



Cannabis - Vom jugendtypischen Konsum zum problematischen Gebrauch Sekundärprävention und Frühintervention für jugendliche Cannabiskonsumenten

Von **Andreas Gantner** (a.gantner@therapieladen.de)

1. Alltagsdroge Cannabis *Wir kiffen!*

Die jüngste Repräsentativerhebung (BzgA 2001) zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen zeigt eine deutliche Steigerung der Prävalenz des Cannabiskonsums. Unter den 12 bis 25-Jährigen haben heute bereits 26 % Erfahrungen mit Cannabis gemacht. (Zum Vergleich: In der Repräsentativerhebung von 1993 hatten in der gleichen Altersgruppe 16% Erfahrungen mit Cannabis). Während alle anderen illegalen Drogen eher konstante Werte im Zeitverlauf aufweisen, hat sich die herausragende Rolle von Cannabis im Spektrum der illegalen Drogen in den vergangenen Jahren noch verstärkt.

Ein Blick auf die Daten der bereits zitierten Drogenstudie zeigt einerseits, dass für die überwiegende Mehrheit der Cannabiskonsumenten der Konsum nach wie vor auf die Jugendphase beschränkt bleibt. Andererseits ist auch zu beobachten, dass für einen Teil der Konsumenten der Cannabiskonsum auch in späteren Jahren attraktiv bleibt. Der Cannabiskonsum zieht sich demnach quer durch Generationen und ist nicht mehr nur als ein jugendtypisches Verhalten zu verstehen.

Die Besonderheit von Cannabis im Vergleich zu den anderen illegalen Drogen besteht nicht nur in der Verbreitung und Häufigkeit des Konsums, sondern auch im sozialen und situativen Kontext des Konsums. „Gekiff“ wird heute überall, unabhängig vom sozialen Milieu und auch in verschiedenen situativen Kontexten. Cannabis hat sich für viele Jugendliche über den Freizeit- und Partykonsum hinaus einen festen Platz im Alltag erobert. Cannabis ist nicht nur eine populäre illegale Alltagsdroge geworden, sondern hat durch die Wiederentdeckung als vielseitig verwendbare Nutzpflanze sowie als Heilpflanze ein vielfältiges Bedeutungsspektrum bekommen. Das Image von Cannabis ist damit positiv mit Natur und Ökologie besetzt. Auch das Bestreben einer Entkriminalisierung des Cannabiskonsums (das Einstellen der Strafverfolgung bei „geringen Mengen“, die als Eigenbedarf gewertet werden) hat zu einer veränderten Bewertung des Cannabiskonsums beigetragen.

2. Risikoeinschätzung des Cannabiskonsums *Cannabis denn Sünde sein?*

Die generellen Gefahren und Risiken des Cannabiskonsums werden heute sowohl von Experten, als auch von den Konsumenten selbst eher gering eingeschätzt. Kleiber und Kovar (1998) kommen in einer Expertise zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums zu der Einschätzung, dass sich die pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen des Cannabiskonsums als weniger gefährlich erweisen würden, als noch überwiegend angenommen wird. Die Autoren gehen davon aus, dass viele beobachtbare Probleme (z.B. Abhängigkeit, Psychosen, amotivationales Syndrom) weniger mit der Substanz Cannabis, als vielmehr mit anderen Risikofaktoren (Psychische Vulnerabilität, polytoxikomaner Gebrauch, Einstiegsalter) erklärt werden können. Eine generelle Entwarnung bezüglich des Cannabiskonsums lässt sich aus dieser Studie jedoch 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.

Für die Jugendlichen selbst, insbesondere die Drogenerfahrenen, scheint die Frage nach der Gefährlichkeit von Cannabis längst geklärt.

Neuere Ergebnisse aus der Drogenforschung (Tossmann und Pilgrim 2001) bestätigen, dass sowohl körperliche als auch psychische Risiken bei Cannabis im Vergleich zu anderen illegalen psychoaktiven Substanzen von Jugendlichen wesentlich geringer eingestuft werden. Interessant ist

hierbei zudem das Ergebnis, dass auch die legalen Drogen Alkohol und Zigaretten mit größeren Risiken als bei Cannabis in Verbindung gebracht werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Jugendliche Cannabis mit dem Bewusstsein konsumieren, gesundheitlich kein großes Risiko einzugehen.

Die praktische Erfahrung aus der Beratungs- und Präventionstätigkeit zeigt, dass in der Risikodebatte um die Droge Cannabis der Balanceakt einer differenzierten Einschätzung möglicher Risiken des Konsums eine besonderer Herausforderung ist. Nach wie vor werden praktische Erfahrungen oder wissenschaftliche Erkenntnisse für die Beweise der Harmlosigkeit oder auch der Gefährlichkeit von Cannabis herangezogen. Eine rein substanzbezogene Risikoeinschätzung ist jedoch wenig hilfreich für den konkreten Umgang mit dem individuellen Konsum Jugendlicher. 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.

3. Diagnostik des Cannabiskonsums

Check Dich: Der Kiffertest.

Eine differenzierte Diagnostik des Gefährdungspotentials durch Cannabiskonsum sollte unterschiedliche Indikatoren berücksichtigen und die Selbsteinschätzung der jugendlichen Konsumenten selbst anregen und fördern. (Gantner 2001) Die allgemeinen Aspekte der drogenbezogenen Beratung in der ärztlichen Praxis sind von Settertobulte und Marzinzik in diesem Band dargestellt. Insbesondere bei jugendlichen Drogenkonsumenten sind Glaubwürdigkeit, Vertrauen und Respekt die Basis für das Erkennen und Verstehen vorhandener Problemlagen. Für eine konstruktive Auseinandersetzung mit jugendlichen Cannabiskonsumern bezüglich einer Risikoeinschätzung sind drei Aspekte von Bedeutung:

- die Analyse der Konsummuster,
- die Klärung der individuellen Motive und Funktionen des Konsums,
- die Bewertung der psychosozialen Ressourcen und Kompetenzen.

Konsummuster

Das Konsummuster ist eine Kombination folgender Variablen: Dosis, Konsumfrequenz, Anzahl konsumierter Drogen und situativer Kontext. Die Klärung des individuellen Konsummusters hat deshalb eine besondere Bedeutung, weil bei Cannabis, ähnlich wie bei Alkohol, eine große Heterogenität und Variabilität in der Ausprägung der Konsummuster zu beobachten ist. Als Faustregel gilt (wie bei allen psychoaktiven Substanzen): Je höher die Dosis, je regelmäßiger der Konsum, je mehr andere Drogen konsumiert werden und je unangemessener die Situation, desto größer ist das Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsrisiko. Die Erfahrung zeigt, dass im Jugendalter Schwankungen und Veränderungen im Konsumverhalten die Regel sind. Cannabis ist weder eine Einstiegsdroge für sogenannte „harte Drogen“, noch lässt sich eine drogenimmanente zwangsläufige Suchtdynamik erkennen. Es gibt nicht wenige Jugendliche, die auch nach einer Phase regelmäßigen und evtl. exzessiven Cannabiskonsums im späteren Verlauf der Entwicklung ihren Konsum wieder vollständig einstellen. Andererseits bestätigen auch die Daten der Cannabisstudie (Kleiber und Soellner, 1998) die Tatsache, dass sich regelmäßiger Gebrauch zu ausgeprägter Cannabisabhängigkeit entwickeln kann. Bei der Analyse und Bewertung des aktuellen Konsummusters sollten jedoch die Möglichkeiten der Veränderung und des Ausstiegs immer mitgedacht und thematisiert werden. Der „Kiffertest“ aus der Broschüre „Cannabis denn Sünde sein“ (Therapieladen 1998) bietet für jugendliche Cannabiskonsumern eine Möglichkeit ihr Konsummuster zu überprüfen und objektiver einzuschätzen.

Funktionen und Motive des Cannabiskonsums

Cannabis ist wie keine andere illegale Droge stark in jugendkulturellen Moden und Stilen verankert. Insbesondere über das Medium Musik wird das mit dieser Droge verbundene Lebensgefühl transportiert. Generelle jugendtypische Motive des Konsums sind: Neugier und Risikobereitschaft, Cool sein, Anders sein, Gemeinschaftsgefühl, Protestverhalten. Aufgrund des komplexen psychoaktiven Wirkungsspektrums (euphorisierend, dämpfend, halluzinogen) lässt sich Cannabis auch für eine Vielfalt von psychischen Bedürfnissen einsetzen. Die folgende Tabelle (Tabelle 1) zeigt einen Überblick hinsichtlich der möglichen psychischen Funktionen und Auswirkungen der erlebten Rauschwirkung. Tabelle 1: Funktionsspektrum der Cannabiswirkung (Therapieladen, 1998)

Psychosoziale Ressourcen und Kompetenzen

Das Einstiegsalter und der Beginn eines regelmäßigen Konsums gelten als wichtige Indikatoren für eine Suchtgefährdung. Kinder und Jugendliche, die in der Frühpubertät (12-15 Jahre) einen regelmäßigen Cannabiskonsum aufweisen, zählen deshalb zu einer Hochrisikogruppe, weil biologische Reifungs- und psychosoziale Entwicklungsprozesse durch frühen und regelmäßigen Cannabiskonsum stark gestört, bzw. unterbrochen werden können. Die Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis mit Cannabiskonsumern zeigen, dass jugendliche Früheinsteiger den Cannabiskonsum in der Regel zur Bewältigung vorhandener psychosozialer Defizite einsetzen. Eine vorzeitige, altersinadäquate Loslösung aus dem Elternhaus aufgrund familiärer Probleme ist dabei oft zu beobachten. Ein konstruktives Spannungsverhältnis zwischen Herkunftsfamilie und der Gruppe der Gleichaltrigen spielt bei der Identitätsbildungs- und Ablösungsphase in der Adoleszenz eine wichtige Rolle. Gelingt es der Familie nicht, in dieser Umbruchszeit den emotionalen Kontakt zu halten, kann sich der Cannabiskonsum zu einer Art „Übergangsobjekt“ entwickeln. Das „Kiffen“ bekommt dann für diese Jugendliche eine emotional größere Bedeutung als für andere Konsumenten.

Unabhängig von psychosozialen Konflikten im Kontext der Ablösung ist zu klären, wie der generelle Entwicklungs- und Gesundheitszustand einzuschätzen ist. Entwicklungsstörungen im Kindes und Jugendalter gelten als zusätzliche Risikofaktoren für Missbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklungen. So kann z.B. bei dem Vorhandensein von hyperaktiven oder affektiven Störungen der Konsum von Cannabis auch als Selbstheilungsversuch verstanden werden. Ähnliche Zusammenhänge lassen sich auch bei anderen psychischen Störungsbildern (Psychosen, Persönlichkeitsstörungen) beobachten. Das komplexe Wechselspiel von psychischer Grundsituation und Drogenkonsum erfordert eine differenzierte Diagnostik, die unterschiedliche Ebenen der persönlichen Entwicklung berücksichtigt.

Die klinisch-diagnostischen Aspekte können selbstverständlich nur von Fachärzten bzw. klinisch geschulten Psychologen geklärt werden.

Im Vorfeld von möglicher klinischer Diagnostik besteht jedoch die Möglichkeit, im Gespräch mit jugendlichen Konsumenten die verschiedenen Motive des Konsums zu erforschen und mögliche Zusammenhänge mit den relevanten psychosozialen Funktionen herzustellen. (Therapieladen,2001)

4. Aspekte der Sekundärprävention

..Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt...

Die Suchtprävention hat sich von den Abschreckungskonzepten der 70 er Jahre weitgehend verabschiedet und versteht sich heute als Teil der Gesundheitsförderung. Die Konzepte der Suchtprävention sind jedoch überwiegend primärpräventiv und drogenunspezifisch ausgerichtet und sprechen drogenkonsumierende Jugendliche nicht speziell als Zielgruppe an. Die Entwicklung und Anwendung von sekundärpräventiven Konzepten steht erst in den Anfängen. Sie werden unter den Begriffen Schadensbegrenzung, Risikomanagement und Drogenmündigkeit diskutiert und erprobt.(Heudtlass und Stöver 2000, Schmidt 1998) Hier zeigt sich ein großer Bedarf, der in Zukunft in der Praxis und der Wissenschaft (z.B. die Entwicklung von Standards und die Evaluation von Angeboten) stärker gefördert werden sollte. Die konsequente Durchsetzung und Anwendung sekundärpräventiver Konzepte im pädagogischen und medizinischen Alltag stellt die jeweiligen Fachkräfte vor eine große Herausforderung. Sie müssen sich nicht nur wesentlich stärker als bisher mit psychoaktiven Substanzen und den Bedingungen und Folgen des Konsums auseinandersetzen, sondern auch ihre grundsätzliche Haltung gegenüber dem Thema Drogenkonsum überprüfen. Überwunden werden müssen die Mechanismen der generellen Tabuisierung, Pathologisierung und Ausgrenzung auf der einen Seite und die Bagatellisierung, Ideologisierung und Regellosigkeit auf der anderen Seite.

Wir verstehen Sekundärprävention als grundlegendes Konzept der Gesundheitsförderung, das alle Konsumenten psychoaktiver Substanzen (legale und illegale) anspricht, unabhängig von vorhandenen oder wahrgenommenen Problemen. Die Ziele der Sekundärprävention sind:

1. Vermittlung fundierter sachlicher Informationen über psychoaktive Substanzen,
2. Entwicklung von Unterscheidungskriterien zwischen Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit,
3. Sensibilisierung für riskante und weniger riskante Konsummuster,
4. Verbesserung der Selbsteinschätzung und Selbstreflexion bezüglich eigener Konsumgewohnheiten,
5. Sensibilisierung für psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf Missbrauch und Suchtentwicklung,
6. Förderung der Selbstreflexion im Umgang mit psychoaktiven Substanzen und
7. Erlernen von Risikokompetenz.

In dieser Hinsicht würde sich auch die Sekundärprävention in ihrer Grundhaltung von einem pathologie- bzw. defizit-orientierten Paradigma verabschieden. Diese veränderte Grundhaltung steht nicht im Widerspruch zu der Notwendigkeit, Kriterien für riskantes und problematisches Verhalten zu entwickeln und Risikogruppen mit spezifischen Angeboten der Frühintervention zu begegnen. Angebote der Frühintervention könnten unter diesem Aspekt als zielgruppenspezifischer Teil der Sekundärprävention verstanden werden.

Ärzte werden oft in erster Linie als Spezialisten für die biologischen und medizinischen Aspekte des Drogenkonsums in Anspruch genommen. Die Vermittlung von reinem substanzbezogenen Faktenwissen stellt sich jedoch gerade bei Cannabis als besonders schwierig dar. Der wissenschaftliche Kenntnisstand zeigt, dass man ohne die schon genannten Kontextbedingungen kaum eindeutige Aussagen zu Folgewirkungen des Cannabiskonsums machen kann. Nicht selten wird auch von Ärzten ein Abhängigkeitspotential von Cannabis bestritten. Dabei spielen mangelnde Kenntnisse über das Phänomen Sucht bzw. eine Überbewertung körperlicher Abhängigkeitsprozesse eine große Rolle.

Da Cannabis im Vergleich zu anderen Drogen, einschließlich Alkohol, eine eher geringe Toxizität aufweist, besteht die Herausforderung für eine sekundärpräventiv orientierte Beratung darin, sich mehr mit den psychosozialen Bedingungen und Auswirkungen des Konsums zu befassen, als sich über Risikovergleiche mit anderen Substanzen aufzuhalten. Unter diesen Aspekten könnte die Fragestellung für ein ärztliches Gespräch sein: Welche Bedeutung und Funktion hat der Cannabiskonsum? Gibt es Veränderungen in der Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit? Besteht der Freundeskreis nur aus Drogenkonsumenten? Gibt es bereits Suchtprobleme in der Familie? Sind depressive Symptome vorhanden oder erkennbar? Wurden im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum Ängste ausgelöst? Gibt es Anzeichen für psychotisches Erleben?

Wenn deutlich wird, dass Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum vorhanden sind, geht es darum, nicht vorschnell die „eigentlichen Ursachen“ der Probleme zu identifizieren, sondern die Basis für ein besseres Verständnis der vielfältigen wechselseitigen Zusammenhänge zu schaffen.

5. Reaktionen und Angebote für jugendliche Cannabiskonsumenten

Reality is for people who can't handle dope

Auf welche Reaktionen und Angebote treffen Kinder und Jugendliche, die ein Problem mit ihrem Cannabiskonsum haben? Ich beziehe mich dabei auf unsere langjährigen praktischen therapeutischen Erfahrungen mit dieser Zielgruppe, wobei grobe Typisierungen und Pauschalisierungen an dieser Stelle nicht zu vermeiden sind. (Tossmann und Gantner 1996, Gantner 2001)

Der Freundeskreis

Jugendliche mit einem Cannabisproblem erhalten selten Unterstützung in ihrem Freundeskreis. Mögliche Konfrontationen bzw. Kritik bleiben oft deshalb aus, weil auch fast alle Freunde und Bekannte kiffen und bereits ein Ausgrenzungsprozess zwischen „Kiffern“ und „Nichtkiffern“ stattgefunden hat. Vorhandene Probleme werden vielleicht wahrgenommen, lösen sich aber im Kreis der Konsumenten immer wieder in Rauch auf. Vorübergehende „normale“ Probleme und Krisen in der Adoleszenz vermischen sich mit tiefergehenden und andauernden Entwicklungsproblemen. Es

besteht dann die Gefahr eines zweiten Ausgrenzungsprozesses zwischen denen, die kiffen und trotzdem ihren Alltag bewältigen und denen, die „nichts mehr auf die Reihe kriegen“. Für diese Jugendliche ist es deshalb besonders schwer, ein eigenes Problembewusstsein in Bezug auf ihren Cannabiskonsum zu bekommen, weil es auch mit Scham verbunden ist, mit einer Droge nicht klar zu kommen, die als relativ harmlos angesehen wird.

Die Eltern

Das Reaktionsspektrum von Eltern auf den Cannabiskonsum ihrer Kinder ist heute breiter gefächert, als noch in den 70er und 80er Jahren. Während früher die Reaktionsweisen von Eltern eher von starker Angst, Schuldgefühlen und Dramatisierung geprägt waren, gibt es heute auch Eltern, die zunächst eher gelassen reagieren bzw. davon ausgehen, dass - solange es beim gelegentlichen Kiffen bleibt - Besorgnis unangebracht sei. Dieser Wandel lässt sich zum Teil damit erklären, dass ein Teil der neuen Elterngeneration (aus den alten Bundesländern!) in seiner Jugend bereits selbst Erfahrung mit Cannabis gemacht hat und sich dadurch auch die Einstellung zu Cannabis bzw. dem Konsum der Kinder verändert hat. Die Vorteile und Chancen, die ein entdramatisierender Umgang mit diesem Thema hat, sind jedoch auch mit Risiken verbunden. Wenn eine akzeptierende und tolerierende Haltung der Eltern nicht mit einer auch Grenzen setzenden Auseinandersetzung einhergeht, fehlt die notwendige Reibungsfläche für den Ablösungsprozess der Jugendlichen. Des Weiteren besteht die Gefahr, dass Eltern im Rahmen der „Normalisierung“ des Cannabiskonsums als jugendtypisches Verhalten die individuelle Funktion und Bedeutung des Konsums ihrer Kinder nicht näher verstehen.

Die Drogen bzw. Suchtkrankenhilfe

Die Angebote der Drogenhilfe sind noch überwiegend auf die Bedarfe von erwachsenen Opiatabhängigen ausgerichtet. Hier hat sich ein differenziertes Versorgungsangebot von niederschwelliger Begleitung bis hin zur stationären Langzeittherapie etabliert. Bisher gibt es nur wenige Angebote, die speziell für jugendliche Drogenmissbraucher/Abhängige konzipiert sind. Die nachwachsende „neue Drogengeneration“ und vor allem jugendliche Problemkonsumenten werden von der klassischen Drogenhilfe bisher noch wenig angesprochen und erreicht. Jugendliche Cannabis- und Partydrogenkonsumenten grenzen sich in aller Regel stark von Opiatkonsumenten ab. Vor dem Hintergrund der massiven sozialen, körperlichen, psychischen und strafrechtlichen Probleme von Opiatabhängigen ist das auch verständlich. Dennoch ist seit dem Jahr 2000 eine stärkere Nachfrage in der ambulanten Drogenhilfe durch Konsumenten mit cannabisbezogenen Problemen zu beobachten. Drogenberater, die bisher überwiegend Opiatabhängige betreuten, stehen vor der Herausforderung, auch die Probleme von Cannabiskonsumern differenzierter einschätzen und die jugendspezifischen Besonderheiten berücksichtigen zu müssen. Inwiefern ambulante als auch stationäre Suchttherapieangebote die unterschiedlichen Zielgruppen in die Behandlung integrieren können und ob das funktioniert, ist jedoch fachlich umstritten.

Jugendhilfe und Schule

In der Schule wird noch überwiegend ein tabuisierender Umgang mit dem Thema Drogenkonsum praktiziert. Das Thema Drogen und Sucht wird oft nur dann behandelt, wenn ein aktueller Anlass (z.B. Drogenkonsum bzw. Handel in der Schule) gegeben ist. Sowohl bei den Jugendlichen selbst, die evtl. Probleme mit ihrem Konsum haben, als auch bei den Lehrern herrscht Unsicherheit über die möglichen Konsequenzen und Sanktionen bei Drogenkonsum. Wie weit geht der Vertrauensschutz? Wann müssen Eltern oder Schulleitung informiert werden? Wie ist die Vernetzung zu professioneller Hilfe? Da eine strukturelle Verankerung von suchtpreventiven Aktivitäten (insbesondere auch von Sekundärprävention) in der Schule noch nicht vorhanden ist, ist es oft vom Glück und Zufall abhängig, ob bei einem Drogenproblem ein verständnisvoller Lehrer zugegen ist, der angemessen mit dem Problem umgeht.

In den verschiedenen Angeboten der Jugendhilfe zeigt sich eine klare Tendenz der Enttabuisierung und Öffnung für jugendliche Problemkonsumenten. Jugendliche, die in Jugendhilfemaßnahmen betreut werden, zeichnen sich ohnehin durch eine hohe Risikobereitschaft für Drogenkonsum aus. Schon aus rein ökonomischen Trägerinteressen konnte die früher praktizierte Ausgrenzung von drogenkonsumierenden Jugendlichen aus Jugendhilfemaßnahmen nicht durchgehalten werden. Man hätte sonst viele Einrichtungen schließen müssen. Unsere Erfahrungen aus vielen Fortbildungsveranstaltungen für Jugendhilfeträger zeigen jedoch, dass die notwendigen konzeptionellen und fachlichen Voraussetzungen für einen fachlich angemessenen Umgang mit

Drogenkonsum noch weitgehend etabliert und entwickelt werden müssen. Eine stärkere Vernetzung und Integration von Jugend- und Drogenhilfe ist hier dringend erforderlich.

6. Möglichkeiten der Frühintervention in der ärztlichen Praxis ***Hasch macht gleichgültig, aber das ist mir egal!***

Angesichts der steigenden Prävalenz des Cannabiskonsums ist eine offensivere sekundärpräventive Auseinandersetzung und bei Bedarf eine daraus resultierende Frühintervention für diese Zielgruppe wichtiger denn je. Gerade Kinder- und Jugendärzte können hierbei eine wichtige Rolle spielen, denn sie sind oft erste Ansprechpartner, wenn gesundheitliche Probleme auftauchen.

Die Möglichkeiten und Chancen der Frühintervention bei problematischem Cannabiskonsum sind zunächst abhängig von dem Anlass und Kontext der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Wie und warum nehmen jugendliche Cannabiskonsumanten Kontakt zum medizinischen Hilfesystem auf? Die Erfahrung zeigt, dass sich nur wenige Jugendliche aus eigener Motivation wegen drogenbezogener Probleme an Ärzte wenden. Ausnahmen sind jugendliche Konsumenten, die aufgrund des Konsums mit psychiatrischen Komplikationen konfrontiert sind, oder Cannabiskonsumanten, die aufgrund von Sanktionen Dritter eine Urinkontrolle durchführen sollen, bzw. Drogenfreiheit nachweisen müssen.

Bei der überwiegenden Mehrheit der Kinder und Jugendlichen sind jedoch nicht Probleme mit Cannabis, sondern andere Beschwerden oder Probleme Anlass für den Arztbesuch. Ausgangspunkt einer möglichen Frühintervention sind somit in der Regel verschiedene subjektiv erlebte Problemerkahrungen, Symptome oder Krankheitsbilder, die zunächst nicht mit dem Konsum von Cannabis oder anderen Drogen in Verbindung gebracht werden. Da die Auswirkungen des Cannabiskonsums individuell sehr unterschiedlich sind, lassen sich auf den ersten Blick auch für den geschulten Diagnostiker keine eindeutigen Symptome erkennen, die klare Hinweise für einen Zusammenhang mit Cannabiskonsum geben. Symptome wie z.B. Konzentrationsstörungen und starker Leistungsabfall, Schlafstörungen und andere vegetative Symptome, verändertes Essverhalten, depressive Stimmungslagen können lediglich als mögliche Hinweise dienen.

Die Aufgabe einer ärztlichen Frühintervention besteht gerade darin, gemeinsam mit dem Jugendlichen mögliche Zusammenhänge von geschilderten Symptomen und Beschwerden mit vorhandenem Drogenkonsum zu erkunden. Voraussetzung hierfür ist die Nutzung bzw. Etablierung des ärztlichen Vertrauensverhältnisses (Schweigepflicht!) und eine offene, nicht moralisierende Thematisierung des Drogenkonsums. Wenn Jugendliche ihren Cannabiskonsum überwiegend positiv bewerten, dann hat das weniger mit einer generellen Bagatellisierung des eigenen Konsumverhaltens zu tun, sondern mit der subjektiv erlebten positiven Funktion und Wirkung des „Kiffens“, die von den anderen Konsumenten bestätigt wird und sich im jugendkulturellen ‚mainstream‘ widerspiegelt. Insbesondere bei Jugendlichen ist das Verstehen und die Akzeptanz dieser Seite die Voraussetzung, um über mögliche negative Aspekte des Konsums zu sprechen. Wenn es gelingt, sich mit dem Jugendlichen auf die grundsätzliche Ambivalenz positiver und negativer Aspekte des Konsums zu verständigen, verringert sich das oft beobachtete Dilemma, dass einer den anderen von der Harmlosigkeit oder Gefährlichkeit des Konsums überzeugen muss.

Ziel eines weiterführenden Gesprächs im Sinne der Frühintervention ist, nach der Klärung und Erkundung möglicher Zusammenhänge von Problemerkahrungen mit dem Cannabiskonsum erste Schritte und mögliche Lösungen für die Verbesserung vorhandener Probleme zu besprechen. Da Cannabiskonsum im Jugendalter immer auch eine starke beziehungsrelevante Funktion (gegenüber dem Elternhaus, als auch in der Gruppe der Gleichaltrigen) hat, muss geklärt werden, ob sich der Jugendliche für eine Veränderung im Konsumverhalten (Konsumreduktion oder Abstinenz) überhaupt entscheiden will. Mit dem Thema „Konsumentscheidung und Verantwortung für die möglichen Folgen“ ist bei Kindern und Jugendlichen selbstverständlich anders als bei Erwachsenen umzugehen. In Relation zum Alter und Entwicklungsstand des Jugendlichen ist zu klären, ob im ärztlichen Gespräch eher der Appell an die Selbstverantwortung und das Tragen der Konsequenzen im Vordergrund stehen soll, oder ob eine eher pädagogisch grenzsetzende Haltung angezeigt ist. In jedem Fall muss geklärt werden, inwieweit die ärztliche Verschwiegenheit Geltung hat und in welcher Form Eltern oder andere Bezugspersonen informiert oder miteinbezogen werden.

Bei Kindern und Jugendlichen, die schon frühzeitig ein regelmäßiges und riskantes Konsummuster entwickelt haben, sollte es auch Aufgabe des Arztes sein, den Jugendlichen für die Inanspruchnahme von weiterführender Hilfe zu motivieren. Kenntnisse über bestehende Angebote der Jugendhilfe, der

Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Drogenhilfe sind hierbei Voraussetzung. Die Arbeit mit jugendlichen Drogenkonsumenten fordert von uns eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung im Hilfesystem.

Tabelle 1: Funktionsspektrum der Cannabiswirkung (Therapieladen, 1998)

Erlebte Rauschwirkung positiv		Erlebte Rauschwirkung negativ
Übliche Denkmuster verblässen, 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	Konzentrationschwäche, keinen klaren Gedanken fassen können, „Peilung“ verlieren
Sich amüsieren, weil man sich nicht an die vorletzten 5 Minuten bzw. am Ende eines Satzes nicht an den Anfang erinnern kann.	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

Literatur

1. BzGA- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: BzGA,2001.
2. Gantner A. Behandlungsmöglichkeiten bei problematischen Cannabiskonsum. Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik 2001;Heft 1:18-20.
3. Gantner A. Check Dein Risiko. Ein selbstreflexives Kommunikationsangebot in der Suchtprävention. Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung; Heft 4/2001, S.114-118
4. Heudtlass JH, Stöver H. Risiko mindern beim Drogengebrauch. Band 37. Frankfurt, Fachhochschulverlag, 2000.

5. Kleiber D, Kovar KA. Auswirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 1998.
6. Kleiber D, Soellner R. Cannabiskonsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Weinheim und München, Juventa Verlag, 1998.
7. Schmidt B. Suchtprävention bei drogenkonsumierenden Jugendlichen. Weinheim und München, Juventa Verlag, 1998.
8. Therapieladen e.V. Cannabis denn Sünde sein. Eine Broschüre rund ums Kiffen. Mit dem ersten Kiffertest. Berlin, 1998.
9. Therapieladen e.V. Drogen und Du; mit dem Test: Check Dich. Berlin, 2001.
10. Tossman HP, Gantner A. Differentielle Aspekte der Haschischabhängigkeit. Sucht 1993; 4:;S.276-281
11. Tossmann HP, Pilgrim C. Drogenkonsum und Risikoeinschätzung in längsschnittlicher Perspektive. Suchttherapie 2001; 2: 1-11.

Dieser Beitrag wurde veröffentlicht im Thieme Verlag, Hrsg. Farke/Hurrelmann, 2002

Titel

Autor

Erschienen in:

Text