

**Andreas Gantner**

## **Die ganze Wahrheit über Cannabisklientinnen! Anekdotische Evidenz aus 25 Jahren Therapieladen Praxis**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Was sind Anekdoten? Bei Wikipedia steht: *Anekdotisch nennt man auch Sammlungen von Einzel-Beobachtungen ohne methodische Kontrolle und statistische Gewichtung.*

Die folgenden Ausführungen über Cannabisklienten sind also wissenschaftlich nicht abgesichert, haben aber 25 Jahre praktische Einzelbeobachtung zur Grundlage. Es ist ja so: Wir haben im Therapieladen vieles durch die wissenschaftliche Forschung dazu gelernt und haben seit der sogenannten Kleiber Cannabisstudie Mitte der 90er Jahre, die ja vom Therapieladen ausging, einen engen Draht zur Cannabisforschung gehalten. Seither ging ziemlich viel Forschung durch unseren „Laden“.

Die wesentlichen Erkenntnisse jedoch haben wir von den therapeutischen Begegnungen mit unseren Klienten erfahren. Die Klienten sind ja die eigentlichen Experten und wir haben von ihnen viel gelernt. Wenn ich also im Folgenden über Cannabisklienten spreche, dann sind das:

1. langjährig gesammelte Erfahrungen aus der Begegnung mit höchst unterschiedlichen Leuten die Cannabisprobleme hatten.
2. sind es nur Aussagen über diejenigen Cannabiskonsumenten, die von sich aus ein Therapieangebot in Anspruch nehmen, weil sie selbst oder andere den Cannabiskonsum als problematisch erleben und etwas verändern wollen, sollen, müssen.

### **Folie 2 (Therapieladen Statistik)**

Sie sehen, seit 1985 haben wir:

- Ca. **4.500** Cannabisklienten beraten
- Ca. **1275** Cannabisklienten längerfristig therapeutisch behandelt
- Ca. **75.000** Therapiesitzungen durchgeführt

Dass ich keine exakte Zahlen angeben kann, liegt daran, dass wir in den 80 er Jahren noch kein Dokumentationssystem hatten und der Deutsche Kerndatensatz noch nicht existierte. Dank der Einführung des deutschen Kerndatensatzes und eines Qualitätsmanagementsystems nehmen wir uns heute viel mehr Zeit für die Dokumentation... sehr viel mehr Zeit, okay aber das führt ab vom Thema.

Ein Fernsehreportage bei ARTE zum Thema Cannabis bescheinigte uns vor kurzem, dass der Therapieladen europaweit die erste cannabisspezifische Beratungs- und Therapieeinrichtung war, das wußten wir bis dahin auch noch nicht.

Nun wie kam's dazu? Warum gerade in Berlin und warum 1985?

Dafür gibt's eine Ursache, die viele von Ihnen überraschen wird. Wir haben das Wolfgang Neuss zu verdanken. Ein Schauspieler und Kabarettist, den die Jüngeren von Ihnen wahrscheinlich gar nicht mehr kennen.

### **Folie 3 (Neuss)**

Neuss proklamierte 1983 in einer Berliner Talkshow folgenden legendären Satz:

„Auf deutschem Boden darf nie wieder ein Joint ausgehen!“

Diesen epidemiologischen Imperativ beschwor er im Beisein des damaligen Regierenden Bürgermeister Richard von Weizsäcker, den er kumpelhaft „Ritschi“ nannte.

Es war klar, dass der Berliner Senat darauf reagieren musste. Zumal schon Anfang der 80er Jahren der Cannabiskonsum am Steigen war, wenn auch noch nicht in dem Ausmaß wie 10 Jahre später.

Neuss wohnte übrigens damals in unmittelbarer Nachbarschaft zum Therapieladen in Charlottenburg, ist aber nie auf die Idee gekommen, sich behandeln zu lassen. Er war Dauerkonsument und nutzte Cannabis auch als Selbstmedikation. Einer seiner Sprüche in dem Zusammenhang war: „Ich rauche den Strick, an dem ich sonst hängen würde.“

Als der Therapieladen dann 1985 gegründet wurde, gab es ja noch sehr wenige Erkenntnisse über Cannabisklienten. Der Begriff existierte noch gar nicht. Auch das Endocannabinoidsystem, welches den Suchtmechanismus neurobiologisch erklären kann, war noch nicht entdeckt. Das kam erst 1992. Wir, die es schon früh mit Cannabisabhängigen zu tun hatten, mussten also einige Jahre immer wieder erklären, dass es so etwas wie eine Cannabisabhängigkeit wirklich gibt. Viele wollten es in den 80er und 90er nicht glauben, einige finden es auch heute noch zweifelhaft.

Mangels empirischer Evidenz haben wir uns damals nach anderen Wissens-Quellen umgeschaut und wurden bei einem französischen Dichter und Schriftsteller fündig: Charles Baudelaire:

Die folgenden zwei Zitate aus seinem Buch Die künstlichen Paradiese. Die Dichtung vom Haschisch verweisen bereits auf das wesentliche Fundament unserer Präventions- und Behandlungsphilosophie auf dem wir im Therapieladen heute 150 Jahre später immer noch stehen.

### **Folie 4 (Baudelaire1)**

Baudelaire war einerseits ein Vordenker der Cannabisprävention Er schrieb in diesem Zusammenhang folgende Anleitung zum Cannabiskonsum in seinem Buch: „Die künstlichen Paradiese“:

*„Ich nehme an, ihr habt den Augenblick für diese abenteuerliche Entdeckungsfahrt mit Vorsicht gewählt. Jede vollkommene Ausschweifung benötigt vollkommene Muße Ihr wisst übrigens, dass Haschisch nicht nur die Übertreibung des Individuums, sondern auch der Verhältnisse und der Umwelt verursacht. Ihr habt keine Aufgaben zu erfüllen, welche Pünktlichkeit und Genauigkeit erfordern. Ihr habt keine Familiensorgen, kein Liebeskummer, darauf muss man achten“*

### **Folie 5 (Cannabis denn Sünde sein)**

Das sind im Wesentlichen die „safer use“ Regeln die sich dann in unserer Bestseller Broschüre *Cannabis denn Sünde sein*, die wir 138 Jahre später geschrieben haben befinden. Wir haben uns also eng an Baudelaire orientiert.

Im nächsten Zitat zeigt Baudelaire seine Haltung Cannabisabhängigen gegenüber:.

### **Folie 6 (Baudelaire 2)**

*„Ein Mensch, der sich lange Zeit dem Genuß von Haschisch hingeeben hat und dann, geschwächt, wie er durch die Gewöhnung an seine Knechtschaft war, die notwendige Energie aufbrachte und sich befreite, kommt mir vor wie ein entwichener Sträfling. Er flößt mir größerer Bewunderung ein als der vorsichtige Mensch, der nie einen Fehltritt beging und immer darauf achtete, der Versuchung auszuweichen“*

Baudelaire wusste nicht nur aus eigener Erfahrung im Umfeld der Pariser Boheme um das Phänomen Cannabisabhängigkeit, sondern lieferte uns auch die Basis einer sehr respektvollen, wertschätzenden, empathischen Grundhaltung dem abhängigen Kiffer gegenüber. Diese Grundhaltung prägt unsere Einrichtung bis heute

### **Gibt es nun so etwas wie typische Merkmale eines Cannabisklienten?**

Die Antwort lautet:

In der Forschung und im klinischen Kategorisierungsbedürfnis: JA

Im wirklichen Leben: Nein.

Zunächst ist zu sagen: Eine flächendeckende Beschäftigung mit Cannabisklienten haben wir der *Cared Studie*, die damals Roland Simon im IFT 2004 durchgeführt hat zu verdanken. Dessen bundesweite Untersuchung in Beratungsstellen zeigte auf soziodemographischer Ebene typische Merkmale eines Cannabisklienten wie wir sie im statistischen Durchschnitt auch heute noch im Therapieladen finden:

## **Folie 7 (Typischer Klient)**

Der typische Cannabisklient sei 25 Jahre alt, zu 75% männlich und 25% weiblich, lebe zu 10% noch bei den Eltern, zu 70% als Single und zu 20% in fester Beziehung, befinde sich zu 35% in Ausbildung, sei zu 30% berufstätig, und zu 35% arbeitslos und habe bis zum Betreuungsbeginn durchschnittlich 10 Jahre gekifft.

Alles klar?

Diese soziodemographische Typisierung zeigt lediglich gewisse Unterscheide, wenn man die Daten etwa mit den durchschnittlichen Heroin klient vergleicht, der ca.10 Jahre älter ist und noch etwas arbeitsloser, oder mit dem Alkohol klient, der etwa 20 Jahre älter ist und etwas mehr verheiratet ist.

Es lassen sich aus diesen soziodemographischen Daten für den therapeutischen Alltag wenig ableiten, wenn man bedenkt, dass sich hinter dem 25 Jährigen Durchschnittsklient bei uns derzeit ein Altersspektrum von 13 bis 54 Jährigen Cannabisklienten verbirgt.

Seit sich Cannabis zur illegalen Alltagsdroge entwickelt hat, herrscht auch unter den Cannabisklienten soziodemographische Vielfalt. Cannabisabhängige finden sich heute in allen Altersklassen und in allen sozialen und beruflichen Milieus.

Das Typische ist also zunächst mal die Heterogenität der Biographien von Cannabisklienten. Diese Vielfalt von Begegnungen mit ganz unterschiedlichen Menschen ist übrigens eine der Gründe warum meine KollegInnen und ich die therapeutische Arbeit mit diesen Klienten schon so lange schätzen. Sie ist sehr abwechslungsreich und man bekommt nebenbei viel Einblicke in gesellschaftlich-kulturelle Milieus

Lassen sich aber nicht doch irgendwelche Merkmale oder typische Muster im Verhalten von Cannabisklienten ausmachen? Nun ich will versuchen auf drei Aspekte einzugehen die bereits mein Kollege Harvey Becker in seiner qualitativ-explorativen Studie zur Beschreibung von Cannabisklienten für wichtig fand.

Nämlich:

- die Therapiemotivation,
- der Zusammenhang von Cannabisabhängigkeit und Komorbidität
- und Entwicklungsaspekte.

**Welche Erfahrungen machen wir mit der Therapiemotivation von Cannabisklienten?**

## **Folie 8 (Ambivalenz)**

Ich gehe davon aus, dass Sie die meisten hier das transtheoretische Modell von Prochaska und Di Clemente kennen: die berühmten Motivationsphasen. Dieses Modell ist ja Grundlage der Motivierenden Gesprächsführung, kurz MI genannt mittlerweile die Universalmethode im Suchtbereich.

Ich kann Ihnen versichern: Cannabisklienten pflegen ein sehr kreativen Umgang mit diesen Motivationsphasen. Sie tanzen eher damit, anstatt sie zu durchlaufen.

Motivationsambivalenz ist ja ein Kernmerkmal von allen Suchtmittelabhängigen. Wir glauben aber Cannabisabhängige sind die Virtosen Tänzer unter den Ambivalenten.

Beispielhaft will ich Ihnen nur zwei Tanzarten im *TTM Loop* beschreiben:

### **Folie 9 (rapid cycler)**

Da gibt es den sogenannten Rapid Cyclier.

- *Dieser raucht abends „ohne Absicht“ einen Joint*
- *Morgens grübelt er und „denkt darüber nach“ ob's aufhören wirklich Sinn macht*
- *Mittags „entschließt er sich“ doch zur Therapiesitzung zu gehen,*
- *Nachmittags geht er tatsächlich zur Sitzung und versichert wieder clean zu bleiben.*
- *Abends zieht er dann noch mal einen letzten Kopf durch.*

### **Folie 10 (Slow Cyclier)**

Dann gibt es den sogenannten Slow Cyclier.

Der slow cycler steht auch für gewisse Klisches die sich auch bei Kifferwitzen finden. Sich mit allem viel Zeit lassen. Das folgende Zitat eines 43 Jährigen Cannabisklienten bringt den Slow Cyclier auf den Punkt.

*„Ich wußte schon mit 18 dass mir das Kiffen nicht gut tut. Darum habe ich mich jetzt nach reiflicher Überlegung entschlossen etwas dagegen zu tun.“*

Wie lässt sich nun diese oft lang bestehende Motivationsambivalenz, die sich auch im therapeutischen Prozess fortsetzt, verstehen?

Da komme ich nun zum zweiten Unterscheidungsmerkmal der Cannabisklienten nämlich dem Zusammenhang mit der Komorbidität, ein schrecklich klinischer Begriff aber hilfreich zum Verständnis. Man kann auch einfach sagen: andere psychische Problembereiche

Cannabis gilt ja generell auch als Heilmittel und ist wie kaum eine andere psychoaktive Substanz als Multifunktionsmedikament beliebt und auch wirksam.

### **Folie 11 (Dr. House)**

Ich will jetzt hier gar nicht auf die mögliche offizielle medizinische Anwendung für bestimmte Krankheitsbilder eingehen, sondern vor allem betonen, dass die hohe Rate von diagnostizierten komorbiden Störungen bei Cannabisabhängigen vor allem mit dem Selbstmedikationscharakter von Cannabis zu erklären sind. Aufgrund des komplexen Wirkungsspektrums kann Cannabis kurzfristig Linderung bei allen möglichen psychischen Problemlagen erzielen. Das macht, neben einigen anderen Aspekten, die Droge so attraktiv. Leider führen diese Versuche, bestehende Probleme mit Cannabis zu verbessern, längerfristig nicht zu gewünschten Erfolg. Diese Erkenntnis kann sich aber, je nach Dosierung und sonstigen Ressourcen der

Person lange hinziehen. In der Regel führt es zu einer *Verschlimmbesserung* der Befindlichkeit, einer der Gründe der Dauerambivalenz von Cannabisklienten.

## **Folie 12 (Zusammenhang Komorbidität/Jandl)**

Auf den Zusammenhang von Cannabisabhängigkeit und Komorbidität hat vor kurzem meine Kollegin Birgit Spohr in einem Experten- Interview auf der drugcom.de website der BZGA aufmerksam gemacht. Sie beschreib das hier gezeigte Phänomen und sagte dann unter anderem: Zitat: *„Ich würde unterscheiden zwischen der Situation, dass Cannabiskonsum sich auf bereits bestehende Probleme draufsetzt, und solchen Problemen, die erst im Laufe des Konsums entstehen. Manchmal sind diese Probleme auch nicht mehr gut zu trennen“*

Darauf hin erhielt sie vor kurzem einen langen Emailbrief eines Cannabisexperten aus der Selbsthilfeszene. Diesem ging das ganze Interview gegen den Strich. Er befürchtet, wir würden mit solchen Ausführungen zur Verschärfung der Problemlage von Cannabiskonsumern beitragen. Einer seiner Kritikpunkte war: Hie würde das wissenschaftlich so wichtige Kausalitätsprinzip in Frage gestellt. Er meinte: *Wenn man die Ursache nicht mehr erkennen und unterscheiden könne, sei ja alles mehr als subjektiv...*

Nun, als systemisch denkender Mensch könnte man jetzt einen langen Exkurs über Kybernetik 1. und 2. Ordnung und Zirkularität bei lernenden Organismen zum Besten geben. Dafür reicht aber hier leider die Zeit nicht. Deshalb halte ich es hier mit dem Zitat von Ernst Jandl: *„Lechts und Rinks soll man nicht verwechseln. Werch ein Illtum“,* der das dadaistisch auf den Punkt bringt und Recht hat!

## **Folie 13 (Komorbidität)**

Im Laufe der Jahre haben wir neben der Cannabisabhängigkeit so ziemlich alle wesentlichen psychischen Störungen bei unseren Klienten diagnostiziert und behandelt. Dabei gibt's es jede Menge Affären und Dauerbeziehungen zwischen einer Cannabisproblematik und verschiedenen anderen psychischen Störungen. Ich nenne hier nur die 5 bekanntesten: Depressionen, Angststörungen, ADHS, Persönlichkeitsstörungen und Psychose. Wir haben uns im Therapieladen besonders mit den Psychosen beschäftigt: Stichwort „double trouble“, obwohl die anderen Probleme viel öfter vorkommen.

Dabei war schon immer umstritten, wenn man mal von ADHS absieht, wer mit wem die „Störungsbeziehung“ begonnen, bzw. was eigentlich das primäre Problem sei.

In der Arbeit mit Cannabisklienten ist es nun uns sehr wichtig diese komplexen Zusammenhänge zu verstehen und die gemeinsame „Störungsbeziehung“ von Anfang an integrativ zu bearbeiten. Wir empfehlen hier also „Paartherapie“. Wir sind fest davon überzeugt, dass eine isolierte Behandlung von Cannabisstörungen als *Sucht* bei vielen nicht weit führt und allenfalls ein guter Anfang zur Bearbeitung von verwickelten Daueraffären sein kann. Bildlich gesprochen: *Cannabisharz ist ein klebriges Zeug welches verschiedene psychische Problembereiche sehr gut bindet.*

Das „paartherapeutische“ Vorgehen braucht etwas Zeit, sowie das entsprechende psychotherapeutische Know How in der Suchttherapie. Die Zusammenarbeit mit einem guten Psychiater ist dabei nicht nur hilfreich sondern unerlässlich. Vielleicht vertiefen wir das noch ein bisschen auf der Podiumsdiskussion zum Schluss.

Damit komme ich jetzt zum dritten und letzten Unterscheidungsmerkmal, nämlich Cannabisklienten und Entwicklungsaspekte:

### **Folie 14 (Kühlschrank)**

Mario Erdheim, ein Schweizer Ethnopsychanalytiker, prägte den Begriff der „eingefrorenen Adoleszenz“ und beschrieb damit das Phänomen ungelöster Entwicklungsaufgaben, auch vor dem Hintergrund einer misslungenen gesellschaftlich kulturellen Aufgabe. Was hat das jetzt mit Cannabisklienten zu tun? Viele ältere Cannabisklienten fühlen sich ja deutlich jünger als sie sind: Das gilt zwar auch für die meisten von uns, aber bei Cannabisklienten hat es noch eine andere Qualität. Es ist bei Vielen eher das Gefühl des Steckenbleibens oder Hängenbleibens:

Wir können auch sagen: *Dauerhaftes Kiffen hält jung, vor allem wenn man früh genug damit anfängt.* Es konserviert das Jugendalter und wir wissen heute mehr darüber wie Entwicklungsprozesse durch Cannabiskonsum auch auf neurobiologischer Ebene beeinträchtigt, teilweise blockiert werden. Therapie mit Cannabisklienten ist deshalb immer auch die Beschäftigung mit Themen der Adoleszenz, mit den dort ungelösten vielfältigen Entwicklungsaufgaben an denen die Familie beteiligt ist. Ich nenne nur das Stichwort: „*Bezogene Individuation*“

### **Was bedeute das nun für die Behandlung?**

Ich habe ja schon erwähnt, dass der durchschnittliche Cannabisklient mit 25 Jahren zum Hilfesystem Kontakt aufnimmt. Schon aus diesem Grund fühlten sich Cannabisklienten in der Vergangenheit nicht immer wohl in Suchthilfeeinrichtungen mit wesentlich Älteren Alkohol- oder Opiatklienten, vom Image der Droge und dessen unterschiedlichen Auswirkungen mal ganz abgesehen. Das hat sich ja nun auch in den Suchthilfeeinrichtungen deutlich verändert....

### **Folie 15 Einstiegsstatistik**

Problemkiffer kommen also in der Spät- oder Postadoleszenz in Behandlung und wenn sie die folgende Graphik sehen, wird deutlich, dass sich neben unserer Statistik im Therapieladen das Einstiegsalter in Betreuung von etwa 25 Jahren auch bei den anderen evaluierten Cannabisprogrammen wiederfindet.

Es gibt aktuell jetzt aber ein evaluiertes Behandlungsprogramm welches eine Hochrisikogruppe von jungen Cannabisklienten wesentlich früher als alle anderen erreicht hat, nämlich INCANT, wo Jugendliche und deren Eltern mit durchschnittlich 16 Jahren behandelt wurden. Im Vergleich dazu sind die anderen Programme ja bereits Spätintervention.

### **Folie 16 System**

Hier sehen wir für uns in der Zukunft eine große Herausforderung: Nämlich gemeinsam mit der Jugendhilfe, mit der Schule, mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein sich früh entwickelndes Suchtproblem, welches immer auch ein psychisches, ein soziales, ein familiäres und ein schulisches Problem ist, im Kontext seiner Entstehung zu bearbeiten und aufzulösen. Die intensive Arbeit mit den Eltern und dem sozialen Umfeld ist dabei ein notwendiger und wichtiger Schlüssel zum Erfolg, wie wir aus der INCANT Studie wissen. Hier hätten wir gern niederländische Verhältnisse, wo diese Methode bereits flächendeckend umgesetzt wird und von den Kostenträgern finanziert wird.

Natürlich lassen sich auch durch noch soviel präventive und frühinterventive Anstrengungen längerfristige Suchtentwicklungen nicht bei allen Cannabiskonsumenten vermeiden. Es sollte aber unser Anspruch bleiben, wenigstens so zu tun als könnten wir bei dem einen oder anderen ein *Einfrieren der Adoleszenz* verhindern, so dass sich die Anzahl der Klienten, die später die *Auftauprogramme der Suchthilfe* nutzen, verringern.

Dies ist dann auch eine Frage von Systemzuständigkeit, gesellschaftlichem Ressourceneinsatz und Kosten: Aber das wäre jetzt ein anderer Vortrag.

## **Folie 17 Goethe**

Zum Schluss ein Zitat von Goethe, der ja auch Konstruktivist war, zum Thema Wahrheitsfindung:

*Ist denn die Wahrheit eine Zwiebel, von der man die Häute nur abschält?  
Was ihr nicht hineingelegt, ziehet ihr nimmer heraus!*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.