewältigungsstrategien, die darauf ausgerichtet sind, die Angst gering zu halten.

In dem nun folgenden Teil möchte ich Ihnen einige direktive und strukturierende Techniken vorstellen, die ich im Laufe der Zeit entwickelt habe.

Den Therapeuten unter Ihnen möchte ich sagen, es sind meine Sichtweisen über Möglichkeiten, Angst zu reduzieren. Jeder wird aber seine Techniken entwickeln müssen, die zu der eigenen Persönlichkeit und Überzeugung passen.

Ich nenne Ihnen nun 3 Methoden zur Angstreduzierung:

- A Das Verschreiben des Widerstands**
- B Das Arbeiten mit Modellen als Form der Strukturierung**
- C Werbetechniken: leicht wieder erkennbare Schlagzeilen, die als eine Art Übergangsobjekt**

„transitional object“ benutzt werden

### Über Widerstand:

Nochmals zur Funktion des Rausches. Der Rausch ist zu einem Mittel geworden, um mit Spannungen, Unsicherheit und unbewußten Gefühlen umgehen zu können: Der Rausch als Form des Widerstands. Der Rausch von Cannabis eignet sich hervorragend, um dies jahrelang durchzuhalten. Der einzelne wird diese Funktion erst dann aufgeben, wenn ein gewichtiger Grund vorliegt.

### Das Verschreiben des Widerstands

# Robottern

Um Angst klein zu halten, kann man Widerstand aber auch verschreiben: Als logische Konsequenz entstand daraus die Technik des “Robotterns”. Der Klient erhält ab dem 1.sten Tag des Entwöhnungsprozesses den Auftrag, sich wie ein Roboter zu fühlen und zu verhalten.

Das heißt also, aufkommende Gefühle werden unterdrückt (Roboter fühlen nicht).



Es geht um die dahinterstehende Botschaft, und die wird durch ständige Wiederholung schon deutlich: In der ersten Phase der Entwöhnung ist die Konzentration auf das "nicht mehr rauchen" das einzige Ziel.

Durch die Vorschrift, die Gefühle wegzuschieben, kommt diese Konzentration immer wieder in den Mittelpunkt.

## Ad 2:

**Als ein Beispiel für die Arbeit mit Modellen, zur Verdeutlichung des Prozesses, dient das "Redundanz-Modell".**

Redundanz ist ein Begriff aus der Sicherheitstechnik. Wenn in einem Flugzeug ein bestimmtes Unterteil eine Stabilität von 100 haben muß, dann macht man es wegen der Sicherheit stabiler, sagen wir eine Stabilität von 200, also eine Redundanz von 200%.

Wir in der Ambulanz arbeiten in der Anfangsphase der Therapie, in der es um Abstinenz geht, mit einer Redundanz von 300%.

Das heißt mit anderen Worten: In der Anfangsphase kann man nicht übertreiben, wenn es um das Thema Sicherheit geht. Man muß mehr tun als notwendig ist.

Hier wird bereits die Grundlage für nachfolgende Techniken der Rückfallprävention bereitet.

<i>Denke nicht</i>	<b>100%</b>	Es geht nicht um
<i>fühle nicht</i>		Sicherheit
<i>aber</i>	<b>T U E</b>	
<b>auch wenn die Sterne vom Himmel fallen</b>		
<i>bei Verlangen</i>		
<i>denke nicht</i>	<b>T U E</b>	
<i>fühle nicht</i>		
<i>aber</i>		
<b>NICHT KONSUMIEREN</b>	<b>T U E</b>	
<i>bei Verlangen</i>		
<i>denke nicht</i>		
<i>fühle nicht</i>		
<i>aber</i>		

**auch wenn die Sterne vom Himmel fallen**

bei Verlangen  
denke nicht  
fühle nicht  
aber

**200%**

Es geht nicht um  
Sicherheit

**NICHT KONSUMIEREN****T U E**

bei Verlangen  
denke nicht  
fühle nicht

aber

**T U E****auch wenn die Sterne vom Himmel fallen**

bei Verlangen  
denke nicht  
fühle nicht  
aber

**300%**

Es geht um  
Sicherheit

**NICHT KONSUMIEREN****T U E**

bei Verlangen

denke nicht

**T U E****Werbeslogans als Vorbilder**

Sie kennen wahrscheinlich den Begriff "transitional object" (Übergangsobjekt), eine Bezeichnung für Objekte, die ein Kind braucht, um den Übergang von der sicheren Mutter in die unsichere Außenwelt zu bewerkstelligen.

Ein Abhängiger, der sich in der Anfangsphase der Behandlung befindet, muß den (großen) Kampf, nicht zu rauchen, in dieser Außenwelt kämpfen. Wenn dann eingängige Schlagwörter oder Merksätze, quasi als Neonreklamebotschaften erinnert werden, wirkt dies unterstützend. Die Botschaft wird verpackt in einen Merksatz, eine Geschichte oder ein Bild.

Eine habe ich bereits genannt:

*"Es geht nicht um 100% tige Sicherheit, es geht nicht um 200%tige Sicherheit: es geht um 300% tige Sicherheit."*

Hier heißt die verpackte Botschaft: "Es geht um Sicherheit, nicht um Kraft".

**Ein anderer Merksatz:**

“Wenn Du Lust hast zu rauchen: denke nicht, fühle nicht, tue etwas!”

*“Wenn Du früher Lust hattest etwas zu rauchen, hast Du was genommen, jetzt aber verbindest Du das Gefühl von Lust mit dem Tun. Dabei ist es ganz egal, was Du tust!”*

Ich kann Ihnen sagen, daß es auch viel Humor in diesen Gruppen gibt.

Die verpackte Botschaft heißt hier: “Erschrecke nicht, wenn Du Lust auf den Rausch verspürst, habe keine Angst, sondern deute es um als eine Form von Alarm”.

*“Selbst wenn die Sterne vom Himmel fallen: nicht konsumieren”.*

Dieser Leitsatz verstärkt die Tatsache, daß es keinen Grund gibt für einen Rückfall.

Als ich noch wenig Erfahrung hatte, versuchte ich die Klienten dazu zu bewegen, positive Seiten und Aspekte zu suchen, wenn sie z.B. depressiv gestimmt waren und Gefühle von Aussichtslosigkeit hochkamen.

Heute benutze ich gerade diese negativen Gefühle, um den Konflikt zu verdeutlichen:

*“Selbst wenn Deine depressive Stimmung noch 10 mal stärker wird, konsumiere nicht!”*

Fast 100% der Cannabis - Abhängigen, die zur ambulanten Behandlung kommen, sehen dem Aufhören mit Schrecken entgegen.

Kein Wunder: Es bedeutet eine unvorstellbare Veränderung für ihr Leben. Einige haben länger im Rausch gelebt als nüchtern.

In der Praxis ist es aber so, daß gerade die Gruppe der Cannabisabhängigen sehr angenehm überrascht ist von den ersten Wochen ohne Konsum.

Oft erzählen sie, daß das Aufhören leichter ist, als sie gedacht haben. Die Urinkontrollen und die Tatsache, daß sie hier in der Therapie ernst genommen werden, sehen sie dabei als ganz wichtige Faktoren an.

Wenn ich solche positive Schilderungen zu hören bekomme, gratuliere ich, aber relativiere auch gleichzeitig:

Wenn es am Anfang so einfach geht, dann kann man nicht üben, wie man mit Verlangen oder “Suchtdruck” umgeht.

Und das Verlangen kommt, das ist ganz sicher.

Es ist öfter vorgekommen, daß ein Klient einige Monate in der Gruppe ist, alles sehr positiv läuft, er fest davon überzeugt ist, daß er nie mehr rauchen wird, daß er sogar schon überlegt, die Gruppe aufzugeben, und dann schlägt plötzlich: das Verlangen zu rauchen zu.

## Rückfallprophylaxe

**Rückfallprophylaxe****A** Rechtzeitiges Wahrnehmen  
von Warnsignalen**B** Sekundäres Verlangen

Meine Auffassung zu diesem Thema unterscheidet sich sehr von den bestehenden gängigen Modellen und Theorien.

Viele Therapeuten machen den Klienten implizit oder explizit deutlich, daß ein Rückfall zum Prozeß dazugehört und daß er lernen muß, damit umzugehen.

Natürlich kennt jeder Drogentherapeut die eigenen ambivalenten Gefühle, die mit diesem Thema zusammenhängen:

“Wenn ich sage, ein Rückfall gehört dazu, dann beinhaltet dies auch eine Art Einladung”.

Mein Ausgangspunkt ist ein anderer: “Ein Rückfall ist nicht schlecht oder unangenehm, ein Rückfall ist eine Katastrophe, ähnlich einer Naturkatastrophe”.

So erkläre ich das auch meinen Klienten, gerade aus der Erfahrung heraus, daß es für einen großen Teil der Leute, die während der Behandlung Rückfälle haben, auf die Dauer bedeutet, daß sie wieder täglich konsumieren.

Es kostet sehr viel mehr Anstrengung und es liegt eine sehr viel schwerere Zeit vor einem, wenn man wieder von vorne anfangen muß.

Die Botschaft, die gleichzeitig damit verbunden ist, ist die, daß ein Rückfall dann zwar eine Katastrophe ist, aber daß es dann eben heißen muß, den Kampf im noch größeren Umfang zu führen.

Voraussagbar ist, daß, wenn jemand einmal wieder konsumiert, das Verlangen etwas zu rauchen plötzlich sehr zunehmen wird. In diesem Fall kommt es zu einer Intensivierung des Kontaktes für einen gewissen Zeitraum.

**Die wichtigsten Instrumente der Rückfallprophylaxe sind:**

Rechtzeitig Warnsignale wahrnehmen: Je früher jemand wahrnimmt, daß eine Risikosituation bevorsteht, desto früher können Maßnahmen ergriffen werden. Reagieren heißt hier: Voraussehen können.

Im Laufe der ersten Wochen verschiebt sich der Schwerpunkt von primären zu sekundären Verlangen.

**Primäres Verlangen** (Suchtdruck):

Sich selbst darüber bewußt zu sein, daß man Lust hat zu rauchen, Lust hat auf den Rausch (damit wird auch das Risiko von übermäßigem Alkoholkonsum angesprochen) und deshalb Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden müssen.

***Sekundäres Verlangen***

- **Alle Situationen, Gedanken und Gefühle, die früher Auslöser waren für primäres Suchtverlangen (also Konsum), sind nun sekundäres Verlangen**

**Sekundäres Verlangen:**

Alle Gedanken, Gefühle und Situationen, die früher Anlaß für primäres Verlangen waren, sind nun sekundäres Verlangen.

Das passendste Beispiel hierfür ist die Langeweile. Jeder Cannabisabhängige weiß sofort, wovon die Rede ist:

Wenn man sich früher langweilte, dann kam man schnell zu dem Entschluß, was zu rauchen. Die Technik, die die Klienten sich nun aneignen müssen ist die, daß sie die

Langeweile selbst als Verlangen, als Suchtdruck umdeuten lernen. Langeweile ist also Suchtdruck.

Bevor die Möglichkeit besteht, daß primärer Druck entstehen kann, bemerkt der Klient so, daß er Vorsichtsmaßnahmen treffen muß.

Oft werde ich gefragt, warum ich es so lange aushalte in der Drogenarbeit.

Was macht denn daran überhaupt noch Spaß?

Immer wieder diese Mißerfolge. Oft ziehe ich mich dann durch die Antwort "Das ist eben meine Abhängigkeit" aus der Affäre.

Aber ich selbst habe mich das natürlich auch schon gefragt. Ein wichtiger Grund ist der, daß in der 2. Phase der Behandlung mir in den Gruppen dann oft besonders interessante Menschen gegenüber sitzen.

Klienten, die mir in meiner privaten Praxis nicht begegnen würden. Menschen, die vielleicht sonst nie irgendeine Form von Therapie gemacht hätten.

Arbeit mit Abhängigen bedeutet Arbeit mit Menschen, die jahrelang eine Maske getragen haben. Es ist oft eine sehr lohnenswerte Aufgabe zu sehen, wer dahinter zum Vorschein kommt.

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit!**

## DrogenkonsumentInnen in der Jugendhilfe Integration und Vernetzung

von Friderike Degenhardt

„Wenn aber keine Unterschiede erzeugt werden,  
die Unterschiede machen, bleibt alles beim Alten“  
(Simon 1988)

Ich werde in meinem Beitrag einerseits systemische Sichtweisen einbringen und andererseits niedrigschwellige, akzeptierende Ansätze der Jugendhilfe (*Jugendwohnen im Kiez / Flexible Erziehungshilfe*) vorstellen.

Vorwegschicken möchte ich, daß ich kein „Spezialkonzept“ für jugendliche Cannabiskonsumenten anzubieten habe.

Ganz im Gegenteil, ich vertrete vielmehr die Auffassung, daß spezialisierte Angebote grundsätzlich Ausgrenzung und Weiterverweisung nach sich ziehen. Folgt man der These, daß DrogenkonsumentInnen keine homogene Gruppe darstellen, so scheinen spezielle Angebote für diesen Personenkreis nicht sinnvoll.

Spezialisierte Einrichtungen benötigen „Diagnosen“ und Festschreibungen, um entscheiden zu können, ob ein Klient in die jeweilige Schublade paßt. Diese Etiketten bedeuten in der Regel ein Stigma für den Betroffenen und sind nicht selten defizitär ausgerichtet. Von hier aus ist es nur ein kurzer Schritt, daß im Laufe einer Therapie, Behandlung oder Unterbringung festgestellt wird, daß der Klient nicht in die Einrichtung paßt, da sich seine Diagnose verändert hat oder weitere Zuschreibungen hinzukommen etc.

Dies kann für den Betroffenen bedeuten, daß er in eine andere, vermeintlich noch speziellere Einrichtung verwiesen wird oder einfach abgewiesen wird. Somit beginnt ein unendlicher Gang durch die Institutionen. Der Klient fühlt sich nicht selten abgeschoben und nicht gewollt. Gerade für junge Menschen kann das fatale Folgen haben.

Sie müssen immer wieder neue Beziehungsabbrüche verkraften und werden geprägt von der Erfahrung, „ich bin nicht o.k.“. „niemand hält mich aus“, „ich gehöre nicht dazu“.

Der Ansatz der *Flexiblen Erziehungshilfe/ Jugendwohnen im Kiez* folgt deshalb der Idee der Entspezialisierung und verzichtet sowohl auf Indikationen, als auch auf Ausschlußkriterien. Das heißt, wir fühlen uns zuständig für Jugendliche zwischen 14 und 21 Jahren mit Problemen jeglicher Couleur, ohne daß bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden müssen.

Unter die Zielgruppe der *Flexiblen Erziehungshilfe* fallen somit unter anderem auch Cannabiskonsumenten, Drogenkonsumenten, Heroinabhängige usw.

An diesem Punkt hebt sich unser Angebot deutlich von anderen Maßnahmen der Jugendhilfe ab, denn ein Großteil der Jugendhilfeeinrichtungen hat in ihrem Programm

unter dem Titel „*Ausschlußkriterien*“ unter anderem Drogenabhängigkeit oder auch Drogenkonsum und damit Cannabiskonsum aufgeführt.

In die Zuständigkeit von Jugendarbeit und Jugendhilfe fällt traditionsgemäß ausschließlich die präventive Arbeit mit drogengefährdeten Kindern und Jugendlichen.

Ich möchte Ihnen nun einige Thesen vorstellen, die für unsere Arbeit in der *Flexiblen Erziehungshilfe* handlungsleitend sind:

1. Jugendhilfe darf Kinder und Jugendliche aufgrund ihres Drogengebrauchs nicht ausgrenzen.

Jugendhilfe muß sich für drogenkonsumierende Kinder und Jugendliche ebenso zuständig fühlen wie für andere Kinder und Jugendliche mit "auffälligen", "störenden" oder "gefährlichen" Verhaltensweisen auch. In der Konsequenz bedeutet das, Spezialisierung und Weiterverweisung zu vermeiden.

Ein Ziel sollte sein, jugendliche DrogengebraucherInnen in den Einrichtungen der Jugendhilfe zu halten.

2. Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf Hilfe und Unterstützung, egal, ob sie abhängig sind von Drogen, ob sie diese konsumieren, ob sie dies weiter tun wollen oder ob sie den Konsum beenden wollen.

An dieser Stelle ist die Aufgabe des Abstinenzparadigmas unverzichtbar. Jugendhilfe muß beginnen, sich Gedanken zu machen, wie sie diesem Anspruch genügen kann. Jugendliche - mit welchem Problem auch immer - gehören nicht in den Bereich Gesundheit, sondern in die Jugendhilfe.

3. Kinder und Jugendliche kommen in den meisten Drogendebatten nicht vor.

Das Kinder- und Jugendalter wird im Zusammenhang mit der Diskussion um Drogenhilfe und -politik vernachlässigt. Im Mittelpunkt des Interesses stehen hauptsächlich Erwachsene. An dieser Altersphase orientiert sich auch der überwiegende Teil der Hilfeangebote der Drogenhilfe. Jugendliche, die illegale Drogen konsumieren oder von diesen abhängig sind, dürfen nicht länger ignoriert werden. Die Drogen- und Jugendhilfe muß beginnen, dieses Thema wahrzunehmen.

4. Jugendhilfe, die sich für drogenkonsumierende Kinder und Jugendliche zuständig erklärt, benötigt einen "doppelten Blick".



Die Bedingungen, unter denen insbesondere illegale Drogen beschafft und konsumiert werden, sind für Kinder und Jugendliche in gleichem Maße risikobehaftet, wie sie es für Erwachsene sind. Kinder und Jugendliche treffen sie jedoch in besonderer Weise. Häufig ist bei Minderjährigen kaum Wissen über risikoärmere Konsumformen vorhanden.

Gesundheitliche Risiken sind bei Kindern und Jugendlichen demzufolge höher als bei Erwachsenen. Jugendliche konsumieren Drogen oft in hohem Maße unkontrolliert und exzessiv. Aus diesem Grund ist es unverantwortlich, wenn minderjährige KonsumentInnen aus vielen Hilfen herausfallen.

5. Jugendhilfe und Drogenhilfe sollten sich dieser Thematik gemeinsam zuwenden und das "Problem" nicht weiter hin- und herschieben.

Die Stichworte sind Ausbau und Erweiterung von Vernetzung und Kooperation. Die Jugendhilfe kann von den Erfahrungen der Drogenhilfe profitieren.

An dieser Stelle möchte ich Ihnen vorstellen, wie die *Flexible Erziehungshilfe* arbeitet und wie sie versucht, diese Thesen umzusetzen.

Unser Angebot bietet auf der Grundlage des KJHG (§ 30, § 31, § 35) Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenssituationen eine individuell auf sie zugeschnittene ambulante Betreuung an.

Die jeweils unterschiedlichen Betreuungssettings variieren von Betreuung in der Familie, Betreuung in der eigenen Wohnung, Betreuung in Obdachlosigkeit bis zu Betreuung in durch den Träger zur Verfügung gestellten Wohnungen und Wohnformen.

Hierzu gehört seit kurzem das *Flexible Wohnprojekt / Villa Flex*, ein neuartiges Angebot, das Flexible Betreuung und Unterbringung in Kombination anbietet. Diese Maßnahme bietet 8 Plätze, einen Schlafplatz, sozialpädagogische Unterstützung und eine Tagesstruktur für Jugendliche, die weder in der Lage sind, alleine zu leben, noch in gruppenpädagogischen Arrangements zu halten sind. Auch hier werden keine speziellen Zugangsvoraussetzungen erwartet. Zur Zeit sind dort zu 90 % KonsumentInnen unterschiedlicher Drogen untergebracht. Eine wichtige Grenze ist selbstverständlich, daß innerhalb der Wohnung nicht konsumiert werden darf.

Grundgedanke ist bei allen Formen der *Flexiblen Erziehungshilfe*, daß nicht der Jugendliche sich an die Institution anzupassen hat, sondern um den Jugendlichen herum ein individuelles Angebot zugeschnitten wird.

Die ambulanten Hilfemaßnahmen stellen vorrangig Einzelbetreuungssettings dar.

Somit kann auf gruppenpädagogische Konzepte, inklusive der dazugehörigen Regeln und Rituale, verzichtet werden. Die Institution tritt in dieser Form weitestgehend in den Hintergrund. Auch äußerst individualisierte Jugendliche können unterstützt werden, für die es unmöglich ist, sich an ein Leben in der Gruppe anzupassen. Der Jugendliche wird in seiner jeweils spezifischen Ausdrucksweise mit einem hohen Akzeptanzniveau angenommen. Im Hinblick auf den Drogenkonsum Jugendlicher, können ambulante Hilfeformen auf Vorbedingungen verzichten, die Drogenabstinenz voraussetzen. Die Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der betreuten Jugendlichen steht im Vordergrund, auch wenn diese Drogenkonsum einschließen. Die Ziele werden mit dem Jugendlichen gemeinsam entwickelt und nicht von der Einrichtung vorgegeben.

Ein solches Vorgehen unterstützt die Selbstverantwortung des Jugendlichen und stärkt seine Autonomie. Sie erleben, daß sie selbst es sind, die handeln und daß sie Kontrolle über ihr Verhalten haben. Auf diese Weise wird die eigene Auseinandersetzung der Jugendlichen mit den Themen Lebensperspektive, Berufsausbildung, Wirkungen und Effekte des Drogenkonsums usw. gefördert. Von außen aufgesetzter Druck gerät leicht in die Gefahr, die Auseinandersetzung der jungen Menschen mit den eigenen Lebensperspektiven und Abstinenzvorstellungen zu verhindern.

Jugendhilfe sollte die Aufgabe haben, Lernfelder bereitzustellen, in denen ein kontrollierter Umgang mit Drogen und Süchten erlernt werden kann. Innerhalb eines solchen Konzeptes ist die Verständigung mit dem Jugendlichen unabdingbar. Die Verständigung über Inhalte und Ziele der Betreuung und die Verhandlung über das Zustandekommen der Beziehung zwischen Betreuer und Jugendlichen gehören zum Prozeß des Miteinanders in der pädagogischen Arbeit. Die Arbeitsprinzipien professionellen Handelns orientieren sich unter anderem daran, die gesundheitlichen und sozialen Risiken für den drogenkonsumierenden Jugendlichen zu vermindern. Weiter geht es darum, alle Versuche des Jugendlichen zu unterstützen, wieder Kontakt zu drogenfreien Lebenswelten herzustellen, den Drogenkonsum einzuschränken, zu kontrollieren oder zu beenden.

Der akzeptierende Ansatz der Drogenhilfe läßt sich auf die Arbeit in der Jugendhilfe übertragen. Dabei ist die Drogenhilfe als Beratungsinstanz gefragt. Von deren Wissen und Erfahrung kann die Jugendhilfe profitieren.

Voraussetzung für die Arbeit mit drogenbelasteten Jugendlichen ist die Auseinandersetzung der MitarbeiterInnen mit der eigenen Haltung. Das bedeutet, Drogenkonsum von Jugendlichen als faktische Gegebenheit in deren Lebenswelt wahrzunehmen ohne überzudramatisieren oder wegzusehen. Drogengebrauch bedeutet nicht nur Gefahr, sondern auch sinnstiftende Alltagsgestaltung oder nonkonforme Problemlösungsstrategie für viele Jugendliche. Sie sind auf der Suche nach Grenzerfahrungen, Reiz und Abenteuer. Oft geht es darum, Grenzen auszutesten. Drogengebrauch kann - überzogen ausgedrückt - für Jugendliche eine erlebnispädagogische oder auch eine lebensrettende Maßnahme sein.

Für die JugendhelfemitarbeiterIn heißt dies, das Hauptaugenmerk auf die zugrundeliegenden Themen und Probleme der Jugendlichen zu richten.

Es geht darum, Zugang zu den Wünschen, Bedürfnissen und Gefühlen der Betreuten zu bekommen. Im Mittelpunkt soll der Jugendliche mit seiner individuellen Lebenssituation stehen - und nicht sein Drogenkonsum.

Insbesondere Kinder und Jugendliche aus Jugendhilfeeinrichtungen haben besondere, manchmal traumatische oder ausgrenzende Erfahrungen hinter sich. Dazu gehören insbesondere:

- Zerfall der Familie und der sozialen Bindungen (Trennung, Scheidung)
- Gewalt oder sexueller Mißbrauch
- Das Durchlaufen einer Reihe von Jugendhilfeeinrichtungen, die doch nicht das Richtige waren
- Nichtverlässlichkeit von Beziehungen
- Die Nichtplanbarkeit von Sicherheit und Zukunft
- und nicht zuletzt die Wirksamkeit von auffälligem Verhalten

Einen wichtigen Aspekt stellt in unserer Arbeit die Orientierung an und Einbeziehung der den Jugendlichen umgebenden Netzwerke und Systeme dar.

Drogengebrauch entsteht immer in dem sozialen Kontext, in dem der Konsument lebt. Dieser Kontext, der den Drogenkonsum bedingt oder aufrechterhält, muß in der Arbeit mit Drogengebrauchern berücksichtigt werden.

Es stellen sich Fragen nach der Bedeutung des Symptoms im Individualsystem, im Herkunftssystem und im derzeitigen Kontext:

Welche positiven Effekte hat der Drogengebrauch für den Jugendlichen? Geht es um jugendspezifisches Experimentier- und Risikoverhalten? Welche Konflikte will der Jugendliche möglicherweise damit lösen? Welche Probleme deckt er damit zu? Welche Wirkung hat der Drogenkonsum des Jugendlichen auf sein Umfeld? Welchen Nutzen haben die anderen Netzwerkmitglieder vom Symptom? Welche Rolle spielt der Konsument in seiner Clique, in seinem Umfeld? Sorgen die Ideen und Aufregungen des Jugendlichen für Gesprächsstoff und verhindern das Nachdenken in seiner Familie? Was wäre, wenn der Drogenkonsum kein Thema wäre, was wäre dann Thema? Was passiert, wenn sich der Konsum reduziert?

An dieser Stelle muß betont werden, daß die Betreuten aufgrund problematischer Lebenssituationen Jugendhilfe erhalten und nicht, weil sie Drogen konsumieren. Denn Drogenkonsum ohne problematischen Hintergrund beinhaltet in der Regel kaum oder keine Risiken.

Klare Absprachen, Grenzen und Regeln sollten im Kontext von Drogenkonsum - und Abhängigkeit besonders wichtig genommen werden.

Dies ist um so bedeutsamer, da die Definition süchtigen Verhaltens als „Krankheit“ dazu einläßt, Drogenabhängige zu schonen und Konflikte mit ihnen zu vermeiden.

Häufig sind zudem die Grenzen und die Generationengrenzen in Familien mit einem süchtigen Mitglied unklar, diffus und verschwommen. Abgrenzung, das Verfolgen eigener Ziele und das Durchsetzen von Bedürfnissen wird in diesen Familien oft als selbstsüchtiges Verhalten definiert, das von mangelndem Verantwortungsbewußtsein für die Familie zeugt. Der Umgang mit dem Suchtmittel ist oft eine Wiederholung des Umgangs in Beziehungen.

Die Betroffenen folgen der Bindungsregel: „ich darf mich nicht abgrenzen“. Familiäre Bindungen, die eigentlich vor vielen Jahren abgestorben sind, entwickeln häufig über Sucht nie dagewesene Intensität. Der sogenannte Symptomträger hat die Funktion, die Familie zusammenzuhalten. Eltern fördern die Ablösung der Kinder nur unzureichend.

Gleichzeitig kann der Drogenkonsum dem Symptomträger helfen sich zu lösen, sich abzugrenzen, z.B. wenn bei einem Kind das Erwachsenwerden nicht zugelassen wird. Die Drogenabhängigkeit ist somit eine paradoxe Lösung des Konfliktes zwischen Bindung und Ablösung. „Bekifft“ sein ist kein persönlicher Affront mehr, der Süchtige

kann nichts dafür, er hat keine Verantwortung. Der Drogengebrauch befriedigt einerseits den Wunsch des symbiotischen Elternteils nach einem abhängigen Kind oder Ehepartner. Auf der anderen Seite bedeutet das Aufhalten in der Drogenszene gegen den Willen der Familie ein gewisses Maß an Selbständigkeit und Unabhängigkeit.

Unter dem Motto: "Schranken setzen ohne auszugrenzen" geht es in der Arbeit mit Drogenkonsumenten nun darum, verantwortlich mit den persönlichen, den institutionellen, den zeitlichen und rechtlichen Grenzen umzugehen. Jugendliche können von dieser Umgangsweise profitieren, indem sie sich ihrer Selbstverantwortung bewußter werden.

In Suchthilfesystemen oder Suchtfamilien liegen sehr häufig extreme Spaltungen in kontrollierte und unkontrollierte, verantwortliche und verantwortungslose, gesunde und kranke Mitglieder vor.

Eltern oder Helfer von DrogenkonsumentInnen fragen sich immer wieder, ob sie nicht genug tun oder das Falsche tun. Sie fühlen sich schuldig, daß der Süchtige seinen Suchtmittelkonsum immer mehr steigert oder einfach nur aufrechterhält. Dies hat zur Folge, daß sie die Bemühungen um Aufopferung und Kontrolle immer mehr aktivieren. Bei Mißerfolg fühlen sie sich schuldig und bekommen Gefühle von Wut und Ärger. Negative Gefühle dürfen nicht geäußert werden, da der „Süchtige“ scheinbar keine Verantwortung hat. Je mehr der Helfer Verantwortung übernimmt, desto mehr gibt der Konsument Verantwortung ab.

Professionelle Helfer sind in der Regel bereit, ein hohes Maß an Verantwortung für ihre Klienten zu übernehmen. Das drogenkonsumierende Mitglied verstärkt das Bedürfnis der anderen (Familie, Helfer, Therapeuten....) ihn zu überwachen - zu versorgen - zu heilen - zu Verhaltensänderungen (Aufgabe der Sucht) zu bewegen. In der Regel befriedigt den Süchtigen diese erfahrene Fürsorge nur oberflächlich.

An dieser Stelle möchte ich dem Erklärungsprinzip „Drogenabhängigkeit“ das Prinzip der „Autonomie“ gegenüberstellen. Der Wechsel zum Erklärungsansatz der „Autonomie“ kann meiner Meinung nach verhindern helfen, in die oben beschriebenen Fallen hineinzugeraten.

**Gegenüberstellung:**

Erklärungsprinzip <b>„Drogenabhängigkeit“</b>	Erklärungsprinzip <b>„Autonomie“</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drogenabhängigkeit ist eine Krankheit</li> <li>• da es sich um eine Krankheit handelt, soll</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drogenabhängigkeit ist keine Krankheit</li> <li>• das Umfeld des Abhängigen</li> </ul>

<p>man niemandem die Schuld daran geben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Person hat im Bezug auf den Konsum ihre Selbständigkeit verloren und keine Kontrolle über sich</li> <li>• die Person ist nicht mehr selbstverantwortlich für ihr Handeln und dessen Folge</li> <li>• die Person ist nicht mehr selbständig in ihrer Willensentscheidung und ihrer Handlungsfähigkeit</li> <li>• die Krankheit kann nicht geheilt werden, aber sie kann zum Stillstand gebracht werden und ihre Schäden können behoben werden</li> <li>• um die Krankheit zum Stillstand zu bringen, muß der Süchtige mit dem Drogenkonsum aufhören und zwar sofort, gänzlich und für immer</li> <li>• der Süchtige muß sowohl seine Einstellung als auch sein Verhalten ändern, er muß sein ganzes Leben umkrempeln</li> </ul>	<p>handelt selbstverantwortlich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Person ist autonom und selbstbestimmt</li> <li>• die Person ist selbst für ihr Handeln und seine Folgen verantwortlich, sie hat einen freien Willen</li> <li>• die Person stellt selbst Sinn her, bewertet selbst, was sie für gut und richtig empfindet</li> <li>• die Person kann selber entscheiden, ob sie mit dem Konsum aufhören will und welchen Weg sie dafür wählt</li> <li>• das Abstinenzparadigma gilt nicht</li> <li>• die Person wählt unter den ihr zur Verfügung stehenden Alternativen jeweils die aus, die sie für die günstigste hält</li> </ul>
---	--

### Methodische Arbeitshilfen für die Arbeit mit DrogenkonsumentInnen

1. einen Auftrag vom Klienten erhalten, in dem dieser selbst bestimmt und festlegt, was das Ziel der Beratung/Betreuung sein soll.

Die Ziele setzen die Betroffenen/Hilfeempfänger selber. Sie definieren, ob sie ein Drogenproblem haben. Sie entscheiden, ob sie Hilfe benötigen, ob sie abstinent leben wollen oder ob sie weiter konsumieren wollen.

Die Frage ist, für wen gibt es durch den Drogenkonsum ein Problem und welche Bedeutung hat das wiederum für den Drogengebraucher.

In den Klienten werden keine Probleme hineindefiniert. Es wird nicht eine „bestimmte“ Lösung angestrebt. Die Ziele müssen für den Betroffenen bedeutsam, konkret, präzise und verhaltensbezogen sein. Die Ziele müssen im Lebenskontext des Klienten realistisch und erreichbar sein.

2. Situationen, Vorstellungen, Sichtweisen, Verhalten („Probleme“) miteinander in Beziehung setzen.

Was müssen die verschiedenen Systemmitglieder tun, um das Symptom zu verstärken? Was passiert im Umfeld, wenn sich der Konsum reduziert? Welche Zusammenhänge gibt es zwischen dem Verhalten und den Vorstellungen der anderen und dem eigenen Verhalten, den eigenen Vorstellungen?

3. die Klienten erkennen und erleben lassen, daß sie selbst es sind, die handeln. Sie haben Kontrolle über ihr Handeln.

Die Verantwortung sollte beim Klienten belassen werden. Er ist der Experte und kennt sich mit den Drogen, der Wirkung auf ihn individuell und den Risiken für ihn am besten aus.

4. vorhandene, bisher erprobte Lösungsstrategien erkennen und ausbauen. (Ressourcenorientierung/Lösungsorientierung)

Es geht darum, den Fokus auf die positiv funktionierenden Lebensbereiche und auf die Ressourcen zu legen. Wie schafft es der Abhängige, den Konsum zu reduzieren? Welche Verhaltensmuster und Beziehungsmuster führen zur Lösung?

5. dem Klienten Anregungen geben, um neue Handlungsstrategien zu entwickeln und auszuprobieren.

### **Zum Schluß noch ein paar Worte zum Thema Vernetzung Drogenhilfe - Jugendhilfe:**

Ich vertrete die These, daß die Jugendhilfe das Thema „Drogenkonsum bei Jugendlichen“ nicht an die Drogenhilfe delegieren darf. Es ist niemandem geholfen, wenn die Jugendhelfemitarbeiterin - wie eine besorgte Mutter wegen des „Kiffens“ ihres Sohnes - schnell mal einen Termin bei der Drogenberatungsstelle vereinbart. Vielmehr sollte der bestehende Kontakt zwischen JugendhelfemitarbeiterIn und Jugendlichen genutzt und das vorhandene Vertrauen ausgebaut werden. Anstatt von den Professionellen in die jeweils passende Institution oder Beratungsstelle geschleppt zu werden, ist es für die Betroffenen hilfreicher, wenn sie in ihrem jeweiligen lebensweltlichen Kontext aufgesucht und dort unterstützt werden. Die Ressource der Beziehung zwischen Betreuer und Jugendlichen erfährt durch die Verknüpfung mit

dem Know-how der Drogenhilfe eine Steigerung ihrer Qualität. Erzieher und Pädagogen können sich bei KollegInnen der Drogenhilfe informieren, fortbilden und beraten lassen. Die dadurch stattfindende Qualifizierung kann die Betreuungsarbeit vor Ort unterstützen und bereichern. Die Beratung durch die Drogenhilfe muß an den realen Lebenssituationen der Jugendlichen in ihrer Ganzheit ansetzen.

Denn Sozialisation und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird durch das Zusammenleben im sozialen Nahraum bestimmt. Also muß die Lebenswelt des Jugendlichen als Primärort einbezogen werden.

Beziehungsarbeit mit drogengebrauchenden Jugendlichen erfordert eine Drogenhilfe, die sensibel mit den Fragen und Problemen der KollegInnen der Jugendhilfe umgeht und die den KollegInnen nicht die Verantwortung für ihre Arbeit abnimmt. Vielmehr sollte die Drogenhilfe die Eigenkompetenz der Jugendhilfemitarbeiter stärken, und orientiert an deren Ressourcen, zur Weiterentwicklung der konzeptionellen Handlungsspielräume beitragen.

Drogenhilfe und Jugendhilfe sollten sich zusammentun und ihre Kompetenzen nutzen, um gemeinsam Konzepte zu entwickeln und über eine veränderte Jugendhilfe bzw. Drogenhilfe nachzudenken. Vernetzung, Kooperation und gegenseitiger Austausch sind notwendig, um die derzeitige Vereinzelung der Angebotsvielfalt zu durchbrechen und Erfahrungen, Kompetenzen und Ressourcen zusammenzuführen.

### Literatur

- **Rainer Bathen:** Gesteuertes Nebeneinander oder vernetztes Miteinander? Jugendhilfe und Drogenhilfe im kommunalen Bereich. In: Drogenkonsum Jugendlicher - Akzeptieren oder Intervenieren? Senatsverwaltung für Jugend und Familie Berlin, 1994
- **Insoo Kim Berg/ Scott D. Miller:** Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen; Ein lösungsorientierter Ansatz. Carl-Auer-Systeme, 1995
- **Friderike Degenhardt/Ingrid Maulwurf:** Drogenkonsum in der Jugendhilfe - Akzeptanz versus Ausgrenzung. In: Entwickl. der Heimerziehung, Klaus Wolf, Votum-Verlag, 1993
- **Friderike Degenhardt:** Drogen - Akzeptanz oder Ausgrenzung? Standpunkte und Antworten der Jugendhilfe. In: Materialienband zum 2. akzept-Bundeskongreß Menschenwürde in der Drogenpolitik! Ohne Legalisierung geht es nicht, akzept e.V. im Selbstverlag
- **Friderike Degenhardt:** Drogenarbeit zwischen Abgrenzung und Verständigung. In: Schaden verhüten - Perspektiven eröffnen, Lutz Krätzschmar u. Günter Krauss (HG.), ISKA 1994

- **Friderike Degenhardt:** Außerklinischer Heroinentzug - Eine Maßnahme der Hilfen zur Erziehung. In: Amb. Entgiftung - mediz. u. psychosoz. Unterstützung von Drogenentzügen im Rahmen der Jugendhilfe, Wolfgang Harm u. Lutz Krätzschar (HG.), ISKA 1995
- **Friderike Degenhardt:** Sucht aus systemischer Sicht - Denkweisen und Organisationsprinzipien des Suchthilfesystems als Spiegel des familiären Kontextes von (jugendlichen) DrogengebraucherInnen. In: Dokumentation: Kinder - Jugendliche - Drogen - Pädagogen: „In Kontakt bleiben“, Hiltrud Wegehaupt-Schlund u. Dr. Norbert Wieland (HG.), Votum Verlag, wird in Kürze veröffentlicht
- **Gisela Osterhold, Hajo Molter (HG.):** Systemische Suchttherapie - Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. Asanger Verlag 1992
- **Franz Erbach/Kordula Richelshagen:** Isomorphe Strukturen im Kontext der Suchthilfe. Ein Versuch über den Rand des Spiegels zu blicken. In: Familiendynamik 1/89
- **Johannes Herwig-Lempp:** Akzeptanz und systemisches Denken im Umgang mit Drogenkonsumenten. In: Sozialpädagogik, Nr. 5/1991
- **Johannes Herwig-Lempp:** Von der Sucht zur Selbstbestimmung - Drogenkonsumenten als Subjekte. borgmann publishing, 1994
- **Shirley G. Luthmann/Martin Kirschenbaum:** Familiensysteme - Wachstum und Störungen. Pfeiffer, 1977
- **Sebastian Scheerer:** Special: Sucht. Rowohlt Verlag, 1995
- **Sebastian Scheerer/l. Vogt (Hg.):** Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch. 1989
- **Martin R. Textor:** Drogensucht und Familie. In: Familiendynamik 1/89
- **Sharon Wegscheider:** es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie. Bögner-Kaufmann, 1988
- **Hagen Winter/Thomas Klatetzki:** Weder Therapie noch Strafe, Hamburg 1991
- **Hagen Winter/Thomas Klatetzki:** Zwischen Streetwork und Heimerziehung, In: Neue Praxis 1/1990



## **Cannabis als Alltagsdroge?! Herausforderungen für die Sekundärprävention**

von Harvey Becker

***Cannabis und  
seine Konsument/innen  
rücken wieder mehr ins Gespräch !***

In den letzten Jahren sind bestimmte Drogen wieder mehr in den Mittelpunkt öffentlicher Diskussionen gerückt. Vor allem durch die Entwicklung der Party- und Technoszene und deren Konsumtrends gerieten die der sogenannten 'Partydrogen': Aufputschmittel (XTC = Ecstasy, Speed) und Halluzinogenen (LSD und Pilze) ins Scheinwerferlicht der Diskussion um Rausch und Risiken. Ganz vorne steht XTC als Gallionsfigur und Mythenträger der 90er Jahre und alle Welt redet nur noch von XTC. Das Interesse der Medien und die steigende Kommerzialisierung begünstigten diese Entwicklung.

Auch wenn der Trend hin zu aufputschenden Drogen eindeutig ist und sich auch die Prävention diesem Trend stellen sollte, so wurde und wird wenig gesehen, was mittlerweile Untersuchungen belegt haben: Cannabis ist auch bei Partydrogenkonsumenten die ständige 'Begleitdroge' und insgesamt die am häufigsten konsumierte illegalisierte Droge.

Cannabis wird unter anderen Überschriften diskutiert. Seit dem Karlsruher Urteil ist die Legalisierungsdebatte neu entbrannt. Cannabis als Heilmittel und Nutzpflanze bestimmt die Diskussionen. Die aus dem Boden schießenden Head-shops und Hanfläden und die zum zweiten mal stattgefundenene Hanfparade zeigen dies ebenso.

Cannabis als Rauschmittel jedoch und der Umgang damit ist für viele gleichzeitig zur Alltäglichkeit geworden. Und scheinbar dann, wenn eine Droge zum Alltag gehört, gilt der Umgang damit als nicht mehr diskussionswürdig. Prävention ist gefragt zu reagieren und sich zu überlegen, werden die bestehenden Konzepte den neuen Entwicklungen gerecht oder bedürfen sie der Veränderung oder Ergänzung.

***Prävention  
ist ein Drahtseilakt !***

Ein Vortrag dieser Fachtagung beschäftigt sich mit dem Thema Therapie mit Cannabisabhängigen. Dort ist das Ziel relativ klar, entweder es geht um das Erlangen und Erhalten von Abstinenz oder darum, mit dem Klienten ein klares Ziel seiner Therapie zu formulieren.

Im Bereich der Prävention ist es nicht ganz so einfach. Letztlich geht es bei der Prävention um den Erhalt von Gesundheit. Doch Gesundheit ist relativ und jeder bestimmt das Maß für sich selbst. Daraus ergibt sich, daß es für Prävention auch keine Patentrezepte geben kann, und sie sich an den Bedürfnissen der Beteiligten orientieren muß.

Und dennoch sehnen wir uns nach Lösungen, nach dem richtigen Ansatz in der Therapie, in der Beratung und in der Prävention. Wahrscheinlich hat der eine oder die andere eine ähnliche Sehnsucht, was diese Tagung betrifft.

Doch leider muß ich Ihnen gleich sagen, daß ich diese Sehnsucht nicht ganz befriedigen kann und **will**. Würde doch eine eindeutige Antwort, ein 'ich weiß wo es lang geht', verhindern, sich wirkungsvoller und ernsthafter mit dem Thema Prävention auseinanderzusetzen, würde die Illusion schüren nun haben wir das Thema erledigt und ein für alle Mal eine Antwort gefunden.

Genau das stünde dem Thema Prävention entgegen. Prävention wird nichts Abgeschlossenes sein können, sondern kann sich nur wirkungsvoll in der Kontinuität zeigen.

Prävention ist immer ein Drahtseilakt, und wenn jemand etwas anderes behauptet, dann glaube ich es nicht. Sie bewegt sich immer zwischen Akzeptanz und Intervention oder zwischen Integration und Ausgrenzung, zwischen Konsum und Abstinenz.

Sie wird sich immer an den Jugendwelten orientieren müssen und da sich diese schneller denn je entwickeln und verändern, kann es gar keine Patentrezepte geben.

**Prävention  
hat eine Geschichte !**

Um dieses Spannungsfeld oder auch Dilemma in dem die Prävention steckt, etwas deutlicher zu machen und um zu zeigen, daß unterschiedliche Ansätze für unterschiedliche Menschen in unterschiedlichen Situationen hilfreich und notwendig sind, möchte ich kurz etwas über die Entwicklung der Präventionsarbeit sagen. Ich werde dies anhand einer Grafik erläutern (Bild 1), die der Kollege Reiner Domes und ich bei der Vorbereitung zu einem Fortbildungsseminar entwickelt haben und es **Präventionsspektrum** genannt haben. Dabei versuche ich auch eine Antwort auf die Frage zu geben, ob wir neue Konzepte auf neue Konsumententwicklungen brauchen.



Anhand der geschichtlichen Entwicklung der Prävention in den letzten Jahren läßt sich das Spektrum der Prävention am besten beschreiben.

Dabei gehe ich von den Entwicklungen in den alten Bundesländern aus, weil sie es waren, die ich beobachten konnte.

Als ich vor ca. 9 Jahren in der Drogenhilfe begonnen habe zu arbeiten, hatte die Präventionsarbeit verschiedene Phasen hinter sich gelassen.

**Abschreckung  
funktioniert nicht!**

Begonnen wurde Prävention von Polizeibeamten, die mit Drogenkoffern durch Schulklassen zogen. Krankenkassen warnten mit Heroinspritzen in Skeletthänden, Filme wie 'Christiane F., wir Kinder vom Bahnhof Zoo' wurden 'präventiv' eingesetzt. Die Idee der Abschreckung sollte den Konsum verhindern und bestimmte die Haltung der Präventionsarbeit. Danach dachte man, mit möglichst viel Information über Wirkung und im besonderen negative Auswirkungen könne man den Einstieg in den Drogenkonsum verhindern.

(Bild 1: Prävention gestaltet sich **drogenspezifisch im Primärbereich**).

Nachdem man nun merkte, daß dies nicht funktionierte, beschränkte man sich auf die Erziehung. Man dachte eine gute Erziehung sei per se die beste Präventionsarbeit. Obwohl sich schon hier ein grundlegender und interessanter Wandel ankündigte, zielten auch diese Konzepte auf die Idee der Verhinderung bestimmter Verhaltensweisen. Doch letztlich brachte keiner dieser Ansätze den gewünschten Erfolg.

**Paradigmenwechsel:  
weg von der Idee der Verhinderung,  
hin zur Idee der Förderung !**

Zu dieser Zeit begannen wir 'Präventionsarbeiter' unsere ganze Arbeit umzustellen. Ein **Paradigmenwechsel** war angesagt: Wenn das Verhindern von bestimmten Verhaltensweisen nicht funktioniert, müssen wir uns mehr der Definition und Förderung von gesunden Verhaltensstrukturen zuwenden und den Blick mehr auf die Ressourcen der Beteiligten lenken.

Seither versteht sich Suchtprävention als Teil der Gesundheitsförderung.

Grundsätze der Prävention wurden entwickelt:

Suchtprävention beginnt möglichst früh, sie wird von all denen geleistet, die an Erziehungsprozessen beteiligt sind und nicht von sogenannten 'Experten'. Konzepte zur Förderung von Lebenskompetenzen und Konfliktbewältigungsstrategien stehen im Mittelpunkt. Suchtprävention ist ursachenorientiert und orientiert sich an der Lebenswelt der Jugendlichen und nicht an den Drogen.

**Suchtprävention  
wurde drogenunspezifisch**

Damit mußte Suchtprävention drogenunspezifisch werden und richtete sich in ihrer Arbeit an die Nicht-KonsumentInnen. Sie hatte nun Grundsätze entwickelt, die ein klares Konzept erkennen ließen, das von Fachleuten getragen wurde und auch heute noch Gültigkeit hat und richtungsweisend ist.

Auch eine Expertise des IFT in München, die verschiedene Präventionsansätze zur Primärprävention überprüft hat, belegt, daß drogenunspezifische und ursachenorientierte, frühzeitig und langfristig angelegte Konzepte zur Lebenskompetenzförderung die höchste Wirkungsweise im Sinne einer Gesundheitsförderung haben.

(Bild 1: Prävention gestaltet sich **drogenunspezifisch** im **Primärbereich**).

***Es gibt Bedarf, über Drogen  
und Konsumverhalten zu reden !***

Während sich die PräventionsarbeiterInnen mehr und mehr mit drogenunspezifischer Prävention beschäftigten und bemüht waren, sich von drogenspezifischen Sichtweisen zu entfernen, wuchs innerhalb der Konsumentenszene der Bedarf nach Information und Beschäftigung mit Drogen. Am deutlichsten wurde dies im Bereich der Partydrogen. XTC geriet in aller Munde und alle Welt hatte nur noch ein Thema. Der Blick auf die Drogen wurde wieder stärker in den Vordergrund gerückt.

Die ersten sekundärpräventiven Bemühungen, das sich beschäftigen mit den Konsumenten, kamen aus der Szene selbst. Es wurden Informationsbroschüren, die den 'Bewußten Konsumenten' zum Ziel hatten, entwickelt. *Safer use, safer house* und *drug checking* sind wichtige Entwicklungen für das Thema *harm reduction* im Bereich der Sekundärprävention, die die Droge und ihr Umfeld in den Mittelpunkt stellen. Bei den Konsumenten stießen diese auf hohe Akzeptanz, weil sie einen Teil Ihrer Lebensrealität ansprachen und sich dadurch ernst genommen fühlten. Obwohl diese Ansätze auch teilweise auf Cannabiskonsum übertragbar wären, sind bisher kaum Ansätze des *safer use* für Cannabis bekannt.

(Bild 1: Prävention gestaltet sich **drogenspezifisch** im **Sekundärbereich**).

***Es geht um die Menschen  
und nicht um die Drogen !***

So wichtig die genannten Überlegungen sind, sie bleiben zu oft in der Substanzorientierung stecken. Bewußter Konsum von Rauschdrogen läßt sich nicht alleine durch exakte Substanzinformationen erlernen oder damit, sich über die vielfältige Nutzung von Hanf auseinanderzusetzen.

Deshalb denke ich, daß in den bisherigen sekundärpräventiven Überlegungen die Substanzen zu sehr in den Vordergrund gerückt werden, und die Person, ihre Situation und ihre Hintergründe zu wenig berücksichtigt werden bzw. mit dem Konsumverhalten in Verbindung gebracht werden.

Sicherlich ist dies auch schwieriger, weil hier nicht glasklare Fakten gefragt sind, sondern tragfähige Beziehungen und Haltungen, die Risiken aushalten können, in denen Kompetenzen entwickelt werden können, um in einer Risikogesellschaft bestehen zu können. Hier gilt es sicherlich noch weiter zu überlegen, wie dies konkret umgesetzt werden kann.

(Bild 1: Prävention gestaltet sich **drogenunspezifisch** im **Sekundärbereich**).

***Primär- und Sekundärprävention  
sind gleich wichtig, wobei Sekundärprävention  
bisher zu wenig beachtet worden ist !***

All diese Bereiche des Präventionsspektrums haben ihre Berechtigung und im Sinne unterschiedlicher Ansätze für unterschiedliche Menschen in unterschiedlichen Situationen ihre Gültigkeit.

Die in den letzten Jahren entwickelten Konzepte der primärpräventiven Arbeit sind nach wie vor richtig, bedürfen keiner grundsätzlichen Veränderung und sollten auf jeden Fall erhalten bleiben. Sekundärpräventive Überlegungen jedoch, die die Menschen mit ihrem Konsum in den Mittelpunkt stellen und genau an den Schnittstellen zwischen Jugendszene, Jugendhilfe, Jugendarbeit, Eltern, Schule, Drogenhilfe und Psychiatrie angesiedelt sein sollte, sind bisher zu kurz gekommen und bedürfen der weiteren Ausdifferenzierung.

In Zukunft sollten alle Richtungen, Primär- und Sekundärprävention, sowie drogenunspezifische und drogenspezifische Ansätze gleichbedeutend behandelt werden. Erfreulicherweise findet sich diese Ausrichtung auch in der Empfehlung des Präventionsstatusseminars der BzGA.

Im sekundären Bereich bedeutet dies, wie es Wolfgang Schneider aus Münster formuliert, gesundheitsorientierte und lebenskompetenzfördernde Prävention mit risikoakzeptierender und schadensbegrenzender, regelorientierter Prävention zu kombinieren.

Sekundärprävention erfordert also einen offensiveren Umgang mit dem Konsum von Drogen, ob legal oder illegal, der gleichzeitig die Person, ihre eigene Haltung und ihre Bedingungen stärker als bisher in den Fokus der Betrachtung zieht.

***Um 'Kiffer' zu erreichen,  
muß man etwas von Cannabis und den  
Konsummotiven und -mustern verstehen !***

Um unterstützend bei der Entwicklung dieser Forderungen sein zu können, um Risiken mindern zu können, ist es notwendig, Konsumenten da 'abzuholen', wo sie stehen. Das bedeutet, die Konsumenten mit ihren Motiven und Konsummustern zu betrachten und zu verstehen. Die Verbindung zwischen Drogenfokus und Personenfokus herzustellen heißt, sich die Droge und ihre Wirkung anzusehen, heißt zu sehen, wer konsumiert und wie die Konsummotive und -muster aussehen, welche Bedeutung der Konsum hat und in welchem Kontext das Ganze geschieht.

Was also unterscheidet nun Cannabis und dessen Konsum von anderen Drogen, und was unterscheidet seine Konsumenten von Konsumenten anderer Drogen?

### ***Um welche Droge geht es?***

Cannabis - über kaum eine Droge wurde so viel geschrieben und diskutiert wie über Cannabis, kaum eine Droge wurde so viel für ideologische Motive funktionalisiert wie Cannabis. Die Etikettierungen von Cannabis gehen von 'Teufelszeug' und 'Einstiegsdroge' bis 'Wunderkraut' und 'Lebensquell', kaum eine andere Droge wurde und wird so widersprüchlich diskutiert.

In der Öffentlichkeit verändert sich zunehmend die Haltung gegenüber Cannabis. Mehr und mehr wird für einen eher pragmatischen Umgang und eine Liberalisierung plädiert. Deutlich wird dies in den Diskussionen über Cannabis als Heilkraut in der Medizin und als Nutzpflanze in der Industrie und in den Legalisierungsdebatten.. Verschiedene Themen wurden aufgrund politisch-ideologischer Interessen vermischt, und die Beschäftigung mit Cannabis als Rauschmittel blieb im Hintergrund. Ideologiefreie Informationen und differenzierte Sichtweisen und

Auseinandersetzungsmöglichkeiten fehlen nach wie vor. Deshalb sollte sich Sekundärprävention vor allem dem Umgang mit Cannabis als Rauschdroge widmen.

**Wer konsumiert Cannabis?**

Wie kaum eine andere Droge findet sich Cannabis in vielen verschiedenen Szenen wieder. Egal ob Öko-, Juppi-, Bussi-Bussi-, Punk-, linke-, rechte- oder Partyszene, überall wird konsumiert. Gleichzeitig zeigt sich in Untersuchungen, daß Cannabiskonsum nach wie vor überwiegend als jugendtypisches Verhalten zu sehen ist. Sekundärprävention muß sich deshalb an spezifischen Zielgruppen orientieren und ihre jeweiligen Kontexte berücksichtigen.

**Wie wirkt Cannabis?**

Cannabis unterscheidet sich von anderen illegalen Drogen durch sein multifunktionales Wirkungsspektrum. Durch euphorisierende aber auch beruhigende und halluzinogene Wirkungen, kombiniert mit den verschiedenen Mythen, die mit Cannabis verbunden werden, gewinnt es eine Sonderstellung im Bereich der illegalen Drogen und eignet sich somit hervorragend, eine große Palette von Bedürfnissen zu befriedigen.

**Wie wird konsumiert?**

Es gibt nicht den Kiffer oder die Kifferin. Cannabiskonsumern sollten in ihren unterschiedlichen Konsummustern berücksichtigt und bewertet werden. Gelegenheitskonsumenten, Gewohnheitskonsumenten und Dauerkonsumenten sind nicht per se als Steigerungsformen von problematischem Konsum zu sehen, sondern es ist zu berücksichtigen, daß in allen drei Kategorien problematische und unproblematische Konsumformen entwickelt werden können. Für die Sekundärprävention bedeutet dies, daß unterschiedliche Konsummuster unterschiedliche Präventionsbotschaften und Ziele bedürfen.

**Welche Bedeutung hat Kiffen?**

Über die unmittelbare Rauschwirkung hinaus scheint Cannabis noch andere Gründe zu liefern, warum es für Jugendliche und junge Erwachsene eine interessante Droge ist. Obwohl der Konsum von Cannabis sicherlich nicht mehr als aktive Oppositionshandlung zu sehen ist, verbinden viele Konsumenten mit Cannabis dennoch Abgrenzung zum mainstream, Abgrenzung zu anderen Jugendkulturen wie z.B. zur Technoszene, die mittlerweile von einigen schon als mainstream angesehen wird.

Die Konsumenten von Cannabis scheinen sich immer noch überdurchschnittlich viel mit alternativen Lebensentwürfen (Stichwort: Natur) zu identifizieren. Einstellungen, die mit Cannabis in Zusammenhang gebracht werden wie z.B. die Verbindung mit Kreativität, sich dem Leistungsdruck entziehen wollen und die hohe Wertigkeit von nonkonformen Handeln haben identitätsstiftenden Charakter, sind Säulen der 'Kiffergemeinde', die damit Heimat bietet (vgl. hierzu auch die Tossman/Kleiber Studie).

Um risikobewußten Konsum zu ermöglichen, könnte dies für die Prävention bedeuten, die identitätsstiftende Gleichung, Cannabiskonsum ist gleich nonkonform und alternativ aufzulösen und nach anderen Möglichkeiten für den Ausdruck dieser Bedürfnisse zu suchen.

***Cannabis ist zur  
Alltagsdroge geworden !***

In den subjektiven Bewertungen der Konsumenten ist Cannabis längst zur Alltagsdroge geworden, und bei den Konsumenten herrscht so gut wie kein Unrechtsbewußtsein.

Was wäre nun, wenn auch wir Helfer und Helferinnen Cannabis als Alltagsdroge verständen? Gelänge es uns nicht einen differenzierteren Blick zu gewinnen, der beides sieht, den Genuß und die Probleme, die aufgrund der scheinbar notwendigen 'Verteidigung' der Droge oft zu wenig gesehen werden?

Im Bereich der legalen Drogen, die wir in der Regel auch als Alltagsdrogen bezeichnen, ist man sich der begrenzten Konsumveränderungsmöglichkeiten bewußt und Zielperspektiven werden respektvoller und realistischer formuliert. Konsumreduzierung und das Erlernen von verantwortlichem Umgang mit Drogen sowie Sensibilisieren zum Risikobewußtsein gelten als akzeptierte Ziele. Im Bereich der illegalisierten Drogen wie auch Cannabis, gestaltet sich dies verhaltener und rigider.

Um einen offensiveren, entideologisierten Umgang mit dem Konsum von legalen sowie illegalen Drogen zu praktizieren, der nicht nur die Droge sondern auch deren Funktion und Bedeutung in den Mittelpunkt stellt, muß die Seite von Spaß und Genuß genauso gesehen und akzeptiert werden wie die der negativen Auswirkungen und Risiken.

Nur so können wir sowohl für einen genußorientierten als auch problembewußten Umgang mit legalen und illegalen Drogen sensibilisieren.

Wichtig dabei ist, daß dies sowohl zu den Helfern als auch zu den Konsumenten durchdringt.

Die von uns entwickelte Konsumentenbroschüre '*Cannabis denn Sünde sein?*', die später noch genauer vorgestellt wird, ist unseres Erachtens ein gelungener Versuch, diese Haltung umzusetzen. Sie versucht, den Konsum respektierend, sowohl positive als auch riskante und problematische Aspekte von Cannabiskonsum so nebeneinander zu stellen, daß eine selbständige Auseinandersetzung mit dem individuellen Konsum durch die Bereitstellung von Selbsteinschätzungsmöglichkeiten geschehen kann.

## **Thesen zur Sekundärprävention**

Sekundärprävention bewegt sich im polarisierten Spannungsfeld zwischen undifferenzierter Dramatisierung und guruhaften Heilsversprechungen. Um sich in diesem Spannungsfeld besser zurecht zu finden und um unseren sekundärpräventiven

Ansatz differenzierter darzustellen, möchte ich im Folgenden einige Thesen und Themenbereiche benennen, die mir im Zusammenhang mit Sekundärprävention (SP) bedeutsam erscheinen.

## **Welche Haltung und Selbstverständnis braucht Sekundärprävention?**

- ➔ Respekt vor Ambivalenz
- ➔ Veränderungsmöglichkeiten realistisch einschätzen - Risikoakzeptanz
- ➔ Drogenkonsum als Entwicklungsaufgabe
- ➔ Konsum und Abstinenz gelten gleichermaßen
- ➔ kritische Konsumbegleitung

- ➔ Sekundärprävention verabschiedet sich von paradigmatischen Haltungen und versteht sich immer im Spannungsfeld zwischen Konsum und Abstinenz und verhält sich respektvoll gegenüber ambivalentem Verhalten.
- ➔ Sekundärprävention schätzt Veränderungsmöglichkeiten realistisch ein, sie hält riskantes Verhalten aus und versteht sich auch als Ansatz zur Minderung von Schaden.
- ➔ Sekundärprävention versteht Ambivalenz bzgl. Konsumententscheidungen als notwendige und sinnvolle Charakteristika von Jugend. Konsum und Abstinenz gelten daher gleichermaßen. Akzeptanz bedeutet dabei nicht, den Drogenkonsum per se gutzuheißen, sondern ihn als zunächst sinnvolle coping-Strategie zu bewerten, den Menschen mit seinen Bedürfnissen zu akzeptieren und nicht auszugrenzen, bedeutet, Neugierde und Grenzerfahrung als wichtige Aspekte der Identitätsfindung im Jugendalter zu verstehen und dabei den Konsum kritisch zu begleiten.



## Mit wem oder was beschäftigt sich Sekundärprävention?

- ⇒ auch mit Menschen, die kein ausgesprochenes Anliegen haben, etwas zu verändern
- ⇒ subjektiv erlebten Problemerkahrungen
- ⇒ jugendkulturellen Phänomenen
- ⇒ Konsumtrends und -muster
- ⇒ Konsummotive stehen im Zentrum

- Sekundärprävention richtet sich auch an Menschen, die kein ausgesprochenes Anliegen haben, an ihrem Konsumverhalten etwas zu verändern, die kein Problembewußtsein im Hinblick auf Konsum oder Abhängigkeit haben.
- Sekundärprävention beschäftigt sich mit den subjektiv erlebten Problemerkahrungen von Konsumenten, die sich oft unterscheiden von den Problemwahrnehmungen der Helfer.
- Sekundärprävention und Jugendarbeit, die zeitgemäß sein will, bezieht sich auf die Entwicklung jugendkultureller Phänomene (Entwicklung von neuen Bewegungen und Trends), und sie berücksichtigt auch gesellschaftspolitischen Aspekte von Jugendwelt, nämlich Ausbildungs- und Berufsperspektiven.
- Sekundärprävention beobachtet neue Konsumtrends, stellt dabei die Konsummuster in den Vordergrund und weniger die einzelnen Substanzen. Somit spricht sie eher von harten und weichen Konsummustern als von harten und weichen Drogen.
- Sekundärprävention beschäftigt sich mit den Konsummotive. Dabei geht es oft, wie Manfred Rabes vom Büro für Suchtprävention in Hamburg konstatiert hat, um die Motive **Selbsterfahrung**, **Gemeinschaft** und **Grenzerfahrungen**. Dem gegenüber steht auf der professionellen Seite die pädagogische Herausforderung, Möglichkeiten zur Erfahrung von **Autonomie**, **Wärme** und **Regeln** zur Verfügung zu stellen, die Klaus Hurrelmann aus Bielefeld, als das 'magische Dreieck' der Pädagogik mit Jugendlichen benennt.

## Was will Sekundärprävention?

- ➔ kritischen Blick auf Funktion und Bedeutung des Konsum richten
- ➔ selbstverantwortlichen, genußfähigen, risikobewußten, regelorientierten Umgang
- ➔ für Hilfsbedarf sensibilisieren und Hilfe bereitstellen
- ➔ befähigen, mit Risiken umzugehen

- ➔ Sekundärprävention versteht den Konsum auf dem Hintergrund der jeweiligen Person und deren Bedürfnislage und will für einen kritischen Blick auf dessen Bedeutung und Funktion für den/die jeweilige KonsumentIn sensibilisieren.
- ➔ Sekundärprävention setzt sich selbstverantwortlichen, regelorientierten und kontrollierten Umgang mit Drogen mehr als bisher zum erklärten Ziel.
- ➔ Sekundärprävention will für Hilfsbedarf sensibilisieren und den Problemerkahrungen der Konsumenten entsprechende Hilfen zur Verfügung stellen
- ➔ Sekundärprävention hat auch als Ziel die Reduzierung des Konsums, nicht ausschließlich Abstinenz und sie beschäftigt sich damit, welche Kompetenzen notwendig sind, um mit riskantem Verhalten und riskanten Situationen besser umgehen zu können.

## Welche Angebote macht Sekundärprävention?

- ➔ zielgruppenspezifische Angebote
- ➔ entwirft Konsumregeln (z.B. Rituale)
- ➔ schafft Selbsteinschätzungsmöglichkeiten
- ➔ bietet Austausch über Erfahrungen, orientiert an den Problemerkahrungen
- ➔ bietet erlebnisorientierte Alternativen
- ➔ niedrigschwellige, szenenahe Angebote

- ➔ Sekundärprävention berücksichtigt unterschiedliche Konsumentengruppen und schafft zielgruppenspezifische Angebote für sehr junge Konsumenten, für 'Probierer' und die sogenannten heavy user, sie stellt dabei das 'Verlierermilieu' in den Mittelpunkt.
- ➔ Sekundärprävention entwirft Konsumregeln zum risikobewußten und genußorientierten Gebrauch für illegalisierte sowie legalisierte Drogen. Dazu gehören drogenspezifische Informationen und konsumakzeptierende Gebrauchshinweise genauso, wie Bemühungen, sinnvolle Konsumrituale zu entwickeln.
- ➔ Sekundärprävention schafft bisher zu wenig beachtete und geförderte Selbsteinschätzungsmöglichkeiten zum Thema Genuß, Mißbrauch und Abhängigkeit, damit die Risikowahrnehmung von Jugendlichen nicht einseitig auf die Substanz gerichtet wird, sondern Person, Verhalten und soziale Bedingungen mit einbezieht,.
- ➔ Sekundärprävention schafft Raum, sich über gute und schlechte Erfahrungen auszutauschen und orientiert sich dabei an den erlebten Problemen wie 'Abstürze', Depressionen, Angst und psychoseähnliche Erfahrungen.
- ➔ Sekundärprävention bietet erlebnisorientierte Alternativen, die individuelle und soziale Bedeutung und Funktion von Konsum mindern können und andere Erfahrungen ermöglichen. Sie bietet belastbare Beziehungen, die Risikoverhalten aushalten können und die es möglich machen, Probleme ansprechen zu können.
- ➔ Sekundärprävention schafft szenenahe, niedrigschwellige Angebote für Konsumenten. Sie orientiert sich dabei an Szene entsprechenden Gegebenheiten, zumal viele nicht aus der Szene in der sie sich befinden aussteigen wollen.

## **institutioneller Rahmen und Vernetzung von Sekundärprävention**

- ➔ Passung von Hilfsbedarf und Angebotsstruktur überprüfen
- ➔ Verbesserung der Kooperation zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Psychiatrie
- ➔ Fortbildungsmöglichkeiten
- ➔ Entkriminalisierung

- ➔ Sekundärprävention überprüft die Funktionalität und Attraktivität von bestehenden Angebotsstrukturen der Drogenhilfe sowie der Jugendhilfe und Psychiatrie gegenüber dem Hilfsbedarf der Betroffenen.
- ➔ Sekundärprävention verbessert die Vernetzung und Kooperation zwischen den beteiligten Hilfssystemen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Psychiatrie und bezieht szenenahe Selbsthilfe mit ein.
- ➔ Sekundärprävention sorgt für Fortbildungsmöglichkeiten und vermittelt nötige Grundkenntnisse von Sucht, Prävention und Jugendentwicklung auf den Ebenen von Erziehung, Begleitung, Beratung und Therapie.
- ➔ Sekundärprävention setzt sich, angesichts der steigenden Zahlen von Erstkonsumenten, für eine Entkriminalisierung des Konsums ein.

### **Ausblick und der Versuch einer Bedarfsformulierung für die Hilfssysteme**

Daß sekundärpräventives Arbeiten und vor allem personen- und nicht substanzorientierte Ansätze zu wenig im Scheinwerferlicht stehen, läßt sich auch bei den beteiligten Hilssystemen beobachten. In den professionellen Einrichtungen sind drogenkonsumierende Jugendliche m.E. heute zu sehr aus dem Blickfeld geraten, genauso wie die bereits vorhanden eigenen Kompetenzen im Umgang mit konsumierenden jungen Menschen. So möchte ich am Ende, zusammenfassend einen kurzen Versuch einer Bedarfsformulierung machen

### **Jugendhilfe**

...sieht zwar mehr und mehr die Widersprüchlichkeit in der sie sich befindet: zum Einen drogenfreie Einrichtungen zu haben zu wollen und zum Anderen zu sehen, daß ein hoher Anteil der Jugendlichen konsumiert.

Unsicherheit im Umgang, Unsicherheit in der eigenen Haltung (oft auch aufgrund eigenen Konsums), Ängstlichkeit, Gleichgültigkeit und Tabuisierung erschweren präventives Arbeiten.

Spezifische Angebote für Cannabiskonsumenten und sonstige jugendtypische Konsumentengruppen (Partydrogen) gibt es kaum bis gar nicht, weder niedrigschwellige oder eher pädagogisch ausgerichtete, die kein Problembewußtsein voraussetzen, noch genügend therapeutische Angebote.

Nötig wäre, sich selbst auf rigide Paradigmen zu überprüfen und differenzierte Angebote und Haltungen zu entwickeln, die dem Konsum offensiver begegnen können.

### **Drogenhilfe**

...richtet ihre Angebote überwiegend an Opiatkonsumenten. Andere Angebote sind zum Teil sehr hochschwellig und fordern klare Entscheidungen der Konsumenten für Abstinenz. Therapeutische oder andere Unterstützung ohne sich der Abstinenzforderung zu unterwerfen ist bisher kaum möglich. Jugendliches Dasein ist jedoch geprägt von Ambivalenz und Orientierungssuche und erfordert deshalb ein flexibleres Handlungsspektrum.

Ein statistisches Beispiel dafür, das Jugendliche in der Drogenhilfe immer weniger eine Rolle spielen, liefern statische Zahlen der Stadt Berlin. Die Anzahl der unter 20 jährigen, die in der Drogenhilfe Rat und Unterstützung suchten, ist in den vier Jahren **1990 bis 1994 von 8,4 % auf 3,7%** gesunken. Zu fragen bleibt wie es kommt, daß immer weniger junge Menschen zu den Drogenberatungsstellen finden und welche Angebotsstrukturen der Einrichtungen und Mitarbeiter notwendig sind um diese Konsumentengruppe adäquat zu berücksichtigen und nicht Außen vor zu lassen.

Auch wäre nötig, sich selbst auf rigide Paradigmen und Suchtverständnisse zu überprüfen und differenzierte Angebote und Haltungen zu entwickeln, die den Anliegen der Konsumenten gerechter werden.

### **Psychiatrie, Medizin und Psychotherapie**

...berücksichtigen m.E. zu wenig die spezifische Situation von konsumierenden Klienten und Patienten. Ebenso wie in suchtttherapeutischen Einrichtungen häufig bei

Konsumenten mit Psychoseerfahrung hinsichtlich des Umgangs mit Psychosen Unsicherheit herrscht, sind psychiatrische Einrichtungen vielfach mit drogenkonsumierenden psychotischen Patienten hinsichtlich der Einschätzung und des Umgangs mit Konsumverhalten überfordert. Ein vereinfachendes Entweder - Oder ist zu oft die Folge.

Adäquate Angebote, die psychiatrische Auffälligkeiten und Drogenkonsumverhalten gleichermaßen berücksichtigen und einordnen können, fehlen.

### **Schule**

...praktiziert noch immer einen tabuisierenden im Umgang mit Drogenkonsum. Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit resultieren auch hier aus Unsicherheit und unklaren Haltungen gegenüber Konsum und Konsumenten. Sicherlich stehen auch hier weitere Überlegungen an, wie Sekundärprävention mehr im Bereich Schule integriert werden kann.

### **Präventionsfachkräfte**

...verstehen sich nach wie vor ausschließlich primärpräventiv und es ist nicht eindeutig geklärt wer sich mit dem Thema Sekundärprävention beschäftigen soll und in wessen Aufgabenbereich sie fällt. Sekundärpräventive Projekte und Fortbildungsmöglichkeiten von Multiplikatoren bedürfen der Erweiterung und weiteren Konkretisierung.

**Zusammenfassend** möchte ich bemerken, daß Sekundärprävention stärker ins Blickfeld der Professionellen geraten sollte. Dabei muß sie sich mehr an der Lebensrealität Jugendlicher orientieren und gleichzeitig den Blick auf die bereits vorhandenen eigenen Kompetenzen und Haltungen nicht verlieren.

Am Ende möchte ich noch bemerken, daß ich gespannt bin, ob es Ihnen passiert ist, mich auf die Seite der Verharmloser oder auf die Seite der Verteufler zu stellen. Wenn Ja, dann sagen Sie es keinem weiter, denn dann befinden sich in dem Entweder-Oder-Prinzip von Sucht und das wird Ihnen nicht gerecht und bringt Sie außerdem keinen Schritt weiter.

## **Vorstellung von zwei neuen Cannabisbroschüren für jugendliche Konsumenten und Multiplikatoren**

**von Birgit Spohr**

Im Anschluß an Harvey Beckers theoretische und konzeptionelle Ausführungen zum Thema Prävention möchte ich Ihnen nun anhand zweier Broschüren, die wir entwickelt haben, zeigen, wie unser Konzept von Prävention in der Anwendung aussehen kann.

In der letzten Zeit gab es ja sehr viel öffentliches Interesse an den sogenannten neuen Drogen, allen voran Ecstasy. Zu diesem Thema sind auch viele Veröffentlichungen entstanden. Über Cannabis ist zwar auch geredet worden, aber eher im Zusammenhang mit juristischen Fragen, z.B. im Hinblick auf eine Legalisierung. Die Diskussion verlief allerdings oft in der Polarisierung zwischen Cannabis als Teufelskraut oder als Wunderdroge. Es gibt bisher insgesamt wenig Infomaterial zu Cannabis, und dort steht meist die Substanz im Mittelpunkt und nicht die Konsummuster bzw. die Konsument/innen.

Wir fanden, daß Informationsmaterial fehlt, das sich um eine Differenzierung z.B. zwischen unterschiedlichen Konsummustern bemüht. Deshalb haben wir uns mit dem Drogenreferat zusammengesetzt und geplant, zwei Broschüren für zwei Zielgruppen mit unterschiedlichem Ansatz zu entwickeln.

- a) eine für Eltern, Lehrer, Multiplikatoren und deren Fragen
- b) eine für Jugendliche und junge Erwachsene, vor allem für diejenigen, die bereits Cannabis konsumieren.

Wir freuen uns sehr, daß diese Broschüren noch rechtzeitig zu dieser Fachtagung fertig geworden sind und wir jedem von Ihnen heute je ein Exemplar geben können.

Zur Elternbroschüre will ich nur ganz kurz etwas sagen:

Grundlage für diese Elternbroschüre war eine Vorlage aus Hamburg, die vom dortigen Büro für Suchtprävention entwickelt wurde. Andreas Gantner hat diese Vorlage überarbeitet und ergänzt. Der Schwerpunkt dieser Broschüre liegt auf einer differenzierten, sachlichen Aufklärung zu Cannabis. Die Ergänzungen betreffen vor allem ausführliche Hinweise zum Umgang mit konsumierenden Jugendlichen.

Mehr Zeit möchte ich für die Vorstellung der zweiten Broschüre nehmen, die ich gemeinsam mit Harvey Becker und Jeanine Bobbink konzipiert und verfasst habe.

Am Anfang dieser Arbeit stand das erklärte Ziel, die Information zur Substanz möglichst knapp zu halten und statt dessen mehr Gewicht darauf zu legen, unterschiedliche Konsumentengruppen anzusprechen. Dafür hatten wir im ersten Entwurf drei Teile geplant.

Einen ersten, der sich vor allem an nicht konsumierende Jugendliche wendet, einen zweiten für konsumierende Jugendliche, die sich Klarheit darüber verschaffen wollen,

ob ihr Konsum nun problematisch ist oder nicht und einen dritten für Leute, die ihren Konsum selbst als problematisch ansehen.

Als wir versucht haben, diese Teile zu schreiben, wurde deutlich, daß es viel sinnvoller ist, den Leser/innen die Möglichkeit zu geben, sich selbst einzuschätzen, als ihnen von unserer Seite aus ein Etikett aufzukleben, was ja erfahrungsgemäß auch viel Widerstand erzeugt.

So entschieden wir, mit dieser Broschüre ein Instrument zu entwickeln, das konsumierenden Jugendlichen die Möglichkeit gibt, sich mit ihrem Konsumverhalten zu beschäftigen und gleichzeitig Kriterien für eine Selbsteinschätzung bietet. Wir wollen mit dieser Broschüre außerdem erreichen, daß Jugendliche diese Auseinandersetzung allein und selbständig führen können, da Gespräche mit Erwachsenen/Erziehungspersonen zu diesem Thema erfahrungsgemäß oftmals schwierig verlaufen und es schnell zu den bekannten Konflikten und Polarisierungen kommt.

Jedenfalls war klar, daß der Schwerpunkt nicht auf der Substanz liegen sollte, sondern bei der Unterschiedlichkeit der Konsummuster, die eben auch mit unterschiedlichen Risiken verbunden sind.

Die Broschüre hat 3 Teile.

Der erste Teil heißt „Info“:

Am Anfang steht eine deutliche inhaltliche Eingrenzung: Es soll nicht um Hanf als Nutzpflanze, um Fragen der Legalisierung etc. gehen, sondern ausdrücklich um Cannabis als Rauschmittel.

Es folgen Informationen zur Substanz, z.B. zu den handelsüblichen Arten von Cannabis und wie sie konsumiert werden, zu Preisen, zur Nachweisbarkeit im Urin.

Der Abschnitt Konsummuster gibt erste Hinweise zur unterschiedlichen Häufigkeit und Intensität, mit der Cannabiskonsum betrieben werden kann. Es folgt eine systematische Übersicht über Wirkungen des Konsums auf den verschiedenen Erfahrungsebenen (Denken, Konzentration, Gedächtnis, Wahrnehmung /Empfindung, Kommunikation/Beziehung, Fühlen, Körper/Körpererleben), wobei wir hier sowohl angenehme, erwünschte wie auch unangenehme, unerwünschte Wirkungen beschrieben haben.

Danach werden die Risiken für die körperliche und die psychische Gesundheit beschrieben, die mit dem Cannabiskonsum verbunden sind und die Ausbildung einer Cannabisabhängigkeit skizziert. Weitere Themen in diesem ersten Teil sind Mischkonsum, Cannabis im Straßenverkehr und die aktuelle Rechtslage.

Der zweite Teil „Test“ ist das Herzstück der Broschüre:

Wir haben einen Test mit Fragen zu Konsummenge, -frequenz, sozialem Kontext, aber auch zu Funktion und Bedeutung des Cannabiskonsums entwickelt. Auf Anregung unserer Agentur haben wir eine Form gewählt, bei der die Testfragen in einem abnehmbaren Umschlag, die Auswertung im Innenteil der Broschüre abgedruckt sind.

Zum einen erlaubt dies das unauffällige Entfernen des Blattes mit den Kreuzchen, die vielleicht nicht für andere Augen bestimmt sind, zum anderen ist es eine nette Spielerei. Wir haben insgesamt viel Wert darauf gelegt, eine Form zu finden, die für Jugendliche attraktiv ist.



Ich will Ihnen nur einige Beispiele der insgesamt 21 Fragen vorlesen, damit Sie einen Eindruck bekommen:

Fragen zu Konsummengen und -frequenz lauten z.B.:

An wievielen Tagen kiffst Du durchschnittlich pro Woche?

- 0 - 2 Tage pro Woche
- 3 - 5 Tage pro Woche
- 6 - 7 Tage pro Woche.

Der soziale Kontext wird u.a. erfragt mit: „Besteht Dein Freundeskreis hauptsächlich aus Kiffern?“

- Wir sind fast alle Kiffer, und manchmal wünsche ich mir auch andere Freunde. Es ist aber schwer, welche zu finden.
- Mein Freundeskreis ist sehr gemischt, es gibt auch viele, die keine Drogen konsumieren.
- Es wird fast überall gekiffert, egal, wohin man kommt.

Fragen zu Funktion und Bedeutung des Cannabiskonsums lauten z.B.: „Was machst Du normalerweise, wenn Du Stress mit jemandem hast, der/die Dir wichtig ist?“

- Für mich ist Kiffen das einzig Gute, um Abstand zu gewinnen.
- Ich lenke mich dann oft ab, z.B. mit Lesen oder reagiere mich ab, z.B. durch Sport.
- Ich rede mit jemandem darüber.

Oder: „Wie würde es Dir gehen, wenn Du 2-3- Wochen ´mal nicht kiffst?“

- Es wäre langweiliger oder nerviger, ich glaube, da hab´ ich z. Zt. keine Lust drauf!
- Es würde nur ein gelegentlicher Spaß wegfallen, weiter nichts.
- Mir würde´s besser gehen, kann mir´s aber gar nicht vorstellen.

Bereits das Lesen und die Beantwortung der Fragen verhilft Konsument/innen dazu, sich ihr eigenes Konsummuster bewußt zu machen.

Es sind jeweils drei Antwortmöglichkeiten vorgegeben, die je nach Häufigkeit auf das Vorliegen eines von drei Konsummustern hinweisen. Diesen Typen, die in der Auswertung sehr differenziert beschrieben sind, haben wir ausdrücklich keinen Namen gegeben. Stattdessen haben wir versucht, den Leser/innen Kriterien für die Unterscheidung von risikoarmem, risikoreichem und abhängigem Konsum zu geben.

Natürlich stellt die Unterscheidung von nur drei Konsummustern eine Vereinfachung dar, und Jugendliche werden sich im Einzelfall nicht in den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wiederfinden. Dennoch sind sie auf diese Weise genötigt, sich mit ihrem Konsum auseinanderzusetzen und zuzuordnen. Und die Erfahrungen in der Erprobung dieses Tests mit Jugendlichen hat gezeigt, daß diese Unterscheidung von drei Konsummustern als durchaus zutreffend und nützlich erlebt wird.

Es sei an dieser Stelle den Mitarbeiter/innen von Jugendfreizeiteinrichtungen gedankt, die uns den Kontakt zu Jugendlichen außerhalb unserer Einrichtung ermöglicht haben.<sup>1</sup>

Der dritte Teil der Broschüre unter dem Stichwort „Hilfe“ enthält Hinweise für den Umgang mit Schwierigkeiten. Hier sind einmal Situationen angesprochen, wenn jemand bei Cannabiskonsum in eine akute Krise gerät, aber auch längerfristige Schwierigkeiten, wie sie bei Dauerkonsum und Abhängigkeit auftreten können. In

diesem dritten Teil ging es uns in erster Linie darum, für Hilfsbedarf zu sensibilisieren und die Schwelle zu senken, sich Unterstützung zu holen.

Abschließend möchte ich noch einmal die Grundhaltung verdeutlichen, mit der diese Broschüre verfasst wurde:

Wir sind davon ausgegangen, daß Cannabis konsumiert wird und zwar mit steigender Tendenz. Und wir möchten die Konsument/innen da ansprechen und abholen, wo sie stehen. (Auch Nichtkonsumenten sind natürlich angesprochen!!) D.h. wir haben uns um Formulierungen bemüht, die das Entstehen von Widerstand, Trotz und Ohrenzuklappen möglichst vermeiden. Wir haben den Konsum von Cannabis nicht verurteilt, sondern versucht, das gesamte Spektrum möglicher Umgangsformen und der damit verbundenen unterschiedlichen Risiken aufzuzeigen.

Das entspricht unserem Verständnis von Sekundärprävention: Respektvoll zu bleiben, die Verantwortung der einzelnen für ihren Umgang mit Rauschmitteln ernstzunehmen und gleichzeitig realitätsnah und aussagekräftig zu informieren.

Wir haben bisher gute Rückmeldungen vor allem von unserer Zielgruppe erhalten und hoffen, daß diese Broschüre auch auf breiter Ebene nützlich sein wird.

Danke für das Interesse. Wir Autoren stehen jetzt für Rückmeldungen und Nachfragen zur Verfügung.

*Fußnote:*

- 1. Zum Zeitpunkt der Verschriftung dieses Beitrags für die Dokumentation ist die Broschüre bereits einige Monate im Umlauf, und wir haben aus unterschiedlichsten Einrichtungen der Jugendhilfe durchgängig überaus positive Rückmeldungen über die Resonanz bei Jugendlichen erhalten. Der Test wird mit großer Neugier und mit Spaß gemacht und bietet vielfältige Anknüpfungspunkte für Gespräche mit Mitarbeiter/innen.*

## **Die beiden Cannabisbroschüren**



## Zu den Referenten:

**Andreas Gantner**

Dipl.Psych/ Klinischer Psychologe,  
Psychotherapeut, Leiter des *Therapieladen*

**Peter Tossmann**

Dipl.Psych/ Klinischer Psychologe,  
Psychotherapeut. Derzeit tätig als  
Drogenforscher .

**Peter van Dalen**

Psychologe/Psychotherapeut, Mitarbeiter im  
*Jellinek Institut/Amsterdam*

**Harvey Becker**

Dipl.Soz-Päd / Systemischer Familientherapeut  
Mitarbeiter im *Therapieladen*

**Friderike Degenhardt**

Dipl.Soz- Päd./ Systemische Familientherapeutin  
Tätig in der flexiblen Erziehungshilfe, bei  
*Jugendwohnen im Kiez*

**Birgit Spohr**

Dipl.Psych/ Psychotherapeutin  
Mitarbeiterin im *Therapieladen*

Diese Dokumentation und die vorgestellten  
Broschüren können bestellt werden bei:

***Therapieladen e.V.***

Potsdamer Str. 131  
10783 Berlin  
Tel. 030/ 217 517 41  
Fax 030/ 217 517 42



