

Freie Universität Berlin

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie

Diplomstudiengang Psychologie



Therapie von cannabisbezogenen Problemen

Explorative Studie therapeutischer Erfahrungen mit
Cannabisklienten

Diplomarbeit

vorgelegt von

Harvey Becker

Hagenauer Straße 14, 10435 Berlin

Erstgutachterin: **Dr. Ingeborg Schürmann**

Zweitgutachter: **Prof. Dr. Manfred Zaumseil**

Betreuung: **Dr. Ingeborg Schürmann**

Berlin, Februar 2005

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich diese Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Mir ist bekannt: Bei der Verwendung von Inhalten aus dem Internet habe ich diese zu kennzeichnen und mit Datum sowie der Internet-Adresse (URL) ins Literaturverzeichnis aufzunehmen.

Diese Arbeit hat keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ich bin mit der Einsichtnahme in der Bibliothek und auszugsweiser Kopie **einverstanden**. Alle übrigen Rechte behalte ich mir vor. Zitate sind nur mit vollständigen bibliographischen Angaben und dem Vermerk „unveröffentlichtes Manuskript einer Diplomarbeit“ zulässig.

Harvey Becker

Berlin, 10. Februar 2005

Inhaltsverzeichnis

0	Vorbemerkung	4
1	Einleitung	5
2	Forschungsstand zum Cannabiskonsum	9
2.1	Entwicklung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung	9
2.2	Risiken und Begleitprobleme des Cannabiskonsums	11
2.2.1	Vorausgehende Risikofaktoren.....	12
2.2.2	Akute Rauschwirkungen und körperliche Folgen.....	13
2.2.3	Psychische Gesundheit	15
2.2.4	Abhängigkeit von Cannabis	17
2.2.5	Schizophrenie und psychotische Störungen.....	20
2.2.6	Auswirkungen auf kognitive Funktionen	22
2.2.7	Psychosoziale Entwicklung im Jugendalter	22
2.3	Zusammenfassung: Forschungsstand Cannabiskonsum.....	25
3	Theorie und Praxis der Therapie von cannabisbezogenen Störungen	28
3.1	Entwicklung des Behandlungsbedarfs der Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen der Drogenhilfe.....	28
3.2	Spezifische Behandlungsansätze für Cannabisklienten.....	31
3.2.1	A Group Treatment Model	32
3.2.2	Multidimensional Family Therapy (MDFT).....	33
3.2.3	Therapieladen Berlin	36
3.3	Zusammenfassung: Theorie und Praxis der Behandlung cannabisbezogener Störungen	38
4	Forschungsfrage	40

5	Forschungsmethoden	42
5.1	Qualitative Sozialforschung	42
5.2	Methoden der Erhebung	43
5.2.1	Rekrutierung der Interviewpartner	43
5.2.2	Stichprobenbeschreibung	44
5.2.3	Leitfadeninterviews	46
5.3	Methoden der Auswertung	46
5.3.1	Qualitative Inhaltsanalyse	47
5.3.2	Auswertungsschritte	48
6	Ergebnisse	52
6.1	Die Cannabisklienten	52
6.1.1	Heterogenität der Cannabisklienten	53
6.1.1.1	Differenzierung der Cannabisklienten nach Entwicklungsaspekten	53
6.1.1.2	Differenzierung der Cannabisklienten nach psychischen Symptomen	56
6.1.1.3	Differenzierung der Cannabisklienten nach der Therapiemotivation	61
6.1.2	Gemeinsamkeiten der Cannabisklienten	63
6.1.2.1	Gemeinsamkeiten der Cannabisklienten im Vergleich zu Konsumenten anderer Substanzen	63
6.1.2.2	Geringe Risikoeinschätzung und Konsumambivalenz ..	67
6.1.2.3	Hohe Komorbidität mit anderen psychischen Belastungen	70
6.1.3	Zusammenfassung: Die Cannabisklienten	70
6.2	Das Problemverständnis	72
6.2.1	Bedeutung des Abhängigkeitsaspektes	72
6.2.2	Bedeutung von Komorbidität / Prämorbidität	73
6.2.3	Bedeutung der Funktionalität des Cannabiskonsums	76
6.2.4	Notwendigkeit einer differenzierten Diagnostik	78
6.2.5	Zusammenfassung: Das Problemverständnis	79

6.3 Das Therapieverständnis.....	82
6.3.1 Suchttherapie vs. Psychotherapie	82
6.3.2 Methodische Aspekte	85
6.3.2.1 Notwendigkeit von Individualisierung, Flexibilisierung und Zielgruppenspezifizierung	85
6.3.2.2 Umgang mit Konsumententscheidungen und Abstinenzorientierung	88
6.3.3 Die Rolle der Therapeuten	91
6.3.3.1 Die Haltung der Therapeuten.....	91
6.3.3.2 Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut.....	92
6.3.3.3 Qualifikationen der Therapeuten.....	93
6.3.4 Zusammenfassung: Das Therapieverständnis	95
7 Diskussion der Ergebnisse	97
8 Zusammenfassung.....	106
9 Literaturverzeichnis	109

Anhang I

Ein weiterer **Anhang II** mit den vollständigen Interviewtranskriptionen sowie allen Paraphrasierungen der Interviews findet sich auf der beiliegenden CD-Rom.

0 Vorbemerkung

Die Idee dieser Arbeit entstand auf dem Hintergrund meiner mittlerweile neunjährigen Tätigkeit als Sozialpädagoge und Systemischer Therapeut in der Therapieeinrichtung *Therapieladen* der Berliner Drogenhilfe, der seit nunmehr 20 Jahren ein spezifisches Beratungs- und Behandlungsangebot für Cannabis- und Partydrogenkonsumenten bereithält sowie sekundärpräventive Ansätze für diese Zielgruppe entwickelt hat. Zuvor hatte ich mehrere Jahre in der Beratung von Heroinabhängigen gearbeitet.

Im Laufe der Zeit im *Therapieladen* beschäftigte mich immer wieder die Frage, ob sich die Behandlung von Cannabisklienten von der Behandlung Abhängiger anderer Substanzen unterscheidet. Damit einhergehend interessierte mich die Frage, ob überhaupt störungsspezifische Aspekte in der Psychotherapie relevant werden sollen oder ob es nicht grundlegende therapeutische Überlegungen und Strategien sind, die Menschen unterstützen Lösungen in verschiedenen Problemlagen zu finden.

Mit dieser Arbeit wollte ich diesen Fragen zielgerichteter nachgehen. Die Idee war, meine praktischen Erfahrungen in der theoretischen Beschäftigung zu reflektieren und mit einer qualitativen Untersuchung störungsspezifische Aspekte der Therapie mit Cannabisklienten über meine eigenen Erfahrungen hinaus genauer zu erforschen.

An dieser Stelle möchte den Interviewpartnern und –partnerinnen für die Unterstützung bei der Entstehung dieser Arbeit danken.

Harvey Becker

Im Februar 2005

**„Um klar zu sehen, genügt oft
ein Blickwechsel“**
Antoine de Saint Exupéry

1 Einleitung

Cannabis gilt als eine der ältesten Nutz- und Heilpflanzen. In China soll die Pflanze bereits vor 6000 Jahren zu Nahrung, Kleidung, Öl und Heilmittel verarbeitet worden sein. Seit wann Cannabis in Europa als Rauschmittel genutzt wird, ist unklar. Im 20. Jahrhundert begann in Deutschland mit dem 1929 verabschiedeten Opiumgesetz, der Kampf gegen Handel und Konsum von Cannabis.

Sieht man sich seither die fachliche und öffentliche Bewertung von Cannabiskonsum an, so gibt es keine Droge die so wellenförmige Bewertungen erfahren hat und bis heute so polarisiert im Sinne einer Verharmlosung oder Dramatisierung diskutiert wird.

Bis in die 60er-70er Jahre hinein wurden zunächst große Risiken im Zusammenhang mit Cannabiskonsum gesehen. In den folgenden Jahrzehnten wurde Cannabis für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe zum politischen Protest und erfuhr zunehmend, auch in der fachlichen Diskussion, eine Tendenz der harmloseren Bewertung. Es begann eine zunehmende Akzeptanz in der Bevölkerung, die Legalisierungsdebatten und Entkriminalisierungsbemühungen bis heute nach sich zieht. Auf der anderen Seite gibt es bis heute Stimmen, die Cannabis als Einstiegsdroge sehen und für viele Probleme ursächlich und dramatisierend verantwortlich machen.

Insgesamt ist Cannabis aber, spätestens seit dem sich Prominente öffentlich zu ihrem Konsum bekennen oder Politiker rufen, 'Gebt den Hanf frei!' oder die Hanfparade durch Berlin zieht, zu einer gesellschaftlich weitestgehend akzeptierten Alltagsdroge geworden.

Seit einigen Jahren beginnt sich diese Tendenz wieder in ihr Gegenteil zu verkehren. 'Der SPIEGEL' titelte im Juni 2004 mit dem Schlagwort '*Seuche Cannabis*'. Der 'FOCUS' zog im Oktober nach mit der Titelstory '*Sucht an Schulen: Cannabis und Alkohol*'. Die Psychiatrie diskutiert wie nie zuvor die Zusammenhänge zwischen Cannabis und Psychose.

Die Bundesdrogenbeauftragte bemerkte zu dieser Entwicklung in einer im November 2004 stattgefundenen Fachtagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung *‘Jugendkult Cannabis: Risiken und Hilfen‘*:

„Wir brauchen eine offene Risikodebatte, in der Cannabiskonsum weder dramatisiert, aber auch nicht verharmlost werden darf.“
(Bundesdrogenbeauftragte, 2004)

Insgesamt zeigt sich also auch heute ein noch immer widersprüchliches Bild in der Cannabisdiskussion. Nach wie vor werden praktische Erfahrungen oder wissenschaftliche Erkenntnisse sowohl für den Beweis der Harmlosigkeit oder auch der Gefährlichkeit von Cannabis herangezogen. Ideologiegeprägte Risikodebatten bleiben offensichtlich mit Cannabis stetig verbunden. Unkenntnis, falsche Informationen und Mythen über die tatsächlichen Risiken des Konsums sowie deren Verallgemeinerung sind aber der Grund für einen oft hilflosen und unsicheren Umgang mit dem Thema Cannabis.

Ähnliches spiegelt sich in den professionellen Hilfsangeboten wieder. Seit den 80er und 90er Jahren erfuhr Cannabiskonsum auch in der fachlichen Diskussion eine Tendenz der eher harmlosen Bewertung. So konnte es vorkommen, dass Cannabiskonsumenten und -konsumentinnen¹ die Hilfe in Drogenberatungsstellen suchten, gesagt bekamen, der Cannabiskonsum sei kein Problem und sie sollten wieder kommen, wenn sie mit anderen Drogen Schwierigkeiten hätten. Obwohl Cannabiskonsumenten in der Beratungspraxis der Drogenhilfe zwar immer auch anzutreffen waren, spielten sie demzufolge statistisch gesehen bis in die 90er Jahre keine große Rolle. Die Klientel der Beratungs- und Therapieeinrichtung war und ist bis heute von Opiatklienten dominiert und somit haben sich auch die Angebote bisher an dieser Klientengruppe orientiert.

Seit einiger Zeit ist allerdings auch hier eine Veränderung der Bewertung des Cannabiskonsums sowie eine Veränderung der Situation von Cannabisklienten²

¹ Im Verlauf der weiteren Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die weiblichen Formen verzichtet.

² Mit ‘Cannabisklienten‘ werden im Weiteren Cannabiskonsumenten bezeichnet, die sich im Zusammenhang mit ihrem Cannabiskonsum in Beratung oder Behandlung befinden.

in Einrichtung der Drogenhilfe zu beobachten. Die seit einigen Jahren beobachtete Steigerung der Konsumverbreitung sowie die steigende Anzahl von Hilfe suchenden Cannabiskonsumenten in den Einrichtungen der Drogenhilfe geben Anlass zur Besorgnis und tragen zu größerer Aufmerksamkeit bei. Damit einhergehend werden, um mögliche negativ Auswirkungen genauer zu überprüfen, in einigen europäischen Ländern Legalisierungsbemühungen vorerst zurückgestellt.

Die steigende Anzahl von Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen konfrontiert die Mitarbeiter der Drogenhilfeeinrichtungen mit einer neuen Klientengruppe, mit der es wenig Erfahrung gibt. Bühringer bemerkt im Vorwort zur einer aktuellen Studie über Behandlungsangebote zu cannabisbezogenen Störungen in Deutschland :

„Die Mitarbeiter der betroffenen Beratungsstellen schätzen selbst ein, dass das Angebot der Beratungsstellen nicht ausreichend auf die Beratung und Behandlung cannabisbezogener Störungen ausgerichtet ist.“ (Vorwort von Bühringer, in Simon, et al., 2004, , S. XIV)

Außerdem zeigte eine andere Studie, dass ein großer Teil der Cannabiskonsumenten nicht die Einrichtungen der Drogenhilfe aufsucht, sondern sich Hilfe bei niedergelassenen Psychotherapeuten, Ärzten oder anderen Beratungsstellen sucht (Perkonigg, et al., 2004; vgl. hierzu auch Tossman, 2004).

Diese Situation gibt Anlass, darüber nachzudenken, wie sich die Behandlung von Cannabisklienten verbessern könnte, welche spezifischen Aspekte der Cannabisklienten sowie der cannabisbezogenen Probleme sich ermitteln lassen und dementsprechend bei der Behandlung berücksichtigt werden sollten.

Bis heute existieren praktisch keine empirisch abgesicherten und evaluierten Erkenntnisse über eine adäquate und effektive Behandlung der Cannabisklientel. Vor diesem Hintergrund sind subjektive Theorie- und Behandlungskonzepte von erfahrenen „Cannabistherapeuten“ ein wichtiger Schritt für die zukünftige empirische Behandlungsforschung und sollen deshalb für diese Studie genutzt werden.

Auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes zu Risiken, Diagnostik und Behandlung cannabisbezogener Störungen soll deshalb die vorliegende Studie methodisch das Erfahrungswissen von Therapeuten, die seit längerem Cannabisklienten behandeln, systematisch explorieren und auswerten.

In einem gesamtpsychologischen Kontext ist die Arbeit auf dem Hintergrund störungsspezifischer Theorien und Behandlung zu sehen. Bastine bemerkt dazu:

„Die Beschränkung des Geltungsbereiches auf eine Störung schafft die Möglichkeit, die spezifischen Bedingungen und Prozesse bei der Entstehung dieser Störung detailliert auszuarbeiten und zu erforschen.“ (Bastine, 1998, S. 308)

Somit erscheint es sinnvoll, Probleme mit Cannabis zu fokussieren und nicht generelle Drogenprobleme oder generelle Suchtüberlegungen in den Mittelpunkt zu stellen.

In *Kapitel 2* werden aktuelle epidemiologische und empirische Ergebnisse zum Cannabiskonsum dargestellt. Es gilt zu zeigen, dass der Cannabiskonsum in der Bevölkerung relevantere Ausmaße angenommen hat und wie die Auswirkungen des Konsums aus wissenschaftlicher Sicht zu bewerten sind. Dazu werden zunächst Daten über die Verbreitung und Veränderung des Cannabiskonsums in Deutschland und Europa dargestellt. Danach werden mögliche Auswirkungen und Risiken im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis anhand wissenschaftlicher Untersuchungen erörtert.

In *Kapitel 3* wird gezeigt, dass neben dem Konsum auch der Behandlungsbedarf von Cannabisklienten gestiegen ist. Im Weiteren werden die wenigen bestehenden cannabispezifischen Therapieansätze kurz vorgestellt. In *Kapitel 4* wird die Forschungsfrage hergeleitet und *Kapitel 5* widmet sich den verwendeten Untersuchungsmethoden. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung werden in *Kapitel 6* beschrieben. Die Darstellung orientiert sich an den entwickelten Kategoriensysteme *Die Cannabisklienten*, *Das Problemverständnis* und *Das Therapieverständnis*. Zum Schluss werden in *Kapitel 7* die wichtigsten Ergebnisse und ihre Konsequenzen diskutiert.

2 Forschungsstand zum Cannabiskonsum

2.1 Entwicklung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung

Cannabis war und ist in Deutschland (vgl. Kraus & Augustin, 2001; Hoch et al., 2002), genauso wie in Europa (EBDD, 2004) die am häufigste konsumierte illegale Droge. Um die Relevanz des Themas zu verdeutlichen soll gezeigt werden, wie sich der Cannabiskonsum in der Bevölkerung entwickelt hat.

In verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen konnte eine deutliche, bis zu 20-prozentige Zunahme an der Verbreitung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung nachgewiesen werden. Während in der Altersgruppe der 14- bis 25-Jährigen noch 1993 "nur" 18% zumindest einmal in ihrem Leben Erfahrungen mit Cannabis angegeben hatten, waren es 2004 bereits 32%. Betrachtet man die Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen, so liegt die Lebenszeitprävalenz noch höher. In dieser Altersgruppe hat fast jeder Zweite (44%) schon einmal im Leben Cannabis probiert.

Besonders in der Gruppe der jungen Männer zeigt sich eine deutliche Zunahme. Während 1993 noch 23% der jungen Männer Erfahrungen mit Cannabis hatten, waren es 2004 35 %. Bei den jungen Frauen stieg der Konsum von 1993 12% auf 27% in 2004 (BZgA, 2004, S. 7; siehe auch DHS, 2004; EBDD, 2004).

Auch Kraus und Augustin (2004, s. *Abbildung 1*) zeigen in der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen eine starke Zunahme sowohl der Lebenszeitprävalenz als auch der Jahresprävalenz des Cannabiskonsums.

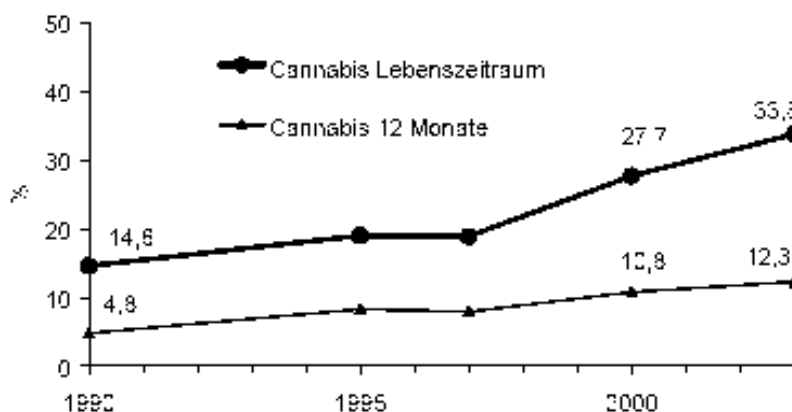


Abbildung 1:

Prävalenz des Cannabiskonsums bei 18- bis 39-Jährigen von 1990 bis 2003

Quelle: Kraus & Augustin (2004)

Simon, David-Spickermann und Hüllinghorst (2004) errechnen aus den gezeigten Werten von Kraus und Augustin im Bericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht von 2003 eine Gesamtzahl von rund 12,5 Millionen Deutschen, die Erfahrungen mit Cannabis haben. Von diesen haben 3,8 Millionen Cannabis auch innerhalb der letzten 12 Monate und 1,6 Millionen innerhalb der letzten 30 Tage konsumiert.

Besonders zu beachten sind die steigenden Prävalenzen in den jüngeren Jahrgängen. In einer großen europäischen Schülerbefragung (befragt wurden 11.000 Schüler der 9. und 10. Jahrgangsstufen in sechs Bundesländern), der ESPAD-Studie (EBDD, 2004), zeigte sich, dass in Deutschland bereits 30,6% der 15- bis 16-Jährigen schon Erfahrungen mit Cannabis haben. Europaweit geben 15% der 15- bis 16-Jährigen an, die Drogen 40-mal oder häufiger konsumiert zu haben, was als 'starker' Konsum gilt (EBDD, 2004). In Deutschland wird davon ausgegangen, dass circa 10% der 16-Jährigen gegenwärtig häufiger oder häufig Cannabis konsumieren. Zum Vergleich: 37% der 16-Jährigen konsumieren wöchentlich Alkohol (DHS, 2004).

Cannabis ist außerdem die einzige illegale Droge, bei der das Durchschnittsalter des Erstkonsums von 17,5 Jahre (1993) auf 16,4 Jahre (2004) gesunken ist (BZgA, 2004, S.16).

Es lässt sich zusammenfassen, dass der Cannabiskonsum zwischen 1993 und 2004 insgesamt deutlich zugenommen hat. Der stärkste Anstieg zeigt sich in der Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen und unter Jugendlichen (15 -16 Jahre). Junge Männer konsumieren in allen Altersstufen mehr als junge Frauen. Eine Erklärung des Anstiegs könnte sein, dass sich die Risikoeinschätzung von Cannabiskonsum bei Jugendlichen geändert hat. Während 1987 nur 40% einen ein- bis zweimaligen Konsum als ungefährlich ansahen, taten dies 1993 bereits 62% (BZgA, 1994). Als weiterer Punkt wird die drogenpolitische Debatte nach dem BVG Urteil von 1994 diskutiert.

Die Trends des Konsumanstiegs zeigen sich in fast allen europäischen Ländern. Deutschland nimmt im Vergleich zu anderen Ländern eine Mittelstellung ein. Ein Zusammenhang zwischen der Konsumverbreitung und den unterschiedlichen drogenpolitischen Umgangsweisen und Repressionen in den verschiedenen Nationen lässt sich nicht beobachten (vgl. EBDD, 2004).

Cannabis hat sich insbesondere bei jungen Menschen als illegale Alltagsdroge etabliert. Offen bleibt, ob durch den Anstieg des Konsumverhaltens auch ein Anstieg im Behandlungsbedarf zu verzeichnen ist. Diese Frage kann hier schon grundsätzlich mit Ja beantwortet werden, wird aber im Kapitel 3.1 *Entwicklung des Behandlungsbedarfs der Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen* genauer beschrieben.

2.2 Risiken und Begleitprobleme des Cannabiskonsums

Diese Arbeit hat zum Ziel, therapeutische Erfahrungen in der Behandlung von cannabisbezogenen Störungen zu explorieren. Damit stellt sich die Frage, wie cannabisbezogene Störungen bisher wissenschaftlich erforscht sind und von welchem Gefährdungspotential auszugehen ist bzw. welche Störungen und Symptome für eine Behandlung relevant sind und welche Ausprägungen des Cannabiskonsums zu berücksichtigen sind.

In Zusammenhang mit Cannabis werden Gefährdungspotential und mögliche assoziierte Störungen sehr kontrovers diskutiert. Die Diskussionen schwanken zwischen Dramatisierung und Bagatellisierung. Viele Konsumenten, aber auch Professionelle gehen davon aus, dass mit dem Konsum von Cannabis keine oder wenig Probleme verbunden sind. Andere wiederum sehen in jedem Cannabiskonsum per se ein Problem und machen ihn verantwortlich für viele Folgeprobleme wie die Entwicklung von Abhängigkeit und den Einstieg in Abhängigkeiten von anderen Substanzen.

Das Heranziehen von Untersuchungsergebnissen soll dazu dienen, einen differenzierten Blick auf die Thematik gewinnen zu können.

Im folgenden Kapitel werden deshalb wissenschaftliche Erkenntnisse über Risiken und Begleitprobleme im Zusammenhang mit Cannabiskonsum dargestellt.

Aufgrund der Vielzahl an Einzelstudien werden vor allem Ergebnisse von vorliegenden Übersichtsarbeiten referiert. Einzelergebnisse von Untersuchungen werden als Ergänzung genannt. Übersichten über die Auswirkungen von Cannabiskonsum finden sich in der Expertise von Kleiber

und Kovar (1997), in der Übersichtsarbeit zu psychischen Wirkungen von Fischer et al. (2001), in der AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen, Bonnet et al. (2004) sowie in der sehr neuen Studie zu cannabisbezogenen Störungen von Simon, Sonntag, Bühringer und Kraus (2004).

2.2.1 Vorausgehende Risikofaktoren

Simon et al. (2004) nennen verschiedene Risikofaktoren, die mit einem problematischen Cannabiskonsum korrelieren. So sind, wie bei anderen psychoaktiven Substanzen auch, Männer eher als Frauen gefährdet, einen problematischen Konsum zu entwickeln.

Außerdem stellt der familiäre und soziale Hintergrund einen entscheidenden Faktor dar. Hier werden vor allem der Substanzkonsum der Familienmitglieder und als schwach wahrgenommene Familienbeziehungen sowie daraus resultierende geringe elterliche Kontrolle als Einflussfaktoren diskutiert. (Kleiber und Soellner, 1998, S. 185).

Besonders bei jugendlichen Cannabiskonsumenten ist dieser Faktor von besonderer Bedeutung. Liddle, der sich mit seiner Forschungsgruppe in den USA ausführlich mit cannabis konsumierenden Jugendlichen beschäftigt, geht von einer ganzen Reihe von Risikofaktoren aus:

„(...) distal factors such as extreme economic deprivation and neighborhood influences are relevant, as are proximal influences such as family conflict and disruptions in family management. Individual factors pertaining to parents and adolescents (eg., parental psychopathology, drug and alcohol use), problems in emotion regulation, or poor interpersonal skills and peer relations are additional factors implicated in drug abuse.” (Liddle, 1999, S. 523)

Im Konzept der Risiko- und Protektivfaktoren sieht Liddle entscheidende Hinweise für die Entwicklung von Behandlungsansätzen (vgl. Kap. 3.2 *Spezifische Behandlungsansätze für Cannabisklienten*).

Auch Schmidt (1998, S. 62) geht in ihrer Übersichtsarbeit von sehr vielfältigen Risikofaktoren aus: *Biomedizinische Faktoren* (bei Jungen späte, bei Mädchen frühe physiologische Reife), *Persönlichkeitsmerkmale* (bei Jungen Aggressivität, bei Mädchen geringe Selbstwirksamkeit), *positive Konsumeinstellungen* (früher Konsumeinstieg), *Verhaltensweisen* (Delinquenz), *familiäre Bindungen* (gering behüteter Familienstil, Konsum der Eltern), *Gleichaltrige* (Konsum des Freundeskreis, fehlende Integration), *schulische*

Bedingungen (schulische Belastung), *Sozioökonomische Umwelt* (finanzielle Belastung, Deprivation).

Simon et al. (2004) zeigen, dass psychopathologische Erkrankungen ebenfalls Risikofaktoren darstellen, die dem Beginn eines problematischen Drogenkonsums häufig vorausgehen. Besonders hervorzuheben sind Ergebnisse von White et al. (2001), die zeigen, dass sich mit ADHD das Risiko eines späteren problematischen Cannabiskonsum erhöht.

Als weiteren Risikofaktor nennen Simon und Kollegen den Konsum von anderen legalen oder illegalen Substanzen. So zitieren sie Duwe et al. (2001), die den Konsum von Alkohol und Tabak vor dem 14. Lebensjahr als Prädiktoren für einen späteren problematischen Cannabiskonsum ermittelten.

2.2.2 Akute Rauschwirkungen und körperliche Folgen

Akute Rauschwirkungen und körperliche Folgen von Cannabiskonsum sind bei der psychotherapeutischen Behandlung von cannabisbezogenen Problemen in der Regel nicht oder nur selten relevant. Deshalb werden sie im Zusammenhang mit dieser Arbeit nur in geringem Maße berücksichtigt. Dennoch sei auf einige Aspekte hingewiesen.

Die akute Rauschwirkung von Cannabis variiert inter- und intraindividuell erheblich. Aspekte von *Droge*, *Set* und *Setting* (Zinberg, 1984) sind auch hier von Bedeutung. Neben den Eigenschaften der Substanz (*Droge*) sowie die Höhe der Dosis wirken die Konsumerwartung (*Set*) und die Umgebung, in der Cannabis konsumiert wird (*Setting*).

Interessant ist, dass Cannabis in verschiedene Richtungen wirken kann. Während es bei den meisten angstlösend und entspannend wirkt, kann es bei anderen Personen oder der selben Person zu einem anderen Zeitpunkt Angst- und Panikattacken auslösen. (Simon et al., 2004). Es ist also nicht von einer eindeutigen Wirkungsrichtung auszugehen.

Häufig wirkt Cannabis euphorisierend und erzeugt angenehme Gefühle. Mit steigender Dosis wirkt es eher entspannend und sedierend. Auch wenn es hier vornehmlich um die Risiken des Cannabiskonsums gehen soll, sind auch die positiven Wirkungen im Hinblick auf die Gestaltung der Behandlung und des Problemverständnisses erwähnenswert. Die erwünschten Effekte von Cannabis

haben gewisser Maßen ein ‚multifunktionales‘ Wirkungsspektrum. Von daher ist Cannabis mehr als andere Drogen geeignet, Stimmungen in verschiedene Richtungen zu beeinflussen. Dieser Aspekt könnte bei der Hypothese der Selbstmedikation bedeutsam sein. Die positiven Effekte sind außerdem von Bedeutung, um die subjektiv intendierten Wirkungen und damit Funktionalisierungsaspekte des Konsums besser zu verstehen.

Die von Konsumenten erlebten unterschiedlichen Wirkungsweisen von Cannabis stellt folgendes Schaubild (*Abbildung 2*) dar, das vom Berliner *Therapieladen* entwickelten wurde.

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

Abbildung 2:

Funktionsspektrum der Cannabiswirkung

Quelle: *Therapieladen*, ‘Cannabis denn Sünde sein?’ (1998)

Als weitere negativ erlebte akute Rauschwirkungen sind Wahrnehmungsveränderungen bis hin zu Halluzinationen zu nennen. Außerdem können toxische Psychosen auftreten, die aber in der Regel mit

hohen Konsumdosen oder Mischkonsumverhalten verbunden sind. Simon et al. (2004, S. 23) beschreiben außerdem Dysphorie, Angst und Panik als mögliche akute Folgen.

Körperlichen Auswirkungen und Risiken des Cannabiskonsums sind bei gemäßigt Konsum eher gering. Die wichtigsten Risikoaspekte sind Schäden an der Lunge und dem Atmungstrakt. Vergleicht man die Auswirkungen mit denen bei Tabakkonsum, so ist anzunehmen, dass Cannabis aufgrund der tieferen Inhalation und der höheren Verbrennungstemperaturen ein höheres Lungen- und Speiseröhrenkrebsrisiko darstellt (Hall & Sollowij, 1998).

Problematischer als die akuten Probleme sind mögliche chronische bzw. längerfristige Probleme, die im folgenden Kapitel beschrieben werden.

2.2.3 Psychische Gesundheit

Bei der Einschätzung der psychischen Gesundheit geht es um die Frage, ob Cannabiskonsum per se negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit hat. Unter dem Gesichtspunkt 'Psychische Gesundheit' werden in einigen Untersuchungen im weiteren Sinne sehr unterschiedliche Ergebnisse zu Lebenszufriedenheit, Selbstwertgefühl, emotionale Probleme, Ängstlichkeit und Depression zusammengefasst.

Kleiber und Kovar (1998) kommen in ihrer Expertise zu Auswirkungen des Cannabiskonsums zu der Einschätzung, dass sich die pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen des Cannabiskonsums grundsätzlich als weniger gefährlich erweisen würden, als noch überwiegend angenommen wird. Die Autoren gehen davon aus, dass die in einigen Studien beobachteten Probleme weniger mit der Substanz Cannabis als vielmehr mit anderen Risikofaktoren (polytoxikomaner oder starker Gebrauch, Einstiegsalter) oder bereits vorhandener psychischer Belastung/Vulnerabilität erklärt werden können. Sie erwähnen Studien, die sogar darauf hinweisen, dass Cannabiskonsum auch positive Effekte haben kann. Bei Ginsberg (1978) war der Cannabiskonsum mit einer späteren geringeren Problembelastung und mit

Stressreduktion verbunden und bei Bentler (1987) war Cannabiskonsum in der Adoleszenz ein Prädiktor eines späteren höheren Selbstwertgefühls.

Gleichzeitig relativieren sie die Eindeutigkeit hinsichtlich der Komplexität des Themas und damit der Eindeutigkeit ihrer Aussagen:

„Eine pauschale Aussage kann es zu dieser Problematik nicht geben. Sicher kommt es zum einen darauf an, in welchem Ausmaß konsumiert wird, andererseits ist plausibel, dass es gerade bei einem Thema wie psychischer Gesundheit eine wichtige Rolle spielt, welche Funktion Cannabis erfüllt, warum und wieso konsumiert wird.“ (Kleiber & Kovar, 1998, S. 120)

Eine generelle Harmlosigkeit bezüglich des Cannabiskonsums lässt sich aus dieser Studie also nicht ableiten. Vielmehr wird deutlich, dass es auch aufgrund methodischer Probleme noch zu wenig Erkenntnisse über die komplexen Zusammenhänge von Cannabiskonsum und den relevanten Kontextbedingungen gibt. Gerade die Tatsache, dass in den meisten Studien die unterschiedlichen Konsummuster (Häufigkeit, Menge, Beikonsum von anderen Drogen) zu wenig berücksichtigt wurden, gibt keinen Anlass, Cannabiskonsum grundsätzlich als harmlos anzusehen und generell von keinen negativen Auswirkungen auszugehen. In einer späteren Veröffentlichung schreiben Kleiber und Soellner:

„...ist vorstellbar, dass ein intensiver, chronischer Cannabiskonsum vor allem im Zusammenhang mit dem Gebrauch weiterer Drogen die beschriebenen negativen Auswirkungen hat, es also im Zusammenhang auch mit starkem Cannabiskonsum zu einer Stabilisierung oder Verstärkung psychischer Beschwerden kommt. (Kleiber & Soellner, 2004, S. 26)

Kleiber und Soellner gehen davon aus, dass die cannabisbezogene Probleme eher im Zusammenhang mit bereits bestehenden psychischen Belastungen entstehen, dass der Cannabiskonsum also als eine Art Coping-Strategie zu verstehen ist. Auch wenn dies zutrifft, ist unklar, welche Auswirkungen Cannabiskonsum auf die Entwicklung, Ausgestaltung und Behandlung von psychischen Belastungen oder prämorbidem Störungen hat. Mit einer hohen Wahrscheinlichkeit kann der Konsum stabilisierende Effekte haben und eine adäquate Behandlung und Heilungsprozesse beeinträchtigen. Sie selbst weisen auf eine mögliche Wechselwirkung besonders im Hinblick auf die psychosoziale Entwicklung hin:

„Mithin ist davon auszugehen, dass ängstliche und latent depressive Jugendliche eine Prädisposition für verstärkten Substanzmittelkonsum aufweisen als auch regelmäßiger Substanzmittelkonsum selbst einen dauerhaft

negativen Effekt auf die psychosoziale Entwicklung haben kann.“ (Kleiber & Soellner, 2004, S. 27)

Die Schwierigkeit bei der Klärung von Ursache und Folge cannabisassoziierter Probleme liegt gerade darin, dass Symptome wie Ängste und Depressionen durch Cannabiskonsum sowohl gemildert als auch verstärkt werden können.

Negative Auswirkungen des Cannabiskonsums beschreiben mittlerweile auch andere neuere Studien. Patton und Kollegen (2002) fanden in einer Längsschnittstudie mit 1601 australischen Schülern, dass bei einem Cannabiskonsum mindestens einmal pro Woche das Risiko zur Entwicklung von Depressionen oder Angststörungen nach 6 Jahren etwa doppelt so hoch war wie bei einer Vergleichsgruppe. Bei Mädchen mit täglichem Konsum war das Risiko sogar mit einer fünffach höheren Auftrittswahrscheinlichkeit in der Folge verbunden. In einer weiteren ebenfalls australischen Studie fanden die Autoren, dass verstärkter Cannabiskonsum bei 13- bis 17-Jährigen Jugendlichen mit depressiven Reaktionen, größeren Delinquenzproblemen und Aufmerksamkeitsproblemen einherging (Rey et al., 2002).

2.2.4 Abhängigkeit von Cannabis

Abhängigkeit stellt im Zusammenhang mit Cannabis das am häufigsten formulierte Risiko dar. Gleichzeitig wird Cannabisabhängigkeit im Hinblick auf die Validität der Operationalisierungskriterien sowie des Ausmaßes negativer Konsequenzen für das Individuum häufig kontrovers diskutiert.

Die Kriterien für schädlichen Gebrauch bzw. Abhängigkeitssyndrom von Cannabis sind in den Diagnosestandards ICD-10 bzw. DSM-IV festgelegt. Von einigen Praktikern als auch Wissenschaftlern wird bezweifelt, inwiefern diese Standards das Phänomen Cannabisabhängigkeit ausreichend und valide beschreiben (Soellner, 2000; Kuntz, 2002) oder ob diese Kriterien nicht zu sehr angelehnt sind an klinische Konzepte von Alkohol-, Medikamenten- und Opiatabhängigkeit, die sich stark an körperlichen Symptomen und dem Kriterium des 'zwanghaften Verhaltens' (Sucht) orientieren und andere Auswirkungen (psychische, soziale) zu wenig berücksichtigen.

Außerdem wird bezweifelt, ob jede diagnostizierte Abhängigkeit eine relevante Belastung für das Individuum mit sich bringt und somit behandlungsbedürftig ist.

Soellner (2000) schreibt dazu:

„Das Vorliegen des klinischen Syndroms 'Abhängigkeit vom Typ Cannabis' interferiert nach den hier dargestellten Ergebnissen zufolge nicht notwendigerweise mit den psychischen Ressourcen einer Person. Die psychische Befindlichkeit ist bei einem Großteil der als abhängig klassifizierten Cannabiskonsumenten zwar als schlechter als die einer entsprechenden Normstichprobe zu bezeichnen, liegt jedoch über einem als klinisch auffällig zu bezeichnendem Niveau.“ (Soellner, 2000, S. 200)

Dieses Ergebnis könnte allerdings auch als eines der Probleme der Cannabisabhängigen interpretiert werden. Der abhängige Konsum könnte aufgrund einer möglichen selbstmedikamentierenden Wirkung erst spät oder nur gering negativ erfahren werden. Die Folge könnte sein, dass Abhängigkeiten sowie andere Störungen zu spät behandelt werden können und einen schlechteren Verlauf nehmen.

Als gesichert gilt, dass Cannabiskonsumenten eine psychische Abhängigkeit entwickeln können. Witchen et al. (1996) untersuchte 3021 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 14 und 24 Jahren in einer Zufallsstichprobe. 994 Jugendliche (32,9%) hatten schon einmal Cannabis konsumiert. Von allen Cannabiserfahrenen erfüllten 4,3% die Abhängigkeitskriterien nach DSM-IV. Für weitere 8,2% wurde die Diagnose 'Missbrauch' gestellt. Auch in einer Untersuchung von Kleiber und Soellner (1998) wurden 8% aller aktuellen Konsumenten als abhängig nach DSM-IV diagnostiziert. In australischen und amerikanischen Studien wurden unter Cannabiskonsumenten auch höhere Abhängigkeitsraten von 12- 28% gefunden (Kandel et al., 2000; McGee et al., 2000). Es ist also davon auszugehen, dass ca. 4 – 12% aller Cannabiskonsumenten eine nach DSM-IV diagnostizierte Abhängigkeit entwickeln können.

Die in der Studie von Kleiber und Soellner (1998) als abhängig diagnostizierten Personen fühlten sich signifikant weniger selbstwirksam, weniger selbstbewusst, einsamer und gehemmter als nicht abhängige aktuelle Konsumenten. (Kleiber und Soellner, 1998, S. 160). Diese Werte sprechen für eine tendenziell schlechtere psychische Gesundheit der abhängigen

Cannabiskonsumenten und widersprechen den bereits erwähnten Ergebnissen, zu denen Soellner (2000) zwei Jahre später kommt.

Auch Russel et al. (1994) zeigten einen Zusammenhang zwischen Cannabisabhängigkeit und psychischen Störungen. So wurde in ihrer Untersuchung bei 80% aller Cannabisabhängigen eine weitere psychische Störung diagnostiziert.

Bovasso (2001) untersuchte bei 1920 Teilnehmern das Ausmaß, in welchem Cannabismissbrauch ein Risikofaktor für depressive Symptome darstellt. Dazu wurden die Teilnehmer der „Baltimore Epidemiological Catchment Area“ von 1980 erneut zwischen 1994 und 1996 zu ihren Symptomen befragt. Er konnte zeigen, dass es für die Teilnehmer, die zur Baselineerhebung keine depressiven Symptome, aber Cannabismissbrauch aufwiesen, viermal wahrscheinlicher war, depressive Symptome zu entwickeln, als für Teilnehmer ohne depressive Symptome und ohne Diagnose des Missbrauchs zur Baseline. Gleichzeitig fand sich kein signifikanter Effekt früherer depressiver Zustände auf den Cannabiskonsum. Dies spricht eher für eine Verursachung depressiver Symptome als für eine Selbstmedikationsthese bei einer primären depressiven Erkrankung.¹ Neuere Ergebnisse von Henquet et al. (2004) und Häfner et al. (2002) lassen ebenfalls ursächliche Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und psychotischen Symptomen vermuten.

Abhängigkeit von Cannabis geht also auf der einen Seite einher mit einer stärkeren psychischen Belastung (Russel, 1994; Kleiber & Kovar, 1998), auf der anderen Seite gibt es Untersuchungsergebnisse, die darauf hinweisen, dass es auch diagnostizierte Abhängigkeiten geben kann, die nicht zwangsläufig mit relevanten subjektiv empfundenen psychischen Belastungen verbunden sind (Soellner, 2000).

Das bedeutet, dass das alleinige Kriterium einer Abhängigkeit nicht immer ausreicht, um zu einer subjektiv erlebten Problemerkennung zu kommen und dass das Problem der Cannabisabhängigkeit damit nicht immer ausreichend zu erfassen ist.

¹ Die Selbstmedikationsthese verliert dennoch in anderen Zusammenhängen, wie bei bereits bestehenden depressiven oder anderen Erkrankungen, nicht ihre Gültigkeit.

Erst ein differenziertes Verständnis der Zusammenhänge zwischen psychischen Schwierigkeiten und klassifizierten Abhängigkeiten erfassen das Cannabisabhängigkeitsproblem in seiner Komplexität und Bedeutung.

Da allerdings psychische Belastungen bei abhängigen Personen insgesamt viel häufiger sind und von komplexen Wechselwirkungen auszugehen ist, wird das Konsumverhalten wieder sehr relevant für die weitere Entwicklung der jeweiligen Problematiken.

Auch bei der Frage nach der Entstehung der Cannabisabhängigkeit sind diese Zusammenhänge von bisher nicht eindeutig zu erklärender Bedeutung. Kleiber und Kovar (1998) kommen zu dem Schluss:

„Letztlich ist aber die Frage, zu welchen Anteilen „prämorbid“e Persönlichkeitsmerkmale“ bzw. die Substanzwirkung des Cannabis selbst Motor einer Abhängigkeitsentwicklung sind, nicht zu beantworten.“ (Kleiber & Kovar, 1998, S. 166)

Um für das Risiko der Cannabisabhängigkeit und anderer cannabisbezogener Probleme ein für die praktische Arbeit relevantes Verständnis zu gewinnen, ist es wenig hilfreich, die Abhängigkeit einerseits nur als Folge der Substanzwirkung zu interpretieren oder sie andererseits als bloßen Ausdruck anderer „eigentlicher“ psychischer Problembereiche zu erklären (vgl. Gantner, 2004). Entscheidend ist vielmehr, die wechselseitige Bedingtheit und die zirkulären Zusammenhänge zwischen psychischen Grundbelastungen und Folgeproblemen durch den Cannabiskonsum zu verstehen.

2.2.5 Schizophrenie und psychotische Störungen

Neben der Abhängigkeitsproblematik ist die Frage nach psychotischen und schizophrenen Störungen als mögliche Folgen von Cannabiskonsum ein zentraler Punkt in der Risikodebatte um Cannabis.

Seit langer Zeit werden eventuelle Zusammenhänge kontrovers diskutiert. Unklar war vor allem, ob Cannabiskonsum als Auslöser, Ursache oder Folge im Sinne einer Selbstmedikation von psychotischen und schizophrenen Störungen angesehen werden kann. Verschiedene Untersuchungen geben Anlass dazu, anzunehmen, dass unter Umständen alle drei Hypothesen zutreffen.

So gehen Hall und Room (1995) eher davon aus, dass Cannabis als Auslöser auf der Basis einer vorhandenen Vulnerabilität wirksam wird, also eine Art Trigger-Funktion für psychotische Symptome erfüllt und ebenfalls den weiteren Verlauf der Störungen ungünstig beeinflusst. Auch Häffner et al. (2002) fanden eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass Cannabiskonsum vorzeitig schizophrene Erkrankungen auslösen kann. Häffner stellte zudem einen eindeutig negativen Einfluss auf den Verlauf von Schizophrenien fest. Auch Linszen et al. (1994) dokumentierten, dass der Gebrauch von Cannabis häufiger und früher zu Rückfällen in psychotische Zustände führen kann.

Auch hinsichtlich der kausalen Bedeutung von Cannabis für eine schizophrene Erkrankung finden sich positive Ergebnisse. Cannabiskonsum korreliert in einem holländischen Bevölkerungssurvey mit einer deutlichen Erhöhung psychotischer Symptome und einer entsprechenden Behandlungsbedürftigkeit. Die Ergebnisse bestätigen die These, dass Cannabiskonsum psychotische Symptome kausal bedingen als auch, bei vorliegender Prädisposition, ungünstig beeinflussen kann (van Os, et al., 2002; vgl. auch Henquet et al., 2004)).

In einer sehr neuen Übersichtsarbeit kommen Arseneault et al. (2004) nach der Auswertung von fünf Arbeiten zu dem Ergebnis, dass Cannabiskonsum als Risikofaktor für die Entwicklung psychotischer Störungen insbesondere bei vulnerablen Jugendlichen zu sehen ist. Zu einem gleichen Ergebnis kommen Henquet et al. (2004) in ihrer Münchner Follow-up Untersuchung, in der 2437 junge Menschen im Alter von 14 bis 24 Jahren zu mehreren Zeitpunkten (1995, 1996 und 1999) psychopathologisch untersucht wurden.

Cannabiskonsum hat außerdem Auswirkungen auf die Behandlung von bestehenden psychotischen Symptomen. Häfner et al. (2002) konnten dokumentieren, dass früherer Substanzgebrauch eine schlechtere Therapiecompliance zur Folge hat und somit auch einen höheren Bedarf an Behandlung zur Folge hat.

Hinsichtlich der Selbstmedikationshypothese ist interessant, dass sich bei Psychoseerkrankten mit Cannabiskonsum eine Doppeldeutigkeit im positiven und negativen Erleben cannabisspezifischer Wirkungen zeigt (Häffner et al.,

2002; Linszen et al., 1994). Während sich die sogenannten produktiven Symptome wie Halluzinationen, paranoides Erleben und Denkstörungen bei Psychosekranken in der Regel durch vor allem starkem (mehr als einmal täglich) Cannabiskonsum verstärken, verbessern sich durch geringfügigen Cannabiskonsum die als Negativsymptomatik bekannten Symptome wie affektive Verflachung, Antriebs- und Motivationsprobleme. Diese von Häffner und Kollegen (2002) bei erstmalig schizophren Erkrankten ermittelten Ergebnisse lassen vermuten, dass Cannabis als dysfunktionale Selbstmedikation gebraucht wird, um die durch die Krankheit verminderte Erlebnisfähigkeit und das unangenehme Gefühl der Gleichgültigkeit und der Abgestumpftheit zu dämpfen. Diese Doppeldeutigkeit hat eine besondere Relevanz in der Behandlung von Cannabisabhängigen mit schizophrenen Erkrankungen.

2.2.6 Auswirkungen auf kognitive Funktionen

Akute und leistungsmindernde Auswirkungen von Cannabis auf das Kurzzeitgedächtnis, die Denkfähigkeit und die Konzentrationsfähigkeit sind gut dokumentiert (Hall & Solowij, 1998, Hall & Room, 1995). Bei chronischen Konsumenten (fast täglicher Konsum länger als 10 Jahre) finden sich Hinweise für eingeschränkte kognitive Funktionen (Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit) in den ersten drei Wochen nach der Abstinenz. Inwieweit die Störungen anhaltend sind oder ob sie mit der Häufigkeit und Dauer des Konsums korrelieren, ist bisher jedoch ungeklärt.

2.2.7 Psychosoziale Entwicklung im Jugendalter

Cannabiskonsum im Jugendalter ist unter verschiedenen, vermeintlich widersprüchlichen Aspekten zu sehen, die zeigen, dass die Risikoeinschätzung des Cannabiskonsums im Jugendalter nicht einfach zu beantworten ist.

Shedler und Block (1990) konnten zeigen, dass experimenteller Konsum von Cannabis im Jugendalter einer positiven Entwicklung dienen und somit als Zeichen von psychischer Gesundheit gewertet werden kann. In ihrer über 15 Jahre umfassenden Langzeitstudie dokumentierten sie, dass Jugendliche, die

im Alter von 18 Jahren als 'Experimentierer' bezeichnet wurden, bessere Werte bei Lebenszufriedenheit und psychischer Gesundheit aufwiesen als Nicht-Konsumenten ('Abstinenzler') oder Konsumenten mit sehr häufigem Konsum. Die Unterschiede waren schon in der Kindheit aufgetreten. Die Jugendlichen, die häufig konsumierten, erlebten mehr psychosoziale Konflikte, während bei den cannabisabstinenten Jugendlichen Persönlichkeitsmerkmale wie Ängstlichkeit und emotionale Hemmungen stärker ausgeprägt waren.

Hurrelmann (1997) beschreibt, wie Cannabiskonsum und Entwicklungsaufgaben im Jugendalter zusammenhängen können. Er sieht den Umgang mit Drogen als jugendtypisches Risikoverhalten an, das dazu dienen kann, die von ihm postulierte Entwicklungsaufgabe 'Aufbau selbständiger Konsummuster' bewältigen zu können. Aus entwicklungspsychologischer Sicht hat das Ausprobieren neuer Dinge, auch wenn sie Risiken in sich bergen, somit seine eigene Sinnhaftigkeit (Franz-Kowiak, 1987; Silbereisen, 1997).

Es gibt also einige Anhaltspunkte, dass Cannabiskonsum im Jugendalter auf der einen Seite zu einer normalen Entwicklung gehören und darüber hinaus ein experimenteller Gebrauch gegenüber abstinentem Verhalten sogar Ausdruck einer positiven Entwicklung sein kann. Diese Ergebnisse sollten allerdings nicht grundsätzlich zu der Einschätzung führen, dass 'ein bisschen' Cannabiskonsum besser ist als gar kein Konsum.

So zeigen auf der anderen Seite viele Studien, dass Cannabiskonsum im Jugendalter gleichzeitig ein Risikofaktor im Hinblick auf die psychosoziale Entwicklung darstellt. Hall und Solowij (1998) zeigten, dass intensiver Konsum bei Jugendlichen mit einer erhöhten Rate von Schulabbrüchen korreliert. Außerdem wurden in den vorangegangenen Kapiteln bereits einige Studien dargestellt, die weitere negative Auswirkungen von Cannabiskonsum auf das Jugendalter nachweisen konnten. Hier sei auf Patton et al. (2002) hingewiesen, die bei konsumierenden australischen Schülern ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung von Depressionen oder Angststörungen nachwiesen. Auch Rey et al. (2002) konnten für diese Gruppe ein erhöhtes Depressionsrisiko sowie größere Delinquenzprobleme und Aufmerksamkeitsprobleme nachweisen.

Es zeigt sich, dass eindeutig von negativen Einflüssen des Cannabiskonsums auf die psychosoziale Entwicklung im Jugendalter auszugehen ist, diese aber

abhängig von den jeweiligen Konsummustern sind. Zu diesem Schluss kommen auch Simon et al.:

„Während Jugendliche mit einem experimentellen, zeitlich und mengenmäßig befristeten Konsummustern im Durchschnitt und auf lange Sicht in der Regel eine höchst normale und gut angepasste psychosoziale Entwicklung aufweisen, finden sich bei intensiveren und dauerhaften Konsummustern mit höherer Wahrscheinlichkeit deutlich kritischere Lebensentwicklungen mit schweren Entwicklungsstörungen bis hin zu konsumbedingten Diagnosen.“ (Simon et al., 2004, S. 35)

Ebenso schwierig ist die Beurteilung der kausalen Bedeutung von Cannabis. In vielen Studien wurde der Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und sozialen Folgen deutlich schwächer, wenn andere Faktoren berücksichtigt werden (Kleiber & Soellner, 1998). Für Kleiber und Soellner steht daher die Copingstrategie der Konsumenten im Mittelpunkt des Risikoverständnisses. Auch wenn kausale Zusammenhänge oft unklar sind, ist davon auszugehen, dass der Cannabiskonsum zumindest die weitere Entwicklung der vorhandenen Schwierigkeiten ungünstig beeinflusst und behindert.

Gantner (2004) beschreibt aus seiner praktischen Erfahrung mit jugendlichen Cannabisklienten:

„Werden in der frühen Adoleszenzphase Entwicklungsprobleme durch regelmäßigen intensiven Cannabiskonsum „gemildert“, können die relevanten Entwicklungsaufgaben nicht bewältigt werden. ...“ (Gantner, 2004, S. 91)

Diese Klienten würden sich selbst in spezifischen Lebensthemen gefangen erleben, die mit Beginn des Dauerkonsums nicht weiterentwickelt werden könnten. Man könnte hier gewissermaßen von dem Phänomen der *‘eingefrorenen Adoleszenz’* (Erdheim, 1982) sprechen.

Außerdem gilt es gesichert, dass das Einstiegsalter ein relevanter Faktor für eine problematische Entwicklung ist. Je früher mit dem Konsum begonnen wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit eines negativen Einflusses auf die psychische Entwicklung von Jugendlichen (Schmidt, 1998).

Auch wenn Cannabiskonsum im Jugendalter als klarer Risikofaktor einzuschätzen ist, wird durch die starke Verbreitung und Normalisierung des Cannabiskonsums eine angemessene Risikoeinschätzung erschwert. Die teilweise widersprüchlichen Ergebnisse zu den Auswirkungen des

Cannabiskonsums im Jugendalter stellen dabei eine besondere Schwierigkeit dar. Sie erschwert es den Eltern und oft auch den professionellen Bezugspersonen, eine klare Haltung gegenüber den Cannabiskonsumenten einzunehmen.

Um die Risiken des Cannabiskonsums für die psychosoziale Entwicklung sowie deren Ursachen und Auswirkungen differenziert beurteilen zu können, sollten deshalb unterschiedliche Konsummuster genauso wie eine Reihe weiterer substanzunspezifischer Einflussfaktoren (vgl. hierzu Kap. 2.2.1 *Vorausgehende Risikofaktoren*) stärker berücksichtigt werden.

2.3 Zusammenfassung: Forschungsstand Cannabiskonsum

Der Cannabiskonsum ist in den letzten Jahren sowohl in der deutschen als auch europäischen Bevölkerung mehr als jede anderer Drogenkonsum stark angestiegen und hat sich als Alltagsdroge besonders unter jungen Menschen etabliert. Die Zunahme des Konsumverhaltens ist sicherlich auch auf dem Hintergrund einer veränderten gesellschaftlichen Einstellung gegenüber Cannabis zu sehen.

Ohne die Ursachen eindeutig bestimmen zu können, sind verschiedene vorausgehende Risikofaktoren bekannt, die die Entwicklung eines problematischen Konsums begünstigen können. So tritt ein problematischer Konsum häufiger im Zusammenhang mit problematischen familiären, sozialen oder persönlichen Bedingungen auf. Gleichzeitig verstärkt der Konsum die negativen Bedingungen und behindert die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und zieht somit weitere negative soziale Folgen (in Schule- und Berufsausbildung) nach sich. Da Cannabiskonsum aber auch als jugendtypisches Risikoverhalten gesehen werden kann, und somit eine eigene Vernunft (als Entwicklungsaufgabe) besitzt, ist entscheidend, in welcher Weise, mit welchen Mustern und Motiven Cannabis konsumiert wird, damit es zu einer problematischen Entwicklung kommt.

Im Hinblick auf die psychische Gesundheit sind die Ergebnisse ebenfalls nicht eindeutig. Auch wenn nicht jeder Cannabiskonsum die psychische Gesundheit beeinträchtigt, sind grundsätzlich Risiken des Konsums nicht auszuschließen. Ob der Cannabiskonsum die psychische Gesundheit beeinträchtigt, hängt nach bisherigem Forschungsstand sehr davon ab, mit welchem Muster (Einstiegsalter, Häufigkeit und Menge) und welcher Funktion bzw. Motiv (z.B. Coping von psychischen Belastungen) Cannabis konsumiert wird und welche Wechselwirkungen im Hinblick auf prä- oder komorbide Störungen dadurch entstehen. Neuere Studien weisen allerdings eindeutiger auf mögliche, im Cannabiskonsum ursächlich bedingte, negative Auswirkungen, besonders auf affektive Störungen, Angststörungen, Panikattacken und psychotische Störungen, hin (vgl. Henquet et al., 2004; Patton et al., 2002; Bovasso 2001).

Cannabis tritt gehäuft im Zusammenhang mit schizophrenen und psychotischen Störungen auf. Cannabis kann dabei wahrscheinlich sowohl auslösende, verursachende oder stabilisierende Effekte haben, aber auch als Folge im Sinne einer Selbstmedikation gesehen werden (vgl. Arseneault et al., 2004; Häfner et al., 2002).

Abhängigkeit von Cannabis kann entstehen und beeinträchtigt die psychische Befindlichkeit. Validitätsprobleme lassen das klinische Abhängigkeitskonstrukt allerdings problematisch erscheinen. Außerdem geht nicht jede klassifizierte Abhängigkeit mit subjektiv erlebten Problemen einher, so dass erst der differenzierte Zusammenhang zwischen psychischen Schwierigkeiten und klassifizierten Abhängigkeiten sowie einer möglichen Selbstmedikation das Cannabisabhängigkeitsproblem in seiner Komplexität und Bedeutung erfasst.

Insgesamt ist Gantner zustimmen, wenn er schreibt:

„Die Frage, wie gefährlich Cannabiskonsum ist, geht grundsätzlich in die falsche Richtung! Entscheidend für eine Risikoeinschätzung sind neben den pharmakologischen Aspekten das Einstiegsalter, die Konsummuster sowie die psychosozialen Kontextbedingungen.“ (Gantner, 2004, S. 87)

Obwohl sich der Forschungsstand zum Cannabiskonsum in den letzten Jahren insgesamt verbessert hat und heute eine bessere Einschätzung der Risiken erlaubt, sind die Beziehungen zwischen unterschiedlichen

Cannabiskonsummustern, -motiven und der Entwicklung verschiedener Problemen allerdings noch unklar und unzureichend beschrieben.

Zur weiteren Analyse der Bedingungsfaktoren bzw. der längerfristigen Konsequenzen sind Längsschnittstudien notwendig, die bisher nur wenig vorliegen.

3 Theorie und Praxis der Therapie von cannabisbezogenen Störungen

In diesem Kapitel soll der Stand der bisherigen Erkenntnisse zu der Behandlung von Cannabisklienten erörtert werden. Zunächst wird die Entwicklung der Nachfrage von Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen der deutschen Suchthilfe dargestellt. Danach sollen die wenigen bislang vorhandenen theoretischen Überlegungen und praktischen Erfahrungen mit der spezifischen Behandlung von cannabisbezogenen Störungen erörtert werden.

3.1 Entwicklung des Behandlungsbedarfs der Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen der Drogenhilfe

Im Kapitel 2.1 *Entwicklung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung* wurde der Anstieg des Konsumverhaltens beschrieben. Nun soll der Frage nachgegangen werden, ob damit einhergehend auch ein Anstieg in der Behandlungsnachfrage zu verzeichnen oder zu erklären ist. Hierzu liefert die neue Studie *'Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland'* von Simon, Sonntag, Bühringer und Kraus (2004) interessante Einsichten. Sie untersuchten u.a. eine Reihe von Datenquellen (Deutsche Suchthilfestatistik, Nationaler Suchtsurvey) hinsichtlich dem Vorkommen von Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen. Daneben wurden drei Erhebungen in 52 teilnehmenden Beratungsstellen durchgeführt: Erstens eine schriftliche Fragebogenerhebung mit Cannabisklienten zu ihrer Problemsituation, zweitens computergestützte Interviews mit einer weiteren kleineren Stichprobe und drittens eine Befragung der Mitarbeiter.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die Behandlungsnachfrage der Cannabiskonsumenten eindeutig angestiegen ist und lassen vermuten, dass sie in den nächsten Jahren weiter steigen wird.

Die Einrichtungsdaten ergaben, wie die folgende *Abbildung 3* zeigt, einen nahezu sechsfachen Anstieg der Klienten mit einem primären Cannabisproblem

in ambulanten Einrichtungen zwischen 1994 und 2002. Im Vergleich dazu sind die Alkohol- und Opiatklienten lediglich um ca. 50% gestiegen.

	1994	1996	1998	2000	2002
Cannabis	100%	163%	243%	386%	599%
Alkohol	100%	127%	140%	138%	151%
Opiate	100%	130%	137%	139%	158%

Abbildung 3:

Abhängigkeitsdiagnosen in ambulanten Einrichtungen:

Quelle: Strobl et al.(2003), Basis „Ebis-Daten“

Eine interessante Frage für die Gestaltung der bisherigen, oft auf Alkohol- und Opiatklienten ausgerichteten Behandlungsangebote ist, ob sich die Cannabisklienten von Klienten anderer Substanzen in ambulanten Einrichtungen unterscheiden.

Simon et al. (2004) sowie europäische Vergleichsdaten (EBDD, 2004) zeigen, dass sich die Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen von den Alkohol- und Opiatklienten durch ihr Alter unterscheiden. So liegt der Altersschwerpunkt der Cannabisklienten zwischen 18 und 25 Jahren, während er bei Opiatklienten zwischen 25 und 35 Jahren liegt, bei Alkoholiklienten noch einmal rund zehn Jahre höher.

Entsprechend des jüngeren Alters wohnen die Cannabisklienten noch öfter in ihren Familien. Damit einhergehend spielen die Familie, die Loslösung vom Elternhaus, aber auch schulische und berufliche Ausbildung für die Klienten und damit auch für die Behandlung eine wesentlich stärkere Rolle als bei Alkohol- und Opiatklienten.

Ein zweiter Unterschied sind die Konsummuster. In europäischen Gesamterhebungen (EBDD, 2004) weisen Cannabisklienten erhebliche Unterschiede in den Konsummustern auf. Während die meisten (84%) der Opiatklienten ein tägliches Konsummuster aufweisen, konsumierten von den Cannabisklienten, die sich 2002 in Behandlung befanden, nur 36% täglich und lediglich 17% öfter als einmal wöchentlich; 15% konsumierten Cannabis einmal pro Woche und 28% waren Gelegenheitskonsumenten oder hatten im letzten

Monat überhaupt kein Cannabis konsumiert. Dies lässt den Schluss zu, dass auch nicht tägliche Konsummuster behandlungsbedürftige Probleme und unterschiedliche Behandlungsanliegen der Konsumenten nach sich ziehen können.

Zum Verständnis der unterschiedlichen Behandlungsanliegen könnten außerdem die erhöhten anderen psychischen Belastungen (depressive Störungen, Angststörungen) beitragen, die in Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum gesehen werden.

Cannabisklienten unterscheiden sich also von Klienten mit dem Konsum anderer Substanzen und sind zudem in sich sehr heterogen. Die Autoren des Jahresberichtes 2004 der Europäischen Beobachtungsstelle Drogen und Drogensucht bemerken dazu:

„Die Analyse des Behandlungsbedarfs und andere Indikatoren legen nahe, dass sowohl Cannabiskonsumenten, die zur Behandlung überwiesen wurden, als auch die Konsumenten insgesamt eine heterogene Gruppe mit heterogenen Bedürfnissen darstellen. Daher ist ein Kontinuum von Maßnahmen erforderlich, das sich von der Prävention und der Risikominderung bis zu formalen Behandlungsprogrammen erstreckt.“ (EBDD, 2004, S. 89)

In diesem Zusammenhang ist die geringe Erreichbarkeit der Cannabisklienten interessant. Obwohl die Behandlungsnachfrage insgesamt sehr stark gestiegen ist, suchen dennoch nur etwa ein Drittel (29%) der Personen mit Cannabisstörungen Einrichtungen der Suchthilfe auf (Simon et al., 2004) und die Beziehung zwischen Einrichtung und Klienten ist oft wenig intensiv und kurzfristig. Die geringe Erreichbarkeit der Klienten könnte damit zusammenhängen, dass die Angebote der Einrichtungen zu wenig den Bedürfnissen der Cannabisklienten entsprechen. In einer Studie von Tossman (2004), die den suchtspezifischen Hilfebedarf von sächsischen Konsumenten von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen untersucht, wird eine noch schlechtere Behandlungsquote angenommen. Tossman erklärt dies vor allem mit vergleichsweise geringen subjektiven Belastungen durch suchtspezifische Problemlagen.

Insgesamt zeigen die genannten Studien, dass die ambulanten Einrichtungen zunehmend häufiger mit Cannabisklienten konfrontiert sind. Die Cannabisklienten zeichnen sich dadurch aus, dass sie jünger als Klienten mit anderem Substanzkonsum sind und damit familiäre Beziehungen und

Ausbildungsprobleme stärker bedeutsam sind. Sie unterscheiden sich von Klienten mit anderem Substanzkonsum außerdem durch unterschiedliche Konsummuster und bringen insgesamt unterschiedlichere Bedürfnisse hinsichtlich der Behandlungsanliegen mit, wodurch sich wiederum die schlechtere Erreichbarkeit dieser Klientel erklären lassen kann.

Behandlungsangebote und institutionelle Rahmenbedingungen stehen daher vor der Herausforderung einer stärkeren Differenzierung der Behandlungsansätze und sollten sich im Sinne einer besseren Erreichbarkeit und einer adäquateren Behandlung der Cannabisklienteln dieser Entwicklung anpassen.

3.2 Spezifische Behandlungsansätze für Cannabisklienten

In der Regel werden heute Cannabisklienten in Einrichtungen der Drogenhilfe mit Klienten die andere Substanzen konsumieren gemeinsam behandelt. Wie im vorhergehenden Kapitel deutlich wurde, sind die ambulanten Einrichtungen nur bedingt auf die Behandlung dieser Klientel eingestellt und vor die Herausforderung gestellt, ihre Angebote dem Hilfebedarf entsprechend zu überprüfen und anzupassen. Von daher ist es interessant, der Frage nachzugehen, welche spezifischen Behandlungskonzepte bereits existieren und wie deren Ergebnisse aussehen.

Bisher gibt es wenige Behandlungsansätze, die explizit für cannabisbezogene Störungen entwickelt worden sind bzw. die mit Cannabisklienten praktiziert werden. In den USA sind cannabispezifische Angebote in Blacksburg (Virginia) und Miami (Florida) entwickelt worden. In Deutschland hält die Berliner Einrichtung 'Therapieladen' ein spezielles Therapieangebot für Cannabis- und Partydrogenkonsumenten bereit.

Im September 2004 startete außerdem das deutsch-schweizerische Pilotprojekt 'Realize it'. Das Kurzinterventionsprojekt bei Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit wird in sechs Drogenberatungsstellen umgesetzt und umfasst in einem Zeitrahmen von zehn Wochen fünf strukturierte und den individuellen Zielen und Voraussetzungen angepasste Einzelberatungen und eine Gruppensitzung (*Realize it*, 2004). Das Projekt wendet sich an Cannabiskonsumenten zwischen 15 und 30 Jahren, die ihren Konsum

einstellen oder reduzieren wollen. Methodisch orientiert sich das Programm vorwiegend an der Konzeption des 'Motivational Interviewing' (Miller & Rollnick, 1999). Erwähnenswert ist außerdem das Internetprojekt '*quit the shit*', an dem Cannabiskonsumenten über die Internetseite 'www.drugcom.de' der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung teilnehmen können. Mit Hilfe eines virtuellen Tagebuches und Rückmeldungen durch Internetberater sollen Cannabiskonsumenten in einem 50-Tage-Programm unterstützt werden, ihren Konsum zu reduzieren oder einzustellen.

Im Folgenden sollen einige der genannten Behandlungsansätze kurz weiter vorgestellt werden.

3.2.1 A Group Treatment Model

Robert Stephens und Roger Roffmann (Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg) (1993) entwickelten in den USA ein gruppentherapeutisches Angebot speziell für erwachsene Cannabisklienten. Für viele Cannabisklienten seien übliche Drogenbehandlungsprogramme mit negativen Konnotationen verbunden und würden deshalb nicht aufgesucht. Ein spezifisches Programm könne dies vermeiden und somit den Zugang zu einer Behandlung erleichtern. Außerdem würden Cannabiskonsumenten ihren Konsum angesichts der gesellschaftlich zunehmenden Toleranz und der teilweise gering erlebten negativen Konsequenzen oftmals bagatellisieren.

„Treatment therefore, need to foster greater awareness of the personal dissatisfaction with marijuana use and the significant ways in which it limits the life-style of those depend on it.“ (Stephans & Roffmann, 1993, S. 216)

Um den spezifischen Bedürfnissen der Cannabisklienten gerecht zu werden, kreierten sie ihren integrativen Behandlungsansatz mit drei sich überschneidenden Modellen :

Das Rückfallprophylaxe-Modell (Relapse Prevention Model) nach Marlatt (1985) ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz, welcher die Identifizierung, Antizipation und das Coping mit den interpersonalen Determinanten des Drogenkonsums und damit die Funktion (Coping) des Drogenkonsums für das Individuum in den Mittelpunkt stellt. Zweitens besteht das dynamische Stadienmodell der Verhaltensveränderung von Prochaska & DiClemente (1983), welches davon ausgeht, dass verschiedene Stadien des

Veränderungsprozesses (Präkontemplation, Kontemplation, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung und Termination) verschiedener Interventionen bedürfen. Dies sei nach Stephens (1993) wichtig, da sich Cannabisklienten in sehr unterschiedlichen Stadien der Verhaltensveränderung befinden können. Und drittens das Modell der Unterstützung aus Gruppenaktivitäten, welches davon ausgeht, dass es wichtig ist, andere Betroffene in den Veränderungsprozess mit ein zu schließen.

Ihr Group Treatment Model basiert insgesamt auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modell, ...

„...that emphasizes the acquisition of coping skills to deal with high-risk situations and the modification of life-style to reduce temptation. However, this active change phase is preceded by consciousness-raising exercises designed to increase motivation and commitment to change process.” (Stephans & Roffmann, 1993, S. 216)

Stephans und Roffmann Modell orientiert sich stark an gesundheitspsychologischen Modellen. In einer Outcome-Studie konnten bisher im Vergleich mit einem anderen gruppentherapeutischen Modelle keine Unterschiede in den Behandlungsergebnissen festgestellt werden.

3.2.2 Multidimensional Family Therapy (MDFT)

Die Multidimensionale Familientherapie (MDFT) wurde von Howard Liddle (Director of the Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse at the University of Miami School of Medicine) entwickelt. Auch wenn die MDFT besonders für jugendliche Drogenkonsumenten und nicht für erwachsenen Klienten entwickelt wurde, ist er aufgrund des hohen Anteils jugendlicher Konsumenten in den ambulanten Einrichtungen erwähnenswert.

MDFT ist ein integrativer systemischer Familientherapieansatz, der sich in seinen Grundlagen auf die strukturelle Familientherapie nach Salvatore Minuchin (1988) und den strategisch-direktiven Ansatz von Jay Haley (1976) beruft. Hinzu kommen Einflüsse aus problemlösungsorientierten Ansätzen.

„The influences of Structural-Strategic Family Therapy can be observed in MDFT's adoption of the enactment principles of change and intervention. Problem Solving Therapy, which emphasizes crafting a strategy for treatment, thinking in stages of therapy and of change, and focusing on out-of-session tasks as a complement to in-session change enactments, has been a major influence on the MDFT approach as well.” (Liddle, 2002, S. 6)

Außerdem integriert sie ökologische Ansätze (Bronfenbrenner, 1979), die die Stellung des Jugendlichen im Verhältnis zu Familie, den Altersgenossen, der Schule und sonstigen Kontexten berücksichtigt, und entwicklungspsychologischen Perspektiven, die den Stand des Jugendlichen im Hinblick auf die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben sieht, sowie ein entwicklungspsychopathologisches Verständnis, das psychiatrische Sichtweisen berücksichtigt.

Erkenntnisse über Risiko- und Schutzfaktoren des Drogenmissbrauchs werden ebenfalls mit einbezogen und eine stärkere Berücksichtigung derselben in der Planung und Gestaltung von Interventionen gefordert.

„The risk and protective factor framework is useful for clinicians and model developers. Therapists can be taught to evaluate a case by assessing the present risk factors and processes and to define interventions as the introduction of protective factors and processes, antidotes to known risks, and etiological forces.” (Liddle, 1999, S. 523)

Liddle beruft sich auf viele Untersuchungen, die belegen, dass der Cannabismissbrauch und die -abhängigkeit bei Jugendlichen eine multidimensionale Störung ist, die folgerichtig multidimensional behandelt werden muss (Liddle, Cannabis Youth Treatment Series, 2002).

“In the MDFT approach, the abuse of drugs is understood in the ecology of the teenager’s life, which is frequently manifested by multiple problems, such as poor relationships, cognitive and problem-solving skills, learning and school difficulties, low self-esteem, family stress or dysfunctions, and movement onto a trajectory of failure and incompetence. Substance abuse is thus defined as existing in a context of other, interrelated problems, each of which might have to be addressed.” (Liddle et al., 1992, S. 128)

Praktisch bedeutet dies, dass MDFT versucht, vier zentrale Entwicklungsbereiche (Domains) gleichermaßen zu berücksichtigen und in ihnen gezielt zu intervenieren.

Die sogenannten **‘four corners’** sind:

- (1) Der Jugendliche,
- (2) Die Eltern,
- (3) Die Familie und
- (4) Das außerfamiliäre Umfeld.

Aus diesen Bereichen ergeben sich unterschiedliche Settings der therapeutischen Arbeit. So arbeiten die Therapeuten in zeitlich sehr kurzen Intervallen (bis zu vier Sitzungen pro Woche) gleichermaßen mit dem Jugendlichen alleine, mit den Eltern alleine, gemeinsam mit der gesamten Familie und mit dem außerfamiliären Umfeld. Das gesamte

Behandlungsprogramm ist als intensive Kurzzeitbehandlung zu verstehen und erstreckt sich über 4 bis 6 Monate.

„The approach is manualized, comprising modules that organize the assessment and intervention into key areas of the teen’s life: the adolescent as an individual and as a member of a family and peer group; the parent as an individual adult and mother or father; the family environment; and extrafamilial sources of positive and negative influence. (Rowe, Liddle, McClintic, Quille, 2002, S. 133)

Die Behandlung ist in drei Phasen unterteilt, die in jeweiligen Modulen für jede Domäne detailliert beschrieben sind. Sie sollen hier nur andeutungsweise beschrieben werden, da dies sonst den Rahmen der Arbeit sprengen würde:

Stage One: *Build the Foundation: Alliance and Motivation*

Hier geht es darum, sowohl zu dem Jugendlichen als auch zu den Eltern eine tragfähige Beziehung aufzubauen, die Auseinandersetzung und Konfrontation mit den eigentlichen Konflikten und Themen ermöglicht. Liddle und seine Kollegen sehen in der ‘alliance’ eine besonders wichtige Grundlage für die Arbeit mit konsumierenden Jugendlichen und deren Eltern.

Stage Two: *Prompt Action and Change by Working the Themes*

In dieser Phase sollen die identifizierten Konflikte und Probleme besprochen und verändert werden. Dazu gehört es, die Eltern dabei zu unterstützen, ihre Elternrolle wieder wahrzunehmen (Parenting), sowie die Selbstexploration der Jugendlichen und Eltern als Paar zu fördern.

Stage Three: *Seal the Changes and Exit*

In einer letzten Phase sollen die Veränderungen gesichert werden und der Abschluss der Therapie eingeleitet werden.

In allen Phasen geht Liddle davon aus, dass...

„...that change occurs via *multiple pathways* (e.g., cognitive restructuring, affective clarification and expression), in *different contexts* (individual, familial, and extrafamilial), and through *different mechanisms* (e.g., development of a new cognitive framework and acquisition of new skills).” (Liddle, 1994, S. 127)

Auch wenn große Anteile der MDFT an bekannte familientherapeutische Interventionen und Überlegungen anknüpft, so ist die Integration verschiedener Theorien und wissenschaftlicher Erkenntnisse über Risiken des Drogenkonsums und entwicklungspsychologische Perspektiven sowie die Kombination und Flexibilität der Interventionen und Settings dennoch neu und vielversprechend für die Behandlung von jugendlichen Cannabiskonsumenten.

In den USA wurde die Wirksamkeit der MDFT bereits mehrfach sehr erfolgreich mit dieser Klientel erforscht. Zur Zeit läuft eine große Fünf-Länderstudie 'INCANT' (International Cannabis Need of Treatment), in der MDFT in der Behandlung von jugendlichen Cannabisabhängigen zum ersten Mal in Europa (Belgien, Holland, Frankreich, Schweiz, Deutschland) angewendet und untersucht werden soll. (Rigter, 2004)

Weitere familientherapeutische bzw. systemische Ansätze sind in den USA bereits überprüft worden und zeigen ebenfalls gute Ergebnisse. Gerade in Zusammenhang mit der Bedeutung der Familie im Kontext von cannabisbezogenen Störungen scheinen Familientherapieansätze vielversprechend. Auch Thomasius (Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmissbrauchs, Hrsg., 2004) konnte in einer Untersuchung in Hamburg die Wirksamkeit von familientherapeutischen Ansätze nachweisen. Die Studie bezieht sich jedoch auf illegale Drogenabhängigkeit im allgemeinen und nicht speziell auf cannabisbezogene Störungen.

3.2.3 Therapieladen Berlin

Der *Therapieladen e.V.* ist eine Einrichtung der Berliner Jugend- und Drogenhilfe. Sie wurde bereits 1985 als ambulante Therapieeinrichtung speziell für Cannabismissbraucher und –abhängige (seit einigen Jahren auch für Partydrogenkonsumenten) gegründet und hat sich sowohl im Bereich der ambulanten Suchttherapie für Erwachsene (im Rahmen der von Renten- und Krankenversicherungen finanzierten *Ambulante Rehabilitation Sucht*) als auch in der ambulanten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien (im Rahmen des KJHG) etabliert.

Im Gegensatz zu sucht- und sozialtherapeutischen Therapieansätzen, die in den meisten Suchttherapieeinrichtungen praktiziert werden und vor allem die Abhängigkeitsproblematik fokussieren, integriert der *Therapieladen* suchttheoretische Aspekte mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Sichtweisen und Konzepten. Die therapeutischen Methoden sind integrativ von tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und systemischen Ansätzen geprägt.

Gerade aus der Erfahrung mit der Behandlung von komorbiden psychischen Störungen (vor allem Depressionen und Psychosen) im Zusammenhang mit Cannabisabhängigkeit postulieren zwei Therapeutinnen des *Therapieladens*:

„Sie brauchen eine Behandlung, die weder ausschließlich psychiatrische noch rein suchttherapeutisch oder psychotherapeutisch sein kann, sondern ein Angebot, das all diese aus unserer Sicht relevanten Zugänge integriert. (Bobbink & Spohr, 2002, S. 10)

Die Behandlung der Cannabisabhängigkeit und anderer cannabisbezogener Störungen erfordere aufgrund der unterschiedlichen Lebenswelten, Problemdynamik und Folgeprobleme im Vergleich zu Opiat- und Alkoholabhängigkeit insgesamt ein stärkeres psychotherapeutisches Vorgehen (Gantner, 2004, S. 95). Diese Unterscheidung wird auch in einer differenzierteren Diagnostik gesehen, die relevant für die Behandlungsplanung ist.

„Eine besondere Herausforderung der Diagnostik des Cannabismissbrauchs ist es, gemeinsam mit dem Klienten die individuellen Motive und Funktionen des Cannabiskonsums herauszuarbeiten. Unsere Erfahrung zeigt, dass dieser letztgenannte Aspekt bei Cannabiskonsumern von zentraler Bedeutung ist und sie auch von Konsumenten anderer illegaler Substanzen unterscheidet. Denn Cannabis lässt sich aufgrund des komplexen psychoaktiven Wirkungsspektrums (euphorisierend, dämpfend, halluzinogen) für eine Vielzahl von psychischen Bedürfnissen und psychosozialen Motiven multifunktional einsetzen. Ein mögliches Abhängigkeitssyndrom ist nur ein Problemaspekt von vielen in der Behandlung von Cannabismissbrauchern.“ (Gantner, 2004, S. 83)

Für die Behandlung cannabisbezogener Störungen bestehe die Herausforderung, sich mit einer *differenzierten Risikoeinschätzung* zu beschäftigen, stärker die *Konsummuster* (Dosis, Frequenz, Mischkonsum), die *Motive und Funktionen* (jugendtypische Funktionen, Copingfunktionen, Sucht) des Konsums in den Mittelpunkt zu rücken sowie sich den *kontextuellen Bedingungen, Ressourcen und Kompetenzen* (Entwicklungsstand, Ich-Stabilität, Familie, Freunde, Beruf) zu widmen (Gantner, 2003). Mit welchem Problemverständnis der *Therapieladen* cannabisbezogenen Störungen begegnet, verdeutlicht ein Zitat aus dem Leitbild der Einrichtung.

„Wir verstehen missbräuchlichen oder abhängigen Drogenkonsum als misslungenen Versuch, Konflikte und Probleme (z.B. im Umgang mit Beziehungen, Emotionen, sich selbst) zu lösen. Wir verstehen Probleme nicht allein im Individuum verursacht, sondern in einem multifaktoriellen Entstehungszusammenhang aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Die Probleme unserer Klienten werden verstanden im Kontext des spezifischen Hintergrunds der individuellen Lebenssituation und Lebensgeschichte sowie anstehender Entwicklungsaufgaben und Ressourcen.“ (*Therapieladen, Leitbild*, 2003)

Hierbei praktiziert der *Therapieladen* im Gegensatz zu den sonst üblichen rigiden Abstinenzforderungen einen flexiblen integrativen psychotherapeutischen Ansatz, der nicht „nur“ Suchtprobleme im Blick hat, sondern im Besonderen auf die individuelle Hintergrundproblematik und entwicklungsspezifische Situation eingeht sowie psychopathologische Aspekte integriert. Im jeweiligen Einzelfall wird geklärt, welche Probleme im Vordergrund stehen, welche Funktion und Bedeutung der Drogenkonsum dabei hat und welche Lösungsmöglichkeiten angestrebt werden können. Dabei werden Eltern, Partnern oder professionelle Bezugspersonen einbezogen und von Familientherapeuten begleitet.

Für die vorliegende Studie konnten zwei langjährige Therapeuten und ein Honorartherapeut des *Therapieladens* als Interviewpartner gewonnen werden, so dass sicherlich einige der genannten konzeptionelle Überlegungen auch in die Ergebnisse der Studie mit einfließen.

3.3 Zusammenfassung: Theorie und Praxis der Behandlung cannabisbezogener Störungen

Insgesamt ist zu bemerken, dass ambulante Einrichtungen der Drogenhilfe in Deutschland und auch europaweit den letzten Jahren mit einer starken Zunahme von Cannabisklienten konfrontiert sind. Es konnte gezeigt werden, dass die Einrichtungen bisher allerdings nur bedingt auf diese Klientel eingestellt sind und eine Ausdifferenzierung der Behandlungsangebote nötig ist.

Die bisher vorliegenden Behandlungsansätze weisen auf die Notwendigkeit einer multifaktoriellen Betrachtung cannabisbezogener Störungen und deren mulitdimensionaler Behandlung hin. Im Hinblick auf häufige Komorbiditätsprobleme ist eine differenzierte Diagnostik und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung. Außerdem zeigen sich gerade für jugendliche Cannabisklienten systemische familientherapeutische Ansätze als sehr erfolgversprechend.

Auch wenn einige spezifische Behandlungsansätze für cannabisbezogener Störungen dargestellt werden konnten, liegen insgesamt national und international nur wenig störungsspezifische Erkenntnisse und therapeutische Konzepte für die Behandlung von cannabisbezogenen Störungen vor und bedürfen daher der weiteren Erforschung und Entwicklung.

4 Forschungsfrage

Wie in *Kapitel 2* anhand epidemiologischer Studien dargestellt wurde, hat die Verbreitung des Cannabiskonsums in den letzten Jahren stark zugenommen. Zieht man die Erkenntnisse über die Risiken des Konsums von Cannabis hinzu, so kann vom psychologisch-medizinischen Standpunkt aus betrachtet, ein objektiver Bedarf an Behandlung von cannabisbezogenen Störungen postuliert werden.

Bonnet et al. (2004) begründen in der Leitlinie zur Diagnostik- und Behandlung cannabisbezogener Störungen, die von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fragestellung (AWMF) in Auftrag gegeben wurde, die Notwendigkeit derselben damit, dass Cannabis die weltweit, so auch in Deutschland, am häufigsten konsumierte illegale Droge ist und „...sich im Gegensatz zu bisherigen Einschätzungen immer deutlicher abzeichnet, dass nicht nur eine

- behandlungsbedürftige Abhängigkeit, sondern auch
- relevante Folgeschäden sowie eine
- beträchtliche psychiatrische Komorbidität existiert.“ (Bonnet et al., 2004, S. 319)

Hinzu kommt eine sechsfache Steigerung von hilfesusuchenden Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen, die nur bedingt auf deren Anliegen und Ausgangssituationen, die sich von denen anderer Substanzkonsumenten unterscheiden, eingestellt und vorbereitet sind (Simon et al., 2004).

Gleichzeitig ist zu betrachten, dass der bisherige Kenntnisstand wenig darüber aussagt, wie sich der Behandlungsbedarf der unterschiedlichen Cannabisklienten im Einzelnen differenziert, d.h. mit welchen Problemen, Anliegen und Motiven die Klientel therapeutische Unterstützung sucht, wie sich die Klientel charakterisieren lässt und wie sich die bestehenden Hilfeinrichtungen adäquat darauf einrichten sollten.

In einem gesamtpsychologischen Kontext geht es darum, störungsspezifische Behandlungserkenntnisse zu gewinnen und weiter zu entwickeln. Bastine bemerkt dazu:

„Universale Störungstheorien mit einem undifferenzierten Geltungsanspruch für alle psychischen Störungen haben weitgehend ausgedient. Stattdessen wurden

in den letzten Jahren vor allem differenzierte störungsspezifische Theorien ausgearbeitet. Für die Erklärung und Behandlung psychischer Störungen hat dies zu nachhaltigen Fortschritten geführt. (Bastine, 1998, S. 416)

Im Bereich der Abhängigkeiten ist diese Entwicklung nur bedingt geschehen. Deshalb ist eine störungsspezifische Arbeit in diesem Kontext von besonderem Interesse.

In *Kapitel 3* wurde beschrieben, dass cannabisbezogene Störungen bisher kaum explizit behandelt und wenig störungsspezifische Aspekte in therapeutischen Zusammenhängen diskutiert wurden.

Die bisher wenig vorhandenen Therapiestudien mit Cannabisklienten orientieren sich stark an bloßem Outcome-Interesse, Prozessverläufe sowie qualitative Inhaltsaspekte der Behandlung wurden bisher kaum untersucht. Deshalb ist es von besonderem Interesse, wie sich therapeutische Arbeit mit der Klientel gestaltet, mit welchen Aspekten und Spezifika die Therapeuten in der Behandlung konfrontiert sind und welche Erfahrungen sie machen.

„Cannabiskonsumenten waren in der Beratungspraxis der Drogenhilfe zwar immer auch anzutreffen, statistisch gesehen spielten sie jedoch lange Zeit keine große Rolle. Die Behandlungskonzepte und Therapiesegmente waren und sind primär auf Opiatabhängige und deren Probleme zugeschnitten. ... Die Drogen- und Suchthilfe, aber auch die Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie stehen m.E. heute vor der Herausforderung einer differenzierten Haltung gegenüber dem Cannabiskonsum und einer spezifischen klientengerechteren Prävention, Beratung, Diagnostik und Behandlung von Cannabisgerauchern und -abhängigen.“ (Gantner, 2001, S. 20)

Die Einschätzung Gantners teilend geht diese Arbeit davon aus, dass es einen Bedarf nach störungsspezifischen Erkenntnissen über die Erfahrungen mit, den Behandlungsbedarf von und über Spezifika der Therapie mit cannabisbezogenen Störungen gibt.

Ziel der Exploration ist es demnach, zu empirisch begründeten Resultaten zu gelangen die folgende Fragen beantworten und damit zu einer Verbesserung der Behandlung von cannabisbezogenen Problemen beitragen können:

Wie lässt sich das Erfahrungswissen von Therapeuten, die seit längerem Cannabisklienten behandeln näher charakterisieren und welche spezifischen Aspekte von Cannabisklienten und cannabisbezogenen Problemen sowie deren Behandlung lassen sich daraus ermitteln?

5 Forschungsmethoden

Im folgenden werden die, für die vorliegende Arbeit gewählten Forschungsmethoden dargestellt. Zuerst werden Gründe und Vorteile der Methoden qualitativer Sozialforschung im Hinblick auf die Fragestellung dargelegt. Daran anschließend werden die Methoden der Erhebung beschrieben, die Rekrutierung der Interviewpartner, die Stichprobenbeschreibung und die Konzeption der Interviews. Die Auswertungsschritte werden im Sinne einer Nachvollziehbarkeit am Schluss vorgestellt.

5.1 Qualitative Sozialforschung

Ziel der Studie ist es, Erkenntnissen über die Therapie mit cannabisbezogenen Störungen zu gewinnen. Es interessieren hier in erster Linie die Ansicht der befragten Personen als Experten hinsichtlich ihrer therapeutischen Erfahrungen mit Cannabisklienten. Die gewählte Forschungsmethode sollte daher in der Lage sein, die Vielfalt und Ausprägungen unterschiedlicher Perspektiven zu erfassen. Entsprechend diesem Interesse bieten sich die Methoden der qualitativen Sozialforschung an.

Qualitative Sozialforschung ist im wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass, bezogen auf den zu untersuchenden Gegenstand, „...die vorhandenen Erwartungen und theoretischen Überzeugungen nach Möglichkeit offenen Charakter haben sollen.“ (Hopf, 1979, S. 15). Das *Prinzip der Offenheit*, das auch Lamneck (1995, S. 17) als zentrales Prinzip der qualitativen Sozialforschung sieht, ermöglicht bisher unerforschte Felder zu erkunden, mit dem Ziel, Neues zu entdecken. Qualitative Verfahren werden daher auch als *entdeckende Methoden* charakterisiert (Kleining, 1995).

Der explorative Charakter qualitativer Verfahren wird beispielsweise im Vorfeld quantitativer Forschung zur Generierung theoretischer Vorannahmen genutzt. In der Literatur finden sich in diesem Zusammenhang unterschiedliche Auffassungen zum Stellenwert der qualitativen Forschung. In Abgrenzung zur quantitativen Forschung wird jedoch die Eigenständigkeit qualitativer Methoden betont, da hier „...der zu untersuchende Gegenstand Bezugspunkt für die

Auswahl von Methoden (ist) und nicht umgekehrt.“ (Flick, 1995, S. 14). Die zu untersuchenden Gegenstände „...werden dabei nicht in einzelne Variablen zerlegt, sondern in ihrer Komplexität und Ganzheit in ihrem alltäglichen Kontext untersucht.“ (ebd., S. 14). Daran angelehnt berücksichtigt qualitative Forschung, die auf den zu untersuchenden Gegenstand bezogenen Sicht- und Handlungsweisen der im Feld befindlichen Subjekte.

Im Hinblick auf die Fragestellung, *therapeutische Erfahrungen mit cannabisbezogenen Problemen* zu explorieren, erscheint eine qualitative Methode für angemessen, um den unterschiedlichen Perspektiven von Therapeuten gerecht zu werden. Sie kann um so mehr als notwendig betrachtet werden, als sich in der wissenschaftlichen Literatur keine Publikationen finden, die sich empirisch mit der subjektiven Sichtweise von Therapeuten, die mit cannabisbezogenen Problemen arbeiten, auseinandergesetzt haben.

Die Sicht des Subjekts als Ansatzpunkt qualitativer Forschung wurde von Bergold und Flick (1987) im Rahmen der Erforschung psychosozialen Handelns diskutiert. Sie vertreten die Ansicht, dass die einfachste und problemloseste Art, etwas über die Sicht der Subjekte zu erfahren, das Gespräch ist. Außerdem wird im qualitativen Paradigma soziale Wirklichkeit durch situative Interaktion oder Kommunikation konstituiert (Lamneck, 1995, S. 19). Das *Prinzip der Kommunikativität* stellt damit ein weiteres zentrales Merkmal qualitativer Forschung dar und fordert, um die entstehende Wirklichkeit zu erfassen, dass auch die empirische Sozialforschung einen kommunikativen Akt initiiert (Lamneck, 1995, S. 19). Für die vorliegende Studie folgt daraus die Erhebungsmethode des qualitativen Interviews.

5.2 Methoden der Erhebung

5.2.1 Rekrutierung der Interviewpartner

Ausgehend von der Forschungsfrage gilt es, die Erfahrungen von Therapeuten in der Behandlung von cannabisbezogenen Störungen zu erkunden, die bereits mit Cannabisklienten praktische Therapieerfahrungen haben. Die

Auswahlkriterien der zu untersuchenden Population richtet sich bei der explorativen Vorgehensweise „...nach der inhaltlichen Problematik und der Absicht, eine Reichhaltigkeit, Tiefe und Breite der Daten zu gewährleisten“ (Witzel, 1982, S. 37). Kenntnisse und vor allem reichhaltige Erfahrungen in der Behandlung von Cannabisklienten waren daher entscheidende Kriterien für die Auswahl der Interviewpartner. Deshalb wurden Therapeuten ausgewählt, die entweder ausschließlich mit Cannabisklienten arbeiten oder im Zusammenhang mit der Behandlung verschiedener Abhängigkeitserkrankungen auch Erfahrungen mit Cannabisklienten gemacht haben.

5.2.2 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden fünf Therapeuten mittels qualitativer Interviews befragt.

Es wurden zwei Therapeuten gewählt, die in einer speziellen Therapieeinrichtung für Cannabis- und Partydrogenkonsumenten, dem **Therapieladen e.V.**, arbeiten. Ein dritter Therapeut arbeitete ebenfalls als Honorartherapeut im *Therapieladen* und ist seit einem Jahr in eigener niedergelassener Praxis tätig. Hinzu kamen zwei weitere Therapeuten, die in anderen 'gemischten' Therapieeinrichtungen der Drogenhilfe Erfahrungen mit Cannabisklienten gesammelt hatten. Die Einrichtungen sind das **Haus Lenné**, eine stationäre Therapieeinrichtung für Konsumenten illegaler Drogen, und das ambulante Therapieangebot des **Drogentherapie zentrums**, das ebenfalls Abhängige von illegalen Drogen behandelt. Alle Einrichtungen gehören seit vielen Jahren zu der Berliner Drogenhilfe.

Ausnahmslos haben sich alle befragten Therapeuten damit einverstanden erklärt, namentlich genannt zu werden. So ist nachvollziehbar, auf welchem fachlichen und praktischen Hintergrund die einzelnen Aussagen gemacht wurden.

Die folgende Tabelle (*Abbildung 4*) bietet einen Überblick über die interviewten Experten, ihre Ausbildungen und Tätigkeiten.

	Experten	Ausbildung	Tätigkeit
E1	Birgit Spohr	Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Gesprächstherapeutin	...ist seit 15 Jahren im <i>Therapieladen</i> als Therapeutin tätig und arbeitet freiberuflich als Supervisorin und Dozentin für Suchtfragen.
E2	Andreas Gantner	Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Gesprächspsychotherapeut	...ist seit 15 Jahren im <i>Therapieladen</i> als Therapeut und Leiter des <i>Therapieladens</i> tätig und hat mehrer Artikel zum Thema Therapie mit Cannabiskonsumenten verfasst.
E3	Wolf Stein	Dipl. Sozialpädagoge, Suchttherapeut, Grundlagenausbildung in tiefenpsychologisch orientierter Integrativer Therapie	...ist seit 13 Jahren im <i>Drogentherapiezentrum</i> als Therapeut tätig, davor in der <i>Werkstał</i> Charlottenburg.
E4	Reiner Domes	Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, tiefenpsychologisch fundiert	...ist seit einem Jahr in eigener niedergelassenen Praxis tätig. Davor arbeitete er 5 Jahre im <i>Zwischenland</i> (Einrichtung für drogenkonsumierende Jgdl.) und 3 Jahre als Honorar- therapeut im <i>Therapieladen</i> .
E5	Cornelia Wolf	Dipl. Psychologin, Gestaltpsychotherapeutin, auch kognitiv-verhaltenstherapeutisch arbeitend	...arbeitet seit 7 Jahren im <i>Haus Lenné</i> . Davor war sie 7 Jahre in Beratungsstellen tätig, die mit Drogenkonsumenten, HIV- Infizierten und Substituierten arbeiten.

Abbildung 4:
Darstellung der Experten

Zwei Experten haben sich sehr intensiv mit der Thematik von cannabisbezogenen Störungen auseinandergesetzt. Andreas Gantner und Birgit Spohr haben mehrere Artikel zu der Thematik veröffentlicht, mehrere Vorträge verfasst und waren an der Entwicklung verschiedener Präventionsmaterialien zum Cannabiskonsum beteiligt. Sie werden teilweise im theoretischen Teil zitiert.

Reiner Domes hat seit vielen Jahren Erfahrung in der Behandlung von drogenabhängigen Jugendlichen. Außerdem beschäftigte er sich 2 Jahre in dem Hamburger Büro für Suchtprävention mit der Prävention von Partydrogenkonsum und hat für das Berliner Drogenreferat eine Monitoring-Studie über das Drogenkonsumverhalten in Berlin durchgeführt.

Mit Wolf Stein und Cornelia Frobel konnten zwei seit vielen Jahren mit der Behandlung Drogenabhängiger erfahrene Therapeuten gewonnen werden, die in ihren Einrichtungen mit vielen Cannabisklienten therapeutische Erfahrung sammeln konnten. Sie können somit Sichtweisen aus Kontexten beitragen, in denen sowohl Cannabisklienten als auch Heroin- und Kokainklienten behandelt werden

5.2.3 Leitfadeninterviews

Die Exploration von Aspekten bzw. Besonderheiten des therapeutischen Umgangs mit cannabisbezogenen Problemen aus subjektiver Sicht praktizierender Therapeuten erfordert ein strukturiertes Vorgehen, das gewährleisten soll, dass interessierende Themen angesprochen werden und Unergiebiges ausgeschlossen wird. Hierzu bieten sich Formen des *qualitativen Interviews* (vgl. Lamneck, 1995) an. Im Besonderen ist das *problemzentrierte Interview* (Witzel, 1995) mit Hilfe eines *halbstrukturierten Leitfadens* daher die Methode der Wahl, wobei vier unterschiedliche Schwerpunkte angesprochen werden sollen. Der erste Fragenkomplex beschäftigt sich mit Aspekten der Cannabisklienten, der zweite mit den cannabisbezogenen Problemen und deren Behandlungsbedarf, der dritte mit Aspekten der Therapie und der vierte mit Vorschlägen der Verbesserung der therapeutischen Arbeit mit cannabisbezogenen Störungen. Der komplette Leitfaden ist im *Anhang I* (Kap. I, *Interviewleitfaden*) nachzulesen.

5.3 Methoden der Auswertung

Die Darstellung der Auswertungsmethoden bezweckt die Nachvollziehbarkeit im Hinblick auf die Entwicklung der einzelner Kategorien bzw. der Gliederung der Ergebnisse.

Nachvollziehbarkeit wird in der Methodenliteratur zur qualitativen Forschung unter dem Aspekt der Geltungsbegründung diskutiert (vgl. Flick, 1995, Lamneck 1995). Im Kontrast zur traditionellen quantitativen Forschung misst sich die Zuverlässigkeit der Ergebnisse in der qualitativen Forschung nicht an der ‚internen‘ bzw. ‚externen‘ Validität. Vielmehr dienen der ‚Realitätsgehalt‘ und die

‘intersubjektive Überprüfbarkeit‘ der Daten als Kriterium der Zuverlässigkeit innerhalb qualitativer Forschung (Lamneck, 1995). Diese Kriterien werden auch für diese Arbeit in Anspruch genommen.

Da mit dieser Arbeit therapeutische Erfahrungen im Zusammenhang mit cannabisbezogenen Problemen exploriert werden sollten, wurden Therapeuten interviewt, die bereits Erfahrung in der Behandlung von cannabisbezogenen Problemen haben. Bei langjährig erfahrenen Therapeuten, die als Experten angesehen wurden, war davon auszugehen, dass die Äußerungen in den Interviews aufgrund angenommener praktischer und theoretischer Auseinandersetzungen der Therapeuten bereits in einer gewissen Weise abstrahiert sind. Bei der Auswertung stand deshalb vor allem die Reduktion und Zusammenfassung des Materials im Mittelpunkt, ohne inhaltliche Einbußen zu erhalten. Um dies zu erreichen, erschien die **qualitative Inhaltsanalyse** nach Mayring (2003) hierfür angezeigt.

5.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) handelt sich um eine Methode, welche systematisch und intersubjektiv überprüfbar, aber auch der Komplexität sprachlichen Materials angemessen ist. Die Systematik des Vorgehens ist daran zu erkennen, dass Mayrings detailliertes Ablaufmodell der einzelnen Analyseschritte Regeln und Techniken der Vorgehensweise enthält. Durch die damit gewährleistete Überprüfbarkeit genügt die Inhaltsanalyse sozialwissenschaftlichen Methodenstandards.

Bei den Analyseschritten steht die Reduktion des Materials im Vordergrund. Zentrale Analysetechniken zur Interpretation der Texte sind die *Zusammenfassung*, *Explikation* und *Strukturierung*, die Mayring wie folgt beschreibt:

„Zusammenfassung: Das Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.

Explikation: Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen, ...) zusätzliches Material heranzutragen,

das das Verständnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.

Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien eine Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“ (Mayring, 2003, S. 58)

Zur Bearbeitung der Fragestellung bietet sich die **zusammenfassende Inhaltsanalyse** an, da es sich um eine Studie mit explorativem Charakter handelt, die die Erfahrungen der Therapeuten zusammenfassend interpretieren und Erkenntnisse über die Behandlung von cannabisbezogenen Problemen generieren soll. Die Methode der **Explikation** wird dort benutzt, wo Verständnisschwierigkeiten zu klären sind. Die *Strukturierung* als Analysetechnik ist nicht geeignet, da das Anlegen vorab festgelegter Kriterien aufgrund des Widerspruchs mit der explorativen Vorgehensweise weder möglich noch sinnvoll ist.

5.3.2 Auswertungsschritte

In Anlehnung an Mayring (2003) wurde bei der Auswertung der Interviews das allgemeine inhaltsanalytische Ablaufmodell der Zusammenfassung verfolgt, das mit der Entwicklung von Kategorien eine Strukturierung und zusammenfassende Interpretation entsprechend der Fragestellung ermöglicht.

Analyse der Entstehungssituation

Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig und wurde vorher telefonisch mit den Interviewpartnern besprochen. Die Interviews wurden alle an den jeweiligen Arbeitsplätzen der Befragten durchgeführt. Die Gespräche waren halb-strukturierte Leitfadeninterviews, wobei die konkrete Fragestellung und Reihenfolge der Fragen variiert werden konnte. Die Interviewten konnten dementsprechend frei auf die Fragen antworten.

Formale Charakteristika des Materials

Die Interviews wurden auf Minidisketten aufgenommen und später in eine Word-Datei transkribiert. Bei der Transkription stand der Inhalt des Gesagten im

Vordergrund, so dass Dialektfärbungen eingedeutscht wurden. Fehlende Wörter oder abgebrochene Sätze wurden mit Punkten ‚...‘ versehen.

Die Zitate in der Ergebnisdarstellung wurden der leichten Lesbarkeit halber in der Regel in grammatikalisch vollständige Sätze gebracht. Darüber hinaus wurden der Verständlichkeit halber teilweise Wörter hinzugefügt, die durch eckige Klammern [Beispiel] als solche Ergänzungen markiert sind. Auslassungen von für den Inhalt nicht relevanten Textstellen wurden mit Klammern und Punkten (...) gekennzeichnet.

Ein Auszug der Transkription eines Interviews ist im *Anhang I* (Kap. II, *Beispielinterview*) nachzulesen. Die vollständigen Transkriptionen der Interviews sind im *Anhang II* auf CD-Rom enthalten.

Bestimmung der Analyseeinheiten

Im ersten Schritt wurden die Interviews durchgelesen und Analyseeinheiten in den Interviews festgelegt. Diese Analyseeinheiten dienten als *Kodiereinheiten*. Mayring bezeichnet *Kodiereinheiten* (ebd., S. 53) als den kleinsten Textbestandteil, der ausgewertet werden darf bzw. unter eine Kategorie fallen kann. Diese Einheiten waren die Grundlage der Paraphrasierung.

Die Auswahl der Textstellen richtete sich nach der Relevanz in bezug auf die Fragestellung, d.h. die Textstellen wurden anhand der im Leitfaden definierten Bereiche *Aspekte der Cannabisklienten*, *Aspekte der cannabisbezogenen Probleme*, *Aspekte der Therapie* sowie *Bewertungen der bestehenden Angebote* ausgewählt und zugeordnet. Sie wurden dann in einer Tabelle (vgl. *Anhang I*, Kap. III, *Paraphrasierung und Generalisierung der Kodiereinheiten*) je nach Interview aufgelistet.

Entsprechend Mayrings Vorschlägen (ebd., S. 60) wurden die Textpassagen nun nach einer Reihe von Regeln reduziert, die im Folgenden beschrieben werden.

Paraphrasierung

In diesem Arbeitsschritt wurden die einzelnen Kodiereinheiten entsprechend Mayrings Vorschlägen (ebd., S. 62) auf eine grammatikalische Kurzformel reduziert. Handlungsleitend war vor allem die Reduktion auf das semantisch Wesentliche, d.h. alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile

(ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen) wurden gestrichen und die inhaltstragenden Teststellen wurden auf eine einheitliche Sprachebene gebracht. Die Paraphrasierungen wurden ebenfalls der bereits genannten Tabelle angefügt.

Generalisierung

In diesem weiteren Reduktionsschritt wurden die Paraphrasen in eine allgemeingültige Form gebracht, so dass die Äußerungen nicht mehr nur auf das einzelne Individuum zutrafen. Aufgrund des bereits hohen Abstraktionsniveaus der Interviewäußerungen waren die Paraphrasierungen oft bereits so allgemeingültig formuliert, dass sie bei der Generalisierung meistens keiner weiteren Verallgemeinerung bedurften und somit viele Paraphrasen mit der Generalisierung identisch sind. Auch die Generalisierungen wurden der Tabelle *Paraphrasierung und Generalisierung der Kodiereinheiten* zugefügt.

Ein Auszug der Tabelle ist im *Anhang I* (Kap. III, *Paraphrasierung und Generalisierung der Kodiereinheiten*) einzusehen. Die vollständige Tabelle der *Paraphrasierung und Generalisierung der Kodiereinheiten* ist im *Anhang II* auf CD-Rom enthalten.

Reduktion

Die *Reduktion* stellte den letzten Auswertungsschritt dar und hatte zum Ziel, zu einem induktiv gebildeten *Kategoriensystem* zu gelangen.

„Eine induktive Kategoriendefinition leitet die Kategorien direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen.“ (Mayring, ebd., S. 75)

Dieses Kategoriensystem, das in der Darstellung der Ergebnisse einer Gliederung gleichkommt, soll einerseits den höchstmöglichen Abstraktionsgrad erfüllen und andererseits sollen alle ursprünglichen Paraphrasen/Generalisierungen darin aufgehen. Mayring schlägt hierfür ein zweistufiges Reduktionsmodell vor. Im ersten Schritt wird durch Selektion und Streichung bedeutungsgleicher Paraphrasen/Generalisierungen die Textmenge auf den wesentlichen Inhalt reduziert. Im zweiten Schritt werden die Paraphrasen/Generalisierungen durch die Techniken der *Bündelung*, *Konstruktion* und *Integration* ihrem Inhalt entsprechen zusammengefasst und

damit eine Kategorie gebildet. Diese Vorgehensweise entspricht in der ‚*Grounded Theory*‘ (Strauss & Corbin, 1990) weitestgehend dem Vorgang der ‚*offenen Kodierung*‘.

Aus ökonomischen Gründen wurden die beiden Schritte in der vorliegenden Studie zu einem zusammengefasst.

Durch die schrittweise Anhebung des Abstraktionsniveaus ergaben sich mehrere Reduktionsdurchgänge, bis inhaltlich nicht weiter reduzierbare Kategoriensysteme erstellt war. Bei der Sichtung der Paraphrase/Generalisierungen galt es Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu identifizieren, um zu thematisch trennscharfen Kategorien zu gelangen. Dabei ergab sich die Schwierigkeit, dass einzelne Paraphrasen/Generalisierungen gleichzeitig mehreren Kategorien bzw. Kategoriensystemen zuzuordnen waren. Um die notwendige Trennschärfe einzuhalten, wurden sie jeweils nur der Kategorie bzw. dem Kategoriensystem zugeordnet, deren Kern sie am ehesten repräsentierten.

Die Generalisierungen wurden den entwickelten Kategoriensystemen in einer weiteren Tabelle entsprechend den Kategorien zugeordnet (siehe *Anhang I*, Kap. IV, *Kategoriensysteme*).

Die Aussagen zu den Bewertungen der bestehenden Angebote sowie Verbesserungsvorschläge wurden zwar inhaltsanalytisch bearbeitet (siehe *Anhang I*, Kap. V, *Bewertung und Verbesserungsvorschläge*) ergaben jedoch kein erschöpfendes Kategoriensystem. Sie wurden deshalb nicht in die Darstellung der Ergebnisse miteinbezogen, sondern aufgrund ihres kommentierenden Charakters in die *Diskussion der Ergebnisse* (Kap. 7) integriert.

6 Ergebnisse

Die Generalisierungen konnten drei große Kategorien zugeordnet werden, die die Erfahrungen der Interviewpartner in der Therapie von cannabisbezogenen Störungen abbilden. Sie ergaben sich erwartungsgemäß zu Teil aus den einzelnen Bereichen des Interviewleitfadens. Diese Kategorien sind: *Die Cannabisklienten*, *Das Problemverständnis* und *Das Therapieverständnis*.

Innerhalb dieser Kategorien konnten mit Hilfe der inhaltsanalytischen Methode von *Bündelung*, *Konstruktion* und *Integration* aus den zugeordneten Generalisierungen induktiv Subkategorien entwickelt werden, deren Inhalte den eigentlichen Erkenntnisgewinn der Arbeit darstellen. Die Kategorien werden im Einzelnen beschrieben und neue Zusammenhänge durch Bündelung hergestellt.

Die Teile der Interviews, in denen die Therapeuten die bestehenden Hilfsangebote bewerten und Verbesserungsvorschläge machen, wurden in der folgende Darstellung der Ergebnisse nicht mit einbezogen, sondern gehen in das Kapitel Diskussion der Ergebnisse ein.

6.1 Die Cannabisklienten

Dieser Kategorie wurden die Aussagen zugeordnet, in denen die interviewten Therapeuten ihre Klienten beschrieben. Dabei zeigte sich, dass sich zum einen, und dies vor allen Dingen in der Gegenüberstellung zu anderen Drogenkonsumenten, gemeinsame Spezifika der Cannabisklienten herausarbeiten ließen. Zum anderen jedoch wurden auch innerhalb der Cannabisklienten verschiedene Klientenkategorien von Klienten deutlich.

Die Aussagen über die Bedeutung der *Heterogenität* als Spezifika der gesamten Gruppe der Cannabisklienten waren so evident, dass die Darstellung der Ergebnisse mit diesem Thema beginnt.

Die nachfolgenden einzelnen Subkategorien sind zwar nicht als erschöpfende Darstellung anzusehen, doch zeigen sie in ihren inhaltlichen Ausprägungen die spezifischen Aspekte von Cannabisklienten, die für die Therapeuten eine relevante Ausgangsbetrachtung darstellen, auf die sie sich in ihrem Problem- und Therapieverständnis wiederholt bezogen.

6.1.1 Heterogenität der Cannabisklienten

Insgesamt teilen alle Interviewpartner die Auffassung, dass es schwierig sei, ein homogenes Merkmal der Cannabisklienten zu finden. Die Gruppe der Cannabiskonsumenten, die sich in einer therapeutischen Behandlung befinden, zeichne sich durch eine große Heterogenität aus.

„Es zeigt sich auch hier über die Zeit hinweg, wie sehr viel unterschiedliche Typen oder sehr viel Unterschiedlichkeit [es gibt], sowohl was die Konsumform, Konsummuster betrifft, die die Leute hier haben, als auch was deren Probleme betrifft. (...) es [ist] eigentlich erst einmal geprägt (...) von einer sehr großen Heterogenität.“ (E2, 1)

Die Therapeuten machen eine Differenzierung und damit die Unterschiedlichkeit der Klienten von drei verschiedenen Aspekten abhängig: 1. dem Entwicklungsaspekt, 2. dem Aspekt der verschiedenen Symptome bzw. Störungsbilder der Klienten sowie 3. von dem Aspekt der Therapiemotivation. Entsprechend dieser drei Aspekte werden die im folgenden die Cannabisklienten unterschiedlichen Kategorien zugeschrieben.

6.1.1.1 Differenzierung der Cannabisklienten nach Entwicklungsaspekten

Die Differenzierung der Cannabisklienten nach Entwicklungsaspekten basiert auf, der unterschiedlichen Bedeutung des Cannabiskonsums in verschiedenen Entwicklungsphasen.

Die Befragten charakterisieren dabei insbesondere die jugendlichen und jungen erwachsenen Cannabisklienten, die für die Befragten immens an Bedeutung gewonnen haben. Alle Interviewpartner erwähnen zudem eine Zunahme an „jüngeren“ Klienten, d.h. Klienten, die früh mit dem Konsum begonnen haben und zu einem früheren Zeitpunkt als andere Klienten mit substanzbezogenen Problemen eine Behandlung aufsuchen. Diese Gruppe wird von den Therapeuten ätiologisch durch die Bedeutung von Cannabiskonsum im Hinblick Entwicklungsprobleme beschrieben. Der Cannabiskonsum habe dabei sowohl verursachenden als auch kompensierende Bedeutung. Die einzelnen Bedeutungen werden im Folgenden beschrieben.

Frühe Entwicklungsprobleme, die mit Cannabiskonsum ‚reguliert‘ werden

Drei Therapeuten stellen fest, dass die jungen Klienten bereits in frühen Entwicklungsphasen problematische Verläufe erkennen ließen, deren Auswirkungen allerdings erst zu einem späteren Zeitpunkt mit Cannabis reguliert würden. Zu den beschriebenen Auswirkungen gehören vor allem externale Schwierigkeiten der Impulskontrolle und des Sozialverhaltens bis hin zu delinquentem Verhalten sowie internale Schwierigkeiten, wie die Regulierung von Affekten, eine geringe Ich-Stabilität oder affektive Probleme. Junge Klienten mit internalen Störungen erlebten den Cannabiskonsum oft als eine Erleichterung ihrer emotionalen Situation. Diese Funktion wird später auch bei den älteren Cannabisklienten mit komorbiden Störungen erwähnt.

„Das ist ja ein Typ, wo man deutliche Entwicklungsprobleme..., die ja schon vor dem Konsum bestanden haben, die dann zu einem frühen Einstieg führen und dann zu dramatischeren Verläufen von schon vorhandenen Entwicklungsproblemen. Seien das nun sogenannte externalisierte Störungen, also Impulsstörungen, Verhaltensstörungen, Sozialverhaltensstörungen bis hin zu delinquenten Entwicklungen. Oder eben auch Jugendliche, die ganz depressiv oder ganz ängstlich sind und dann frühzeitig versuchen, das über Cannabiskonsum in den Griff zu kriegen.“ (E2, 9)

Entwicklungsdefizite, die durch Cannabiskonsum verursacht werden

Aufgrund eines zunehmend früheren Einstiegs in den Konsum (teilweise bereits im Alter von 10 oder 11 Jahren) käme es, so die Therapeuten, zu schwierigen Persönlichkeitsentwicklungen. Regelmäßiger Konsum in der frühen Adoleszenzphase führe zu oftmals unterschätzten Entwicklungsdefiziten mit Lernschwierigkeiten, kognitiven Störungen und Aufmerksamkeitsproblemen. Dies sei aufgrund der teilweise bereits abgeschlossenen Entwicklungsphasen langfristig in der Therapie schwierig zu bearbeiten.

„Wenn sich bereits in der Frühadoleszenz ein festes Muster entwickelt, glaube ich, dass das große Risiko ist, dass sich dann viele Bereiche, viele Entwicklungsbereiche sich wirklich nicht ausdifferenzieren können, dass es längerfristig zu Lern- und zu kognitiven- und Aufmerksamkeitsproblemen führt, die dann auch längerfristig ganz schwer zu bearbeiten sind, weil das Zeitfenster von Entwicklung und Reifung ist so zu sagen dicht.“ (E2, 30)

Außerdem gefährdeten diese Klienten durch ihr Konsumverhalten die Entwicklung ihrer emotionalen Kompetenzen. So hätten viele Klienten die Selbstwahrnehmung, sie seien auf dem emotionalen Entwicklungsstand stehen geblieben, den sie hatten, als sie begonnen haben, Cannabis zu konsumieren.

Diese Entwicklungslücken seien auch durch die Konsummuster von vielen jungen Konsumenten zu erklären. Cannabis sei mehr als andere, punktueller konsumierte Substanzen geeignet, sehr regelmäßig und mit geringerer momentaner Auswirkung konsumiert zu werden. Dies habe zur Folge, dass viele Cannabisklienten unter einem ständigen oftmals nur ‚leichten‘ Drogeneinfluss stünden.

Adoleszente Reifungs- und Identitätskrisen, die mit Cannabis ‚reguliert‘ werden

Von den Klienten mit einem sehr frühen Einstieg unterscheiden die Therapeuten eine Gruppe von jungen Klienten, die in verschiedenen Adoleszenz- oder Familienkonflikten begannen, Cannabis zum Zwecke der Regulation dieser Krisen zu konsumieren. Da der Konsum in Reifungskrisen beginne, ginge es vor allem ...

„... um Identitätsarbeit, um persönliche Entwicklung, also Reifung und so weiter. Eh. Cannabiskonsum tritt in der Regel ja auch nicht um die 50 auf, sondern eben genau da, um diese Reifungskrise abzufedern oder abzdämpfen.“ (E4, 30)

Außerdem sehen die Therapeuten Schwierigkeiten in der Kontaktgestaltung und Selbstwertprobleme als relevante Themen dieser Gruppe.

„Gerade bei den Leuten, die in einer Adoleszenzkrise sind: Wer bin ich eigentlich? Wo will ich eigentlich hin mit mir? Wie werde ich von anderen wahrgenommen? Wie will ich wahrgenommen werden? Was will ich für ein Bild abgeben? – solche Themen. Da geht es sehr viel um das Kontaktgeschehen, Selbstwert, Kontakt.“ (E4, 10)

Diese Krisen seien oft durch ungelöste Entwicklungsaufgaben, wie konfliktreiche familiäre Ablöseprobleme, schwierige schulische und berufliche Situationen, gekennzeichnet. Auch andere Konflikte in Familien, die nicht näher beschrieben wurden, würden mit Cannabiskonsum reguliert.

„...aber es kann auch ganz stark im Familiensystem eine bestimmte Funktion haben, wo es darum geht, dass sich der Jugendliche vielleicht so ein bisschen opfert als Symptomträger, um andere Konfliktherde in der Familie ein bisschen zuzudecken.“ (E1, 6)

In diesen aktuellen Konfliktsituationen seien es oft Eltern, Betreuer, Ausbilder und die Schule, die die Probleme wahrnehmen und dann die jungen Konsumenten zu einer Behandlung drängten, so dass von einer hohen

Fremdmotivation auszugehen sei. Dies mache gerade bei dieser Gruppe eine Einbeziehung des sozialen Umfeldes sehr nötig.

Erwachsene Klienten

Die erwachsenen Klienten werden in der Regel weniger durch Entwicklungsaspekte differenziert. Allerdings beschreibt ein Therapeut eine Teilgruppe der Erwachsenen im Vergleich zu Entwicklungsthemen der jungen Konsumenten:

„Das sind dann häufig die gleichen Themen, die dann entsprechend tradiert wurden. Also, es sind dann Leute, die sind Anfang 40 und haben aber trotzdem noch keine berufliche Identität, also, noch keinen Platz für sich gefunden. D.h. die stecken eigentlich noch in der gleichen Krise, wie sie mit 20 gestanden haben.“ (E4, 30a)

Insgesamt wurden die älteren Konsumenten allerdings eher heterogen anhand der verschiedenen Motivlagen und Symptome beschrieben, die in den beiden nächsten Kapiteln dargestellt werden. Sie seien stärker als die jugendlichen Klienten mit innerem Leidensdruck konfrontiert, würden sich stärker mit anderen vergleichen und seien weniger fremdmotiviert.

Während die älteren, und dazu zähle ich dann Leute, die im Durchschnitt über 25 und aufwärts sind, die also schon 10, zum Teil 15 Jahre Konsum hinter sich haben, die kommen mehr aus einer Motivlage, die aus einem inneren Leidensdruck hervorkommt (...). (E2, 15)

Eine Therapeutin differenziert die älteren Klienten anhand der Konsummuster und der Alltagsbewältigung. Sie unterscheidet zwischen älteren Berufstätigen, die ihren Alltag bewältigen können, Cannabis allerdings zur Regulierung psychischer Belastungen (Beziehungen und schmerzlichen Erfahrungen) missbrauchen, von anderen, die ein sehr abhängiges Konsummuster praktizieren, ihren Alltag schlecht bewältigen, sich mit dem Konsum sehr einschränken und die ihr Leben fade, öde und verarmt empfinden würden.

6.1.1.2 Differenzierung der Cannabisklienten nach psychischen Symptomen

Neben der Differenzierung über Entwicklungsaspekte und Lebenssituationen unterscheiden die Therapeuten die Cannabisklienten (hier vor allem die älteren Klienten) aufgrund der jeweiligen psychischen Symptome, die sie bei den Klienten neben der Abhängigkeit sehen, die ja aufgrund der therapeutischen

Indikationsstellung immer diagnostiziert wird. In diese Kategorie fielen Aussagen der Therapeuten, in denen sie die Cannabisklienten anhand verschiedener psychischer Symptome beschrieben.

Die Vielzahl der genannten Symptome und die Häufigkeit ihrer Nennung unterstreicht die besondere Relevanz, die psychischen Problemen bei der Cannabisabhängigkeit zukommt. Eine Schwierigkeit der Inhaltsanalyse bestand darin, dass sich einige der Aussagen über die psychischen Symptome auch anderen Kapitel zuordnen ließen, z.B. dem Kapitel über Komorbidität als Gemeinsamkeit (Kap. 6.1.2.3) oder dem Problemverständnis, das ebenfalls durch die Aspekte der Komorbidität bzw. der Prämorbidität geprägt ist (Kap. 6.2.2).

Um die notwendige Trennschärfe einzuhalten, wurden die Aussagen jeweils nur der Kategorie zugeordnet, deren Kern sie am ehesten repräsentierte.

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Symptomgruppen beschrieben.

Abhängigkeitssymptome

Die Therapeuten beschreiben neben den psychischen Belastungen auch verschiedene Abhängigkeitsausprägungen, die die Cannabisklienten differenzieren und für die Behandlung relevant sind.

„Es ist eine sehr große Bandbreite von Ausprägung unterschiedlicher Probleme und auch eine sehr große Bandbreite, sag ich jetzt mal so, von Konsummuster oder man kann auch sagen von Missbrauchs- oder Abhängigkeitsformen (...) [das beginnt bei Leuten], die vielleicht so in der Woche zwei, drei, vier Joints rauchen und trotzdem damit irgendwie nicht klar kommen, [und geht] bis hin zu Leuten, die täglich im Höchstfall 5-10 Gramm rauchen, so richtige Hardcore-Kiffer. ...ein wichtiges Kriterium ist, das Ausmaß des Konsums entscheidet nicht allein über das Problemausmaß, das die Leute haben, sondern die Erfahrung zeigt, dass je nach dem welche Probleme jemand schon mitbringt oder welche Voraussetzung jemand mitbringt, kann es sehr unterschiedliche Auswirkungen trotz bestehender unterschiedlicher Konsummuster haben.“ (E2, 1a, 8)

Interessant ist vor allem die Einschätzung der Therapeuten, dass nicht von einer einheitlichen Abhängigkeitsausprägung auszugehen ist, sondern dass sehr unterschiedliche Ausprägungen von Konsummustern zu einer Behandlungsbedürftigkeit führten. Bereits bestehende und begleitende Probleme und Symptome seien entscheidend für die einzelnen Auswirkungen.

„Der andere Weg über die Konsummuster, also über die Vielkiffer, Wenigkiffer ist so ein trügerischer, weil es nicht automatisch so ist, dass wer viel kiffte, auch viel Probleme hat. Das ist eine Annäherung.“ (E4, 5)

Somit stellt die Konsumhäufigkeit bzw. das Konsummuster nur einen von vielen Aspekten dar, nach denen die Klienten von den Therapeuten differenziert werden.

Affektive Symptome, Angst und Aggression

Die Therapeuten stellen bei den Cannabisklienten häufig depressive Symptome bis hin zu ausgeprägten Depressionen fest, die auch in der Therapie medikamentös behandelt würden. Entsprechend sei auch der Antrieb und die Aktivitäten dieser Klienten sehr eingeschränkt. Neben den Depressionen wurden Ängste und Spannungszustände als häufige Belastungen genannt.

„Die depressive Problematik ist sehr sehr häufig im Zusammenhang mit Cannabiskonsum. Dann eben, wie gesagt, dieses sich beruhigen, also Ängste, ne, alles, was an heftigen Gefühlen auftaucht und als unangenehm oder bedrohlich erlebt wird (...). Also, das können Ängste sein, das kann Wut sein, sonst wie Spannungen sein. (E1, 19)

Cannabiskonsum wird hier als Mittel beschrieben, unangenehme Gefühle zu reduzieren (vgl. Kap. 6.2.3 *Bedeutung der Funktionalität des Cannabiskonsums*). Allerdings nennen die Therapeuten an verschiedenen Stellen die psychische Symptome auch als Folge bzw. Begleiterscheinung des Konsums. Die Art des Zusammenhangs von Ursache und Folge ist für die Therapeuten nicht immer eindeutig und wurde teilweise mit einer gegenseitigen Bedingtheit beschrieben (vgl. Kap. 6.2.2 *Bedeutung von Ko- bzw. Prämorbidität*).

Grundsätzlich wurde der Umgang mit Emotionen und Bedürfnissen sowie die Unfähigkeit, zu kommunizieren und Beziehungen zu gestalten, als eine Schwierigkeit und Einschränkung der Cannabisklienten beschrieben.

„Das andere ist im emotionalen Bereich manchmal ein Nicht-Ausschöpfen der gesamten Gefühlspalette im Ausdrücken in der Kommunikation. Sie bleiben ein Stück einfach eingeschränkt.“ (E2, 22)

Es sei allerdings nicht klar, ob diese Schwierigkeiten nicht bei allen Abhängigkeitserkrankungen vorhanden seien.

Diese Schwierigkeiten drückten sich auch in Leidenserfahrungen aus. So würden diese Klienten unter einer zunehmenden Vereinsamung, oberflächlichen Kontakten und unzufriedenstellenden Beziehungen leiden, die mit dem Konsum kompensiert bzw. reguliert würden.

„Und das andere ist eine zunehmende Vereinsamung. Das ist immer wieder etwas, dass sie beziehungsmäßig ein Stück merken, dass sie verarmen. D.h., dass die Kontakte einfach oberflächlicher werden, weil die sozialen Kontakte häufig nicht so groß sind, oder nur mit ein paar anderen Kiffern noch, oder eben ihre eigenen Beziehungen nicht wirklich zufriedenstellend sind. (...) Und nur kiffen und warten, bis endlich mal der Partner auftaucht, mit dem sie dann zufrieden sein können.“ (E2, 16a)

Kognitive Symptome

Eine weitere Gruppe von Symptomen, nach denen die Therapeuten die Klienten differenzieren, sind kognitive Symptome. Bei vielen Klienten mit regelmäßigem Konsumverhalten seien Konzentration, Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Es würden sich auch Gedächtnisstörungen zeigen, unter denen die Cannabisklienten leiden würden.

Während einige Therapeuten dies auf den Konsum zurückführen, meinte eine Therapeutin, dass der ursächliche Zusammenhang eher schwierig herzustellen sei. Die Schwierigkeit des kausalen Zusammenhangs zwischen den psychischen Symptomen und dem Cannabiskonsum wurde im Übrigen auch bei anderen psychischen Symptomen benannt und scheint ein grundsätzliches Problem aufzuzeigen.

Weiter beschreiben die Therapeuten in geringerem Ausmaß **soziale Verhaltensstörungen**, verschiedene **Traumatisierungen** (sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen) sowie **ADS/ADHS** als psychische Symptome bzw. Störungen. Dies seien jedoch Störungen, die generell im Suchtbereich vorkommen würden. Eine Therapeutin sieht allerdings gerade im Hinblick auf das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom einen größeren, bisher noch nicht genügend berücksichtigten Zusammenhang zum Cannabiskonsum als Selbstmedikation.

Psychotische Symptome

Eine besondere Bedeutung kommt nach Aussagen der Therapeuten der Gruppe der Cannabisklienten zu, die unter psychotischen Erfahrungen leiden würden bzw. gelitten haben. Zum Teil seien dies Klienten, die aufgrund einer Psychose oder sonstigen Verwirrtheitszuständen, Realitätsverlust oder Angstzuständen bereits sich nach stationäre psychiatrische Aufnahmen hinter

sich hätten und sich nun einer ambulanten Therapie unterzögen. Das Vorkommen von und der Umgang mit psychotischen Symptomen im Zusammenhang mit Cannabisklienten habe aufgrund der angestiegenen Häufigkeit und der Eigenheit der Problematik stark an Relevanz gewonnen.

„Ich nehme das inzwischen wirklich sehr viel ernster als vorher. (...) Ich habe ja inzwischen auch Kontakte in psychiatrische Kliniken hinein, sowohl in Berlin als auch in Brandenburg, und dort wird das nach wie vor geschildert und zunehmend geschildert. Ich habe jetzt erst in dieser Woche von einer Ärztin gehört, wie viele Cannabispatienten in psychiatrischen Kliniken sitzen und wie früh sie im Grunde anfangen.“ (E3, 8)

Mit diesen Klienten seien auch schizoide Kontaktschwierigkeiten verbunden, die eine besondere Herausforderung hinsichtlich des Kontakt- und Beziehungsaufbaus für die Therapie darstelle.

„Es gibt vor allen Dingen ein Zusammenhang zwischen Psychose und Cannabis – wie auch immer (...) die kausale Verknüpfung (...) sein mag. Da geht’s auch immer im Kontakt um so etwas Schizoides, wo man so ein bisschen erst einmal kucken muss, wie komme ich überhaupt mit dem in Kontakt, wie macht der sich überhaupt berührbar und wo bleibt der eigentlich. Immer so ein bisschen abgedockt und macht sich so unerreichbar, letztlich.“ (E4, 4)

Als Begleiterscheinungen wurden außerdem Isolation und Rückzugsverhalten beschrieben, die wiederum weitere Auswirkungen auf das therapeutische Vorgehen hätten, z.B. würde das Nicht-Einhalten von Terminen anders bewertet als bei den anderen Klienten. Mit Absprachen würde flexibler umgegangen und das Thema Psychose rücke mehr in den Vordergrund der Behandlung.

„Da fällt mir schon auf, dass sie natürlich sehr viel sensibler sind, dass sie mehr mit psychotischem Erleben, mit Isolation und Rückzug zu tun haben als andere. Und ich jetzt keine speziellen Therapieangebote für den Personenkreis vorhalte, aber was ich mache im Einzeltherapieprozess, ist, diese Themen mehr in den Mittelpunkt zu stellen, sie auch da sein zu lassen, auch Absprachen zu treffen, wie man im Kontakt bleibt, die eher davon abgehen, was normalerweise üblich ist. Also, ich ruf dann schon einmal hinterher oder nehme dann von mir aus Kontakt auf, wenn ich von jemand über Tage nichts höre.“ (E3, 21)

Auch bei den psychotischen Symptomen sehen die Therapeuten einen Zusammenhang zu dem Cannabiskonsum, der entweder als Selbstmedikation, als Entstehungsfaktor (Cannabisinduzierte Psychosen) oder als Begünstigungsfaktor (Vulnerabilität bzw. Prämorbidität) der Klienten gesehen wird. Die Kausalität des Zusammenhangs, die 'Henne oder Ei'-Frage bliebe unklar. Am ehesten wurde auch hier eine gegenseitige Bedingtheit genannt.

Im Hinblick auf die Bedeutung der Selbstmedikation mit Cannabis wurde die positive Wirkung von Cannabis als beruhigendes und dämpfendes Mittel genannt, die jedoch gleichzeitig die Problematik verschlechtern kann.

„Wo teilweise verständlich wird, dass es auch unter dem Aspekt von Selbstmedikation eher dämpfend, beruhigend genutzt wird. Aber eben auch nur zum Teil, weil es auf der anderen Seite ja auch Symptomatik verschärft.“ (E1, 16)

Bei vielen Klienten mit Psychoseerfahrung, die Cannabis als Selbstmedikation benutzten, stelle die Behandlung mit Neuroleptika oftmals eine Notwendigkeit dar, auch um mit dem Konsum aufhören zu können.

Hinsichtlich der Erklärungen zu dem gehäuften Vorkommen von Psychosen wurden unterschiedliche Aspekte genannt. Zum einen spiele der zunehmend stärkere THC-Wirkstoffgehalt von neuen Cannabissorten dabei eine auslösende Rolle. Gleichzeitig eigne sich Cannabis sehr gut vor allem die negative Symptomatik dieser Klienten zunächst zu lindern, verstärke allerdings auch u.U. aufgrund der halluzinogenen Wirkung die produktiven Symptome.

Andere Therapeuten meinten, dies sei eine Gruppe mit stark ausgeprägter Sensibilität, sie seien quasi 'dünnhäutiger' und könnten sich gegenüber äußeren Lebenseinflüssen und gesellschaftlichen Situationen weniger abgrenzen, so dass 'Ich-Grenzen' leichter verschwimmen würden.

6.1.1.3 Differenzierung der Cannabisklienten nach der Therapiemotivation

Die Therapeuten differenzieren die Cannabisklienten weiterhin danach, welche Gründe sie zu der Aufnahme der Therapie motivierte.

Jugendliche und junge erwachsene Klienten seien sehr oft **fremdmotiviert**, d.h. dass sie durch Eltern oder andere Bezugspersonen förmlich zur Therapie 'gebracht' worden wären. Auslöser seien oft reale Probleme in der Familie oder der Schule, für die die Bezugspersonen den Cannabiskonsum verantwortlich machten und somit den Anlass für eine Suchttherapie gegeben sähen. Neben familiären und schulischen Problemen wurden außerdem Probleme in der Freizeitgestaltung und Interessensverlust als Begründungen für fremdmotivierte Therapien genannt.

Erwachsene Cannabisklienten seien laut den Therapeuten stärker durch **inneren Leidensdruck** motiviert. Sie sähen sich in ihrer Entwicklung steckengeblieben und hätten das Gefühl, den 'Anschluss' verloren zu haben.

Als weitere Motive, die zu einer Therapie führten, wurden **psychische Krisensituationen** genannt. Diese Klienten würden wenig Verbindung zwischen ihren Problemen und ihrem Cannabiskonsum herstellen und daraufhin auch keine oder nur geringe Motivation zu einer Konsumveränderung mitbringen, zumal bereits versuchte Konsumveränderungen eher Nachteile im psychischen Befinden mitgebracht hätten.

„Und dann kommt auch ein großer Teil von Menschen, weil sie wirklich massive Schwierigkeiten haben, die sie sehr belasten, und gar nicht so sehr vordergründig wegen des Kiffens, sondern weil sie irgendwie das Gefühl haben, das Kiffen spielt da auch eine ungünstige Rolle drin, ja. Weil sie vielleicht Ängste haben oder ganz depressiv sind oder manchmal Wutanfälle kriegen oder dann versucht haben, mit dem Kiffen aufzuhören, weil sie gemerkt haben, es tut ihnen nicht gut, und dann gemerkt haben, sie rasten irgendwie aus, werden ganz unruhig. Also, kommen mit sich gar nicht gut klar und merken, dass Kiffen spielt darin eine ungute Rolle drin, wissen aber nicht genau wie. [Dies] sind oft auch die, die gar nicht unbedingt wirklich aufhören wollen.“ (E1, 9)

Eine Erklärung eines Therapeuten war, dass die Motivation in dem Zusammenbruch eines Lösungsversuches von bereits bestehenden Problemen begründet sei.

„Also, wo der Versuch, diese, wahrscheinlich schon vorher bestehenden schwierigen psychischen Konflikte mit Cannabis zu lösen, nicht mehr funktioniert und dann (...) der Bewältigungsversuch zusammenbricht und [die Klienten] dann an dem Punkt kommen.“ (E2, 17)

Für eine andere Therapeutin stellten **Klärungsanliegen** und **Selbstwertprobleme** eine eher generelle Motivation dar.

„Und was sicher immer wieder drüber schwebt, über allem, ist so das Selbstwertproblem: Ich bin so unzufrieden mit mir, ich weiß gar nicht was oder ob ich überhaupt etwas kann. Oder ob ich auch ohne Kiffen nicht sehr viel mehr kann als jetzt. Also, diese Fragen: Wer bin ich? Was liegt mir? Was nicht? Welche Möglichkeiten habe ich überhaupt? ...tauchen ganz oft auf. Da mehr Klarheit über sich selbst zu kriegen, ist schon oft ein Anliegen.“ (E1, 11)

Das Schwierige an einigen Motiven sei, dass die Anliegen, Ansprüche und Wünsche der Cannabisklienten manchmal sehr groß seien und weit von Realisierungsmöglichkeiten entfernt wären.

„Ja, die Realisierung ihrer Ziele, ihrer Vorstellungen, die manchmal ganz hochtrabend sein können..., dass sie merken, dass sich das nicht umsetzen lässt, dass Wunsch und Realität ganz stark auseinander klaffen.“ (E2, 16)

Neben den Klienten, die als klares Anliegen das Einstellen des Konsums formulierten, seien die Therapeuten häufig mit Klienten konfrontiert, die ihren Konsum zwar reduzieren möchten, aber nicht die Abstinenz anstrebten.

Insgesamt benennen die Therapeuten eine sehr unterschiedliche Motivlage der Cannabisklienten, die als ein Spezifikum dieser Klientengruppe gewertet werden könne, sie von Konsumenten anderer Substanzen unterscheidet und in der Therapieplanung Berücksichtigung finden müsse.

6.1.2 Gemeinsamkeiten der Cannabisklienten

Insgesamt gehen die Therapeuten, wie im letzten Kapitel beschrieben wurde, von sehr unterschiedlichen Voraussetzungen und Situationen der Klienten aus. Trotz der Betonung der Heterogenität äußerten alle Interviewpartner, dass Cannabisklienten im Verhältnis zu Konsumenten anderer Drogen 'irgendwie anders' seien. Somit ist davon auszugehen, dass die Therapeuten von bestimmten gemeinsamen Spezifika der Cannabisklienten auszugehen scheinen. Hierbei stellt die Heterogenität als solche bereits eine Gemeinsamkeit der Cannabisklienten dar, die sie von Klienten anderer Substanzen unterscheidet, die in sich oftmals homogener seien.

In Ergänzung zu den spezifischen inhaltlichen Ausgestaltungen der therapeutischen Differenzierungsweisen, die im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurden, zogen die Therapeuten in verschiedenen Passagen Vergleiche mit *Konsumenten anderer Substanzen* bzw. machten generellere Aussagen über Cannabisklienten hinsichtlich ihrer *Risikoeinschätzung* und des *hohen Vorkommens von Komorbidität*. Dies ließ weitere spezifische Sichtweisen und Gemeinsamkeiten der Cannabisklienten erkennen, die in den nachfolgenden Unterkapiteln beschrieben werden.

6.1.2.1 Gemeinsamkeiten der Cannabisklienten im Vergleich zu Konsumenten anderer Substanzen

Die Therapeuten charakterisierten die Cannabisklienten als Gruppe mehrfach in der Gegenüberstellung zu Konsumenten anderer Substanzen. Aufgrund des Vergleichens können diese Aussagen als Gemeinsamkeiten der Cannabisklienten gewertet werden.

Im Vergleich zu **Partydrogenkunden** beschreiben die Therapeuten Cannabiskunden als abgeschotteter, isolierter, oft einsamer und eher in ihrer ‚eigenen Welt‘ lebend.

„Ich sehe, dass die Partydrogenkonsumenten über einen längeren Zeitraum eher versuchen, nach außen eine Fassade aufrecht [zu] erhalten, des guten Funktionierens und des Sich-kompetent-und-fit-zeigens. Die auch mehr unterwegs sind, mehr versuchen, mit anderen Spaß zu haben, sich so lange wie möglich in bestimmten Partykulturen zu bewegen und möglichst lange da Spaß und Genuss zu haben. Das hat man bei Leuten, die schwerpunktmäßig kiffen nicht so sehr, d.h. die haben sich viel früher zurückgezogen. [Sie] sind eben in der Regel tendenziell abgeschotteter, sind auch im längeren Verlauf isolierter, sind viel oft auch einsamer.“ (E2, 1)

Von **Opiatkunden** würden sie sich trotz der Beobachtung, dass die Cannabiskunden insgesamt zunehmend intensiver konsumieren würden, aufgrund der unterschiedlichen Substanz durch eine geringere Intensität des Rauschempfindens unterscheiden. Außerdem seien unterschiedliche Konsumauswirkungen und ein anderes soziales Image der jeweiligen Drogen zu beobachten. Dies führe zu unterschiedlichen Bewertungen und zu einer geringeren Risikoeinschätzung des Drogenkonsums (vgl. Kap. 6.1.2.2 *Geringe Risikoeinschätzung und Konsumambivalenz*). Auch hätten sie nicht zwangsläufig soziale Probleme, seien fragiler und es fiel ihnen eher schwer, sich gegenüber anderen abzugrenzen.

„...während ich sicher bei Opiaten eine stärkere Abgrenzung sehe. Weil einfach alleine schon die Intensität, wie das Rauscherleben im Opiatkonsum, ist eine ganz andere und die Auswirkungen und das soziale Image der Leute sich deutlich unterscheidet von Cannabiskonsumenten. (...) Es gibt nicht mehr so etwas wie eine deutliche Zugehörigkeit zu einer ganz bestimmten Subgruppe oder Szene. Und das ist mit Opiatkonsum wesentlich stärker verbunden, so ganz anders zu sein als die anderen, rauszufallen, auch sich allem zu verweigern, während das bei den Cannabiskonsumenten nicht ist.“ (E2, 4)

Während die Therapeuten also festhalten, dass die Opiatkunden Mitglieder einer eigenen ‚Szene‘ seien, sehen sie Cannabiskunden keiner bestimmten Subkultur zugehörig und in allen sozialen Schichten vertreten. Außerdem unterscheide sich die soziale Situation, der Lebensstil und die Lebenserfahrungen. Aufgrund der geringeren Kriminalität hätten die Cannabiskunden selten Haft Erfahrung und würden insgesamt weniger in Konflikt mit sozialen Situationen kommen, seien oftmals sozial besser integriert als Heroinkunden. Gleichzeitig verfügten sie allerdings nicht über bestimmte Lebensbewältigungskompetenzen, die die Heroinkunden teilweise in der

‚Szene‘ erwerben würden. Die Biographieverläufe unterschieden sich nach Aussagen der Therapeuten dadurch, dass diejenigen der Cannabisklienten in der Tendenz weniger dramatisch, von geringerer Aggressivität und Brutalität geprägt und auch mit weniger Beschaffungskriminalität konfrontiert seien.

Aufgrund des häufig jungen Alters und der geringer erlebten negativen Auswirkungen in der Familie verfügten die Cannabisklienten im Unterschied zu den Heroinkonsumenten noch über einen engen Bezug zur Familie. Dieser stelle eine veränderte Ausgangsbedingung dar, in der zum einen die Co-Abhängigkeit eine Rolle spiele und zum anderen Fähigkeiten der Lebensbewältigung kaum gelernt werden könnten.

„Die [Heroinklientin] musste Kompetenzen entwickeln, wie man so durch das Leben kommt. Und genau das ist bei den Kiffern eher unterentwickelt. Ich finde, dass die häufig, auch wenn sie schon alleine gewohnt haben, noch engen Bezug zur Familie haben. Dann kommt die Mama und füllt den Kühlschrank, oder die WG-Betreuerin oder Freundinnen. Also, die haben noch so ein Netz, was immer noch so ein bisschen mit gedeckelt hat. Und ich meine, die müssen nicht losgehen und müssen sich nicht so viel Geld besorgen.“ (E5, 9)

Hinzu kommt, dass einige Therapeuten bei Cannabisklienten auch wenig andere ausgebildete soziale Netze sehen, in denen Kompetenzen entwickelt werden konnten und die selbst aufgebaut worden sind. Somit sei es für einige Cannabisklienten oft schwer, Alltagsanforderungen zu bewältigen und sich selbst eine Tagesstruktur zu geben.

„Oft erlebe ich [bei] Menschen, die eine Heroinabhängigkeit haben, dass es noch soziale Verbindungen gibt, dass es noch connections gibt, dass man sich noch auf eine gewisse Art und Weise auseinandersetzt, auch konflikthaft auseinandersetzt. Das ist da schon anders. ... Was ich [bei Cannabisklienten] wahrnehme ist, dass soziale Netzwerke einfach weniger ausgebildet sind, dass es so etwas wenig gibt, dass es oft eine Schwere hat, eine Tagesstruktur zu entwickeln und zu halten.“ (E3, 7)

Neben lebensweltlichen Aspekten beschreiben die Therapeuten Eigenschaften und Verhaltensweisen, die in der Behandlung deutlich würden. Hier unterschieden sich Cannabisklienten von Heroinklienten durch stärkeres Rückzugsverhalten und vermehrte Kontaktabbrüche.

In gemischten Therapiegruppen seien sie gehemmt, vorsichtiger und ängstlicher. Auf Abwertung würden sie empfindlicher reagieren, während sich Heroinklienten in der direkten Reaktion mit Härte, Abgrenzung und Gegenangriffen schützen würden, reagierten Cannabisklienten eher mit

Unsicherheit und Empfindlichkeit. Entsprechend formulierte eine Interviewpartnerin die entsprechend entgegengesetzten Ziele.

„(...) weil ja schon, diese Psychodynamik, diese Persönlichkeit an sich, das was man erlebt, diese Fragilität, auch das, was sie lernen müssen zum Teil... Cannabiskonsumenten müssen lernen sich abzugrenzen, müssen lernen, ein bisschen dickhäutiger zu werden. Beim Heroinkonsumenten arbeite ich eher, dass er dünnhäutiger wird.“ (E5, 33)

Alle Therapeuten berichten, dass sich Cannabisklienten auf der affektiven Ebene durch gehäufte depressive Erkrankungen von anderen Konsumenten unterscheiden würden.

„(...) was deutlicher ist bei Cannabiskonsumenten, ist (...), dass der (...) Aspekt der Depressionserkrankung schon höher ist, also auffälliger ist (...). Also, Kontaktabbrüche, Rückzugsverhalten, mit sich alleine sein, dass das schon auffälliger ist.“ (E3, 7)

Eine Therapeutin berichtet, dass Cannabisklienten häufiger mit Antidepressiva behandelt würden als Heroin Klienten. Auch dies kann als Ausdruck gewertet werden, dass bei Cannabisklienten viel öfter depressive Strukturen und Symptome vorhanden sind. Diese Beobachtung beschränkt sie allerdings auf 'ältere' Klienten.

„Also diese depressive Struktur (...) finde ich oft bei älteren. Das sind dann nicht die Anfang-20-Jährigen, das sind dann eher die End-20- Anfang-30-Jährigen.“ (E5, 27)

Im Vergleich zu **Kokain Klienten** würden sich Cannabisklienten weniger dynamisch und hektisch zeigen.

Die größten Gemeinsamkeiten weisen, so die Befragten, Cannabisklienten mit **Alkohol Klienten** auf. Im Vergleich zu ihnen werde sie jedoch als ‚träumerischer‘ und abwesender erlebt. Konsummuster, Konsummotive (Entspannung und Spaß haben) seien hier jedoch am vergleichbarsten. Außerdem seien der Grad der ‚Normalisierung‘ des Konsumverhaltens und somit die Bedeutung als Alltagsdroge annähernd identisch.

Ein Unterschied sei allerdings das stärkere Kontrollbedürfnis im Rauscherleben sowie das zielgerichtete Erreichen-wollen von Entspannungs- und Phantasiezuständen. Beides sei mit Alkohol weniger zu befriedigen.

„Ich denke (...), dass es eher ein Wunsch ist, die Kontrolle zu haben und eher sich in eine bestimmte entspannende Stimmung, auch in eine bestimmte Phantasie und in so einen relaxten Zustand (...) zu bringen. Und den hast du wesentlich besser und sicherer mit Cannabis als mit Alkohol.“ (E2, 5)

Die mit Alkohol entstehenden Enthemmungsgefühle, Aggressivität, Weinerlichkeit und heftige Katerzustände seien von Cannabisklienten weniger erwünscht und kämen entsprechend mit Cannabis auch weniger vor.

6.1.2.2 Geringe Risikoeinschätzung und Konsumambivalenz

Geringe Risikoeinschätzung

Diese Kategorie konnte als eine Gemeinsamkeit fast aller Cannabisklienten ermittelt werden, da alle Therapeuten diesbezüglich eindeutige Aussagen machten. Cannabis wird ihrer Einschätzung nach in vielen Bereichen mystifiziert und bagatellisiert. Die Unsicherheit, ob es überhaupt Probleme mit Cannabiskonsum geben kann, sei ein häufiges Spezifikum und Gemeinsamkeit der Cannabisklienten in ihrer Auseinandersetzung mit Drogen.

„Also was die gemeinsam haben ist sicher, dass es so Spezifika in deren Auseinandersetzung mit Drogen gibt. ... Kiffer haben fast alle z.B. das Problem, das Thema in der Tendenz eher zu bagatellisieren oder zumindest es gut gekannt zu haben, es lange bagatellisiert zu haben und irgendwann vielleicht drauf gekommen zu sein, dass es so harmlos vielleicht nicht ist.“ (E1, 2)

Die Risiken des Cannabiskonsums würden häufig von Klienten, aber auch von vielen Eltern unterschätzt. Es bestünde ein großer Bedarf an Aufklärung. Für die Eltern sei das Risikopotential schwer zu erkennen, da Cannabiskonsum im Gegensatz zum Konsum von Alkohol und anderen Drogen stiller und unauffälliger geschehen würde.

„Selbst bei Alkohol sind Eltern (...) oder der Freundeskreis eher [als bei Cannabis] bereit zu sagen, stopp mal, was machst du da. Weil er mehr in Mitleidenschaft gezogen wird, weil er dann unangenehmer ist, weil er aggressiver wird, weil er mehr Geld braucht. Da ist der Cannabiskonsum eher unauffällig. Um so mehr er raucht, um so stiller ist er dann. Die neigen dann dazu, das zu übersehen, das zu bagatellisieren. Deswegen auch oft diese jahrzehntelangen Geschichten. Und da finde ich, ist ein Behandlungsbedarf von Aufklärung.“ (E5, 14)

Die Auswirkungen des Cannabiskonsums seien von geringerer Intensität als bei anderen Drogen, würden sehr lange als positiv empfunden und somit negative Folgen erst spät und schleichend spürbar.

„Wenn ich was rauche und merke, es ist sanft und mild, ich bin danach entspannter und fühl mich wohler, dann ist doch naheliegend, das regelmäßig zu machen. Und alle Welt redet davon, dass es ja außerdem noch ein Naturprodukt ist und sowieso legalisiert werden soll“ (E1, 30a)

Die von der Therapeutin beschriebene zunehmende Normalisierung und Verbreitung des Konsums in der Bevölkerung trage zu dem geringeren

Risikobewusstsein bei. Das gelte vor allem in vielen Jugendszenen, in denen es inzwischen als sehr selbstverständlich gelte, Cannabis zu konsumieren, und eher ungewöhnlich sei, es nicht zu tun. Hinzu käme ein durch einen Generationswechsel bedingtes, verändertes Verhalten der Eltern, die mehr und mehr auch über eigene Konsumerfahrung verfügen würden. All dies trage dazu bei, dass Cannabis zu einer Alltagsdroge geworden sei, dessen Risikopotential zunehmend unterschätzt würde.

„Ja, es ist eine Normalisierung. Es gibt eine breitere gesellschaftliche Akzeptanz. Wir haben einen Generationswechsel, wo zum Teil die Eltern auch schon [Cannabis-] Erfahrung haben, und dass sich das – und das sieht man ja nicht nur in Deutschland, sondern dass sich das europaweit durchsetzt, als eine Alltagsdroge.“ (E2, 26)

Generell sei die Bereitschaft, Befindlichkeit durch Konsumverhalten zu verändern selbstverständlicher geworden. Die Bagatellisierung des Konsums führe auch dazu, dass es länger dauere, Problemeinsichten zu gewinnen, und begünstige selbst nach längerer Abstinenz Rückfallgefahren.

„Na ja, es geht ja hier schließlich nur um Cannabis, also ich bin ja nicht Heroinabhängig, also es muss doch mal gehen, dass ich ab und zu mal eine rauche. Da kommt auch wieder diese Verharmlosung oder dieses sicher schwächer ausgeprägte Risikobewusstsein gegenüber Cannabis im Vergleich zu anderen Drogen.“ (E1, 48)

Auch im Vergleich zu Alkohol benennt ein Therapeut die Verharmlosung als wichtigen Mechanismus, um Konsum- und Rückfallverhalten zu erklären. Es bestehe ein geringeres 'Unrechtsbewusstsein' hinsichtlich des Konsums.

„...beim Alkohol... von der Dynamik her, da gibt es einen Rückfall und dann gibt es eine Scham und eine Schuld, (...) die über den Selbstwert so negativ verarbeitet wird, dass dann wieder der nächste Rückfall notwendig ist. Und das ist beim Kiffen anders. Ein Kiffer, der einen Rückfall hat, der fühlt sich nicht so beschämt. ... Ein Kiffer wird eher noch versuchen, seinen Rückfall zu verteidigen, zu bagatellisieren, zu erklären.“ (E4, 19)

Eine Therapeutin, in deren Einrichtung auch Heroinklienten behandelt werden, beschreibt, dass Cannabisklienten von Mitpatienten nicht ernst genommen werden, da ihr Konsum als 'Kavaliersdelikt' angesehen werden würde.

„Die meisten haben ja auch gut gelebt, ich meine, das Dealen mit Drogen ist für alle schwierig, aber bei Cannabis, die haben da nicht dieses Unrechtsbewusstsein. Also ein Heroindealer, der denkt, wenn er clean auf sein Leben kuckt, oh Gott, wer weiß, wie viele Leute sind vielleicht schon gestorben, weil ich Ihnen Heroin verkauft habe. Das hat der Cannabisdealer nicht, der hat ja eher das Bild, ich habe noch 10 Leute glücklich gemacht.“ (E5, 2)

Diese Verniedlichung bzw. auch die teilweise objektive Unterschiedlichkeit der Drogen mache es den Cannabisklienten in der Therapie im Vergleich mit Heroinklienten manchmal schwer, ihre Suchterkrankung ernst zu nehmen und ihre eigene Problematik zu sehen.

Die Verharmlosung des Konsums führe auch dazu, dass bestehende Probleme nicht in den Zusammenhang mit dem Konsumverhalten gebracht würden. So ließe sich nach Ansicht eines Therapeuten erklären, dass Cannabisklienten oftmals eher zum Arzt oder in eine psychiatrische Klinik gingen, sich aber keine Unterstützung in Einrichtungen der Suchthilfe holen würden.

Konsumambivalenz

Eine u.a. aus der geringen Risikoeinschätzung resultierende weitere Gemeinsamkeit der Cannabisklienten ist nach Ansicht der Therapeuten eine oftmals ausgeprägte Konsumambivalenz. Ein Therapeut erklärt sich die Ambivalenz und die daraus resultierende Notwendigkeit, Motivationsarbeit zu leisten damit, dass die Cannabisklienten u.U. in ihrer ‚Drogenkarriere‘ zu einem früheren Zeitpunkt in Kontakt mit dem Hilfesystem kommen als Konsumenten anderer Drogen.

„Und dass dann die Leute früher in Kontakt mit Drogenhilfe kommen, das heißt aber auch, dass sie dann noch nicht so eine stabilisierte Eigenentscheidung in Richtung Abstinenz haben. Meine Erfahrung mit den Kiffern ist die, dass die ambivalenter sind. Das hat nicht unbedingt was mit der Substanz zu tun, sondern vielleicht eher mit dem Weg, den die durch das Jugendhilfe-, Drogenhilfe-, sonst was System nehmen. Das könnte ich mir vorstellen. Aber (...) beim drüber nachdenken ist mir aufgefallen, dass ich viel Arbeit mit den Kiffern in Richtung Motivation aufbringen muss.“ (E4, 2)

Diese Ambivalenz spielt darüber hinaus, wie in Kap. 6.4.2.2 *Umgang mit Konsumentenscheidungen und Abstinenzorientierung* genauer beschrieben wird, auch im Behandlungsprozess eine große Rolle. Grundsätzlich sei aber auch die Ambivalenz in der Substanz begründet, deren Konsum und Auswirkungen nicht so eindeutig wie andere illegale Drogen als schädlich angesehen werden könnten und weniger dramatischere Vorläufe nähmen.

„... man hat eben das Problem mit dieser Substanz, sie nicht so eindeutig als das Übel zu sehen, sondern eben auch als Selbstmedikation, als Heilmittel, was doch über einen gewissen Zeitraum für manche mit schweren Störungen sehr hilfreich und entlastend erlebt wird. Ich denke, das hat man bei Amphetaminen oder Kokain [nicht], da kann man das so nicht sagen. Da überwiegen deutlich auf Dauer die Schädigungen, die Störungen, es wird alles dramatischer, wenn regelmäßig konsumiert wird. Das hast du bei Cannabis nicht so, es wird nicht

alles dramatischer. Im Gegenteil, es kann über längere Zeit sehr gut funktionieren und deshalb ist es auch für jemand eine riesige Entscheidung zu sagen: So ich steige jetzt aus.“ (E2, 34)

Die Klienten machten zudem auch die Erfahrung, dass es für viele in ihrem Umfeld möglich ist, Cannabis kontrolliert und verantwortlich zu konsumieren. Dieser Sachverhalt mache eine differenzierte Risikoeinschätzung schwieriger als bei anderen Drogen.

6.1.2.3 Hohe Komorbidität mit anderen psychischen Belastungen

Cannabisklienten zeichnen sich für die Therapeuten durch ein hohes Aufkommen an komorbiden bzw. prämorbidem Störungen aus. Neben der Abhängigkeit weisen die Cannabisklienten, wie in dem Kapitel 6.1.1.2 *Differenzierung der Cannabisklienten nach psychischen Symptomen* bereits ausführlich beschrieben, eine Vielzahl an verschiedenen psychischen Symptomen auf. Ohne die einzelnen Symptome erneut aufzuzählen, stellt diese Kategorie eine für die Ausgestaltung der Behandlung und der Behandlungsangebote bedeutsame Gemeinsamkeit der Cannabisklienten dar.

6.1.3 Zusammenfassung: Die Cannabisklienten

Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung ist, dass Cannabisklienten sehr stark von **Heterogenität** geprägt sind und dass dies als relevantes Charakteristikum der Gruppe anzusehen ist. Dabei sind *Entwicklungsaspekte*, *psychische Symptome oder Belastungen* sowie die *Therapiemotivation* für die Therapeuten wichtige Kriterien, nach denen sie die Cannabisklienten differenzieren. Jedes dieser Differenzierungskriterien spricht für eine zielgruppenspezifische Sichtweise und ein entsprechendes Behandlungsvorgehen und beschreibt spezifische Aspekte der Cannabisklienten.

Erstens zeigte sich, dass bei dem Kriterium **Entwicklungsaspekte** die Identifizierung der jugendlichen Klienten und die Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und Entwicklungsprobleme besonders berücksichtigt werden und insgesamt hervorzuheben sind.

Zweitens wurde deutlich, dass die Therapeuten die Klienten nach ihren **psychischen Symptomen** unterscheiden. Die Vielzahl und die Bedeutung dieser Symptome wurde als ein Charakteristikum für die Gruppe der

Cannabisklienten ermittelt. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Psychose als häufige Begleitproblematik zu, die stark mit den Cannabiskonsumern in Verbindung gebracht wurde.

Drittens erweisen sich die oftmals sehr unterschiedlichen **Therapiemotivationen** der Cannabisklienten als eine besondere Herausforderung für die Therapeuten. Fremdmotivationen, die Einbeziehung von Bezugspersonen, die Reduzierung der psychischen Belastungen und der Wunsch nach kontrolliertem Konsum sind einige der diversen Anliegen, mit denen die Therapeuten in der Behandlung konfrontiert werden. Hier erleben die Therapeuten heterogenere Anliegen als bei Klienten, die andere Substanzen konsumieren.

Neben der Bedeutung der **Heterogenität**, die als solche bereits eine Gemeinsamkeit der Cannabisklienten darstellt und sie von Klienten anderer Substanzen (die in sich oftmals homogener seien) unterscheidet, konnten von den Therapeuten wahrgenommene **Gemeinsamkeiten** anhand des Vergleichs mit **Klienten mit anderem Substanzkonsum** ermittelt werden. Die Therapeuten beschreiben die Cannabisklienten auf der **psychischen Ebene** als Personen, die eher zurückgezogen, mehr mit sich beschäftigt, weniger abgrenzungsfähig, einsamer, gehemmter und oft mit psychischen, insbesondere affektiven Symptomen belastet seien. Auf der **Ebene der Lebenswelt** sei den Cannabisklienten gemeinsam, dass sie häufig noch einen engeren Bezug zu ihren Familien hätten und weniger mit sozialen oder gesellschaftlichen Auswirkungen des Konsums konfrontiert seien.

Eine weitere Gemeinsamkeit der Cannabisklienten, und gleichzeitig spezifische Herausforderung für die Therapeuten, ist ein insgesamt **geringes Risikobewusstsein** der Klienten, das sich ihrer Ansicht nach aus einer zunehmenden Normalisierung von Cannabiskonsum und aus dem teilweise objektiv geringeren Schädigungspotential der Substanz ergibt. Damit einhergehend beobachten sie eine starke **Konsumambivalenz** der Klienten. Als letztes Ergebnis hinsichtlich der Cannabisklienten ergibt sich die Kategorie hohe **Ko- bzw. Prämorbidität**, die im Zusammenhang mit Cannabiskonsum beobachtet wird.

6.2 Das Problemverständnis

Bei der Auswertung konnten viele Aussagen der Therapeuten unter den Aspekten Diagnostik, Abhängigkeit, Funktionalität des Cannabiskonsums und Komorbidität gebündelt werden. Die Inhalte der jeweiligen Kategorien sowie deren Zusammenwirken beschreiben, wie die Therapeuten die Probleme der Cannabisklienten verstehen.

6.2.1 Bedeutung des Abhängigkeitsaspektes

Ein zentraler Aspekt im Problemverständnis der Therapeuten war die Bedeutung des Abhängigkeitsaspektes und dessen besonderes Verständnis im Hinblick auf Cannabis.

Für die Therapeutin, die in der stationären Einrichtung auch mit Heroinabhängigen (Haus Lenné) arbeitet, sowie für den Therapeuten (Drogentherapiezentrum), der ambulant auch mit Heroin Klienten arbeitet, scheint der Abhängigkeitsaspekt bedeutender zu sein bzw. mehr im Fokus der Behandlung zu stehen als für die anderen drei Interviewpartner, die ausschließlich mit Cannabis- und Partydrogenkonsumenten (*Therapieladen*) arbeiten. Hier stellt sich die Frage, ob die Einschätzungen kontext- oder substanzbezogen zu erklären sind.

Eine substanzbezogene Erklärung, die sich aus der unterschiedlichen Eigendynamik und Suchtpotenz ergibt, beschreibt eine Therapeutin folgendermaßen.

„Ich glaube, dass bei anderen Substanzen gibt es mehr Eigendynamik, weil die auch eine andere Suchtpotenz haben. Ja, da gibt's ne andere Eigendynamik, die sich dann entfaltet, wenn jemand regelmäßig viel Alkohol konsumiert, wenn jemand regelmäßig Kokain konsumiert, Speed konsumiert, weil die Drogen selber einfach einen viel krachenderen Effekt haben. Das ist ja bei Cannabis gar nicht so. ... Aber ich denke, dass es nicht unbedingt so nachvollziehbar ist für viele, warum man am Kiffen so heftig kleben bleibt, dass man davon nicht mehr wekommt, weil so toll ist es ja doch nicht.“ (E1, 37)

Aufgrund der geringeren Eigendynamik von Cannabis sei es immer noch für viele Klienten, aber auch für einige Professionelle schwieriger nachzuvollziehen, dass es bei Cannabis auch eine Abhängigkeitsentwicklung geben kann. Diese Einschätzung führe auch dazu, dass viele Klienten immer wieder den Wunsch nach kontrolliertem Konsum äußerten.

Obwohl Cannabis von vielen Therapeuten anders bewertet wird als andere Substanzen und die Suchtentwicklung nicht so dominierend erlebt wird, sei die Abhängigkeitseinschätzung für die Behandlung ein wichtiger Faktor, der differenziert betrachtet werden müsse. Hierzu sei es notwendig die verschiedenen Konsummuster mit ihren unterschiedlichen Auswirkungen genau zu betrachten.

Sie beschreiben, dass die Bewertung des Konsumverhaltens aufgrund der weniger dramatischen Wirkungsweise der Drogen und der bisher fehlenden Erkenntnisse ein oftmals sehr schwieriger Prozess sei.

„Na, zunächst fällt mir dieser Punkt [ein], wo ich irgendwann für mich entscheiden muss, [ob] ich den Konsum als problematisch ansehe. Ist das jetzt eigentlich ein süchtiger Konsum oder ist das eigentlich eine psychische Störung, wo dann ein bisschen beikonsumiert wird. Dieser Entscheidungsprozess ist nicht über das Knie gebrochen, der muss beim Kiffen schon sehr genau angekuckt werden. Ich denke, da fällt die Entscheidung beim Alkohol leichter. Bei Opiaten ist das sowieso klar.“ (E4, 29)

Entscheidend sei, ob Abhängigkeit als eigenständige Problematik gesehen würde oder als Begleiterscheinung von anderen psychischen Störungen.

Eine Therapeutin beschreibt das 'Abhauen', das Flüchten aus der Realität als einen wichtigen Suchtaspekt, der reflektiert werden müsse. Hierzu biete sich Cannabis in besonders idealer Weise an.

„Also, ich finde, Cannabis ist wirklich eine Droge, die ideal ist zum Abhauen. Auf eine ganz subtile Weise, das ist ja nicht so dramatisch. ...// Und diesen Aspekt von Sucht, also so verführt zu sein, sich eben immer wieder doch raus..., auszuklinken aus der harten Realität, sag ich mal, oder der frustigen..., den find ich sehr wichtig bei Cannabisabhängigen anzukucken.“ (E1, 22)

Hier wird bereits deutlich, wie entscheidend der Aspekt der Funktionalisierung des Cannabiskonsums für das Problemverständnis ist.

6.2.2 Bedeutung von Komorbidität / Prämorbidität

Neben der Abhängigkeitsproblematik beschreiben die Therapeuten häufig weitere psychische Belastungen der Cannabisklienten (vgl. Kap. 6.1.1.2 *Differenzierung der Cannabisklienten nach psychischen Symptomen*). Der in diesem Kapitel bereits deutlich gewordene Aspekt der Komorbidität wird von einigen Therapeuten bei Cannabis in einer besonderen Weise wahrgenommen.

„... ich glaube, dass der Aspekt der Komorbidität hier ganz besonders wichtig ist, weil der Konsum selbst ja nicht so aufregend ist. ... also ich denke, die

Problematik Cannabisabhängigkeit wird überhaupt erst verstanden, wenn ich die komorbide Störung begreife und mitbehandele, dann wird überhaupt erst nachvollziehbar, warum jemand in so eine Cannabisabhängigkeit reinrutschen kann.“(E1, 33)

So ist ein zentrales Ergebnis, dass die Abhängigkeit von Cannabis eng im Zusammenhang mit den komorbiden oder prä-morbiden Erkrankungen gebracht wird. Sie sei überhaupt erst verstehbar, wenn die zugrundeliegenden Schwierigkeiten mit dem Konsum in Verbindung gebracht werden. Deutlich wird dies für einige Therapeuten nach dem Erreichen der Abstinenz. Während für Klienten mit anderen Substanzen in der Regel nach dem Einstellen des Konsums eine Verbesserung eintrete, zeige sich bei vielen Cannabisklienten erst die eigentliche Problematik, die bereits vorher bestand und nun nicht mehr mit Cannabis verdeckt würde.

„Also, ich denk, bei den Kiffern springt es einen viel schneller an, was da sonst noch los ist. Die sind ja auch nicht, wenn sie jetzt plötzlich irgendwie nüchtern sind, so schlagartig ganz andere Menschen. So ist es eben nicht. Ich sage mal, wenn jemand von Opiaten clean wird, ist er sicher erst mal ein ganz anderer Mensch oder auch von Koka. Aber beim Kiffen ist das ja oft nicht so, da ist es eher viel subtiler, wie das passiert.“ (E1, 33)

Dieser Effekt führe dazu, dass die Abstinenzmotivation zu diesem Zeitpunkt häufig ins Wanken gerate und dass positive Veränderungen viel längerfristiger zu betrachten seien.

Die Zusammenhänge zwischen Abhängigkeit und Komorbidität seien vor einigen Jahren noch nicht so deutlich gesehen worden. Abhängigkeit und psychiatrische Störungen seien oft nachrangig und in verschiedenen Einrichtungen behandelt worden. Das jeweilige Ausschließen von Symptomen, wenn Psychiatrie keine Abhängigkeiten behandelt habe und Suchthilfe keine psychiatrischen Störungen, führte dazu, dass einige Klienten gar nicht in den Einrichtungen angenommen wurden.

„Also, ich bin erst einmal ziemlich froh darüber, dass sich dieses Thema so verändert hat. Also, früher war das ja durch Glaubenskriege gekennzeichnet und es war auch immer so eine Nachrangigkeit da. Deshalb sind ja viele Patienten überhaupt nicht angekommen. Ich glaube, dass die Wahrscheinlichkeit und die Häufigkeit, dass Menschen, die eine Suchterkrankung haben und auch eine seelische bzw. eine psychiatrische Erkrankung haben sehr viel häufiger ist, als wir das wahrhaben wollten. Und ich glaube auch, dass im Grunde beides miteinander behandelt werden muss und nicht künstlich aufgespalten werden darf.“ (E3, 6)

Zum Teil seien die Zusammenhänge wahrscheinlich noch deutlicher, als bisher angenommen wurde. Interessanterweise zeigt sich dieser Zusammenhang bei

den Cannabisklienten für die Therapeuten noch deutlicher als bei anderen Substanzen. Eine Therapeutin geht davon aus, dass sich grundsätzlich jede Droge zu dieser Art von Selbstmedikation eignet, Cannabis sei jedoch wesentlich besser geeignet als andere Drogen. Zum einen sei die Substanz aufgrund ihrer spezifischen Wirkungsweise (entspannend, beruhigend) sehr zweckmäßig, bestimmte Probleme zu lindern. Zum anderen träten die Folgen einer Abhängigkeitsentwicklung erst viel später ein und die Nebenwirkungen seien geringer, so dass länger eine positive Wirkung aufrecht erhalten werden könne als bei Heroin oder Kokain, ohne allerdings die eigentliche Problematik zu lösen.

„Cannabiskonsumenten können das jahrelang machen, finde ich. Das finde ich ja auch oft erstaunlich. Da gibt es Leute, die haben 10 Jahre das betrieben. So, und dann haben sie gemerkt, irgendwann wirkt es nicht mehr. Es war wahrscheinlich schon lange absehbar, aber sie haben immer noch das Gefühl gehabt, es geht, es geht und dann stehen sie da und merken, es funktioniert nicht mehr. Ich bin ja genauso depressiv, wie ich vor 10 Jahren war.“ (E5, 28)

Als die häufigsten ko- bzw. prämorbidem Störungen wurden Depressionen, Ängste, Impulskontrollstörungen, Aggressionen, ADHS, emotionale Instabilität (Borderlineproblematik) und Psychosen (insbesondere die psychotische negativ Symptomatik) genannt (vgl. Kap. 6.1.1.2 *Psychische Symptome*), die von den Klienten mit Cannabis 'behandelt' würden. Gleichzeitig könne Cannabis aber auch bestimmte Symptome wieder verstärken oder erneut verursachen.

„Cannabis verbessert deutlich die affektive Stimmung, die gefühlsmäßige Wahrnehmung, dieses stumpfe Gefühl, was durch eine Psychoseentwicklung in Verbindung mit Medikation in Gang kommt, wird deutlich verbessert. Das zeigen auch Untersuchungen. Da zeigt sich besonders die Doppeldeutigkeit: Sie erleben sich in ihrer Stimmungslage besser, kommen aber natürlich nicht weiter. Im Gegenteil kommen in große Gefahr, dass sie durch den Konsum wieder produktive Symptome verstärken und der langfristige Heilungserfolg nicht gegeben ist. Und in gewisser Hinsicht kann man das auch bei Depressiven und auch bei Angstproblemen sehen. Die Angst wird gemildert, man kann besser mit Angst umgehen. Bestimmte Formen von Depressionen können auch kaschiert werden. Das sind alles Dinge, wo Cannabis eingebaut wird, dass es eine gewisse Milderung mit diesem Symptome gibt, ohne dass nun wirklich das Problem gelöst wird.“ (E2, 18)

Die Möglichkeit der Selbstmedikation habe allerdings auch zur Folge, dass frühzeitige psychotherapeutische Behandlungen versäumt würden und die bestehende Problematik langfristig einen schlechteren Verlauf nähme.

„Es ist ja oft so, dass sich die Suchterkrankung bei Patienten, die eine Schizophrenie haben, sich nicht wesentlich anders entwickelt als bei Patienten,

die keine haben. Aber die psychiatrische Erkrankung entwickelt sich massiv anders.“ (E3, 24a)

Die jeweilige Ausprägung der Symptome mache in vielen Fällen eine ärztliche Medikation notwendig, die jedoch mit Compliance-Problemen verbunden sei. Einigen Cannabisklienten würden sie ablehnen, da sie einen oft vorhandenen Autonomie-Abhängigkeitskonflikt berührten, in dem sie aufgrund der Fremdverordnung den ausgeprägten Wunsch nach Unabhängigkeit beeinträchtigen würde.

Unklar bleibt bei den Äußerungen zur Komorbidität, ob die psychischen Störungen 'ko-', also neben der Abhängigkeit, oder 'prä-', also bereits vor der Abhängigkeit, vorhanden seien.

6.2.3 Bedeutung der Funktionalität des Cannabiskonsums

Der Aspekt der Funktionalisierung des Konsums nimmt aufgrund der häufigen Nennung eine sehr zentrale Bedeutung im Problemverständnis der Therapeuten ein, so dass es sinnvoll erschien ihm hier ein Kapitel zu widmen. Sieht man die Funktionalität in Verbindung mit den bereits dargestellten Aspekten Abhängigkeit und Ko- bzw. Prämorbidität, so zeigt sich, dass sie, als eine Art Bindeglied, den Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten erklärt.

„(...) das Spannende, und das ist das, was unsere Arbeit in besonderem Maße auszeichnet: Das zu verknüpfen, Konsum, Störung. Das Bindeglied ist Motive und Funktionen, wie das ineinander greift, das in diesem dynamischen Zusammenhang zu sehen.“ (E2, 52)

Die meisten Therapeuten sehen das eigentliche Risiko des Cannabiskonsums im Zusammenhang zwischen dem Konsummuster und der spezifischen Funktionalisierung auf dem jeweiligen Hintergrund der Person.

„Ich denk, Risiken wiederum muss man sehr viel mehr persönlichkeitspezifisch sehen, nämlich das Ausmaß des Konsummusters, dass es eben ein Zuviel wird im Zusammenhang mit der Frage der Funktionalisierung, die ist ja eng verbunden mit Persönlichkeitsausprägungen, wo das einfach so einrastet und auf Dauer eine Funktion bleibt, die andere Bereiche behindert.“ (E2, 23)

Die bloße Betrachtung der Abhängigkeitskriterien würde dies nicht genügend erfassen und seien deshalb nur bedingt geeignet, um die cannabisbezogenen Probleme zu verstehen.

„Darum muss man sich auch viel mehr mit unterschiedlichen Persönlichkeitstypen oder auch mit unterschiedlichen Funktionsformen beschäftigen und auseinandersetzen, um wirklich zu verstehen, was passiert da. Du kannst nicht von der Substanz kommen und sagen, bei Kiffen passiert das und das. Das kannst du bei Heroin eher sagen und bei Amphetaminen, selbst auch bei Halluzinogenen. (...) Während bei Cannabis hast du ein weites Feld möglicher Auswirkungen und Funktionalisierungen.“ (E2, 37)

Der Funktionalisierungsaspekt, der auch bei anderen Drogen gesehen wird, wird von den Therapeuten bei Cannabis in wesentlich stärkerem Maße begriffen. Wie bereits im Zusammenhang mit der Selbstmedikation von psychischen Erkrankungen erwähnt, die natürlich auch als eine der Funktionsmöglichkeiten von Cannabis zu begreifen sei, eigne sich Cannabis in besondere Weise, eine Vielzahl unterschiedlicher Funktionen und Motive zu erfüllen. Neben der Funktion *Selbstmedikation von psychischen Erkrankungen* benennen die Therapeuten Funktionen, die sich unter dem Begriff *Coping von Belastungen*, die noch keinen ausgesprochenen Krankheitswert haben, zusammenfassen lassen. Hier diene der Konsum u.a. dazu, Lebensgefühl zu verbessern oder negative Gefühle zu reduzieren.

„(...) wenn man diese Funktionalisierung versucht, grob zu sortieren, dann kann Cannabiskonsum in die Richtung gehen, dass man damit versucht, was eigenes, also was da ist, aufzupeppen, also das Leben ein bisschen attraktiver zu gestalten, eben mehr Phantasie zu haben, sich kreativer zu finden, oder sonst was irgendwie zu machen. Was ich so mit der Plusrichtung so meine. Oder es kann, und das ist eben auch sehr häufig, dazu dienen, eher in die Minusrichtung zu gehen, also Spannungen, die da sind z.B. wegzukriegen, Unruhe wegzukriegen. Also, wo es dann so eine Funktion von Beruhigungsmittel kriegt.“ (E1, 13)

Er könne außerdem dazu benutzt werden, Konflikte in der Familie zu regulieren.

„(...) diese Familienkonflikte und alles weitere was eben so da dran hängt, da ist natürlich Kiffen wunderbar geeignet zum einen Gefühle zu regulieren und zum anderen die Eltern auf die Palme zu bringen.“ (E1, 18)

Die Regulierung von Belastungen könne allerdings auch die Einschränkung von Erlebnismöglichkeiten zur Folge haben. Die Konsumenten würden durch dieses sich Abschirmen den Kontakt zu den Problemen verlieren und damit zunehmend verlernen, anderen Bewältigungskompetenzen zu entwickeln und in Auseinandersetzung zu gehen.

„(...) dass Cannabis sehr gut geeignet ist, sich abzupuffern. D.h. alles was mit Konflikten, mit Reibung zu tun hat, kann ich mir vom Leib halten damit. Und das ist die Gefahr eigentlich. Man sagt ja auch von der Wirkung her, das ist wie, wenn man so Watte im Kopf hat. Wenn man sich vorstellt, man geht durch das Leben und hat immer nur Watte im Kopf, dann erlebt man bestimmte Sachen einfach nicht mehr. Nämlich da, wo was reibt, wo mich was kratzt, wo mich was

berührt, das erlebt man dann nicht mehr. ... Das hat die Auswirkung, dass der Kontakt einfach nicht mehr funktioniert, dass ich mich nicht mehr in Auseinandersetzung begeben.“ (E4, 11)

Wichtig sei, unterschiedliche Ausprägungen und Grade der Funktionalisierung zu betrachten. So würden manchen Klienten mit dem Konsum einzelne, ganz bestimmte Problembereiche regulieren und bei anderen diene er umfassender dazu, Identitäts- und Selbstgefühl zu stabilisieren.

6.2.4 Notwendigkeit einer differenzierten Diagnostik

Als eine Art Fazit der bislang genannten Aspekte des Problemverständnisses lassen sich mehreren Aussagen der Therapeuten fassen, die betonen, wie wichtig es für sie ist, sich mit einer differenzierten diagnostischen Einschätzung, ein Verständnis von den Konflikten und Problemen der Cannabisklienten zu erarbeiten.

„Ich denke, es braucht eine sehr differenzierte diagnostische Einschätzung. Also, da reicht nicht der klassische Suchtblick, es reicht nicht der psychiatrische, sondern ich denke, es muss alles zusammen angekuckt werden.“ (E1, 50)

Entscheidend für die Diagnostik von cannabisbezogenen Problemen sei ein multidimensionaler Blick, der suchttheoretische, psychiatrische, psychotherapeutische sowie entwicklungspsychologische Aspekte berücksichtigt. Es geht für die Therapeuten also darum, ein weites Spektrum abzudecken, in dem die unterschiedlichen Dimensionen der Cannabisprobleme eingeschätzt werden können. Konsummuster sollen eingeschätzt werden können und der Grad an Abhängigkeitsausprägung bestimmt werden. Neben der Abhängigkeitseinschätzung geht es ihnen darum, im weitesten Sinne psychische Stabilität einzuschätzen. Man müsse sich die Frage stellen: was kann jemand überhaupt aushalten, wie stabil ist der. Außerdem geht es ihnen darum, die Leistungsfähigkeit einzuschätzen und sie den anstehenden Bewältigungsaufgaben gegenüber zu stellen, wenn es um Studium, Schule oder auch familiäre Ablösung geht. Letztlich soll auch ein pädagogischer oder entwicklungspsychologischer Blick helfen, zu erkennen, welche Entwicklungsschritte anstehen und eventuell durch den Konsum behindert werden.

„Das heißt viel mehr klinische Psychologie oder klinische Diagnostik als regulärer Bestandteil für die Behandlung, im stärkeren Maße als

sozialarbeiterisches Handeln und Hintergrund, (...) für ein Großteil sind soziale Desintegrationsprobleme nicht im Vordergrund stehend, sondern eher diffizile, psychisch-psychiatrische Probleme. (...) Also, man muss auch eine Ahnung haben über verschiedene Ausprägungen von Depressionen über Angststörungen und vor allem natürlich auch über Psychosen und dieses ganze Thema, dass man da gut eingebunden ist mit Leuten, die damit zusammenarbeiten.“ (E2, 51)

Die Therapeuten, die überwiegend mit Cannabisklienten im ambulanten Bereich arbeiten (*Therapieladen*), benannten häufiger eine stärkere Notwendigkeit in der klinischen Diagnostik als die Therapeuten, die in stationären Kontexten arbeiten oder auch mit Heroin Klienten arbeiten. Die Cannabisklientel leide im Gegensatz zu Heroin- und Kokain Klienten häufiger unter psychischen und psychiatrischen Problemen und weniger unter sozialen Integrationsproblemen. Deshalb sei ein breiteres Wissen um verschiedene diagnostische Aspekte und die Zusammenarbeit mit anderen Hilfssystemen notwendig.

Im Rahmen dieser Diagnostik müsse auch oft eine Entscheidung hinsichtlich einer eventuellen Medikation getroffen werden, d.h. es müsse entschieden werden, ob die akuten Symptome einer medizinischen Behandlung bedürfen, bevor man sich auf die Hintergrundproblematik konzentrieren könne.

6.2.5 Zusammenfassung: Das Problemverständnis

Die Arbeit zeigt vornehmlich, dass die Therapeuten cannabisbezogene Probleme im Zusammenspiel von den drei Aspekten Abhängigkeit, Ko- bzw. Prämorbidität und Funktionalisierung verstehen. Dabei können die einzelnen Aspekte unterschiedlich intensiv ausgeprägt sein.

Der **Abhängigkeitsaspekt** habe die Bedeutung, Konsummuster und deren Auswirkungen einzuschätzen. Erschwert würde dies durch die geringere Eigendynamik und weniger intensive Wirkungsweise von Cannabis, die eine weniger dominierende Suchtausprägung und damit die Gefahr einer Verharmlosung nach sich ziehe. Auch wenn dies oft nicht genügend berücksichtigt würde, zeige sich auf der anderen Seite, dass die Diagnose der Abhängigkeit bei cannabisbezogenen Problemen nicht immer eine ausreichend relevante Problembeschreibung darstellt. Gleichzeitig reiche es nicht, lediglich die psychische Problematik zu sehen. Abhängigkeitsaspekte müssten immer

mitbetrachtet werden, zumal sie im Zusammenhang mit psychischen Problemen oft unterschätzt werden würden.

Der zweite wichtige Aspekt der **Ko- bzw. Prämorbidität** sei bislang generell in der Suchthilfe zu wenig beachtet worden. Gerade im Hinblick auf cannabisbezogene Probleme habe er jedoch für die Therapeuten an Bedeutung gewonnen. Cannabisklienten seien sehr häufig zusätzlich durch komorbide Störungen belastet. Deutlich wurde, dass sich Cannabis aufgrund des *multifunktionalen Wirkungsspektrums* und der erst spät entstehenden negativen Konsequenzen mehr als jede andere Droge eigne, psychische Belastungen und Erkrankungen zu regulieren bzw. zu selbstmedikamentieren.

Als Bindeglied zwischen den genannten Aspekten erwies sich die Kategorie **Funktionalisierung** des Cannabiskonsums. Für die Therapeuten zeigt sich dabei das eigentliche Risiko des Cannabiskonsum im dynamischen Zusammenhang zwischen dem Konsummuster und der spezifischen Funktionalisierung auf dem Hintergrund der jeweiligen Person. Dieser Funktionsaspekt stellt das Bindeglied zwischen ko- bzw. prämorbider Störung und der Abhängigkeit oder des Missbrauchs dar und ist für die Therapeuten wichtig, um die Problematik über die bloße Abhängigkeit hinaus verstehen zu können.

Das folgende Schaubild (*Abbildung 5*) veranschaulicht die beschriebenen Aspekte und ihr Zusammenspiel:

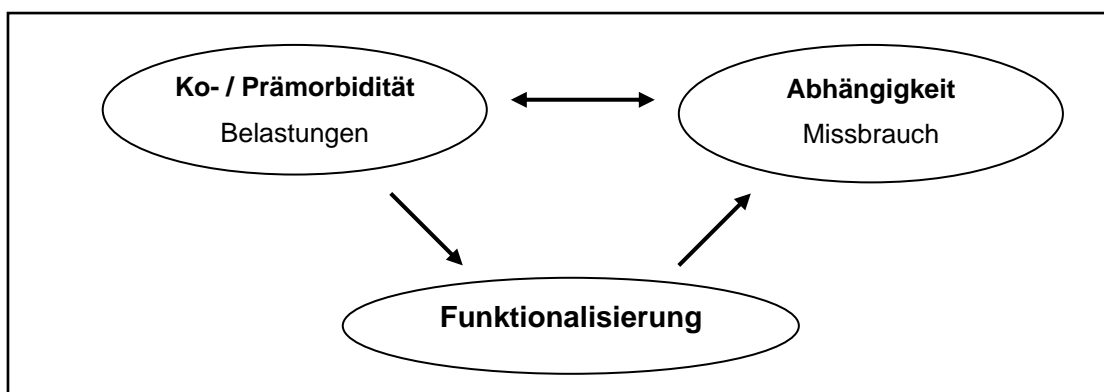


Abbildung 5: Problemverständnis (\longleftrightarrow = bedingt sich, \longrightarrow = führt zu)

Entscheidend für den beschriebenen Prozess des 'Problemverstehens' ist für die Therapeuten eine **differenzierte Diagnostik**, die cannabisbezogene Probleme

aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Abhängigkeitsaspekte, psychiatrisch/psychotherapeutische Aspekte, entwicklungspsychologische und sozialtherapeutische Aspekte sollten dabei miteinander verbunden werden.

6.3 Das Therapieverständnis

Dieser Kategorie wurden alle Aussagen der Therapeuten über ihr therapeutisches Vorgehen und ihre therapeutische Sichtweisen mit cannabisbezogenen Problemen zugeordnet..

6.3.1 Suchttherapie vs. Psychotherapie

Entsprechend dem beschriebenen Problemverständnis sehen viele Therapeuten in der Therapie von cannabisbezogenen Störungen die Notwendigkeit, psychotherapeutisches und suchttherapeutisches Verständnis zu verbinden.

Diese Verbindung sei in der Praxis noch nicht hinreichend vertreten. Viele Klienten, die vor der Suchttherapie in einer psychotherapeutischen Behandlung gewesen seien, hätten dort oft die Erfahrung gemacht, dass aufgrund von Überforderung der Psychotherapeuten die Psychotherapie unter fortwährendem Konsum gemacht würde und sich keine Veränderung eingestellt habe.

„Die sind oft bei niedergelassenen Psychotherapeuten in psychotherapeutischer Behandlung, wo es sehr häufig ja passiert, dass das Cannabisthema überhaupt nicht gebührende Beachtung findet, weil sich die Kolleginnen und Kollegen entweder damit überfordert fühlen (...).“ (E1, 24)

In der Psychotherapie fühlten sich zwar viele Klienten in ihrem Problem verstanden, der Suchtaspekt bzw. die Bedeutung des Konsums im Hinblick auf die psychische Problematik würde jedoch zu sehr missachtet. Die Therapeuten vertreten die Position, dass es im Grunde unmöglich sei, emotionale Entwicklung in Gang zu bringen, ohne das Konsumverhalten zu verändern.

„Ja, und ich glaube, dass es keine wirklich gut funktionierende Psychotherapie geben kann, wenn jemand kiff, und selbst wenn es wenig, aber regelmäßig ist. Überhaupt nicht. Weil ich denke, emotionale Entwicklung kann eigentlich nicht passieren, wenn jemand kiff.“ (E1, 24)

Neben dem Verständnis für die Funktion des Konsums, das viele Therapeuten als eine Basisqualität der Therapie begreifen, sei es also wichtig, die Entscheidungsnotwendigkeit der Konsumveränderung zu forcieren. Dies sei für viele Klienten ein enormer und schwieriger Schritt, der notwendig sei, um eine Veränderung zu ermöglichen.

Auf der anderen Seite würden reine ‚Suchtkonzepte‘, die das bloße Konsumverhalten fokussieren, die Notwendigkeit von interdisziplinärem

Arbeiten bzw. stärkeren psychologischen und psychiatrischen Ansätzen nicht genügend berücksichtigen und damit der Situation und dem Bedarf von Cannabisklienten nicht genügend gerecht werden.

„Und was dazu gehört, ist dann sicherlich ein gutes interdisziplinäres oder multidisziplinäres Zusammenarbeiten und ein Stück mehr Stärkere – glaub ich – psychologische Orientierung. (...) ich denke, dass ein psychologisches Verständnis, was eben auch ein Stück klinisches, aber auch entwicklungspsychologisches..., dass das gerade für Kiffer besonders wichtig ist. (...) Und damit müssen die Suchtkonzepte etwas differenziert werden.“ (E2, 55)

In den bisherigen Konzepten sei die suchtttherapeutische und sozialtherapeutische Ausrichtung zu dominierend. Sie sei zu sehr auf Opiat- und langjährige Alkoholklienten zugeschnitten, bei denen andere Strategien erforderlich und erfolgversprechender seien.

„Das ist schon eher so ein Klientel, wo ich das Gefühl habe, wo man psychotherapeutisch langfristig auch wirklich viel noch unterstützen, entwickeln, wieder aufbauen, neu erwecken kann. Kann man bei Heroin- und Kokainleuten natürlich auch. Und trotzdem habe ich das Gefühl, bis ich mich da durch die ganzen Panzer durchgeackert habe, da sind 100 Stunden um. Mein Gefühl wäre da eher pragmatisch orientiert an der Sucht spezifisch zu arbeiten (...).“ (E5, 30)

Gerade aufgrund der von den Cannabisklienten erlebten psychischen Symptome und des weniger vorhandenen Selbstverständnisses von der Abhängigkeitsproblematik sei ein stärkerer psychotherapeutischer Zugang notwendig. Die Suchtkonzepte müssten sich nach Ansicht der meisten Interviewten mit Hilfe entwicklungspsychologischer und klinisch-psychologischer Verständnisse stärker differenzieren und dadurch auf die unterschiedlichen Anliegen der Cannabisklienten eingehen. Eine Therapeutin fasst die Problematik dieses Spannungsfeldes zusammen:

„Also, wenn es Suchthilfe ist, dann ist es eben sehr auf diesen Bereich Sucht und Wiederherstellung von Abstinenz und Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit... . Ich sag mal, unter den strikten Reha-Gesichtspunkten ist sie oft sehr eingeschränkt und vernachlässigt eben diese psychotherapeutische Seite, die ich unverzichtbar finde. Und wie gesagt, ich denke, psychotherapeutisches Angebot blendet oft eben doch auch den, also die Auswirkung des Substanzkonsums aus. Bezieht es nicht genug mit ein, oder sieht es eben so dramatisch, dass sie sich dann nicht mehr zuständig fühlen.“ (E1, 61)

Es geht den Therapeuten darum, differenzierte Strategien, Kenntnisse und Umgangsweisen mit unterschiedlichen Persönlichkeits- und Problemausprägungen neben die Berücksichtigung des oft unterschätzten

Abhängigkeitsthemas bzw. die Auswirkungen des Konsumverhaltens auf die Problementwicklung zu stellen.

„Man muss sowohl gründliche Kenntnisse und auch Umgangsweisen und differenziertere Strategien mit den unterschiedlichen Persönlichkeitsausprägungen und Probleme haben, muss aber von Anfang deutlich machen, dass eben die Folgewirkung des längerfristigen Cannabiskonsums und die Eigendynamik, die das drin hat, wirklich ernst nehmen muss. Und dass die von vielen unterschätzt wird – auch was das Abhängigkeitsthema betrifft. (E2, 38)“

Ein Therapeut, der viel mit Heroinabhängigen arbeitet, sieht zwar teilweise die unterschiedliche Situation von Cannabisklienten, aber keine in der therapeutischen Vorgehensweise.

„Also, ich mache jetzt von der Hergehensweise nicht so viele Unterschiede. Also, für mich ist es erst mal wichtig, warum nimmt jemand so eine Substanz, als ein Aspekt, und wofür nützt sie ihm oder was bedeutet sie für ihn oder sie. Und dann kucke ich mir darüber hinaus seine Psychodynamik an und seine Lebenssituation und versuche dann mit ihm darüber ins Gespräch zu kommen, in Austausch zu kommen.“ (E3, 20)

Eine andere Therapeutin, die im stationären Setting arbeitet, versteht ihre Arbeit vorwiegend als Suchtbehandlung. Klienten würden ihre psychischen Probleme dazu nutzen, ihr Konsumverhalten zu entschuldigen. Der Fokus auf die psychischen Probleme würde ihnen nicht helfen, abstinent zu werden. Sie sieht deshalb ihre Arbeit primär in der Unterstützung der Abstinenzhaltung.

„Aber diese Arbeit (Psychotherapie) befähigt sie nicht, clean zu bleiben. Und deswegen sagen wir auch immer in unserem Setting, die vier Monate hier sollen vorrangig dem dienen, dass du genug Handwerkszeug lernst, clean zu leben.“ (E5, 29)

Trotz dieser Unterschiedlichkeit wurde deutlich, dass nach Ansicht der meisten Therapeuten eine stärkere psychotherapeutische Orientierung für die Cannabisklienten adäquater bzw. eine stärkere Verbindung von beiden Konzepten zu fordern sei.

Neben der Forderung nach Integration von sucht- und psychotherapeutischen Konzepten bzw. nach stärkerer klinisch-psychologischer Orientierung sollten jugendgerechtere Ansätze berücksichtigt werden. Hier ginge es vor allem darum, einen Balanceakt zwischen Verstehen von lindernden Effekten und kritischem Reflektieren des Verhaltens zu leisten. Es sei erforderlich, noch weitere Zugänge in der Adoleszenz zu entwickeln, die es den Jugendlichen ermöglichen, sich verstanden zu fühlen und sich nicht in lebenslang gemeinte Abhängigkeitskonzepte („einmal süchtig, immer süchtig) ‘gepresst‘ zu sehen.

Jugendliche hätten in der Regel kein Selbstverständnis von abhängig sein und seien daher mit diesen Konzepten auch wenig zu erreichen.

„(...), dass sie sich nicht in irgendein Schema hineingepresst fühlen, sondern dass sie sich verstanden fühlen, da ist jemand, der will mir nicht gleich etwas wegnehmen oder will mich in irgendeine Richtung pressen (...).“ (E2, 40)

Von einem Therapeuten wird daher eine Annäherung zwischen Jugendhilfe, Drogenhilfe, Psychiatrie und Psychotherapie gefordert.

„(...), was sich stark verändern muss – gerade hinsichtlich der jüngeren Zielgruppe – es muss noch mal eine Überprüfung der unterschiedlichen Behandlungssysteme... . Also, es muss gekuckt werden, was macht die Drogenhilfe, nähert sie sich wieder mehr den Jugendlichen an und öffnet sich und wird auch Jugendhilfeträger oder umgekehrt, die Jugendhilfe öffnet sich dieser Zielgruppe und bringt aber auch spezifische pädagogische und therapeutische Behandlungskonzepte.“ (E2, 54)

Die Notwendigkeit der Integration von verschiedenen therapeutischen Verständnissen und Ansätzen ist für die Therapeuten ein zentraler Aspekt in der Behandlung von cannabisbezogenen Störungen. Es geht den Therapeuten also nicht darum, nur die psychischen Probleme zu verstehen oder nur das Konsumverhalten zu ändern, sondern darum, beide Aspekte zu berücksichtigen und über den Aspekt der Funktionalisierung des Konsums, deren Verbindung zu sehen.

6.3.2 Methodische Aspekte

Neben dem grundsätzlichen Verständnis der Interviewten, dass in der Therapie mit cannabisbezogenen Problemen verschiedene therapeutische Sichtweisen und Aspekte berücksichtigt werden sollten, konnten weitere spezifische methodische Aspekte ermittelt werden, die für die Interviewten in der Behandlung von Cannabisklienten relevant sind.

6.3.2.1 Notwendigkeit von Individualisierung, Flexibilisierung und Zielgruppenspezifisierung

Um der bereits beschriebenen Heterogenität der Cannabisklienten gerecht zu werden, beschreiben die Therapeuten die Notwendigkeit einer individuellen Gestaltung der Therapie und halten manualisierte Standardverfahren für ungeeignet.

„Ich denke, es geht im Grunde sehr, aus meiner Sicht, darum, den Einzelfall zu verstehen und dann Behandlungsangebote im Grunde zu schneiden, was auf den Bedarf passt.“ (E1, 23)

So könnten individuelle Therapieanforderungen bei dem einen Klienten bedeuten, konkrete Verhaltensregeln in den Mittelpunkt zu stellen oder Hilfen bei der Alltagsbewältigung zu geben, also auf der Verhaltensebene zu arbeiten. Bei einem anderen stünde die Unterstützung der Abstinenzhaltung im Vordergrund, während ein dritter wiederum andere Hilfe bei Selbstwertproblemen benötigt oder eine Begleitung angezeigt ist, die es unterstützt, sich selbst besser zu verstehen und eigene Stärken und Schwächen kennen zu lernen, um Identität zu entwickeln. Gerade jüngere Klienten benötigten in der Therapie oftmals Orientierung und einen Therapeuten, der zeitweise Elternfunktion übernimmt oder Begleitung bei Ablösungsprozessen bietet.

„Das hat auch was damit zu tun, dass manche je nach ihrer Familiengeschichte auch ganz wenig Orientierung hatten und wenig konstruktive Orientierung hatten. Und da gehe ich sicher auch so ein Stück in eine Elternfunktion, so unter dem Aspekt Nachreife, und gebe einfach Orientierung.“ (E1, 41)

Diese **Individualisierung** entspräche nicht immer den Konzepten der bestehenden Therapieangebote, die häufig nur bestimmte Schwerpunkte berücksichtigten.

Bei dem Umgang mit Konsumententscheidungen (vgl. auch nächstes Kapitel) sei es für einige Interviewten vonnöten, die Therapiebedingungen individuell und flexibel gestalten zu können, d.h. nicht grundsätzlich Abstinenzbedingungen zu stellen.

„Eben in unterschiedlichen Vorgehensweisen. Auch in der Frage, wie du die Therapie dann auch gestaltest, welchen Spielraum man jemandem geben kann, z.B. im Ausstieg auch oder was man jemand auch zumuten kann oder auch zumuten muss aufgrund der Kenntnisse seines insgesamten Hintergrundes oder seiner Störungen.“ (E2, 53)

Die meisten Suchttherapieangebote hätten nicht die Möglichkeit der flexiblen Gestaltung von Therapiebedingungen, die gerade bei jüngeren Konsumenten im Sinne einer akzeptierenderen Haltung notwendig sei.

Bei Cannabisklienten müsse genau differenziert werden, welche Bedeutung bzw. Funktion das Konsumverhalten habe, um die Therapiebedingungen den jeweiligen Situationen anzupassen. Man müsse die Konsumenten, die Cannabis aus innerer Not funktionalisieren, unterscheiden von denen, die einen

bloßen Probierkonsum in der Adoleszenz praktizieren. Das bedeute, unterschiedliche Zielgruppen mit ihren jeweiligen Anforderungen hinsichtlich des Umgangs mit Konsumverhalten zu identifizieren. Besonders wichtig sei dies hinsichtlich der Planung und Verbesserung von Frühinterventionen.

Die Identifizierung spezifischer Zielgruppen gelte auch für die unterschiedlichen psychische Symptome, die Cannabisklienten zeigten. Dadurch würden spezifische, den jeweiligen Störungen entsprechende Behandlungsanforderungen an die Therapie gestellt.

Durch die Zielgruppenspezifizierung könne die Therapie entsprechend dem jeweiligen Bedarf der Klienten optimiert werden.

Zielgruppenspezifizierung bedeutet für einige Interviewten auch, substanzspezifische Aspekte in die Behandlung mit einzubeziehen. So meinten einige, es sei wichtig, ein spezifisches Wissen um die Substanz zu besitzen, um die jeweilige Bedeutung des Konsums, das, was die Konsumenten suchen und mögen, besser verstehen zu können. Es sei wichtig die Zusammenhänge zwischen Wirkung der Substanz und den jeweiligen Bedürfnissen aufzuzeigen. Auch sei mit Cannabis bei vielen Klienten ein ganzes 'Glaubenssystem' mit der Bedeutung und den Auswirkungen von Cannabiskonsum verbunden, das gekannt werden und gegebenenfalls kognitiv umstrukturiert werden müsse.

Aus den genannten Äußerungen resultiert für viele Therapeuten die Notwendigkeit von mehr **Flexibilität** in der Therapiegestaltung. So sollten unterschiedliche Settings berücksichtigt werden können, sowohl in der Therapiegestaltung von Einzel- und Gruppensitzung als auch in der Einbeziehung von medikamentöser Unterstützung.

„Zu entscheiden, ist das Standardprogramm Einzel und Gruppe, was wir bevorzugen, im Einzelfall auch aufzulösen, und zu entscheiden, macht das einen Sinn, jemanden medikamentös zu unterstützen, bzw. ist es sogar eine Voraussetzung, um überhaupt in einen therapeutischen Prozess reinzukommen.“ (E2, 53)

Besonders bei jüngeren Klienten sehen die Interviewten eine Notwendig, die Therapie-Settings im Hinblick auf die Einbeziehung von Bezugspersonen flexibel gestalten zu können.

„Und auch natürlich Settings. Dazu gehört natürlich auch die Frage, wie aktiv sind andere Beziehungspersonen mit eingebunden, mit der Aufrechterhaltung der Symptomatik. Man kann sagen, je jünger die Leute sind, desto wichtiger wird dieser Aspekt.“

Ein weiterer Aspekt der Flexibilität von Therapie stellt die Dauer der Behandlung dar. So seien Veränderungsschritte je nach Ausmaß der Störung als unterschiedlich lang anzusehen und entsprechend zu berücksichtigen.

6.3.2.2 Umgang mit Konsumentscheidungen und Abstinenzorientierung

Ein zentraler methodischer Aspekt im Therapieverständnis der Therapeuten ist, wie schon erwähnt, der Umgang mit den Konsumentscheidungen der Klienten bzw. der Abstinenzorientierung in der Therapie.

Interessant ist, dass sich die Aussagen der einzelnen Therapeuten zu diesen Fragen unterscheiden. So vertreten die Interviewten, die ausschließlich mit Cannabisklienten im ambulanten Bereich arbeiten, eine andere Haltung als die Therapeuten, die auch mit Heroin- und Kokainklienten arbeiten oder im stationären Setting tätig sind.

Letztere vertreten eine eindeutige Abstinenzorientierung, die sehr deutlich als Bedingung vorausgesetzt wird. So wird gar nicht erst über die Möglichkeit von kontrolliertem Konsum geredet. Die Abstinenzbedingung mache allerdings eine Auseinandersetzung in der Therapie nötig. In diesem Zusammenhang käme es vor, dass Klienten die Therapie abbrechen, weil sie weiter konsumieren wollten. Eine Therapeutin hält die Abstinenzorientierung gerade bei Cannabisklienten für sehr wichtig, da aufgrund der nicht sofort erfahrenen negativen Konsequenzen des Konsums nach Beendigung der Therapie eine höhere Rückfallgefahr bestünde. Die klare Abstinenzorientierung, die durch das stationäre Setting diktiert würde, wird von der Therapeutin als sehr entlastend erlebt. Gleichzeitig erwähnte sie, dass die Einrichtung die Ambivalenz der Cannabisklienten tendenziell stärker berücksichtigen würde. Dies bedeute, anders als bei Heroin- und Kokainklienten mehr mit dem Konsum zu arbeiten, ohne sofort bei Regelverletzungen sehr rigide Konsequenzen auszusprechen. Diesen flexibleren Umgang mit den ambivalenten Konsumentscheidungen der Cannabisklienten benennen die Therapeuten, die ausschließlich mit Cannabisklienten arbeiten, explizit als Notwendigkeit in der Therapie mit cannabisbezogenen Störungen. In den Interviews grenzen sie sich so auch von anderen Suchthilfekonzepten ab.

„Weil wir arbeiten ja z.B. auch, und das gibt es ja sonst nicht so in der Suchthilfe oder kaum... es gibt Leute, die sind stabil abstinent, und die unterstützen wir natürlich auch darin, das zu bleiben, und es gibt Leute, mit denen wir arbeiten

und die konsumieren weiter. Allein das ist ja schon undenkbar. Und ich glaube, dass es genau die Flexibilität auch braucht in der Behandlung von Kiffern.“ (E1, 34)

Die aus der Sicht der Therapeuten typische Ambivalenz der Cannabisklienten, sowohl bei Rückfällen als auch bei Ausstiegsprozessen, würde durch eine vorübergehende stärkere Akzeptanz des vorhandenen Konsumverhaltens berücksichtigt.

„Wir gehen da auch sehr differenziert mit Rückfällen um oder mit Ausstiegsprozessen und begleiten die eine Weile, um sie erst einmal abzuholen, sie erst einmal in eine therapeutische Beziehungsarbeit reinzubringen. Das ist auch Entgegenkommen, nicht erst Bedingung, so jetzt springt bitte drüber. Packst du es oder packst du es nicht, sonst arbeite ich nicht mit dir. Sondern erst einmal dem entgegenkommen und sie in ihren Möglichkeiten abzuholen.“ (E2, 43)

Es bedürfe eines genauen und empathischen Verständnisses des Für und Wider des Konsums. Immer wieder müssten die Vor- und Nachteile abgewogen werden.

„Ich denke, es hilft ihnen, dass man erst einmal ein tiefes Verständnis hat, was für ein heikles Unterfangen das ist, wie hochgradig ambivalent die Leute in dieser Entscheidung sind. Dass man das auch versteht, dass man sehr genau abwägen muss, was die Vorteile, was die Nachteile sind und dass man die Leute ein Stück begleitet bei diesem schwierigen Prozess und dass der am Anfang auch sehr holperig sein kann.“ (E2, 42)

Dies gelte auch für den Wunsch nach kontrolliertem Konsum, über den man sich ernsthaft auseinandersetzen müsse und den man in der Therapie immer wieder reflektieren müsse.

„ (...) im Laufe der Therapie wird dann – wenn eben die besagte Funktion deutlicher wird oder auch deutlicher wird, womit sie oder wie sie sich auch mit dem Konsum immer wieder bremsen, lahm legen, hindern an vielem, verändert sich das Motiv und es wird klar, es geht nicht mit dem kontrollierten Konsum.“ (E1, 38)

Gerade die lange positiv erlebte Wirkung von Cannabis mache die Entscheidung, den Konsum einzustellen, schwierig. Notwendig für die Entscheidung sei es deshalb, ein ernsthaftes Interesse an der subjektiven ‚Sinnhaftigkeit‘ des Konsums zu zeigen und die Klienten bei den schwierigen Ausstiegsprozessen zu begleiten.

„Am Anfang ist es ja sicherlich notwendig, erst einmal dabei zu helfen, es auszuhalten oder eine Alternative zu finden für diesen Mechanismus, über das Kiffen bestimmte Bereiche zu lösen. (...) D.h. wir müssen das erst einmal auch ernst nehmen und sehen, wie stark doch die Neigung besteht, die hilfreiche Wirkung von Cannabiskonsum nicht loszulassen, weil sie in bestimmten

Bereichen tatsächlich deutlich Entlastung bringt. Das ist schon bei vielen ein langer Prozess, ein hartes Ringen.“ (E2, 31)

Damit verbunden sei eine ständige Gradwanderung zwischen Akzeptanz und Konfrontation, die für die Interviewten eine zentrale Herausforderung für die Therapie mit Cannabisklienten darstellt.

„Das ist sicherlich immer eine große Herausforderung, weil wir da natürlich immer im Einzelfall kucken müssen, ist das jetzt o.k., wie weit darf ich jemand entgegen kommen, wo muss ich eine Grenze ziehen.“ (E2, 43)

Diese Auseinandersetzung mit dem Konsum sei der schwierigste Prozess in der Therapie. Dazu gehöre auch zu definieren, wie problematisch der Konsum ist. Im Gegensatz zu anderen Substanzen, sei dies bei Cannabis schwieriger.

„Der große Unterschied letztlich ist, oder die große Entscheidung, die ich treffen muss oder bei Kiffen erst einmal machen muss, ist die Entscheidung, ist das ein problematischer Konsum oder ist das ein akzeptabler Konsum. Und das ist, finde ich, bei Kiffen die aufwendigste Entscheidung, verglichen mit anderen Konsumentengruppen – mit Alkoholkonsumenten oder Konsumenten anderer Substanzgruppen. (E4, 32)

Auch wenn einige Therapeuten, die Auseinandersetzungen mit dem Konsumverhalten als einen zentralen Bestandteil der Therapie begreifen und hier eine akzeptierendere Haltung vertreten, beschreiben sie auch die Notwendigkeit von Bedingungen. Die Bedingungen resultieren einerseits aus den Rahmenvereinbarungen mit den Kostenträgern, die eine Abstinenz erwarten.

„Natürlich ist die Behandlung für uns auch an Bedingungen... . Wir haben ja auch Rahmenbedingungen von Kostenträgern. Und es ist klar, dass Bedingung ist, es muss eine Veränderung im Konsumverhalten... . Und für die meisten heißt das auch einen Ausstieg aus dem Konsumverhalten.“ (E2, 41)

Außerdem habe der Therapeut die Verantwortung zu entscheiden, ob der Konsum nicht mehr tragbare schädliche Konsequenzen nach sich ziehe die eine Entwicklung gänzlich verhindere. Er müsse dann entsprechend die Bedingung für Konsumveränderung bzw. -abstinenz festlegen.

„Eine Bedingung kann z.B. sein, dass jetzt mit dem Konsum was passieren muss, weil ich sonst die Therapie nicht weiter machen will. Ganz klar. Und das sind klare Bedingungen. Also ich denke, ich gehe lange mit. Dulde, kucke, kucke und irgendwann kommt der Punkt, ganz klar, wo Forderungen gestellt werden müssen. Ich kann das nicht unterstützen, ich sehe, sie schaden sich damit und ich möchte das nicht mit meinem Segen versehen. Also das ist ganz klar, der Punkt der kommt.“ (E1, 44)

Prognostisch sehen die Therapeuten erst nach einer Konsumveränderung Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Für die meisten Klienten sei dies die Abstinenz.

„(...) wenn dann Abstinenz erreicht wird..., wenn die persönliche Entscheidung getroffen ist, dann kann viel in Bewegung kommen.“ (E4, 16)

Die Schwierigkeit sei, dass die Veränderung durch die Abstinenz oft mit Angst verbunden sei, da die Klienten dann mit den eigentlichen Problemen deutlicher konfrontiert seien.

„Wenn dieser Schleier des Kiffens mal weg ist, dann sind manche ganz stark mit dem konfrontiert, was alles nicht geklappt hat, und stecken am Anfang in so einem Jammertal über die verpassten Chancen oder über das, was alles nicht geklappt hat. Und das kann die Motivation auch ins Wanken bringen.“ (E2, 30)

So bringe die Abstinenz einerseits zwar Verbesserungen, aber oftmals müsse andererseits auch mit der Enttäuschung und der Frustration umgegangen werden, dass die Abstinenz nicht alleine die Probleme löst. Hier ginge es darum, mehr und mehr zu lernen, Dinge auszuhalten, ohne sie mit Cannabis zu verdrängen und die Abstinenz nicht nur als Verlust zu erleben, sondern einen positiven Bezug zur Intensität und Klarheit ihrer Gefühle zu gewinnen.

6.3.3 Die Rolle der Therapeuten

In diesem Kapitel wurden alle Aussagen der Interviewten zusammengebracht, in denen etwas über die Arbeit des Therapeuten ausgesagt wurde. Dabei wurde insbesondere das Verhältnis des Therapeuten zum Konsum thematisiert, was mit der eben beschriebenen Bedeutung des Konsumverhaltens korrespondiert.

6.3.3.1 Die Haltung der Therapeuten

Die Aussagen der Therapeuten hinsichtlich ihrer Haltung gegenüber den Cannabisklienten sind geprägt von dem Spannungsfeld zwischen Akzeptanz und Konfrontation bzw. Strukturgebung.

„Eine unbedingte Akzeptanz letztlich. Also eine Akzeptanz nicht des Konsums, sondern einfach das so, wie derjenige eben ist. Es geht wirklich auch um eine grundakzeptierende annehmende Haltung. (...) Und ansonsten einfach auch eine klare Haltung, was Strukturen angeht, was ein Rahmen angeht. (...) ... wenn man da so ganz Wischiwaschi ist und sich zu sehr einwickeln lässt, dann kommt da auch nichts bei raus. Man muss schon auch ein Stück weit eine klare Haltung haben.“ (E4, 37, 38)

Auf der Grundlage von Unterstützung, Akzeptanz, Ernst-Nehmen und Interesse an den Klienten müsse der Therapeut die den Cannabisklienten eigene Neigung zum Ausweichen vor der Realität berücksichtigen und sie immer wieder damit konfrontieren. Die Klienten müssten sich immer wieder mit ihren Schwächen auseinandersetzen. Dies sei nur möglich, wenn auch genügend die Stärken der Klienten gesehen würden, also ihre Ressourcen berücksichtigt werden würden.

„Ich glaube, dass man Menschen überhaupt nicht begleiten kann und auch überhaupt nicht bereit macht, sich mit ihren Schwächen auseinanderzusetzen, wenn man nicht ihre Stärken ständig würdigt.“ (E1, 58)

Der Umgang mit Vermeidung und Konfliktspannung bedeutet für einen Interviewten, eine Balance zwischen Konfrontation und Beziehung zu halten, bedeute, zu fordern und mitzugehen, wobei das richtige Maß die Herausforderung darstelle.

Als weiterer wichtiger Aspekt der Haltung wurde Zutrauen und Zuversicht des Therapeuten in den Klienten bzw. in dessen Entwicklungspotential genannt.

„Es geht um eine Haltung, dass ich ihm zutraue in Kontakt zu treten, dass ich ihm zutraue, dass er das aushält – dass ich ihn natürlich auch nicht überfordere, aber dass ich eine Haltung habe, die so etwas wie Zuversicht mitbringt.“ (E4, 23)

Die Zuversicht des Therapeuten sei ein sehr entscheidender Aspekt für die Klienten, sich selbst Veränderung zuzutrauen.

6.3.3.2 Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut

Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut wurde von den Therapeuten als zentraler Aspekt in der Behandlung gesehen.

„Das ist die Hauptarbeit. Vor allen Dingen solange diese Abstinenzentscheidung noch nicht gefallen ist. In dem Prozess bis das Psychische sich aufdeckt, was dann erst nach der Abstinenzentscheidung kommen kann. Vorher geht es viel um die Kontaktgestaltung, da spielt dann das Schizoide manchmal rein, also Kontaktunsicherheit, Selbstwertthematik spielt viel eine Rolle.“ (E4, 20)

Da Cannabis oft als eine Art Beziehungsregulator benutzt würde, zeigten sich bei den Klienten oftmals Kontakt- und Beziehungsprobleme, die sich in der therapeutischen Beziehung widerspiegeln würden. So sei der Aufbau einer Beziehung entscheidend für die Behandlung und die Abstinenzentscheidung. Entsprechend erschwere umgekehrt der Konsum gleichzeitig den Beziehungsaufbau und wird von den Therapeuten als Konkurrenz empfunden.

„Solange sie konsumieren, ist es schwer, einen Kontakt herzustellen, in dem man relevant werden darf. (...) ...solange kann ich auch schwer bedeutsamer werden. (...) Weil Cannabis leichter verfügbar ist. Es ist das bessere Ersatzobjekt letztlich als die therapeutische Beziehung.“ (E4, 17)

Die Therapeuten erleben die Beziehung durch den Konsum tendenziell entwertet. Erschwerend käme hinzu, dass Veränderungsprozesse sehr langfristig seien und dies wiederum zu Abbrüchen und folglich zu Selbstabwertungen der Therapeuten führe. Um so wichtiger sei der Aufbau einer tragenden Beziehung und eine engere Anbindung an die Therapeuten

„Also wir probieren bei den Cannabisleuten mittlerweile eine ganz enge Anbindung. (...) Weil ich habe das Gefühl, dass die Beziehung ganz wichtig ist bei denen.“ (E5, 22)

Dabei sei es grundsätzlich schwierig, einerseits in Kontakt zu bleiben, eine Beziehung aufzubauen, Wertschätzung und Wohlwollen aufzubringen und andererseits Realität, Konfrontation und Klarheit einzubringen.

Wenn es aber gelungen sei, eine Beziehung aufzubauen, würden die Therapeuten die Erfahrung machen, dass sie für die Klienten eine große Bedeutung bekommen.

„Dass du eine sehr hohe Bedeutung bekommen kannst für den Klienten. Also d.h. gerade für diejenigen, die sich zurückgezogen haben, die klammern sich an dich und sagen, du bist die letzte Rettung, du bist mein Strohalm, du bist mein... my everything, ja. ...dass eine sehr große Nähe entstehen kann. (...) Sie rücken dir manchmal sehr auf die Pelle, weil sie auch sehr ausgehungert sind.“ (E2, 49)

Für die Therapeuten bedeutet dies, dass damit die Nähe- und Distanzregulation mit den Cannabisklienten schwierig sei und besonderer Beachtung in der therapeutischen Beziehung bedürfe.

6.3.3.3 Qualifikationen der Therapeuten

Mehrere Aussagen beschreiben, welche Qualifikationen nach Ansicht der Interviewten Therapeuten besitzen sollten, die mit cannabisbezogenen Problemen arbeiten. Sie beziehen sich in vieler Hinsicht auf die bisher beschriebenen Aspekte des Therapieverständnisses der Befragten.

Die bereits benannten schwierigen Aspekte in der Beziehungsgestaltung mit Cannabisklienten erfordere von den Therapeuten Geduld, Frustrationstoleranz und Abgrenzungsfähigkeit. Vor allem ginge es darum, oftmals widersprüchliche

Anliegen, Bedürfnisse und Erfahrungen integrieren zu können.
Dafür brauche es:

„Ambiguitätstoleranz und Ambivalenztoleranz. Also ein hohes Maß an Integrationsfähigkeit an unterschiedlichen Polen. (...) Und das, denke ich, spitzt sich oft bei Cannabis besonders zu. Und ist auch mit der Doppeldeutigkeit, was ich vorhin meinte mit der Substanz: Sie hilft, aber sie hilft auch nicht. Du bist immer am hin und her pendeln. Und das denke ich..., das zu verstehen oder das auf Dauer immer wieder zum Ausgleich zu bringen, das ist eine Funktion, die ein Therapeut braucht.“ (E2, 58)

Die Fähigkeit, verschiedene Perspektiven zu integrieren, sei auch im Umgang mit Familien sehr notwendig, da diese bei Cannabisklienten häufig noch eine größere Rolle spielten als bei Heroin- oder Kokainklienten.

Die bei Cannabisklienten oftmals existierenden relevanten Verbindungen zu ihrem sozialen Umfeld machen es erforderlich, dass der Therapeut in der Lage ist, mit sozialen Netzen zu arbeiten und verschiedene Bezugspersonen zu beteiligen. Außerdem stünde gerade bei den jüngeren Klienten oftmals Nachreifung und Erwachsenwerden im Mittelpunkt der Therapie. Hier brauche der Therapeut die Fähigkeit, als Modell fungieren zu können.

Bezüglich des Abhängigkeitsaspektes und der hohen Komorbidität mit anderen psychischen Störungen brauche ein Therapeut einerseits Erfahrung im Suchtbereich und andererseits Kenntnisse über Psychopathologie und Psychotherapie.

„Dass er in der Sucht Erfahrung hat, zum anderen aber auch eine Grundidee von Psychodynamik: ... was ist eine Depression, was ist eine Angststörung, und von Psychopathologie (...)“ (E4, 36)

Um Empathiefähigkeit zeigen zu können, um vorurteilsfrei und glaubwürdig sein zu können, sollten Therapeuten auch über eigene 'Suchtneigungen' Bescheid wissen sowie über substanzspezifische Kenntnisse verfügen.

„Ich glaube, dass jemand, der mit Kiffen arbeitet, sehr offen sein soll und sehr viel wissen soll über seine eigenen Suchtneigungen und Fluchtneigungen. Das macht die Empathiefähigkeit gleich ungleich größer. (...) Und dann, also ich denke, dass schon wichtig ist, wie gesagt, möglichst differenziert zu kucken. Also, nicht vorschnell in so, aha Sucht, Klappe zu.“ (E1, 54)

Neben der beschriebenen Offenheit sollten Therapeuten allerdings auch in der Lage sein, zu konfrontieren und klare Grenzen setzen zu können.

6.3.4 Zusammenfassung: Das Therapieverständnis

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Therapeuten ein Therapieverständnis von cannabisbezogenen Problemen haben, das immer wieder in verschiedenen Bereichen von einem starken Spannungsfeld unterschiedlicher Pole geprägt ist. Dies zeigt sich in der von ihnen benannte Konfrontation zwischen Sucht- und Psychotherapie, der gerade bei Cannabisklienten schwierigen Auseinandersetzung mit den Konsumententscheidungen der Klienten bzw. der Abstinenzorientierung der Einrichtungen und in den daraus resultierenden Eigenschaften der therapeutischen Beziehung.

In der bisherigen Suchtarbeit und den bestehenden psychotherapeutischen Angeboten sehen viele Therapeuten die Bedarfe der Cannabisklienten nicht genügend berücksichtigt. In ihrem Therapieverständnis plädieren sie für **mehr interdisziplinäres Arbeiten** mit einem **stärkeren klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Verständnis**. Dabei sollten psychotherapeutische, psychiatrische, suchtttherapeutische sowie entwicklungspsychologische Aspekte miteinander verbunden werden. Viele Befragte kritisieren die aus ihrer Sicht oft vorhandene 'Entweder-Oder' Angebote von Sucht-, psychiatrischen- oder Jugendhilfeeinrichtungen.

Als zweites wichtiges Ergebnis ist zu nennen, dass die Therapeuten aufgrund der Heterogenität der Cannabisklienten und des Problemverständnisses ein Therapieverständnis haben, das von der Notwendigkeit einer stärkeren **Zielgruppenspezifizierung, Flexibilisierung** und **Individualisierung** geprägt ist. Je nach Bedarf und Situation der Cannabisklienten bräuchten sie einen flexibleren Umgang und entsprechende zielgerichtete Behandlungsschwerpunkte.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt des Therapieverständnisses von cannabisbezogenen Störungen ist der **Umgang mit Konsumententscheidung und Abstinenzorientierung**, der zunächst unterschiedlich bewertet wurde. Genauer betrachtet berichteten auch die Therapeuten, die mit Heroin Klienten und in stationären Einrichtung arbeiten, Ansätze von flexibleren Regeln und Umgangsweisen mit der Abstinenzbedingung.

Bei den Auseinandersetzungen über die Konsumententscheidungen spielt die **therapeutische Beziehung** für die Befragten eine entscheidende Rolle. Die Beziehung stünde oftmals in Konkurrenz mit dem Konsumverhalten, sei dadurch stark gefordert und immer wieder belastet. Um die Klienten in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen zu können, bedürfe es eines ständigen Balanceaktes zwischen Konfrontation und annehmender Beziehung. Ziel sei es, dass die Klienten lernen, Bedürfnisse nach Entspannung und Entlastung mit Bedürfnissen nach erfolgreicher Anforderungsbewältigung zu integrieren ohne die erlebte vermeintliche Widersprüchlichkeit mit Cannabiskonsum zu lösen.

7 Diskussion der Ergebnisse

Die Arbeit hatte zum Ziel empirisch begründete Aspekte der Therapie mit cannabisbezogenen Störungen zu explorieren. Auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes zur Diagnostik und Behandlung cannabisbezogener Störungen soll die Studie zu einem besseren Verständnis von cannabisbezogenen Problemen sowie zu der Verbesserung von deren Behandlung beitragen. Hierbei wurde methodisch das Erfahrungswissen von Therapeuten, die seit längerem Cannabisklienten behandeln, systematisch exploriert und ausgewertet.

Ohne mit den in Kapitel 2 dargestellten Erkenntnissen über den Cannabiskonsum in Konkurrenz zu treten, hat sich die inhaltsanalytische Methode bewährt, um neue qualitative Aspekte der Therapie mit cannabisbezogenen Problemen zu ermitteln. Vergleicht man die Ergebnisse dieser Studie mit den bisherigen störungsspezifischen Kenntnissen, so zeigen sich außerdem in vielen Bereichen Übereinstimmungen.

Empirisch abgesicherte und evaluierte Erkenntnisse über eine adäquate und effektive Behandlung des Cannabisklientel existieren bis heute praktisch nicht. Vor diesem Hintergrund sind subjektive Theorie- und Behandlungskonzepte von erfahrenen „Cannabistherapeuten“ ein wichtiger Schritt für die zukünftige empirische Behandlungsforschung. Die Ergebnisse dieser Arbeit bilden wichtige störungsspezifische Aspekte der Therapie von Cannabisklienten ab und können damit zur Verbesserung der Behandlung von cannabisbezogenen Problemen beitragen.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Ergebnisse im Hinblick auf mögliche Konsequenzen für die therapeutische Arbeit diskutiert werden.

Betrachtet man die Ergebnisse im Überblick, so zeigt sich die Notwendigkeit einer stärkeren **Zielgruppenspezifisierung**. Cannabisklienten werden im Spektrum der Suchtklienten als spezifische Zielgruppe identifiziert. Alle Ergebnisse weisen in unterschiedlicher Weise darauf hin.

Als ein zentrales Merkmal der Zielgruppenspezifität konnte die **Heterogenität** der Cannabisklienten ermittelt werden. Insgesamt ist von sehr unterschiedlichen Klienten und deren Voraussetzungen auszugehen, die einen Abgleich zwischen den verschiedenen Hilfebedürfnissen und den Hilfsangeboten erfordern. Dass Cannabisklienten insgesamt heterogener sind als Klientengruppen mit anderem Substanzkonsum, zeigt sich auch in der Untersuchung von Simon et al. (2004). Simon und seine Kollegen kommen zum Schluss:

„Die erhebliche Heterogenität und die damit verbundenen Unterschiede in der Behandlungsmotivation der Klienten muss stärker als bisher beachtet werden, um die Erreichung und Anbindung der relevanten Konsumentengruppen und einen effektiven und effizienten Umgang mit ihnen zu ermöglichen.“ (ebd., S. 133)

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass sich die Heterogenität u.a. in dem großen Altersspektrum der Cannabisklienten widerspiegelt. Besonders heben die Therapeuten dabei die zunehmend **jugendlichen und jungen erwachsenen Cannabisklienten** hervor. Hier sind spezifische Ansätze gefordert, die die Situation der jungen Klienten stärker berücksichtigen. Z.B. ist die Bedeutung der familiären Zusammenhänge sehr relevant und muss entsprechend beachtet werden. Simon et al. (2004, S. 130) gehen von einem relativ hohen Anteil von Eltern aus, die keine klare Haltung in Bezug auf den Cannabiskonsum ihrer Kinder haben. Deshalb ist eine stärkere Kooperation und Einbindung der Eltern gerade für diese Klientengruppe wünschenswert. Der in *Kap. 3.2.2* beschriebene Ansatz der *Multidimensionalen Familientherapie* hat für Jugendliche unter 18 Jahren bereits erfolgversprechende Ergebnisse vorgelegt, die z.Zt. in Europa weiter erforscht werden.

Die Drogenhilfe ist bislang nicht genügend auf die jungen Klienten eingestellt. Simon et al. (2004) formulieren dazu:

„Eine stärkere Ausrichtung der ambulanten Angebote an der Zielgruppe der Cannabisstörungen und Cannabisprobleme würde eine Verschiebung der Arbeit in verschiedener Hinsicht bedeuten: - jüngere Klienten (...). - mehr Elternarbeit (...). – mehr Zugang über die Peers (...).“ (ebd., S. 132)

Die Ergebnisse zeigen, dass Cannabiskonsum als Behinderungsfaktor im Zusammenhang mit verschiedenen Entwicklungsaspekten eine große Rolle im Verständnis der Therapeuten spielt. Dies sollte zur Folge haben, dass in der Therapie mit jungen Cannabisklienten Entwicklungsprozesse sowie der familiäre Kontext eine zentrale Rolle einnehmen.

Die ermittelte Heterogenität der Cannabisklienten drückt sich außerdem in *unterschiedlichen Konsummustern, psychischen Belastungen* und *Therapiemotivationen* aus.

So können **verschiedene Konsummuster** zu unterschiedlichen Behandlungsanliegen führen. Bisher ist die Drogenhilfe überwiegend auf die Behandlung ausgeprägter Abhängigkeiten eingestellt. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass auch weniger schwere Konsummuster Probleme mit sich bringen und behandlungsbedürftig sind. Somit scheint eine stärkere Differenzierung der Behandlungsansätze hinsichtlich der verschiedenen Konsummustern bzw. Stadien von problematischen Konsumententwicklungen angezeigt.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen außerdem, dass sich die Cannabisklienten häufig durch **verschiedene psychischen Symptome** im Zusammenhang mit Cannabiskonsum auszeichnen. Belegt werden diese Ergebnisse auch in der Studie von Simon und seinen Kollegen:

„Mehr als ein Drittel der Cannabisklienten weist depressive Störungen oder Angststörungen auf. In seltenen Fällen finden sich auch psychotische Störungen bei den Klienten. Das relativ häufige Auftreten dieser Störungen erfordert eine engere Kooperation mit Psychotherapeuten und/oder Psychiatern sowie eine hohe Kompetenz der Einrichtungsmitarbeiter in diesem Bereich.“ (Simon et al., S. 131)

In der Folge bedeutet dies, dass die Therapeuten besondere Fähigkeiten brauchen, um mit der hohen Varianz an Störungsprofilen von cannabisbezogenen Problemen umgehen zu können. Ein bloßer Blick auf Abhängigkeitsentwicklungen reicht dabei nicht aus. Die Behandlung erfordert eine differenziertere Diagnostik und eine stärkere Berücksichtigung der von Cannabisklienten erfahrenen anderen psychischen Symptome. Dies zeigt sich auch im Problem- und Therapieverständnis, das später noch einmal diskutiert wird.

Simon et al. (2004) bemerken dazu im Hinblick auf die Beratungsangebote:

„Einfach einzusetzende und validierte Screeninginstrumente werden benötigt, um zu einem frühen Zeitpunkt der Betreuung über das passende Betreuungsangebot entscheiden zu können. Die relativ häufigen comorbiden Störungen aus dem Bereich der Depression und der Angststörungen sind dabei ebenfalls zu beachten. Unter heutigen Umständen ist weder deren Diagnose noch ihre Behandlung gewährleistet.“ (ebd., S.131)

Die unterschiedlichen Konsummuster sowie die große Bandbreite der psychischen Symptome haben auch zur Folge, dass Cannabisklienten **unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse** formulieren, die sich stark an den subjektiv erlebten Problemen orientieren, ohne immer einen Zusammenhang zum Cannabiskonsum herzustellen. Dies kann, neben der beobachteten **geringeren Risikoeinschätzung**, eine weitere Erklärung für die von den Therapeuten oft beobachtete starke **Konsumambivalenz** sein. Für die Therapie ergibt sich daraus die Schlussfolgerung, stärker mit dem Thema Ambivalenz umzugehen, d.h. die Entscheidungsschwierigkeiten und unklaren Intentionen der Klienten mehr in den Mittelpunkt zu stellen. Es bedeutet, die Veränderungsmotivation der Klientel nicht statisch zu sehen, sondern dynamisch und ständig im Wandel zu akzeptieren. Die Intentionsbildung ist somit als wichtiger Behandlungsaspekt immer wieder zu reflektieren und zu berücksichtigen.¹

Im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Ausprägungen cannabisbezogener Störungen sieht ein Therapeut die auch von Simon et al. (2004) bestätigte schwierige Erreichbarkeit von Cannabisklienten sowie deren Aufsuchen von anderen Hilfesystemen:

„...weil ich eben erlebt habe, dass viele der Patienten erst auffällig werden im Bereich von Ärzten und von psychiatrischen Kliniken und nicht in die ambulanten Einrichtungen kommen (...), sondern dadurch, dass dieses Thema verharmlost wird, oder wurde, eben mehr in Form von Schlafrythmusstörungen, von Herzerkrankungen u.ä. auftauchen und dann eben nicht in die Beratungsstellen kommen, sondern erst einmal versuchen, ärztliche Hilfe zu suchen.“ (E3, 25)

Ein anderer Therapeut sieht dabei ein Problem der willkürlichen Zuordnung der Klienten im Hilfesystem.

„(...) es ist so zufällig, wo einer landet. Es gibt wenig so etwas wie ein übergeordnetes Case-Management, wo unabhängig von welchem System ich gerade sitze, (...) gekuckt wird, was braucht der gerade. (...) Was notwendig ist, ist mehr (...) Integration der verschiedenen Hilfesysteme. (...) eine wirkliche Integration würde bedeuten, dass jeder weiß, was der andere macht und das Andere auch wertschätzen kann. Und das macht natürlich keiner, weil das zuviel Aufwand wäre.“ (E4, 34)

¹ Von ähnlichen Überlegungen gehen auch die Kurzinterventionsprogramme *'realize it'* und *'quit the shit'* aus, die sich konzeptionell stark an dem *Motivationalen Interview* (Miller & Rollnick, 1999) orientieren.

Eine bessere Vernetzung und Zusammenarbeit der beteiligten Hilfesysteme könnte den unterschiedlichen Anliegen der Cannabisklienten besser gerecht werden und ein frühzeitigeres Erreichen der Cannabisklienten ermöglichen.

Die bislang beschriebenen und diskutierten Ergebnisse weisen auf ein weiteres Ergebnis hin, das zu besprechen ist. Die Therapeuten haben im Hinblick auf cannabisbezogene Störungen überwiegend ein spezifisches **Problemverständnis**, indem sich einige der besprochenen Aspekte widerspiegeln. Die Therapeuten verstehen cannabisbezogene Probleme im Zusammenspiel der Aspekte **Abhängigkeit**, **Ko- bzw. Prämorbidität** und **Funktionalisierung**, wobei letztere als Bindeglied zwischen den beiden ersten fungiert.

Hinsichtlich des **Abhängigkeitsaspektes** ist zu bemerken, dass die Therapeuten auf der einen Seite beschreiben, dass die Möglichkeit und die Auswirkungen einer Abhängigkeit von Cannabis noch immer unterschätzt und zu wenig berücksichtigt wird.

„Ich glaube, dass es insgesamt ganz wichtig ist, (...) viel Information über das Suchtmittel und über die Erkrankung weiterzugeben. Ich glaube, dass viele gar nicht wissen, um was es eigentlich geht und wie hochgradig gefährdet sie im Grunde sind, wenn sie eine Abhängigkeit entwickelt haben.“ (E3, 24b)

Daraus folgt, dass nach wie vor die Notwendigkeit besteht, die Gefährdungspotentiale einer Cannabisabhängigkeit in die fachliche und öffentliche Diskussion zu bringen, ohne die Auswirkungen zu dramatisieren.

Hier stellt sich die Frage, ob Professionelle in Jugend-, Drogenhilfe oder Psychiatrie darauf eingestellt sind oder ob Cannabisabhängigkeit im Vergleich zu anderen Abhängigkeiten eher bagatellisiert wird. Entscheidend hierbei wird sein, ob eine differenzierte Risikoeinschätzung gelingt. Denn auch die befragten Therapeuten bewerten - bei gleichzeitigem Wissen um die Unterschätzung der Gefährdung - die Abhängigkeitsproblematik anders als bei anderen Substanzen. Für viele ist Abhängigkeit nur ein Kriterium von cannabisbezogenen Problemen und nicht so dominierend wie bei Heroin, Kokain und Alkohol, deren Eigendynamik und negative Auswirkungen stärker seien. Soellner (2000) beschreibt, dass das klinische Syndrom Abhängigkeit nicht notwendiger Weise mit der psychischen Befindlichkeit interferiert. Auch

sehen viele Cannabisklienten die Abhängigkeit nicht als ihr Problem an. Deshalb suchen sie auch keine Unterstützung in der Drogenhilfe. Tossmann (2004) bestätigte dies in einer Studie, die zeigt, dass Cannabisklienten weniger suchtspezifischen Hilfebedarf suchen als zu erwarten wäre.

Insgesamt wird dabei der nach den Ergebnissen dieser Arbeit sehr zentrale Aspekt der **‘Selbstmedikation’** zu wenig berücksichtigt. Die spezifische Funktionalisierung von Cannabis als „Selbstmedikation“ für unterschiedliche Problembereiche kann über eine lange Zeit verhindern, dass Probleme von den Cannabiskonsumern selbst als auch von anderen deutlich wahrgenommen werden.

Damit zeigt sich neben der Unterschätzung der Abhängigkeitsgefährdung auf der anderen Seite die Notwendigkeit, Abhängigkeit stärker in Zusammenhang mit **Ko- bzw. Prämorbidem Störungen** zu stellen. Damit einhergehend ist zu bemerken, dass Klienten mit Cannabiskonsum in der Drogenhilfe bisher hauptsächlich in Hinblick auf eine Abhängigkeitsproblematik begriffen werden. Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass dieser einseitige Blick nicht ausreicht, um cannabisbezogenen Probleme zu verstehen.

Die Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, dass das bisherige Klassifizierungskonzept von Abhängigkeit, das sich vorwiegend an körperlichen Kriterien und Kriterien des Konsumverhaltens und hier im Besonderen an dem des ‚zwanghaften Verhaltens‘ (vgl. ICD-10) orientiert, nicht ausreicht, um die Cannabisproblematik genügend zu erfassen. Eine stärkere Berücksichtigung der dynamischen Zusammenhänge zwischen psychischer Abhängigkeit und psychischen Belastungen bzw. ko- oder prämorbidem Störungen wäre wünschenswert. Hierbei spielen vor allem die unterschiedlichen Funktionalisierungsmöglichkeiten des Cannabiskonsums eine Rolle, deren Verständnis entscheidend für die Risikoeinschätzung sowie für die Behandlungsplanung ist. Gantner (2001) identifiziert dabei weniger problematische Funktionen wie *‘jugendtypische Funktionen’*, *‘Genuss-Funktionen’*, *‘medizinische Funktionen’* und problematischere Funktionen wie *‘Coping-Funktionen’* und *‘Sucht-Funktionen’*.

Für Psychiatrie und Psychotherapie, die cannabisbezogene Probleme oft nur durch die psychiatrische oder psychotherapeutische 'Brille' sieht, würde das bedeuten, Konsum- und Abhängigkeitsaspekte stärker als bisher zu berücksichtigen. So wurden vor einigen Jahren und teilweise noch heute Cannabispatienten in der Psychiatrie nicht auf Suchtstationen, sondern auf ‚Normalstationen‘ behandelt.

Eine Therapeutin fasst die Problematik zusammen:

„Suchthilfe ist (...) sehr auf den Bereich Sucht und Wiederherstellung von Abstinenz und Wiederherstellung von Leistungsfähigkeit [eingestellt und] unter den strikten Reha-Gesichtspunkten (...) sehr eingeschränkt und vernachlässigt die psychotherapeutische Seite (...) psychotherapeutische Angebote blenden oft (...) die Auswirkung des Substanzkonsums aus (...) oder sehen es eben so dramatisch, dass sie sich dann nicht mehr zuständig fühlen. Ich denke, es gibt ganz wenig passendes Angebot für Kiffer.“ (E1, 61)

Diese Überlegungen schlagen sich auch in den Ergebnissen zum **Therapieverständnis** der Therapeuten nieder. Im Zusammenhang mit cannabisbezogenen Problemen ist es notwendig eine differenzierte Diagnostik zu betreiben, die stärker entwicklungspsychologische, klinisch-psychiatrische und suchtspezifische Blickwinkel integriert und berücksichtigt. Auf der Grundlage einer differenzierten Diagnostik könnten dann auch die Behandlungsstrategien und Programme für diese Zielgruppe adäquater entwickelt werden

Aufgrund der beschriebenen Komplexität der cannabisbezogenen Störungen, die verschieden psychosoziale Sichtweisen tangiert, ist eine stärkere **Integration** verschiedener Behandlungsansätze von Nöten. Eine Therapeutin formuliert dazu:

„Ich wünschte mir im Grunde es gäbe mehr Angebot wie unseres, wo es einen sehr differenzierten diagnostischen Blick gibt, der sich eben nicht nur einschließt entweder auf diesen Suchtaspekt oder auf ein psychiatrisches Problem oder auf einen entwicklungspsychologischen Aspekt oder klinischpsychologisch, sondern wo dieser breitere diagnostische Blick zu Grunde liegt und darauf ein Behandlungsangebot zugeschnitten wird.“ (E1, 60)

Dazu gehört eine **Individualisierung** und **Flexibilisierung** der Therapie, die bisher in den bestehenden Angeboten oftmals nicht möglich sind. Während in

der Suchttherapie vordefiniert ist, dass primär die Sucht und deren Folgeprobleme behandelt werden, finden Suchtklienten in der Psychiatrie und Psychotherapie oft keine suchtspezifischen Angebote bzw. werden aufgrund ihrer Problematik ausgegrenzt. Die Cannabisklienten stellen diese Einrichtungen vor die Herausforderung, sich deren unterschiedlichen Behandlungsbedürfnissen entsprechend neu zu orientieren bzw. auszdifferenzieren. Ein Therapeut bemerkt dazu:

„Ich glaube, dass sich die Einrichtungen früher nicht besonders um Cannabiskonsumenten gekümmert haben. Nicht als eine eigenständige Gruppe. Und dass es in den Einrichtungen auch häufig so war, dass man die im Grunde hat mitlaufen lassen und dass man sie im Grunde aber auch nicht genügend geachtet, geschätzt und geschützt hat.“ (E3, 22)

Dass dies auch heute noch nicht ausreichend geschehen ist, zeigt eine Aussage von einer Therapeutin, die in einer 'gemischten' therapeutischen Einrichtungen arbeitet. Zumindest berichtet sie, dass Cannabisklienten dort mit ihren Belangen manchmal nicht genügend berücksichtigt würden.

„Ich glaube, die Cannabisleute fühlen sich manchmal ein bisschen untergegangen, weil natürlich die Heroin- und Kokainleute stärker auftreten, mehr Bedarf anmelden. Ein Cannabiskonsument (...) läuft eher Gefahr hinten runter zu fallen (...). Da würden wir die manchmal gerne mehr unterstützen können.“ (E5, 34)

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob mehr zielgruppenspezifische Behandlungsangebote, wie sie der *Therapieladen* in Berlin entwickelt hat, notwendig sind, oder ob die Cannabisklienten in den bestehenden Einrichtungen eine stärkere Berücksichtigung finden können. Ein Therapeut antwortet darauf:

„Es gibt offensichtlich einen massiven Bedarf dafür [spezifische Angebote]. Wann immer man jemandem sagt: He, da gibt es was spezielles für Kiffer, hören die Leute sehr genau hin. (...) Offensichtlich fühlen sie sich noch nicht überall in der Weise angenommen, akzeptiert, gesehen, wie das wünschenswert wäre.“ (E4, 39)

Angesichts der stark gewachsenen behandlungsbedürftigen Zielgruppe spricht vieles für die weitere Etablierung cannabisspezifischer Interventions- und Behandlungsangebote. Hierbei gilt es der zum Teil gesundheitspolitisch angesagten Tendenz nach einer „Entspezialisierung“ fachlich entgegenzutreten.

Ohne spezialisierte Konzepte wären weder weitere Erkenntnisse noch eine zukünftige Verbesserung und Optimierung von Interventionen möglich.

Wie auch immer diese Frage in Zukunft weiter beantwortet wird, auf jeden Fall ist mit Simon et al. (2004) zu resümieren:

„Es ist zu hoffen, dass die bisher vorliegenden Standards zur Behandlung von cannabisbezogenen Störungen (Bonnet et al., 2004) in naher Zukunft ergänzt werden durch Behandlungsverfahren, welche den Bedürfnissen der entsprechenden Klientengruppen noch besser entsprechen.“ (ebd., S. 130)

Ein weiterer Forschungsbedarf besteht darin, Zusammenhänge zwischen Problementwicklung, Konsummuster und psychosozialen Kontextbedingungen genauer zu erforschen. Eine weitere Frage sollte sein, welche Behandlungsbedürfnisse sich aus der Sicht von Cannabisklienten ermitteln lassen, ohne von den Vorannahmen der Professionellen beeinflusst zu sein und inwiefern sie mit den Ergebnissen dieser Studie übereinstimmen.

8 Zusammenfassung

Einleitung und Zielsetzung

Sowohl die Verbreitung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung als auch der Behandlungsbedarf von Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen der Drogenhilfe ist angestiegen. Gleichzeitig zeigt sich ein noch immer widersprüchliches Bild in der öffentlichen und fachlichen Diskussion um Risiken des Cannabiskonsums. Die Einrichtungen der Drogenhilfe sind zunehmend mit einer neuen Klientengruppe konfrontiert, mit der es wenig Erfahrung gibt und auf die die Angebote der Drogenhilfe nur unzureichend eingestellt sind. Es existieren kaum empirisch abgesicherten Erkenntnisse über eine adäquate und effektive Behandlung der Cannabisklientel. Diese Situation gibt Anlass darüber nachzudenken, wie sich die Behandlung von Cannabisklienten verbessern könnte. Dabei sind bestehende subjektive Theorie- und Behandlungskonzepte als Forschungsgrundlage von besonderem Interesse.

Ziel der Exploration war es demnach, aus den Aussagen von erfahrenen Therapeuten, die seit langem Cannabisklienten behandeln, zu empirisch begründeten Resultaten zu gelangen, die zu einem besseren Verständnis von Cannabisklienten und cannabisbezogenen Problemen sowie zu der Verbesserung deren Behandlung beitragen können.

Fragestellung

Wie lässt sich das Erfahrungswissen von Therapeuten, die seit längerem Cannabisklienten behandeln näher charakterisieren und welche störungsspezifischen Aspekte von Cannabisklienten, cannabisbezogenen Problemen und deren Behandlung lassen sich daraus ermitteln?

Methoden

Mittels *leitfadengestützter* Interviews wurden fünf Therapeuten, die seit längerem Cannabisklienten behandeln, als Experten befragt. Die transkribierten Interviews wurden mit Hilfe der *Qualitativen Inhaltsanalyse* nach Mayring (2003) ausgewertet.

Ergebnisse

In drei großen Kategorien konnten die explorierten Erfahrungen der interviewten Therapeuten zusammengefasst werden.

Die Cannabisklienten unterscheiden sich für die befragten Therapeuten aufgrund einer größeren *Heterogenität* von Klienten mit anderem Substanzkonsum. Bei der Unterscheidung differenzieren Therapeuten nach *Entwicklungsaspekten*, sonstigen *psychischen Störungen* bzw. Belastungen und der *Therapiemotivation*.

Entwicklungsaspekte spielen besonders bei der größer werdenden Klientengruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Rolle. Cannabisklienten werden von den Therapeuten außerdem mit häufigeren begleitenden psychischen Problemen wahrgenommen, die in der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Daraus resultieren sehr unterschiedliche Therapiemotivationen und Behandlungsbedürfnisse. *Geringere Risikoeinschätzung* und damit einhergehend *starke Konsumambivalenz* konnten als weitere spezifische Merkmale der Cannabisklienten ermittelt werden.

Das Problemverständnis von cannabisbezogenen Problemen zeichnet sich für die Therapeuten durch ein Zusammenspiel von Aspekten der *Abhängigkeit*, der *ko- bzw. prämorbid*en Störungen und der *Funktionalisierung des Cannabiskonsums* aus. Dieses Zusammenspiel sei bislang in der Behandlung zu wenig berücksichtigt worden.

Entsprechend haben sie ein **Therapieverständnis**, das überwiegend von einer stärkeren *Integration* von *psychotherapeutischen, psychiatrischen, suchttherapeutischen* und *entwicklungspsychologischen Aspekten* geprägt ist. Viele Befragte kritisieren die aus ihrer Sicht oft vorhandenen 'Entweder-Oder' Angebote von Sucht-, psychiatrischen- oder Jugendhilfeeinrichtungen, die außerdem nicht genügend *Flexibilisierung* und *Individualisierung* der Behandlung ermöglichen.

Diskussion

Insgesamt konnten die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass es einen zielgruppenspezifischen Behandlungsbedarf für Cannabisklienten gibt. Zentral für die Zielgruppe sind hierbei methodenintegrative und flexible therapeutische

Ansätze. Grundlage der Therapie sollte ein stärkerer störungsspezifischer Blick sein, der Sucht und komorbide Störungen in der Behandlung gleichermaßen berücksichtigt und außerdem bei jungen Klienten eine systemisch-entwicklungspsychologische Perspektive einnimmt.

Ein weiterer Forschungsbedarf besteht darin, Zusammenhänge zwischen Problementwicklung, Konsummuster und psychosozialen Kontextbedingung genauer zu erforschen sowie zu überprüfen, welche Behandlungsbedürfnisse sich aus der Sicht von Cannabisklienten ermitteln lassen.

9 Literaturverzeichnis

- Andreasson, S., Allebeck, P. & Rydberg, U. (1989). Schizophrenia in users and nonusers of cannabis — a longitudinal study in Stockholm County. *Acta Psychiatrica Scand*, 79, 505-510.
- Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., & Murray, R.M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *British J. Psychiatry*, 184, 110-117,
- Bastine, R.H.E. (1998), *Klinische Psychologie*, Bd.1, 3. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer.
- Bentler, P. M. (1987). Drug use and personality in adolescence and young adulthood: Structural models with nonnormal variables. *Child Development*, 58, 65-79.
- Bergold, J. B. & Flick, U. (1987) Die Sicht des Subjekts verstehen: Eine Einleitung und Standortbestimmung. In: *Bergold, J.B. & Flick, U. (Hrsg.). Ein-Sichten: Zugänge zur Sicht de Subjekts mittels qualitativer Forschung. Tübingen: DGVT, 1-18.*
- Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, R.M., Schneider, U. & Tossmann, P. (2004). AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fragestellungen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2004*, 72, 318-329.
- Bobbink, A.J.; Spohr, B. (2002). Drogenkonsum und psychische Störung. Erfahrungen aus der ambulanten Therapie mit Cannabis- und Partdrogenmissbrauchern und –abhängigen. In: Peter, K.; Bader, T. (Hrsg.). *Psychiatrie und Drogensucht*. Pabst Verlag.
- Bobbink, A.J.; Tossmann, H.P. (1993). Eltern im Cannabiskonflikt: Angehörige von Cannabiskonsumenten in der Drogenberatung. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.). Sucht und Familie. Lambertus. Freiburg im Breisgau.
- Bovasso, G.B. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 158 (12), 2033-2037.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge. Harvard University Press.
- Bundesdrogenbeauftragte (2004). Grußwort von Marion-Caspers-Merk zur Fachtagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung: 'Jugendkult Cannabis: Risiken und Hilfen. Berlin.
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1994). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1994. *Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Endbericht*. Köln: BZgA.
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. *Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Endbericht*. Köln: BZgA.
- Caspari, O. (1998). Cannabismissbrauch bei Schizophrenen — Ein Vergleich mit Patienten ohne Suchtproblematik, *Sucht*, 44, 162-168.
- Caspers-Merk, M. (2001). Cannabispolitik in der Bundesrepublik Deutschland – Antworten der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zu aktuellen Fragestellungen. *Akzeptanz 1*, 5-7

- Der Spiegel* (2002, 12. August). Kick aus der Wasserpfeife.
- Der Spiegel* (2005, 03. Februar). Die Seuche Cannabis. 27/2004
- DHS. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (2001). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch*. Hamm: DHS.
- DHS. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (2004). *Cannabis – Harte Daten für eine sinnvolle Diskussion*. www.dhs.de. 28.7.2004
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 3. Auflage*. Göttingen: Huber.
- Eikmeiner, G., Lodemann, E., Pieper, L. & Gastpar, M. (1991). Cannabiskonsum und Verlauf schizophrener Psychosen, *Sucht*, 6, 377-382.
- Erdheim, M. (1982). Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Frankfurt a.M. Suhrkamp.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2004). *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen - 2004*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Fischer, U.C., Jung, O., Müller, S. & Kuntsche, E.N. (2001). Die psychischen Wirkungen von Cannabis — Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Abhängigkeiten*, 3, 30-47.
- Flick, U. (1995). Qualitative Forschung. Hamburg. Rowohlt.
- Franzkowiak, P. (1987). Risikoverhalten als Entwicklungsaufgabe. In: Laaser, U., Sassen, G. Murza, G., Sabo, P. (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitserziehung*. Berlin. Springer Verlag. 63-84.
- Freitag, M., Hurrelmann, K. (1999). Illegale Alltagsdroge: Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. München. Juventa Verlag.
- Gantner, A. (2001). Behandlungsmöglichkeiten bei problematischem Cannabiskonsum. *Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik*, 1, 18-20.
- Gantner, A. (2001). Check Dein Risiko. Ein selbstreflexives Kommunikationsangebot in der Suchtprävention. *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 4, 14-118
- Gantner, A. (2003). Cannabis – Vom jugendtypischen Konsum zum problematischen Gebrauch. In: Farke, W.; Graß, H.; Hurrelmann, K. *Drogen bei Kindern und Jugendlichen*. Thieme Verlag. Stuttgart, 86-93.
- Gantner, A. (2004). Diagnostik und Therapie des Cannabismisbrauchs. *Cannabis. Neue Beiträge zu einer alten Diskussion*. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Lambertus. Freiburg, 81-97.
- Ginsberg, I. J. & Greenley, J. R. (1978). Competing theories of marijuana use: A longitudinal study. *Journal of Health and Social Behavior*, 19 (1), 22-34.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2003). Komorbidität Psychose und Sucht. Darmstadt. Steinkopff Verlag.
- Häfner, H., Bühler, B., Hambrecht, M., Löffler, W., Maurer, K., & an der Heiden, W. (2002). Vorzeitige Auslösung der Schizophrenie durch Substanzmissbrauch und Folgen für den weiteren Verlauf'. *Nervenheilkunde* 4.
- Haley, J. (1976). Problem solving Therapy. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hall, W., Degenhardt, L. & Lynskey, M. (2001). The health and psychological effects of cannabis use. *Monograph series*, 44. Canberra: National Drug

- and Alcohol Research Centre.
- Hall, W. & Room, R. (1995). A comparative appraisal of the health and psychological consequences of alcohol, cannabis, nicotine and opiate use. Background paper prepared for the WHO project „Cannabis: a health perspective and research agenda“. *Meeting on health implications of cannabis use*. Geneva: 22-24 May 1995.
- Hall, W. & Solowij, N. (1997). Long-term cannabis use and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 171, 107-108.
- Hall, W. & Solowij, N. (1998). Adverse effects of Cannabis. *The Lancet*, 352, 1611-1616.
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, Ch., Lieb, R., Wittchen H.U., van Os, J. (2004). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ Online First*. www.bjm.com.
- Hoch, E., Simon, R., Hüllinghorst, R., Nöcker, G. & Spahlinger, M. P. (2002). *Bericht zur Drogensituation. Im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und des Deutschen Bundesministeriums für Gesundheit. München: Deutsche Referenzstelle für die Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)*.
- Hopf, Ch. (1979). Soziologie und qualitative Sozialforschung. In: *CH. Hopf & E. Weingarten (Hrsg.). Qualitative Sozialforschung. Stuttgart. Klett-Cotta-Verlag, 11-37*
- Hurrelmann, K. & Bründel, H. (1997). Drogengebrauch, Drogenmissbrauch. *Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit*. Darmstadt. Primus Verlag.
- Kammer-Spohn, M. (2001). Cannabiskonsum bei Patienten im allgemeinpsychiatrischen Behandlungsbereich. *Abhängigkeiten*, 3, 68-70.
- Kandel, D. , Chen, K. (2000). Types of marijuana users by longitudinal course. *J Stud Alcohol*, 61, 367-378.
- Kleiber, D. & Kovar, K.-A. (1997). Auswirkungen des Cannabiskonsums. *Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft*.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). Cannabiskonsum: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. *Weinheim: Juventa*.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (2004). Psychosoziale Risiken des Cannabis-Konsums. *Cannabis. Neue Beiträge zu einer alten Diskussion*. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Lambertus. Freiburg, 20-54.
- Kleiber, D., Stosberg, K., Täschner, K.-L., Tossmann, H.P. & Wiesbeck, G.A. (1992). Erfahrungen mit Cannabiskonsumern. Ergebnisse einer Umfrage bei Kliniken und Drogenberatungsstellen. *Sucht*, 38, 7-17.
- Kleiner, D., Stosberg, K., Täschner, K.-L., Tossmann, H.-P., Wiesbeck, G.A. (1992). Erfahrungen mit Cannabiskonsumern – Ergebnisse einer Umfrage bei Kliniken und Drogenberatungsstellen. *Sucht*, 38, 1-17.
- Kleining, G. (1995). Lehrbuch Entdeckende Sozialforschung. Weinheim. Beltz Psychologie Verlags Union.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44, Sonderheft 1, 3-82.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2004). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland: Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht*. (in press)

- Kuntz, H. (2002). Cannabis ist immer anders. Beltz Verlag. Weinheim.
- Lamnek, S. (1988). Qualitative Sozialforschung. Bd.1. Methodologie. München. Beltz Psychologie Verlags Union.
- Lamnek, S. (1995). Qualitative Sozialforschung. Bd. 2. Methoden und Techniken. Beltz Verlag. Weinheim.
- Leune, J. (2001). Zahlen, Fakten und Trends im Hilfesystem. DHS (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 2002*. Geesthacht: Neuland-Verlag.
- Liddle, H. A. (1994). The anatomy of emotions in family therapy with adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 9(1) 120-157.
- Liddle, H. A. (1999). Theory Development in a Family-Based Therapy for Adolescent Drug Abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*. Vol. 28, No.4, 521-532
- Liddle, H. A.; Dakof, G. A.; Diamond, G. (1992). Adolescent Substance Abuse: Multidimensional Family Therapy in Action. In: *Kaufmann & Kaufmann. Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse*. Needham Hts., 120-171.
- Liddle, H. A. (2002). Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users. Cannabis Youth Treatment Series Vol. 5. Center of Substance Abuse Treatment. Miami.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H. & Wittchen, H-U. (2000). Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*, 46, 18-31.
- Linszen, D.H., Dingemans, P.M. & Lenior, M.E. (1994). Cannabis Abuse and the Course of Recent Onset Schizophrenic Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 273-279.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985) Relapse prevention. New York. Guilford.
- Mayring, P. (2003) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim. Beltz Verlag.
- McGee, R., Williams, S. Poulton, R., Moffit, T. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction* 2000, 95, 491-503.
- Miller, W.R., Rollnick, S., Kremer, G., Schroer, B. (1999). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i. Br. Lambertus Verlag.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). Motivational Interviewing – preparing people to change addictive behavior. New York, London. Guilford Press.
- Minuchin, S., Fishman, H.C. (1988). Praxis der strukturellen Familientherapie. Strategien und Techniken. Lambertus Verlag.
- van Os, J., Bak, M., Hanssen, M., Bijl, R.V., de Graaf, R. & Verdoux, H. (2002). Cannabis use and psychosis. A longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156 (4), 319-326.
- Patton, G.C., Coffey, O., Carlin, J.B., Degenhardt, L, Lynskey, M. & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 325, 1195-1198.
- Perkonig, A. Beloch, E., Garzynski, E., Nelson, O., Pfister, H. & Wittchen, H-U. (1997). Prävalenz von Drogenmissbrauch und —abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnosen und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 247-257.
- Perkonig, A., Pfister, H., Liebe, R., Bühringer, G., Wittchen, H.-U. (2004). Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und

- Versorgungsangebote in einer Region. *Suchtmed*, 6, 22-31.
- Phillips, L.J., Curry, O., Yung, A.R., Yuen, H.P., Adlard, S. & McGorry, P.D. (2002). Cannabis use is not associated with the development of psychosis in an ultra' high-risk group, *Aust N Z J. Psychiatry*, 36(6), 800-806.
- Prochaska, J.O. & Di Clemente, C.C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-359.
- Quensel, S. (2000). Medikamente brauchen, Cannabis, Rauchen: Die Rolle des Pharmakonsum bei 14-jährigen Schülerinnen und Schülern in Bremen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23(2), 3344.
- Realize it. (2004). Pilotprojekt *Realize It*. Kurzintervention bei Cannabismisbrauch und Cannabisabhängigkeit. Internetseite: www.realize-it.org. 03.02.2005
- Rey, J.M., Sawyer, M. G., Raphael, B., Patton, G. C., Linskey, M. (2002). Mental health of teenagers who use cannabis. *British Journal of Psychiatry*, 180, 216-221.
- Righter, H. (2004). 5-Länder Forschungsprojekt INCANT. Unveröffentlichtes Thesenpapier zu einem Vortrag anlässlich der Fachtagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung: 'Jugendkult Cannabis: Risiken und Hilfen. Berlin.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. & Hall, W. (1992). Development of a short 'readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*, 87(5), 743-54.
- Rowe, C. L., Liddle, H. A., McClintic, K., & Quille, T. (2002). Integrative treatment development: Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In F. W. Kaslow & J. Lebow (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy* (Volume 4: Integrative/Eclectic Therapies, pp. 133-161). New York: John Wiley and Sons.
- Schmidt, B. (1998). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. Weinheim und München. Juventa Verlag.
- Schwertl, W., Emlein, G., Staubach, M., Zwingmann, E. (1998). Sucht aus systemischer Perspektive. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent Drug Use and Psychological Health, 1990. *American Psychologist*, 612-630.
- Silbereisen, R. K. (1997). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In: Schwarzer, R. (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen. Hogrefe Verlag. 189-208.
- Simon, R., Sonntag, D., Bühriner, G., Kraus, L. (2004). Cannabisbezogenen Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. IFT-München.
- Simon, R., David-Spickermann, M., Hüllinghorst, R. (2004). Bericht 2004 des nationalen REITOX Knotenpunkts an die EBDD. Deutsche Beobachtungsstelle Drogen und Drogensucht. DBDD.
- Soellner, R., Kleiber, D. & Tossmann, H.P. (1995). *Einmal Cannabis - immer Cannabis? Prädiktoren für fortgesetzten Cannabiskonsum*. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 65-77.
- Soellner, R. (2000). Abhängig von Haschisch?. *Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Solowij, N., Greyner, B. (2001). Langzeiteffekte auf Psyche und Kognition. In:

- Grotenhermen, F. (Hrsg.). *Cannabis und Cannabinoide*. Bern. Huber. 325-338.
- Stephens, R.S., Roffmann, R.A., Simpson, E.E. (1994). Treating Adult Marijuana Dependence: A Test of the Relapse Prevention Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62,1. 92-99.
- Stephens, R.S., Roffmann, R.A., (1993). Adult Marijuana Dependence. In: Baer, J.S., *Addictive Behaviours across the life span*, 202-218.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996) *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim. Beltz Psychologie Verlags Union.
- Strobl, M.; Klapper, J.; Pelzel, K.-H.; Bader, G.; Zahn, H.; Lange, S.N. (2003). *Suchthilfestatistik 2002 für Deutschland. Tabellenband für ambulante Einrichtungen*. www.ebis-ift.de.
- Therapieladen* e.V. (1998). *Cannabiskonsum heute: Perspektiven für Beratung, Behandlung und Prävention*. Eigendruck. Berlin.
- Therapieladen* e.V. (1998). Broschüre: 'Cannabis denn Sünde sein. Eine Broschüre rund ums Kiffen. Mit dem ersten Kiffertest'. Berlin.
- Therapieladen* e.V. (2001). Broschüre: 'Drogen und Du. Mit dem Test: Check Dich'. Berlin.
- Therapieladen* e.V. (2003) *Konzeption der Einrichtung*. (unveröffentlicht). Berlin.
- Thomasius, R. (Hrsg.). (2004). *Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmissbrauchs. Eine Studie zu Therapieeffekten und -prozessen*. Hamburg. Verlag Dr. Kovac.
- Tossmann, H.P., Gantner, A. (1993). Differentielle Aspekte der Haschischabhängigkeit. *Sucht Nr. 4*, 276-281.
- Tossmann, H.P., Pilgrim, C. (2001). Drogenkonsum und Risikoeinschätzung in längsschnittlicher Perspektive. *Suchttherapie* 2, 1-11.
- Tossmann H.P. (2004). Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen: Gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf?. *Sucht*, 4, 212-220.
- White, H.R., Xie, M., Thompson, W., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (2001). Psychopathology as a predictor of adolescent drug use trajectories. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 210-218.
- Wittchen, H-U., Lieb, R. & Perkonig, A. (1999). Early Development Stages of Substance Abuse and Dependence — Examples from a Prospective Longitudinal Study, in Ladewig, D. (ed): *Basic and Clinical Science of Substance Related Disorders*. *Bibl. Psychiatr.*, 168, 7-22.
- Wittchen, H-U., Perkonig, A., Lachner & G., Nelson, O. (1998) Early Development Stages of Psychopathology Study (EDSP): Objectives and Design. *European Addiction Research*, 4, 18-27.
- Wittchen, H-U. & Semler, G. (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0)*. Weinheim: Betz.
- Zinberg, N.E., (1984). *Drug, Set and Setting. The Basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press.

