

# **Innenansichten aus der Therapie von cannabisbezogenen Problemen.**

Explorative Studie therapeutischer Erfahrungen mit Cannabisklienten.

**Harvey Becker**

## **Zusammenfassung**

Sowohl die Verbreitung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung als auch der Behandlungsbedarf von Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen der Drogenhilfe ist stark angestiegen. Gleichzeitig gibt es wenige Erkenntnisse über störungsspezifische Aspekte der Behandlung von cannabisbezogenen Problemen.

Ziel der qualitativ angelegten Studie war es deshalb, das Erfahrungswissen von Therapeuten, die seit längerem Cannabisklienten behandeln, näher zu charakterisieren und zu empirisch begründeten Resultaten über störungsspezifische Aspekte von Cannabisklienten, cannabisbezogener Probleme und deren Behandlung zu gelangen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es einen zielgruppenspezifischen Behandlungsbedarf für Cannabisklienten gibt. Zentral für die Zielgruppe sollten methodenintegrative und individuell flexibel gestaltbare therapeutische Ansätze sein. Grundlage der Therapie sollte ein stärker störungsspezifischer Blick sein, der Aspekte von Sucht und von komorbide Störungen in der Behandlung gleichermaßen berücksichtigt und außerdem bei jungen Klienten eine systemisch-entwicklungspsychologische Perspektive einnimmt.

## **Summary**

### **Views from within the therapy of cannabis related problems.**

Explorative study on therapeutic experiences with cannabis clients.

Both the occurrence of consumption of cannabis in the population as well as the demand for treatment of cannabis clients in outpatient institutions of the drug-helping system has massively increased. At the same time we know little about specific aspects of the treatment of cannabis related problems.

The aim of the qualitative study therefore was to examine the knowledge of therapists that are well experienced in cannabis treatment and to reach empirically based results about specific aspects of cannabis clients, cannabis related problems and their treatment.

The results show that the treatment needs to be more target group specific. Essential for this target group should be an integrative and individual flexible concept of therapy. Basis of the therapy proved to be a more specific view, which equally integrates addiction and co-morbidity disorders and takes furthermore a systemic-development psychological perspective with young clients.

**Key words:** cannabis, cannabis related disorders, co-morbidity, therapeutic experiences, psychotherapy, addiction-treatment



# 1 Ausgangssituation

---

In der Cannabisdiskussion zeigt sich bis heute ein noch immer widersprüchliches Bild. Praktische Erfahrungen oder wissenschaftliche Erkenntnisse werden nach wie vor sowohl für den Beweis der Harmlosigkeit als auch der Gefährlichkeit von Cannabis herangezogen. Ideologiegeprägte Risikodebatten bleiben offensichtlich mit Cannabis stetig verbunden. Unkenntnis, falsche Informationen und Mythen über die tatsächlichen Risiken des Cannabiskonsums sowie deren Verallgemeinerung sind daher 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 tendenziell eine eher harmlose Bewertung. Obwohl Cannabiskonsum in der Beratungspraxis der Drogenhilfe zwar immer auch anzutreffen waren, spielten sie demzufolge statistisch gesehen bis in die 90er Jahre keine große Rolle (BZgA, 1994). Die Klientel der Beratungs- und Therapieeinrichtungen war und ist bis heute von Opiatklienten dominiert, so dass die Hilfsangebote bisher stark an dieser Klientengruppe orientiert sind und somit den Anliegen und Bedürfnissen der Cannabisklienten nur unzureichend gerecht werden.

Seit einiger Zeit ist allerdings auch hier sowohl eine Veränderung der Bewertung des Cannabiskonsums sowie eine Veränderung der Situation von Cannabisklienten in Einrichtungen der Drogenhilfe zu beobachten. Die seit einigen Jahren beobachtete Steigerung der Konsumverbreitung sowie die steigende Anzahl von Hilfe suchenden Cannabiskonsumern in den Einrichtungen der Drogenhilfe bewirken, dass dem Thema mehr Aufmerksamkeit gewidmet wird. So ist der Cannabiskonsum in den letzten Jahren sowohl in der deutschen als auch der europäischen Bevölkerung mehr als jeder andere Drogenkonsum angestiegen und hat sich als Alltagsdroge besonders unter jungen Menschen etabliert (vgl. Kraus & Augustin, 2004, EBDD, 2004; BZgA, 2004). Der stärkste Anstieg zeigt sich in der Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen und unter Jugendlichen (15 -16 Jahre).

## 1.1 Risiken, Begleitprobleme und Behandlungsbedarf (Forschungsstand)

### 1.1.1 Risiken und Begleitprobleme des Cannabiskonsums

Ohne die Ursachen eindeutig bestimmen zu können, sind verschiedene **vorausgehende Risiko- und Schutzfaktoren** bekannt, die die Entwicklung eines problematischen Konsums begünstigen bzw. behindern 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 (vgl. Kleiber und Soellner, 1998, Schmidt, 1998). Diese Erkenntnisse weisen darauf hin, wie wichtig es ist, das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Behandlungsansätzen zu berücksichtigen.

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. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer differenzierten Risikoeinschätzung die sowohl eine Bagatellisierung sowie eine vorschnelle Pathologisierung zu vermeiden versucht. Neben der Sinnhaftigkeit als jugendtypisches Risikoverhalten ist auch die Möglichkeit von genussorientiertem, verantwortlichen Cannabiskonsum von Erwachsenen nicht außer Acht zu lassen. Hier sind präventive Überlegungen, hinsichtlich Förderungsmöglichkeiten eines regelorientierten und risikobewussten Cannabiskonsums gefragt, die hier leider nicht weiter ausgeführt werden können. So wird im Weiteren die Auseinandersetzung mit problematischem Cannabiskonsum im Vordergrund stehen.

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 ebenfalls sehr davon ab, mit welchem Muster (Einstiegalter, 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 (vgl. Kleiber & Kovar, 1998; Kleiber & Soellner, 2004). Andere 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 außerdem 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).

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

**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. Besondere Berücksichtigung für eine adäquate Risikoeinschätzung sollten deshalb neben den pharmakologischen Aspekten das Einstiegalter, die Konsummuster, die Konsummotivationen und -funktionen sowie die psychosozialen Kontextbedingungen finden.

### **1.1.2 Zur Behandlungsnachfrage und -ansätzen**

Simon et al. (2004) zeigten in der Studie über Behandlungsbedarf und Behandlungsangebote zu cannabisbezogenen Störungen in Deutschland, dass die Anzahl von Cannabisklienten in ambulanten Einrichtungen der Drogenhilfe um nahezu das Sechsfache angestiegen ist. Damit sind die Mitarbeiter der Drogenhilfeeinrichtungen mit einer neuen Klientengruppe konfrontiert, mit der es bisher wenig beraterische/therapeutische Erfahrung gibt. Bühringer bemerkt im Vorwort der Studie:

„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)

Andere Studien konnten zeigen, dass darüber hinaus ein großer Teil der Cannabiskonsumenten nicht die Einrichtungen der Drogenhilfe aufsucht, sondern sich Hilfe bei niedergelassenen Psychotherapeuten, Ärzten oder anderen Beratungsstellen sucht (Perkonig, et al., 2004; vgl. hierzu auch Tossman, 2004).

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 angestiegen 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.

Hinsichtlich der Behandlungsansätze ist zu bemerken, auch wenn einige spezifische Behandlungsansätze für cannabisbezogener Störungen existieren (Therapieladen e.V., Multidimensionale Familientherapie), 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.

Die beschriebene Ausgangslage macht es erforderlich, 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.

## **2 Ziel der Studie**

---

Auf dem Hintergrund der beschriebenen Situation, dass cannabisbezogene Störungen bisher kaum explizit behandelt und wenig störungsspezifische Aspekte in therapeutischen Zusammenhängen diskutiert wurden, entstand die Idee, Therapeuten über ihre Erfahrungen in der Behandlung von Cannabisklienten systematisch zu befragen. Die so entwickelte qualitative Studie „Therapie von cannabisbezogenen

Problemen – Explorative Studie therapeutischer Erfahrungen mit Cannabisklienten“ (Becker, 2005), wurde von mir als Diplomarbeit im Fach Psychologie verfasst. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Folgenden weiter vorgestellt.

Die Studie berücksichtigte, dass sich die bisher wenig vorhandenen Therapiestudien mit Cannabisklienten oftmals am bloßen Outcome-Interesse orientieren. 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.

„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)

Ziel der Exploration war es demnach, zu empirisch begründeten Resultaten zu gelangen die folgende Fragen beantworten und damit zu einem besseren Verständnis von Cannabisklienten und cannabisbezogenen Problemen sowie zu der Verbesserung deren Behandlung beitragen können:

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

### 3 Methodische Aspekte

---

Im Herbst 2004 wurden für die Befragung fünf Therapeut/-innen als Experten/-innen ausgewählt, die entweder ausschließlich mit Cannabisklienten arbeiten oder im Zusammenhang mit der Behandlung verschiedener Abhängigkeitserkrankungen auch Erfahrungen mit Cannabisklienten gemacht hatten. Dabei arbeiten eine Therapeutin und ein Therapeut in einer speziellen Therapieeinrichtung für Cannabis- und Partydrogenkonsumenten, dem **Therapieladen e.V.**. Ein dritter Therapeut arbeitete ebenfalls als Honorartherapeut im *Therapieladen* und war seit einem Jahr (2003) in eigener Psychotherapiepraxis tätig. Hinzu kamen zwei weitere Therapeut/-innen, die in anderen ‘gemischten’ Therapieeinrichtungen der Drogenhilfe Erfahrungen mit Cannabisklienten gesammelt hatten. Die Einrichtungen waren das **Haus Lenné**, eine stationäre Therapieeinrichtung für Konsumenten illegaler Drogen, und das ambulante Therapieangebot des **Drogentherapiezentrum**s. Alle Einrichtungen gehören seit vielen Jahren zu der Berliner Drogenhilfe.

Die Experten wurden mittels qualitativer leitfadengestützter Interviews befragt. Dabei waren folgende Fragen von besonderem Interesse:

- Wie erleben die Therapeuten die Cannabisklienten im Vergleich zu anderen Klienten?
- Wie schätzen sie den Behandlungsbedarf von cannabisbezogenen Problemen ein?
- Welchen Schwierigkeiten und Herausforderungen sehen sie sich in der Behandlung mit Cannabisklienten gegenüber?

Die Interviews wurden nach der Transkription mit der Methode der *zusammenfassenden Inhaltsanalyse* nach Mayring (2003) analysiert.

## 4 Ergebnisse und Diskussion

Das Erfahrungswissen der Therapeuten ließ sich in drei große Kategorien unterteilen, die sich wiederum aus Unterkategorien zusammensetzen. Die Kategorien sind: *Die Cannabisklienten*, *Das Problemverständnis* und *Das Therapieverständnis*. Der Übersicht halber sind sie kurz schematisch aufgeführt, um dann im Weiteren näher ausgeführt zu werden.

Die Cannabisklienten	
Im Hinblick auf das Verständnis der Therapeuten von ihren Cannabisklienten konnten zwei große Kategorien ermittelt werden:	
Heterogenität der Cannabisklienten	Gemeinsamkeiten der Cannabisklienten
Die Therapeuten differenzierten dabei nach: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklungsaspekten</li> <li>- Psychischen Symptomen</li> <li>- Therapiemotivation der Cannabisklienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychische Ebene</li> <li>- Ebene der Lebenswelt</li> <li>- Geringes Risikobewusstsein</li> <li>- Starke Konsumambivalenz</li> <li>- Hohe Prä- bzw. Komorbidität</li> </ul>

Das Problemverständnis		
Die Therapeuten verstehen cannabisbezogene Probleme im Zusammenspiel von drei Aspekten, die jeweils unterschiedlich intensiv ausgeprägt sein können:		
Der Aspekte der Abhängigkeit	Der Aspekt der Ko- bzw. Prämorbidität	Der Aspekt der Funktionalisierung
Daraus folgt für die Therapeuten die <b>Notwendigkeit einer differenzierten Diagnostik im Hinblick auf:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abhängigkeitsaspekte</li> <li>- Psychiatrische / psychotherapeutische Aspekte</li> <li>- Entwicklungspsychologische Aspekte</li> <li>- Sozialtherapeutische Aspekte</li> </ul>		

Das Therapieverständnis		
Für viele Therapeuten ließ sich ein Therapieverständnis explorieren, das von einem Spannungsfeld unterschiedlicher Pole geprägt ist. Es ließen sich drei Themenbereiche ermitteln:		
Suchttherapie vs. Psychotherapie	Methodische Aspekte in der Therapie	Die Rolle der Therapeuten
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Notwendigkeit von:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individualisierung</li> <li>- Flexibilisierung</li> <li>- Zielgruppenspezifisierung</li> </ul> </li> <li>&gt; Zentrale Themen sind:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsumententscheidung</li> <li>- Abstinenzorientierung</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haltung der Therapeuten</li> <li>- Beziehung zwischen Klient und Therapeut</li> <li>- Qualifikationen der Therapeuten</li> </ul>

## 4.1 Die Cannabisklienten

### 4.1.1 Heterogenität der Cannabisklienten

Eines der wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung ist, dass die Therapeuten Cannabisklienten als sehr stark von **Heterogenität** geprägt wahrnehmen und dass dies als relevantes Charakteristikum dieser Klientengruppe anzusehen ist. Dabei machen die Therapeuten eine Differenzierung und damit die Unterschiedlichkeit von drei Aspekten abhängig: dem *Entwicklungsaspekt*, dem Aspekt der verschiedenen *psychischen Symptome oder Belastungen* der Klienten sowie vom Aspekt der *Therapiemotivation*.

#### Differenzierung nach *Entwicklungsaspekten*

Erstens zeigte sich, dass bei dem Kriterium *Entwicklungsaspekte* die Identifizierung der jugendlichen Klienten und die Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und Entwicklungsprobleme besonders zu berücksichtigen sind. Die Befragten thematisierten dabei insbesondere die Zunahme von jugendlichen und jungen erwachsenen Cannabisklienten, 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 verursachende als auch kompensierende und regulierende Bedeutung.

#### Differenzierung nach *psychischen Symptomen*

Zweitens wurde deutlich, dass die Therapeuten die Klienten nach ihren *psychischen Symptomen* unterscheiden. Die Vielzahl und die Bedeutung dieser Symptome (Abhängigkeitssymptome, affektive Symptome, Angst, Aggression Spannungszustände, kognitive Symptome, psychotische Symptome) wurden als ein Charakteristikum für die Gruppe der Cannabisklienten ermittelt. Eine besondere Relevanz kommt dabei psychotischen und affektiven Symptomen als häufige Begleitproblematik zu. Sie wurden

stark mit den Cannabiskonsumenten in Verbindung gebracht. Jedes Symptom erfordere u. U. spezifische Behandlungsschwerpunkt und stelle so eine Herausforderungen für die Flexibilität der Therapie dar.

„Mir fällt schon auf, dass sie natürlich sehr viel sensibeler sind, dass sie mehr mit psychotischem Erleben, mit Isolation und Rückzug zu tun haben als andere. Das was ich im Einzeltherapieprozess mache, ist, diese Themen mehr in den Mittelpunkt zu stellen, ist, Absprachen zu treffen, wie man im Kontakt bleibt, die eher davon abgehen, was normalerweise üblich ist. Ich ruf dann schon einmal hinterher oder nehme dann von mir aus Kontakt auf, wenn ich von jemand über Tage nichts höre.“ (E3, 21)

### **Differenzierung nach *Therapiemotivationen***

Drittens zeigt sich die Heterogenität in den oftmals sehr unterschiedlichen *Therapiemotivationen* der Cannabisklienten, die sich als eine besondere Herausforderung für die Therapeuten erweisen. 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 und in der Behandlung berücksichtigt werden wollen. Hier erleben die Therapeuten heterogenere Anliegen als bei Klienten, die andere Substanzen konsumieren.

#### **4.1.2 Gemeinsamkeiten der Cannabisklienten**

Neben der Bedeutung der *Heterogenität*, die bereits eine Gemeinsamkeit der Cannabisklienten darstellt und sie von Klienten mit anderem Substanzkonsum (die als Gruppe oftmals homogener seien) unterscheidet, konnten von den Therapeuten wahrgenommene Gemeinsamkeiten anhand des Vergleichs mit **Klienten mit anderem Substanzkonsum** ermittelt werden.

#### **Psychische Ebene**

Die Therapeuten beschrieben 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.

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

„Partydrogenkonsumenten versuchen über einen längeren Zeitraum eher nach außen eine Fassade des guten Funktionierens und des Sich-kompetent-und-fit-zeigens aufrecht zu erhalten. Das hat man bei Leuten, die schwerpunktmäßig kiffen nicht so sehr, d.h. die haben sich viel früher zurückgezogen, sind in der Regel tendenziell abgeschotteter und auch im längeren Verlauf isolierter und oft auch einsamer.“ (E2, 1)

#### **Ebene der Lebenswelt**

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, wie das z.B. Opiatkonsumenten seien. Außerdem unterscheide sich die soziale Situation, der Lebensstil und die Lebenserfahrungen. Aufgrund der geringeren Kriminalität hätten die

Cannabisklienten selten Haft Erfahrung und würden insgesamt weniger in Konflikt mit sozialen Situationen kommen, seien oftmals sozial besser integriert als Heroin Klienten. Gleichzeitig verfügten sie allerdings nicht über bestimmte Lebensbewältigungskompetenzen, die die Heroin Klienten teilweise in der ‚Szene‘ erwerben würden.

### **Geringes Risikobewusstsein und starke Konsumambivalenz**

Eine weitere Gemeinsamkeit der Cannabisklienten, und gleichzeitig spezifische Herausforderung für die Therapeuten, ist ein insgesamt *geringes Risikobewusstsein*.

Cannabis wird nach Einschätzung der Therapeuten von vielen Klienten 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.

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

Die Risiken des Cannabiskonsums würden häufig nicht nur von Klienten, sondern 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 [der Alkoholkonsument] 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. Die neigen dann dazu, das zu übersehen, das zu bagatellisieren.“ (E5, 14)

Eine u. a. aus der geringen Risikoeinschätzung resultierende weitere Gemeinsamkeit der Cannabisklienten ist nach Ansicht der Therapeuten eine oftmals *ausgeprägte Konsumambivalenz*, die sie auch in der Substanz begründet sehen, deren Konsum und Auswirkungen nicht so eindeutig wie andere illegale Drogen als negativ und schädlich angesehen würde und weniger dramatischere Vorläufe nähme. 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.

„... 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.

### **Hohe Ko- bzw. Prämorbidität**

Als letztes Ergebnis hinsichtlich der Gemeinsamkeiten von Cannabisklienten ergab sich, dass die Therapeuten ihre Klienten durch eine hohe **Ko- bzw. Prämorbidität** gekennzeichnet erleben. Dieses Ergebnis wurde bereits in anderen Studien bestätigt (Patton et al., 2002; Rey et al., 2002). Auf diesen Aspekt wird später unter Punkt 4.2.2. noch einmal eingegangen.

### **4.1.3 Diskussion der Kategorie ‚Die Cannabisklienten‘**

Als ein zentrales Merkmal der Cannabisklienten zeigte sich deren **Heterogenität**. Insgesamt ist von sehr unterschiedlichen Klienten und deren Voraussetzungen auszugehen, die einen Abgleich zwischen den verschiedenen Hilfebedürfnissen und den Hilfsangeboten erfordern. Auch die Autoren des Jahresberichtes 2004 der Europäischen Beobachtungsstelle Drogen und Drogensucht bemerken dazu:

„Die Analyse des Behandlungsbedarfs und andere Indikatoren legen nahe, dass sowohl Cannabiskonsumern, 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 angestiegen 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.

Die Ergebnisse dieser Studie haben weiter gezeigt, 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. Deshalb ist eine stärkere Kooperation und Einbindung der Eltern wünschenswert. Außerdem zeigen die Ergebnisse in diesem Zusammenhang, dass Cannabiskonsum als Behinderungsfaktor im Hinblick auf **verschiedene Entwicklungsaspekte** eine große Rolle spielen kann. Ein Verständnis und die Berücksichtigung von Entwicklungsprozessen und -aspekten sowie familiäre Kontexte sollte daher in der Behandlung 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 allerdings überwiegend auf die Behandlung ausgeprägter Abhängigkeiten eingestellt. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass auch weniger schwere Konsummuster Probleme mit sich bringen und behandlungsbedürftig sind. Oder aber der Konsum nicht immer das zentrale Problem darstellt. Somit scheint eine stärkere Differenzierung der Behandlungsansätze hinsichtlich der verschiedenen Konsummustern bzw. Stadien von problematischen Konsumententwicklungen angezeigt.

Die Ergebnisse 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., 2004, 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 und dass die Drogenhilfe entsprechende Angebote zur Verfügung halten sollte.

Die unterschiedlichen Konsummuster sowie die große Bandbreite der psychischen Symptome haben zur Folge, dass Cannabisklienten **unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse** formulieren, die sich eher an den subjektiv erlebten Problemen orientieren als sofort 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, die Cannabisklienten stärker in ihrer Unterschiedlichkeit wahrzunehmen, 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.

Außerdem stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, welche Angebote auf die immer wieder formulierten Anliegen nach Unterstützung zum Erreichen eines kontrollierten Konsums gemacht werden können. In wie weit dieses Behandlungsanliegen auch in die bestehenden therapeutischen Angebote integrierte werden können und sollen wird sich in der Zukunft zeigen.

Zusammenfassend zeigt sich bei der Interpretation der Ergebnisse in der Kategorie ‚Die Cannabisklienten‘ vor allem die Notwendigkeit einer stärkeren **Zielgruppenspezifizierung**.

## **4.2 Das Problemverständnis**

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

### **4.2.1 Der Abhängigkeitsaspekt**

Der *Abhängigkeitsaspekt* hat die Bedeutung, Konsummuster und deren Auswirkungen einzuschätzen. Aufgrund der wahrgenommenen geringeren Eigendynamik von Cannabis sei es, laut der Therapeuten, immer noch für viele Klienten, aber auch für einige Professionelle schwierig nachzuvollziehen, dass sich im Zusammenhang mit Cannabis eine Abhängigkeit entwickeln kann. Die Bewertung des Konsumverhaltens sei aufgrund der weniger dramatischen Wirkungsweise der Drogen und der bisher fehlenden Erkenntnisse ein oftmals sehr schwieriger Prozess.

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 und eine Risikoeinschätzung vorzunehmen.

### **4.2.2 Der Aspekt der Ko- bzw. Prämorbidität**

Ein zentrales Ergebnis der Studie ist, dass die Abhängigkeit von Cannabis von den Therapeuten eng in Zusammenhang mit den komorbiden oder prämorbiditen Erkrankungen gebracht wird. Sie sei überhaupt erst verstehbar, wenn die zugrunde liegenden 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.

„Ich denke, bei den Kiffern springt einen viel schneller an, was da sonst noch los ist. Auch wenn sie plötzlich irgendwie nüchtern sind, sind sie nicht so schlagartig ganz andere Menschen. So ist es eben nicht. 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 Ko- bzw. Prämorbidität 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 die Psychiatrie keine

Abhängigkeiten behandelt habe und die Suchthilfe keine psychiatrischen Störungen, führte dazu, dass einige Klienten gar nicht in den Einrichtungen angenommen wurden.

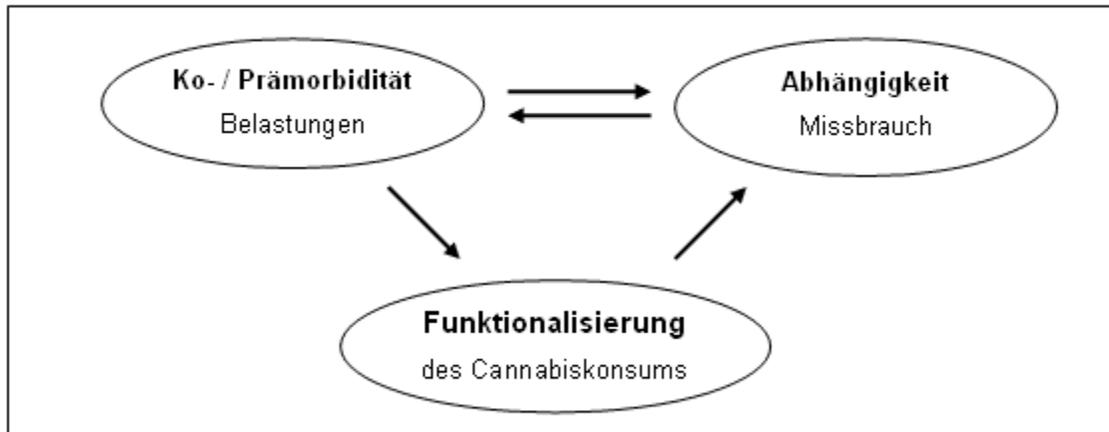
Gerade im Hinblick auf cannabisbezogene Probleme habe der Aspekt der Komorbidität jedoch für die Therapeuten zunehmend an Bedeutung gewonnen. Deutlich wurde, dass sich Cannabis aufgrund des *multifunktionalen Wirkungsspektrums* und der erst spät entstehenden negativen Konsequenzen mehr als jede andere Droge eigne, psychische Belastungen und Erkrankungen zu regulieren bzw. zu selbstmedikamentieren. Zum einen sei die Substanz aufgrund ihrer spezifischen Wirkungsweise (entspannend, beruhigend) sehr zweckmäßig, bestimmte Probleme zu lindern. Zum anderen träten negative 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.

#### **4.2.3 Der Aspekt der Funktionalisierung**

Als Bindeglied zwischen den genannten Aspekten Abhängigkeit und Ko- bzw. Prämorbidität 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 der ko- bzw. prämorbiditen 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.

Der Funktionalisierungsaspekt, der auch bei anderen Drogen gesehen wird, wird von den Therapeuten bei Cannabis in wesentlich stärkerem Maße begriffen. Cannabis eigne sich 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. Er könne außerdem dazu benutzt werden, Konflikte in der Familie zu regulieren.

Das folgende Schaubild veranschaulicht die beschriebenen Aspekte und ihr Zusammenspiel:



Entscheidend für den beschriebenen Prozess des 'Problemverstehens' war für die Therapeuten die Notwendigkeit einer **differenzierten Diagnostik**, die cannabisbezogene Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Dabei sollten folgende Aspekte miteinander verbunden werden:

- Abhängigkeitsaspekte,
- Psychiatrische / psychotherapeutische Aspekte,
- entwicklungspsychologische Aspekte und
- sozialtherapeutische Aspekte.

#### 4.2.4 Diskussion der Kategorie 'Das Problemverständnis'

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, die Risiken ebenso sieht wie die Möglichkeit eines verantwortungsvollen Konsums.

Für viele Therapeuten ist das Abhängigkeitssyndrom nur ein Kriterium von cannabisbezogenen Problemen und nicht so dominierend wie bei Heroin, Kokain und Alkohol, deren Eigendynamik und negative Auswirkungen stärker seien. Auch Soellner

(2000) beschreibt, dass das klinische Syndrom Abhängigkeit nicht notwendiger Weise mit der psychischen Befindlichkeit interferiert. Ebenso sehen viele Cannabisklienten die Abhängigkeit nicht als ihr Problem an. Deshalb suchen sie auch keine Unterstützung in der Drogenhilfe.

Bei dieser Diskussion wird 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 wie auch von anderen wahrgenommen werden. Als Folge werden frühzeitige Behandlungen versäumt und bestehende Problematiken nehmen langfristig einen schlechteren Verlauf.

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. Klienten mit Cannabiskonsum werden jedoch bisher in der Drogenhilfe hauptsächlich in Hinblick auf ihre Abhängigkeitsproblematik begriffen und behandelt. Angesichts der vorliegenden Ergebnisse reicht dieser einseitige Blick nicht aus, um cannabisbezogenen Probleme adäquat zu verstehen und zu behandeln.

Damit ist auch zu diskutieren, ob 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, angemessen ist, um die Cannabisproblematik adäquat zu erfassen (vgl. hierzu auch Soellner, 2000; Kunz 2002).

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'*.

Um cannabisbezogene Probleme angemessen zu verstehen, ist es aus den genannten Überlegungen notwendig, eine differenzierte Diagnostik zu betreiben, die stärker entwicklungspsychologische, psychiatrische, psychotherapeutische, sozialtherapeutische und suchtspezifische Blickwinkel und Aspekte integriert und funktionale Aspekte des Konsums berücksichtigt. Auf der Grundlage einer differenzierteren Diagnostik könnten dann auch die spezifischen Behandlungsstrategien und Programme für diese Zielgruppe adäquater entwickelt und damit die Angebote verbessert werden.

### 4.3 Das Therapieverständnis

Die Therapeuten zeigten ein Therapieverständnis von cannabisbezogenen Problemen, 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, in der gerade bei Cannabisklienten schwierigen Auseinandersetzung mit ihren Konsumententscheidungen bzw. der Abstinenzorientierung der Einrichtungen und in den daraus resultierenden Eigenschaften der therapeutischen Beziehung.

#### 4.3.1 Suchttherapie vs. Psychotherapie

Entsprechend dem beschriebenen Problemverständnis sehen sich viele Therapeuten in der Therapie von cannabisbezogenen Störungen in einem Spannungsfeld zwischen psychotherapeutischem und suchttherapeutischem Verständnis und der Notwendigkeit beide 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. 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 und die Entscheidungsnotwendigkeit der Konsumveränderung zu wenig forciert.

„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)

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)

Die Suchtkonzepte müssten sich nach Ansicht der fast aller Interviewten mit Hilfe entwicklungspsychologischer und klinisch-psychologischer Verständnisse stärker differenzieren und dadurch auf die unterschiedlichen Anliegen der Cannabisklienten eingehen. Eine Therapeutin fasst die Problematik zusammen:

„Suchtthilfe 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)

Neben der Forderung nach Integration von sucht- und psychotherapeutischen Konzepten bzw. nach stärkerer klinisch-psychologischer Orientierung sollten jugendgerechtere Ansätze stärker 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.

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)

Viele der befragten Therapeuten kritisieren die aus ihrer Sicht oft vorhandene ‘Entweder-Oder‘ Angebote von Sucht-, psychiatrischen- oder Jugendhilfeeinrichtungen.

#### **4.3.2 Methodische Aspekte der Therapie**

Aufgrund der Heterogenität der Cannabisklienten sowie des Problemverständnisses haben die Therapeuten ein Therapieverständnis, das unter methodischen Gesichtspunkten von der Notwendigkeit einer stärkeren **Zielgruppenspezifizierung**, **Flexibilisierung** und **Individualisierung** geprägt ist.

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.

In diesem Zusammenhang ist ein weiterer wesentlicher Aspekt des Therapieverständnisses von cannabisbezogenen Störungen und ein für die Therapeuten immer wieder kehrendes zentrales Thema der **Umgang mit**

**Konsumentenscheidung und Abstinenzorientierung**, der teilweise von den Therapeuten unterschiedlich bewertet wurde.

Bei dem Umgang mit Konsumentenscheidungen sei es für einige Interviewten von Nöten, 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.

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 Konsumentenscheidungen der Cannabisklienten benennen die Therapeuten, die ausschließlich mit Cannabisklienten arbeiten, explizit als Notwendigkeit in der Therapie mit cannabisbezogenen Störungen. Damit verbunden sei eine ständige Gradwanderung zwischen Akzeptanz und Konfrontation, die für die Interviewten eine zentrale Herausforderung für die Therapie mit Cannabisklienten darstellt.

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. Es ginge darum, zu entscheiden, ob der Konsum nicht mehr tragbare schädliche Konsequenzen nach sich ziehe, die eine Entwicklung verhinderten. Ggf. müsse dann die Bedingung für Konsumveränderung bzw. Abstinenz festgelegt werden.

### 4.3.3 Die Rolle der Therapeuten

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 zwischen Klient und Therapeut ein zentraler und entscheidender Faktor in der Behandlung und für 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

„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 Strohhalm, 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.

Insgesamt bedürfe es von den Therapeuten 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.

### 4.3.4 Diskussion der Kategorie ‚Das Therapieverständnis‘

Aufgrund der beschriebenen Komplexität der cannabisbezogenen Störungen, die verschiedenen psychosoziale Sichtweisen tangiert, ist eine stärkere **Integration** verschiedener Behandlungsansätze unter Berücksichtigung verschiedener Problemlagen von Nöten. Dazu gehört methodisch eine stärkere **Individualisierung** und **Flexibilisierung** der Therapie, die bisher in den bestehenden Angeboten nicht ausreichend möglich sind.

Die Cannabisklienten stellen die Hilfseinrichtungen 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 störungsspezifischere Berücksichtigung finden können. Ein Therapeut antwortet darauf:

„Es gibt offensichtlich einen massiven Bedarf dafür [spezifische Angebote]. Wann immer man jemandem sagt: 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 und den Ergebnissen dieser Studie 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 weiterer Erkenntnisse noch eine zukünftige Verbesserung und Optimierung von Interventionen möglich.

### **Korrespondenzadresse**

Dipl.-Psych. Harvey Becker, *Therapieladen* e.V., Potsdamer Straße 131, 10783 Berlin  
Email: [h.becker@therapieladen.de](mailto:h.becker@therapieladen.de) Internet: [www.therapieladen.de](http://www.therapieladen.de)

### **Literaturhinweise**

---

- Becker, H. (2005). Therapie von cannabisbezogenen Problemen. Explorative Studie therapeutischer Erfahrungen mit Cannabisklienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit. FU Berlin. Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie. Diplom Psychologie. Vollständige Studie im Internet unter: [www.therapieladen.de/produkte](http://www.therapieladen.de/produkte).
- Bonnet, U., Scherbaum, N. (2005). Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*. Jg. 102. Heft 48.
- 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.
- 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.

- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2004). *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen - 2004*. Luxembourg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Gantner, A. (2001). Behandlungsmöglichkeiten bei problematischem Cannabiskonsum. *Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik*, 1, 18-20.
- Gantner, A. (2004). Diagnostik und Therapie des Cannabismissbrauchs. *Cannabis. Neue Beiträge zu einer alten Diskussion*. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. Lambertus. Freiburg, 81-97.
- 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.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2004). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland: Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht*.
- Kuntz, H. (2002). Cannabis ist immer anders. Beltz Verlag. Weinheim.
- Liddle, H. A. (2002). Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users. *Cannabis Youth Treatment Series Vol. 5*. Center of Substance Abuse Treatment. Miami.
- Mayring, P. (2003) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim. Beltz Verlag.
- Miller, W.R., Rollnick, S., Kremer, G., Schroer, B. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg i. Br. Lambertus Verlag.
- 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. *BMG*, 325, 1195-1198.
- 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.
- Realize it. (2004). Pilotprojekt *Realize It*. Kurzintervention bei Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit. Internetseite: [www.realize-it.org](http://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.
- Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G., Kraus, L. (2004). Cannabisbezogenen Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. IFT-München.
- Soellner, R. (2000). Abhängig von Haschisch?. *Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Tossmann H.P. (2004). Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen: Gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf?. *Sucht*, 4, 212-220.