

Drogenambulanz Hamburg-Eppendorf

Interview mit Rainer Thomasius

von Renate Hasselberg und Dierk Lorenz



Prof. Dr. med. Rainer Thomasius, Leiter des Arbeitsbereichs Persönlichkeits- und Belastungsstörungen im Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Psychotherapiestation, Psychotherapieambulanz, Drogenambulanz für Jugendliche und junge Erwachsene). Wissenschaftliche Schwerpunkte in der Sucht-, Psycho- und Familientherapieforschung sowie Evaluationsforschung bei Persönlichkeitsstörungen. Seit 1995 Leiter der interdisziplinär besetzten Forschungsgruppe „Designerdrogen“ im UKE. Drittmittel-Projekte (BMBF, BMG, BfArM u.a.) zu den Themen „Familientherapie bei Substanzmißbrauch“, „Gesundheitsschäden durch Ecstasy“ und „Primärprävention bei Risikopopulationen“.

Veröffentlichungen u.a.: Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen (Freiburg 1988), Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit (Berlin 1996), Ecstasy (Stuttgart 1999), Ecstasy (Stuttgart 2000) sowie zahlreiche Original- und Buchbeiträge.

Die große Titelgeschichte des SPIEGEL zum Thema Cannabis (27/04) kam aufgrund der Initiative der Drogenambulanz des Universitätskrankenhauses Eppendorf (UKE) zustande. Der SPIEGEL recherchierte entlang einiger beunruhigender Fälle von sehr jungen Cannabis-Intensivkonsumenten, mit denen die Drogenambulanz konfrontiert ist. Was der SPIEGEL aufgrund dieser Recherchen in sehr kompakter Form präsentierte, traf sich mit den Motiven der erweiterten Redaktionskonferenz der FLENSBURGER HEFTE, dieses Buch zum Thema Drogen und Sucht zusammenzustellen. Es waren verschiedene, sehr beunruhigende Erfahrungsberichte aus dem privaten Umfeld, die uns veranlassten, ganz neu zu fragen, ob das, was wir über Drogen - insbesondere über Cannabis - denken, wirklich noch zutrifft. Es sind dabei vor allem die Fälle von schweren psychischen Erkrankungen, welche mit dem Cannabis-Konsum in Zusammenhang gebracht werden, die wegen der großen persönlichen Tragik diese neue Aufmerksamkeit auf den Plan rufen.

Die Drogenambulanz des UKE hat in Deutschland sowohl in wissenschaftlicher als auch in praktisch therapeutischer Hinsicht eine Sonderstellung. Therapieangebote, die das familiäre Umfeld einbeziehen, zeitigen hier einerseits beachtliche Erfolge und verschaffen zum anderen auch einen besseren Einblick in das psychosoziale Problemfeld, in dem der exzessive Drogenkonsum bei Jugendlichen neuerdings auftritt. Deshalb war für uns Professor Dr. Thomasius, der Leiter der Drogenambulanz des UKE, der richtige Gesprächspartner, um das Sortiment der hergebrachten allzu selbstverständlichen Annahmen über Drogen auf den Prüfstand zu stellen.

Haschisch sei harmlos, ist eine Annahme. Sie rührt wohl wesentlich von einer wechselwirkenden, um sich selbst kreisenden Diskursstruktur her. Je mehr der eine warnt, desto entschiedener warnt der andere vor den Warnern. Dabei können die tatsächlichen Sorgemotive leicht aus dem Blickfeld geraten. Es geht dann nur noch darum, einander hysterischen Alarmismus oder herzlose Gleichgültigkeit nachzuweisen. Diese Gefahr dürfte dort am geringsten sein, wo sich Menschen dem Problem mit großer persönlicher und beruflicher Konsequenz zuwenden, wie es bei Professor Dr. Thomasius und in der Eppendorfer Drogenambulanz erlebbar ist.

Renate Hasselberg: Wie sieht die Arbeit hier in der Drogenambulanz in Eppendorf aus? Was ist Ihre Aufgabe? Wie sieht Ihr Tag aus, und seit wann gibt es diese Drogenambulanz?

Rainer Thomasius: Die Drogenambulanz ist ein Teil meines recht breit gefächerten Tätigkeitsfeldes. Ich leite die Abteilung Persönlichkeitsstörungen der Hamburger Psychiatrischen Universitätsklinik, die aus der Psychotherapiestation und der psychodynamisch-psychiatrischen Ambulanz besteht. ‚Dt‘, das ist eine Vor- und Nachbehandlungseinheit für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Persönlichkeitsakzentuierungen, schweren Psychoneurosen, wobei wir in erster Linie eßgestörte und vor allem Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf der Station oder in dieser Fachambulanz behandeln. Zur Abteilung gehört auch das Therapiezentrum für Suizidgefährdete. Hier arbeiten vornehmlich Psychoanalytiker mit Patienten in suizidalen Krisen. Weiter gehört die Drogenambulanz für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zum Arbeitsbereich. Diese Ambulanz, die 1999 eingerichtet wurde, ist bisher die einzige Ambulanz in Deutschland, die von Krankenkassen die Ermächtigung erhalten hat, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 26. Lebensjahr kinder- und jugendpsychiatrisch bzw. erwachsenenpsychiatrisch, kinder- und jugendpsychotherapeutisch bzw. psychotherapeutisch zu behandeln.

Kinder, Jugendliche und Erwachsene als Patienten

Mir war von Anfang an sehr wichtig, daß wir Patienten aus dem gesamten Übergangsbereich, also Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene behandeln können, weil Suchtphänomene das Kindes- und Jugendalter betreffen und sich dann über die Adoleszenz bis in das Erwachsenenalter hinein entwickeln. Normalerweise gibt es im Suchtbereich starre Grenzen diesseits und jenseits des 18. Lebensjahres, was ich aus inhaltlichen Gründen paradox finde. In der Drogenambulanz beginnt die Therapie im Moment des Hilfesuchs. Jeden Werktag wird Sprechstunde von 09.00 bis 12.00 Uhr gehalten für Kinder, Jugendliche oder ihre Angehörigen. In anderen Großstädten wird Beratung in Drogenberatungsstellen angeboten, welche über Landesmittel finanziert werden; zum anderen gibt es Rehabilitationskliniken, für die die Rentenversicherungsträger zuständig sind. Häufig sind die Antragsverfahren sehr langwierig und die Behandlung kann nicht im Moment des Hilfesuchs beginnen. Inzwischen gibt es Initiativen in mehreren Großstädten, das Modell unserer Drogenambulanz zu übernehmen. Leider sind die Krankenkassen nicht so kooperativ wie in Hamburg. In unserer Drogenambulanz

arbeiten eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Ärztin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, ein psychologischer Psychotherapeut, ein Diplom-Psychologe, eine Sekretärin und ich als Leiter. Die therapeutische Ausrichtung und Qualifikation der Mitarbeiter sind unterschiedlich: Verhaltenstherapie, Familientherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sind vertreten. Ich selbst habe hier in Hamburg die Ausbildung in Familientherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Psychiatrie gemacht.

Eppendorfer Familientherapie

Dierk Lorenz: Gibt es so etwas wie einen besonderen Therapieansatz der Drogenambulanz Eppendorf?

R. Thomasius: Den gibt es. Das ist der familientherapeutische Ansatz, der darauf zurückgeht, daß wir Anfang der 90er Jahre das große Glück hatten, im Rahmen des Förderschwerpunktes Suchtforschung des Bundesministeriums für Forschung und Technologie (BMFT) familientherapeutische Verfahren bei Suchtstörungen zu evaluieren, die die Amerikaner bereits seit den 70er Jahren angewandt haben. Wir haben damals diese Ansätze für den deutschsprachigen Raum modifiziert und in einer prospektiven vergleichenden Längsschnittstudie evaluiert. Wir haben den familientherapeutischen Ansatz mit pädagogischen Elementen versehen und haben diesen Ansatz „Eppendorfer Familientherapie“ genannt. In einer vergleichenden Psychotherapiestudie haben wir herausstellen können, daß die Erfolge hoch sind. Jugendliche, die an der Studie teilgenommen haben und die die zweite familientherapeutische Sitzung überstanden haben – also nicht vorzeitig nach der ersten Sitzung abgebrochen haben –, weisen Erfolgsquoten von etwa 72 % auf, was die Abstinenz vom Konsum harter illegaler Drogen angeht.

Wir konnten Verbesserungen in vielen Familienfunktionen belegen, z.B. in der Affektivität, in der Angemessenheit der Kommunikation; und wir konnten belegen, daß im Vergleich zu einer herkömmlichen Einzelbehandlung die Erfolge der familientherapeutischen Intervention höher waren. Das hat etwas damit zu tun, daß in der Familientherapie mit den Ressourcen der Familie gearbeitet wird. Anders als in der Einzelpsychotherapie, in der der Veränderungsprozeß in der Interaktion mit dem einzelnen Therapeuten erfolgt, können in der Familientherapie die Ressourcen der Eltern für das Gedeihen der Kinder und auch für die Abgrenzung gegenüber dem Drogenmißbrauch mobilisiert werden.



Herr Lorenz, Herr Dr. Thomasius und Frau Hasselberg im Gespräch

Leider ist bisher in Deutschland der familientherapeutische Ansatz im Suchtbereich nach wie vor wenig etabliert. Das ist interessant, weil wir aufzeigen konnten, daß nicht nur emotional verstrickte Familien von der Familientherapie profitieren, sondern auch solche Familien, in denen wenig emotionale Auseinandersetzung stattfindet und in denen die Personen nebeneinanderher leben. In den emotional verstrickten Familien hilft die Familientherapie dabei, Entwicklungs- und Loslösungsprozesse zu ermöglichen, deren Verhinderung im Verein mit Drogenkonsum im Grunde dazu diente, Pseudoautonomie zu erlangen und sich somit unter den konsumierenden Gleichaltrigen durch Drogenbeschaffung aus dieser engen familiären Situation zu befreien. Im anderen Fall bewirkt Familientherapie eine Belebung von Interaktion und emotionalem Austausch. Die Erfolge haben sich in diesen beiden Extremvarianten der Familiensituation kaum unterschieden. Wir konnten zeigen, daß sich beide extremen Kommunikationsstile im Verlauf der Therapie zu einem relativ angemessenen Umgang hin entwickeln und gleichzeitig aber auch der Drogenmißbrauch bei den Jugendlichen zurückgeht.

Das ist unser Spezialansatz, und die wissenschaftlichen Daten waren überzeugend, so daß die Krankenkassen damals gesagt haben: Okay, da machen wir mit, wir lassen euch als psychiatrische Institutsambulanz zu und erteilen euch den Versorgungsauftrag.

Der Suchtstatus wird genau erforscht

Wir haben im Laufe der Jahre dazugelernt. Wir sehen heute, daß es einen Sinn hat, Familientherapie durch Einzelpsychotherapie zu ergänzen, um die Defizite der Jugendlichen zu kompensieren bzw. die Entwicklung von Struktur in längerfristig angelegter einzelpsychotherapeutischer Behandlung zu fördern. Bei Patienten, die Ich-funktionelle Störungen oder Persönlichkeitsstörungen aufweisen, hat sich der verhaltenstherapeutische Ansatz als sehr effektiv erwiesen. Oft ist spezielle Gruppenarbeit mit den Eltern Betroffener wichtig.

Gerade für Jugendliche, die keinerlei Motivation aufweisen, ist Elternarbeit der Einstieg in das Hilfesystem. Daraus kann sich eine Familientherapie oder auch Einzeltherapie entwickeln. Die Jugendlichen kommen erst einmal zur Diagnostik. In zwei Sitzungen wird diagnostiziert und zunächst der Suchtstatus genau beleuchtet. Dabei sehen wir genau hin: Was steht hinter der Sucht aus einer entwicklungspsychologischen oder psychopathologischen Perspektive? Daraus leiten wir dann die Therapieindikation für eine der unterschiedlichen Verfahrensarten bzw. für die sich ergänzende Modi ab, was bedeutet, daß es für manchen Patienten vorteilhafter ist, unterschiedliche Therapieelemente nebeneinanderzustellen.

D.L.: Welche Hauptkonsumentengruppen kommen zu Ihnen?

R. Thomasius: Bei 700 bis 800 Fällen pro Jahr, die wir behandeln, unterscheiden wir die Patienten nach der Art der ihrer Sucht zugrundeliegenden psychopathologischen Ursachen. Hier sieht man die gesamte Bandbreite von Belastungsstörungen über neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen bis hin zu ganz schweren psychischen Störungen wie Wahnbildung, Schizophrenie etc.

Zum ändern kann man die Patienten im Hinblick auf die Suchtstörung betrachten. Hier können wir, je nach dem Konsumverhalten, zwei Populationen unterscheiden: die reinen Cannabiskonsumenten bzw. -Mißbraucher bzw. die Cannabisabhängigen, die einen Monokonsum illegaler Drogen aufweisen. (Cannabis ist die einzige illegale Droge, bei der wir die Monokonsum-Form überhaupt sehen; alle anderen illegalen Drogen werden nicht als einzelne Droge konsumiert, sondern es herrscht hier ein Mischkonsum vor.) Die zweite Behandlungspopulation, also die Mischkonsumenten, setzt sich aus jungen Leuten zusammen, bei denen wiederum der Cannabiskonsum im Vordergrund steht, hier aber ergänzt durch Amphetamine, Ecstasy, Halluzinogene und teilweise auch durch Kokain.

Das Opiat spielt so gut wie keine Rolle mehr, und das nicht nur bei uns, sondern auch bei heranwachsenden Drogenkonsumenten in Deutschland und anderen europäischen Ländern.

Das gesamte Suchthilfesystem befindet sich im Moment im Umbruch, da sich das Konsumverhalten der Jugendlichen ändert: Der Trend geht weg von den betäubenden illegalen Drogen, weg vor allen Dingen vom Opiat und hin zu den Cannabinoiden sowie zu stimulierenden Substanzen. Das sind unsere Hauptkonsumentengruppen.

Besorgte Eltern

D.L.: Was erwartet die Eltern, wenn ihr Kind in die Drogenambulanz kommt, besonders im Hinblick auf Ihren familientherapeutischen Ansatz?

R. Thomasius: Wichtig ist, daß wir die Sorge der Eltern ernstnehmen. Es gibt viele besorgte Eltern, die anfangs nicht genau wissen, ob sie den Substanzkonsum ihrer Kinder als problematisch einschätzen sollen oder ob es sich vielmehr um ein Experimentalstadium handelt, in dem sich ihr Kind befindet und aus dem es sich gegebenenfalls relativ schnell wieder herausentwickelt. Manche Eltern kommen zu uns und erzählen, daß sie eine Odyssee von Kontakten in Beratungsstellen hinter sich gebracht haben; Kontakte, bei denen sie sich in ihrer Sorge nicht ernstgenommen fühlten. Hier versuchen wir, auf die Eltern einzugehen, weil wir nicht den Cannabismißbrauch als das eigentliche Problem auffassen, sondern uns vorrangig an Familiendynamik und der Entwicklung und den Konflikten des Jugendlichen orientieren. Wenn das Kind nicht mit den Eltern mitkommt, geht es zuerst einmal darum, so viele Informationen wie möglich zu sammeln und die Eltern zu beraten, wie es ihnen gelingen kann, den unmotivierten Jugendlichen in unsere Ambulanz zu bringen.

Gerade hier hat sich der familientherapeutische Ansatz als geeignete Strategie bewährt, weil sich zeigt, daß Familientherapie auch im Sinne einer Rekrutierungsoption wirkt. In Familien, in denen Drogenkonsum ein Problem ist, nehmen Eltern gegenüber Drogenkonsum bzw. dem drogenkonsumierenden Kind häufig entgegengesetzte Standpunkte ein. Ein typisches Beispiel ist die mehr überaktive, überprotektive Haltung der Mutter und der sehr weit im Familiensystem entfernte, mitunter am Familiengeschehen uninteressierte Vater. Wir raten diesen Eltern, eine klare gemeinsame Position gegenüber dem Drogenkonsum einzunehmen

und diese auch ihrem Kind gegenüber zu vertreten. Wenn die Eltern unserem Rat folgen, wenn sie also eine klare Position gemeinsam vertreten, dann ist dies der erste Schritt in die richtige Richtung. Triangulierungsprozesse, die häufig mit initialem Substanzkonsum verbunden sind, weichen auf, die Mutter gibt nun nicht mehr das Geld für die Beschaffung der Drogen, sondern sie grenzt sich mit dem Vater solidarisch ab. Diese Veränderung macht betroffene Jugendliche neugierig und besorgt zugleich, daß sich in der Familie etwas ändern könnte, auf das sie keinen Einfluß haben. Daher kommen sie in die Sprechstunde. Nach der zweiten, dritten oder vierten Sitzung – so ist unsere Erfahrung – ist der Jugendliche mit im Boot, und dann können wir sehen: Handelt es sich tatsächlich mehr um einen experimentierenden Umgang mit psychotropen Substanzen oder muß man den Substanzkonsum als Mißbrauch oder Abhängigkeit bewerten bzw. stehen im Hintergrund ernsthafte psychische, familiäre und soziale Probleme, die den Drogenkonsum erklären?

Am Rande unserer Leistungsfähigkeit

R.H.: Lassen Sie uns auf die Geschichte der gesamten Drogensituation der letzten zehn bis 15 Jahre zurückblicken: Können Sie aus Ihren Erfahrungen dieser Jahre sagen, ob und in welcher Weise die Inanspruchnahme der Drogenambulanz zugenommen hat?

R. Thomasius: Die Epidemiologie ist in Deutschland auf einem guten Stand, weil vom Bundesgesundheitsministerium in zweijährlichem Abstand repräsentative Untersuchungen zum Konsumverhalten junger Menschen und Erwachsener durchgeführt werden. Diesen Untersuchungen können wir entnehmen, daß seit Anfang der 90er Jahre die sogenannte Lebenszeitprävalenz, d.h. der prozentuale Anteil an Jugendlichen, die mindestens einmal im Leben Drogen genommen haben, für die Substanzen Kokain, Amphetamin und Ecstasy relativ stabil ist: In der Gruppe der 18- bis 24jährigen liegt die Konsumerfahrung für diese Substanzen unterhalb von 5 %. Demgegenüber ist die Cannabiserfahrung junger Erwachsener in den letzten sechs Jahren exponentiell gestiegen: Während die Lebenszeitprävalenz seit den 70er Jahren für Cannabis *konstant* zwischen 10 und 20 % lag, ist diese Zahl in den vergangenen Jahren für die erwähnte Altersgruppe auf 38,5 % gestiegen. Es gibt regional begrenzte Untersuchungen, wie z.B. eine Schüler-Untersuchung, die in Hamburg veröffentlicht wurde, durchgeführt an 8.000 Schülern, die zeigt, daß die

Prävalenzen teilweise sehr viel höher sind: 53 % der befragten Schüler haben Cannabiserfahrung, 20 % geben sich als aktuelle Konsumenten zu erkennen, und 7 % sagen, daß sie gelegentlich bekifft in den Unterricht gehen. Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob auch die problematischen Konsumformen zugenommen haben, weil dazu keine bundesweiten Daten vorliegen.

Eine letzte Zahl zur Epidemiologie: Es gibt ein Erfassungssystem der Drogenberatungsstellen in Deutschland. Auch hier finden wir starke Zuwächse bei der Zahl Cannabis konsumierender Patienten. Nach den vorliegenden Daten sind die Beratungsgesuche von Cannabiskonsumenten innerhalb der letzten zehn Jahre ungefähr um den Faktor vier angestiegen. Und ähnliches beobachten wir auch in unserer Ambulanz: Während wir früher hauptsächlich Opiatkonsumenten behandelt haben, sehen wir diese Substanz heute bei den Neueinsteigern so gut wie gar nicht mehr, allenfalls noch bei einer Randpopulation. Dagegen kommen immer mehr Jugendliche bzw. junge Erwachsene in die Beratung aufgrund von Problemen durch Cannabis bzw. Mischkonsum. Insgesamt steigen Beratungs- und Behandlungshäufigkeit permanent an. Speziell im Jahre 2004 gibt es im Vergleich zum Vorjahreszeitraum eine Nachfragesteigerung um 20 bis 25 % und wir sind am Rande unserer Leistungsfähigkeit angelangt.

Höhere Wirkstoffgehalte, andere Konsummuster

D.L.: Welche Rolle spielen dabei die Wirkstoffgehalte bzw. die Veränderung der Wirkstoffgehalte?

R. Thomasius: Diese Frage wird gerade in jüngster Zeit immer wieder diskutiert. Wissenschaftlich gesehen ist sie schwer zu beantworten. Meine persönliche Einschätzung ist, daß die Veränderung der Inhaltsstoffe weniger relevant ist als die Veränderung der Konsummuster. Die Konsummuster haben sich in den vergangenen fünf, sechs Jahren dahingehend geändert, daß das Einstiegsalter in den Konsum illegaler Drogen permanent gesunken ist. Die erste Erfahrung mit illegalen Drogen findet mittlerweile genau dann statt, wenn der erste Alkoholrausch auftritt. Zum gleichen Zeitpunkt wird auch bereits das erste Mal Cannabis genommen. In einer klinischen Population sehen wir immer wieder Patienten, die mit 13, 14 Jahren in den Cannabisgebrauch eingestiegen sind.

Hinzu kommt, daß die Konsumintensität, auch bei den Neueinsteigern, stark zugenommen hat. In einer klinischen Population sieht man Jugendliche, die von Anfang an sehr häufig und intensiv Drogen konsumieren, und zwar bereits in einem Lebensalter von 13, 14 Jahren – mit allen Folgen, die diese Stoffe für den entwicklungspsychologischen sowie biologischen Reifungsprozeß haben. Das ist aus meiner Sicht der Grund dafür, warum wir heute verhältnismäßig oft problematische Folgen des Cannabiskonsums sehen.

Auf der anderen Seite, da haben Sie ganz recht, hat der Wirkstoffgehalt an Tetrahydrocannabinol in den Cannabis-Substanzen zugenommen, aber m.E. nicht so stark, wie es immer wieder in den Medien berichtet wird. Wenn man sich seriöse Untersuchungen ansieht, muß man folgern, daß in Deutschland der Wirkstoffgehalt um maximal das Vierfache der Mengen zugenommen hat, die wir vor zehn Jahren in den Cannabisprodukten fanden.

In der Schweiz liegen andere Verhältnisse vor: Nach dortigen Untersuchungen gibt es bestimmte Produkte, die tatsächlich das sieben- bis 14fache an Wirkstoffgehalt aufweisen. Aber ich glaube nicht, daß man diese Ergebnisse auf Deutschland übertragen kann.

Irreversible Schädigungen durch Ecstasy

D.L.: Können Sie kurz auf die biologischen und die psychopathologischen Wirkungen von Drogen eingehen?

R.H.: Dabei interessieren uns diese Wirkungen in bezug auf Cannabis, Amphetamine, Ecstasy usw., d.h. bei allen Stoffen, die als Droge verwendet werden – mit Ausnahme der sogenannten legalen Drogen wie Alkohol und Nikotin: Welche Kurzzeitwirkungen gibt es, welche Langzeitfolgen können Sie uns beschreiben?

R. Thomasius: Die biologische Dimension ist rasch beschrieben. Fangen wir mit Ecstasy an. Wir haben im UKE viele Jahre lang im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums Ecstasyforschung betrieben. Dabei konnten wir belegen, daß Ecstasy – in Massen eingenommen – zu einer Alteration der Serotoninrezeptoren führt. Das heißt: Der Wirkstoff von Ecstasy erreicht das Gehirn und bewirkt dort eine starke Ausschüttung des körpereigenen Neurotransmitters (chemische Überträgersubstanzen im Nervengewebe, Anm. d. Red.) Serotonin, welches z.B. Glücksgefühle erzeugt und im Gehirn für die Verbindung zwischen sensorischen, motorischen

und assoziativen Bereichen zuständig ist. Bei schwerem Ecstasykonsum wird die Funktionsfähigkeit bestimmter neuronaler Verbindungen in tiefliegenden Hirnstrukturen, die insbesondere für die Affektsteuerung und Gefühlsmodulation zuständig sind, beschädigt. Diese Schädigung ist möglicherweise sogar irreversibel; auf jeden Fall wird sie den Rausch weit überdauern, oft sogar um Jahre.

Zu ähnlichen Ergebnissen sind auch Forschergruppen in England und den USA gekommen, so daß Evidenz für die Aussage besteht, daß Ecstasy – ganz allgemein gesagt – zu Hirnschädigungen führen kann.

Die Cannabis-Forschung hängt hinterher

Diese Frage ist mit Bezug auf Cannabinoide nicht zu beantworten, denn die Forschungslage ist für Ecstasy sehr viel besser als für die Cannabinoide. Und das ist paradox, weil Cannabis etwa zehnmal häufiger konsumiert wird als Ecstasy-Präparate. Die Ecstasy-Forschung ist in den vergangenen zehn Jahren international finanziell von zuständigen Ministerien subventioniert worden, weil das unzulängliche Wissen über das Gefahrenpotential der Substanz durch dessen neurotoxische Wirkung Angst erzeugt hat. Ob sich Cannabiskonsum im Jugendalter neurotoxisch auswirkt, wissen wir nicht. Insofern hängt die Cannabis-Forschung der Ecstasy-Forschung weit hinterher. Messungen im neuropsychologischen Bereich weisen darauf hin, daß Cannabis-bedingte Einschränkungen von Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktionen den Rausch weit überdauern. Es gibt Studien, nach denen noch drei Monate nach Beendigung des Cannabismißbrauchs Defizite in Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfunktionen bei Konsumenten nachgewiesen wurden. Andere Studien belegen, daß nach drei Monaten keine Defizite mehr vorhanden sind. Längere Beobachtungszeiträume, gibt es bei Cannabiskonsumern in dieser Frage bisher international nicht. Hier muß die klinische Forschung in der nächsten Zeit tätig werden.

Wir wissen aus anderen Zusammenhängen, daß sich diese Gedächtnisstörungen bei jungen Konsumenten, die sich z.B. in psychotherapeutischer Behandlung befinden, zurückbilden. Es fehlen jedoch wissenschaftlich Daten, vor allem bei den ganz jungen Menschen. Es gibt ferner tierexperimentelle Untersuchungen, die darauf hindeuten, daß die Hirnreifung behindert wird, wenn Cannabinoide massenhaft in der Entwicklungsphase des Gehirns verabreicht werden. Auch werden in diesen Studien Verhaltensauffäl-

lichkeiten bei den Tieren beschrieben. Das müssen wir am Menschen überprüfen. Psychologisch-psychiatrisch finden sich bei schweren Cannabiskonsumern relativ ähnliche Störungsbilder wie bei Ecstasykonsumenten, z.B. Wahnstörungen, depressive Störungen, halluzinogene Syndrome, drogeninduzierte psychotische Störungen, Flashbacks und Schizophrenie. Solche psychischen Störungen sehen wir in der Drogenambulanz bei unseren Patienten. Diese Erkrankungen führen zu einem starken Leidensdruck und sind dann häufig der Anlaß, sich bei uns vorzustellen.

Ein zweiter klinischer Problemkomplex betrifft die erwähnten kognitiven Störungen: Aufmerksamkeitsstörungen, Konzentrationsstörungen und Gedächtnisprobleme, die dazu führen, daß die Jugendlichen Unterricht oder in der Ausbildung nicht mehr folgen können. Das kann bis zum Verlust des Ausbildungsplatzes gehen.

Störungen in der Identitätsbildung

Das dritte und für mich im Grunde genommen vorrangige Problem sind die Entwicklungsstörungen: Die jugendtypische Reifeentwicklung wird blockiert, da Entwicklungsaufgaben nicht gelöst werden infolge des Cannabismißbrauchs. Infolge dessen kann sich die Identität nicht festigen; soziale Kompetenzen können nicht erworben werden, weil Cannabinoide, in Massen genommen, die Identitätsentwicklung bremsen, und zwar von dem Moment an, zu dem schwerer Mißbrauch begonnen wurde. Das hat zur Folge, daß wir 19- oder 20jährige in der Ambulanz sehen, die seit fünf Jahren Cannabis konsumieren und die den Entwicklungsstand eines 15jährigen aufweisen. Wenn Sie diese Jugendlichen fragen: „Wie alt fühlen Sie sich eigentlich von Ihrer Entwicklung her gesehen?“, dann sagen sie mir auch: „Ja, eigentlich mehr wie 15“, weil sie ihre Defizite spüren. Sie stellen einen Vergleich mit dem Entwicklungsstand Gleichaltriger an und merken, daß sie dahinter zurückbleiben.

Diese Jugendlichen können teilweise, wenn sie introspektiv sind, sehr treffend beschreiben, wo ihre eigenen Defizite liegen, in welchen Entwicklungsbereichen sie stehengeblieben sind. Man muß sich einmal gegenwärtigen, welche Anforderungen die Entwicklungsphase der Adoleszenz stellt. In dieser Phase geht es darum, eine allmähliche Ablösung vom Elternhaus zu bewältigen, eine klare Vorstellung über das eigene Selbst in der Abgrenzung gegenüber anderen Menschen zu erlangen. Es geht darum, kommunikative Eigenschaften weiter zu entwickeln, es geht

um die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, mit dem anderen Geschlecht, um das Finden einer Berufsidentität. Zusätzlich muß in dieser Lebensphase auch kognitiv sehr viel geleistet werden. Es soll so viel Wissensstoff angeeignet werden wie in keiner späteren Lebensphase. Die Aufgaben der Adoleszenz sind ausgesprochen vielfältig, aber auch sehr stör anfällig. Wer dann massenhaft Cannabis konsumiert und dadurch die kommunikativen Prozesse ausbremst – und diese ganze Entwicklung findet ja in der Kommunikation statt –, der erlebt solche Störungen in seiner Identitätsbildung. Das ist – aus meiner Sicht – die schwerwiegendste Komplikation durch den Cannabis-Mißbrauch.

Haschischlegalisierung?

D.L.: Sind Sie sich in bezug auf die genannten psychischen Störungen immer ganz sicher, was als Ursache und was als Wirkung des Cannabismißbrauchs angesehen werden kann? Und wie stehen Sie angesichts der geschilderten möglichen Folgen des Cannabismißbrauchs zur derzeitigen Diskussion über die Legalisierung von Cannabis?

R. Thomasius: Ich würde Ihnen gerne von einer Begegnung, die ich vor zwei Tagen hatte, erzählen.

Der bereits angesprochene SPIEGEL-Artikel ist insofern gut gelungen, als er der allgegenwärtigen Verharmlosung entgegenwirkt. Ich glaube, unsere Gesellschaft hat das Thema Cannabis in den vergangenen Jahren außerordentlich verharmlost. Auf der anderen Seite mobilisiert dieser SPIEGEL-Artikel aber all jene, die – aus welchen Gründen auch immer – die Verharmlosung weiter betreiben möchten, denn sie bekommen es jetzt mit der Angst zu tun. Sie wissen, es gibt viele Protagonisten, die sich für eine Liberalisierung in der Gesetzgebung einsetzen, die gerne Cannabis aus dem Betäubungsgesetz nehmen möchten, die eine ganz andere Rechtsprechung befürworten und erreichen wollen, daß Cannabinoide frei in der Gesellschaft kursieren und jeder davon nehmen kann, so viel er will.

Einer derjenigen, die für die Entkriminalisierung eintreten, ist ein Richter am Jugendschöffengericht in Bernau bei Berlin, der schon seit vielen Jahren von sich reden macht, weil er für eine Liberalisierung eintritt. Dieser Richter hat gerade vorgestern in seinem Landgericht bundesdeutsche Experten zusammengerufen: Frau Prof. Söllner aus Berlin, Dr. Gasman von der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren, Prof. Quensel aus Bremen, der ein Suchtforschungsinstitut leitet, und mich. Wir vier