



## Cannabismissbrauch und -abhängigkeit erkennen und behandeln

# Die Folgen regelmäßigen Konsums werden oft unterschätzt

R. THOMASIUS, HAMBURG



**Prof. Dr. med.  
Rainer Thomasius,  
Psychiatrische  
Universitätsklinik  
Hamburg-Eppendorf**

### Zusammenfassung

In Deutschland verwenden gegenwärtig etwa 5% der deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mehr oder weniger regelmäßig Cannabisprodukte zur Rauscherzeugung (Aktualkonsum). Bei chronischen Konsumenten werden Entwicklungsstörungen infolge Cannabismissbrauchs beobachtet (ungünstige Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung, Leistungsfähigkeit, Motivation etc.), des Weiteren psychische Störungen (depressive Störungen, Angststörungen, Psychosen etc.) und körperliche Erkrankungen (Hirnreifungs- und Hirnleistungsstörungen etc.).

Beratungs- und Behandlungsnachfragen wegen cannabisbezogener Störungen sind in den vergangenen Jahren erheblich gestiegen. Der Beitrag gibt Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der cannabisbezogenen Störungen.

Im gegliederten Versorgungssystem (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchthilfe, Jugendhilfe, Rehabilitationseinrichtungen) nimmt der Nervenarzt eine wichtige Schlüsselfunktion im Rahmen des Screenings (Suchtgefährdung) sowie der Akutbehandlung (cannabisbezogene Störungen) und der gezielten Behandlungszuweisung (Postakutbehandlung) ein.

### Epidemiologie

Cannabis ist international und in Deutschland die am häufigsten konsumierte illegale Droge. Für kein anderes Suchtmittel lassen sich in den zurückliegenden Jahren so hohe Steigerungsraten ausmachen

wie für Cannabis. Nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und vor dem Hintergrund klinischer Studien zeichnet sich immer deutlicher ab, dass aus Cannabiskonsum behandlungsbedürftiger schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit sowie gravierende psychische und soziale Folgeschäden resultieren, wobei zusätzlich behandlungsbedürftige neuropsychiatrische Komorbidität zu beobachten ist.

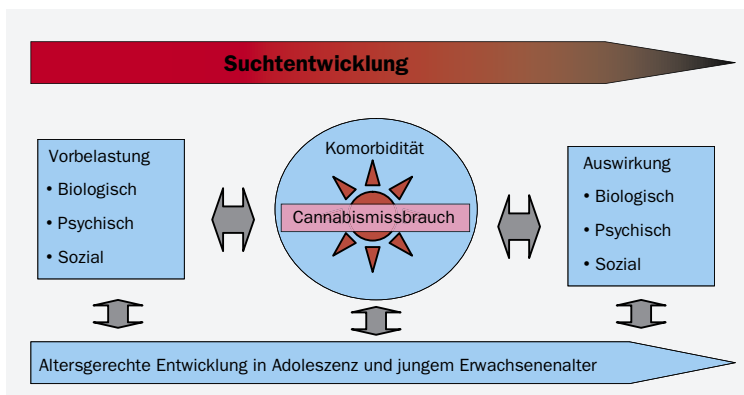
Von allen 12- bis 25-jährigen Bundesbürgern konsumieren Cannabis 31% jemals in ihrem Leben (Lebenszeitprävalenz), 13% ein- oder mehrmals im zurückliegenden Kalenderjahr (Zwölfmonatsprävalenz). Hauptkonsumenten sind die Altersgruppen 16–19 Jahre (zu 20%) und 20–25 Jahre (zu 15%). Die Prävalenzen liegen in Großstädten deutlich höher.

Kinder und Jugendliche sind im Durchschnitt 13 Jahre alt, wenn sie zunächst Tabak und Alkohol konsumieren, und im Durchschnitt 15–16 Jahre, wenn sie Cannabis zu konsumieren beginnen. Die Gruppe der „Cannabisfrüheinsteiger“ beginnt den Cannabiskonsum allerdings bereits mit 13 Jahren. Früheinsteiger stellen die Hochrisikogruppe derjenigen Kinder dar, die von einer langjährigen Schwerstabhängigkeit bedroht sind, wenn nicht in geeigneter Weise und früh genug interveniert wird.

Von allen aktuellen Cannabiskonsumern weisen 20% ein problematisches Konsummuster auf (Konsum an 20–30 Tagen im Monat). Etwa jeder zehnte Cannabiskonsumter bezeichnet sich selbst als „abhängig“. Cannabiskonsumern im Alter zwischen 14 und 24 Jahren konsumieren in einem Ausmaß, dass bei 8–9% die Diagnose „schädlicher Cannabiskonsum“ und bei 4–7% die Diagnose „abhängiger Cannabiskonsum“ zu stellen ist. Diese Diagnosen haben sich von 1997 bis 2001 nahezu verdoppelt.

Die Gruppe der Cannabiskonsumern mit problematischen Konsummustern erbringt durchweg schlechtere Schulleistungen, ist unzufriedener mit Familien- und Wohnsituation, konstatiert für sich einen schlechteren Gesundheitszustand und bekundet eine geringere Zufriedenheit mit der eigenen Person und dem Leben insgesamt als abstinent

**Der Grundstein für Cannabismissbrauch und -abhängigkeit wird in der Adoleszenz gelegt.**



Altersgenossen. Risikofaktoren für die Entstehung und den negativen Verlauf von Cannabisabhängigkeit werden in Tabelle 1 dargestellt.

Die Gründe für die Zunahme von Cannabiskonsum und -missbrauch, sinkendes Einstiegsalter und exzessive Konsummuster auch bei Jugendlichen sind auf verschiedene Einflüsse zurückzuführen: gestiegene Griffnähe (Konsumangebote in Schule, Freundeskreis und Nachbarschaft), veränderte Einstellungen und Erwartungshaltungen („Spaßkultur“), positive Erfahrungen beim Erstkonsum, konsumierende Peers, nachlassende soziale Kontrolle (gesellschaftliche und familiäre Funktionen), Substanzmissbrauch der Eltern sowie schwere seelische Traumatisierungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter.

### Auswirkungen und Komorbidität

Hinsichtlich der Folgen sind akute neuropsychiatrische Komplikationen von komorbiden psychischen Störungen abzugrenzen:

Auswirkungen der Cannabisintoxikation (ICD-10: F 12.0, F 12.03, F 12.04) sind neben der Dosis, Frequenz und Applikationsform des Gebrauchs von der individuellen Disposition des Konsumenten sowie dem situativen Kontext abhängig: Euphorie, Entspannung, psychomotorische Verlangsamung, motorische Störungen, kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Reaktionszeit, Gedächtnis), formale Denkstörungen (assoziative Lockerung, Beschleunigung, Weitschweifigkeit, Ideenflucht), Wahrnehmungsstörungen (Zeiterleben, Wahrnehmen von Raum, Farben und Berührungsempfinden, ggf. Halluzinationen), Depersonalisations- und Derealisationserleben, Appetitzunahme (ggf. Übelkeit und Erbrechen), situationsinadäquates Witzeln, Gleichgültigkeit, Panikreaktionen. Der Cannabisrausch hält maximal drei bis fünf Stunden an, kognitive Beeinträchtigungen (Konzentrationsstörungen und Störungen des Kurzzeitgedächtnisses) können den Rauschzustand jedoch weit überdauern.

Schädlicher Cannabisgebrauch (ICD-10: F 12.1) liegt vor, wenn trotz Gesundheitsschäden (psychisch oder somatisch) infolge des Konsums weiter konsumiert wird. Im Fall einer Cannabisabhängigkeit (ICD-10: F 12.25) wird chronischer und täglicher Konsum häufig gefunden, dies ist jedoch keine notwendige Bedingung. Andere Diagnosekriterien werden von Cannabisabhängigen mit den angegebenen Häufigkeiten erfüllt: Entzugssymptome 46%, Toleranz 63%, soziale und berufliche Auswirkungen 55%, Konsum trotz bekannter Schädigung 82%, hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Gebrauch 73%.

Ein Cannabisentzugssyndrom (ICD-10: F 12.30) kann sieben Tage und länger anhalten und ist nicht



Foto: plainpicture/G. Herbst

so schwer ausgeprägt wie bei Alkohol- bzw. Opiatabhängigkeit: Craving, Appetitminderung, Schlafstörungen, Schwitzen, Irritabilität, Aggressivität, innere Unruhe, Angst, Hyperalgesie (v. a. Kopf-, Bauch- und Muskelschmerzen), Dysphorie.

Transiente psychotische Episoden (Intoxikationspsychose; ICD-10: F 12.04) dauern nicht länger als 48 Stunden an und sind durch einen Verlust der Ich-Kontrolle gekennzeichnet, ggf. kommen Halluzinationen, Wahn und Verwirrtheit vor.

Ferner können nach hoch dosiertem Cannabiskonsum länger anhaltende psychotische Episoden mit schizophreniformer Symptomatik auftreten (Cannabipsychose; ICD-10: F 12.50–12.53). Die Symptomatik entwickelt sich innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen nach dem letzten Konsum und überdauert einige Tage bis Wochen. Betroffen sind besonders vulnerable Personen. Häufig ist hoch dosierter Cannabiskonsum vorausgegangen. Eine symptomatische Abgrenzung zu schizophreniformen oder schizophrenen Psychosen ist nicht möglich. Nachhallpsychosen (sog. Flashbacks) (ICD-10: F 12.70) treten innerhalb von einigen Wochen nach dem letzten Cannabiskonsum, seltener auch noch nach einem längeren Intervall auf. Als Auslöser werden emotionaler Stress, Erinnerungen und bestimmte Schlüsselreize angenommen. Das Amotivationale Syndrom (ICD-10: F 12.72) wird vor allem nach chronischem und exzessivem Missbrauch von Cannabinoiden beobachtet und ist durch Lethargie, Passivität, Affektverflachung und Interesselosigkeit gekennzeichnet. Das Amotivationale Syndrom muss von Defektzuständen der Schizophrenie, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen

**Die kognitiven Funktionen können noch drei Wochen nach Konsumende eingeschränkt sein.**

**Cannabis ist weltweit die am häufigsten konsumierte illegale Droge.**

Tabelle 1

### Risikofaktoren für die Entwicklung und den negativen Verlauf von Cannabismissbrauch und -abhängigkeit

nach Thomasius et al. 2005

Merkmalsbereiche	Risikofaktoren
Personale Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Geschlecht männlich</li> <li>■ Jünger bei Beginn des Substanzkonsums</li> <li>■ Höhere Depressivität</li> <li>■ Hohes Stresserleben</li> </ul>
Familiäre Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Konfliktreiche Beziehung zur Mutter</li> <li>■ Vater gleichgültig gegenüber Entwicklung des Kindes</li> </ul>
Psychosoziale Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schulische, Ausbildungs- oder Berufsprobleme des Jugendlichen/jungen Erwachsenen</li> <li>■ Schlechtere Einkommenssituation des Vaters</li> <li>■ Frühadoleszente Dissozialität</li> <li>■ Viele substanzmissbrauchende Peers</li> </ul>
Proximal modifizierende Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Baseline-Substanzkonsum (hohe Zahl konsumierter Substanzen außer Cannabis)</li> <li>■ Bereits viele Vorbehandlungen</li> <li>■ Eher kurze Behandlungsdauer</li> <li>■ Abbruch der Behandlung</li> </ul>

**Regelmäßiger Cannabiskonsum ist oft mit affektiven Störungen und Angsterkrankungen assoziiert.**

abgegrenzt werden. Kognitive Störungen (ICD-10: F 12.74) werden ebenfalls vorwiegend bei chronischen Konsumenten beobachtet; vor allem sind Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis betroffen. Teilweise werden eingeschränkte kognitive Funktionen auch noch drei Wochen nach Konsumbeendigung beobachtet. Inwieweit diese Störungen vollständig remittieren, ist bisher insbesondere für „Früheinsteiger“ nicht endgültig geklärt.

Unter entwicklungspsychiatrischen Gesichtspunkten ist der Einfluss der toxischen Eigenschaften der Cannabinoide auf die vulnerablen Reifungsphasen des Zentralnervensystems von besonderem Interesse. Die Reifung des präfrontalen Kortex vollzieht sich über die gesamte Kindheit und Jugend und wird vor dem Hintergrund einer prolongierten Reifung der meso-präfrontalen Dopaminprojektionen erst zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr abgeschlossen. Eine kritische Phase für die aktivitätsabhängige Anpassung des präfrontalen Kortex stellt die mittlere Jugend dar, in der die Reifungsprozesse sowohl durch traumatisierende Ereignisse als auch durch drogentoxische Einflüsse irritierbar sind. In diesem Kontext konnten Ehrenreich und Mitarbeiter eine spezifische Hirnschädigung durch Cannabiskonsum vor dem 16. Lebensjahr plausibel machen.

Die Rate komorbider Störungen liegt bei Cannabisabhängigen insgesamt bei etwa 70%. Dabei geht es mehrheitlich um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen und (seltener) um schizophrene Psychosen. Bei Jugendlichen beobachtet man zudem Störungen des Sozialverhaltens, Aggressivität, Impulsivität inkl. Hyperkinetisches Syndrom, Essstörungen sowie eine antisoziale oder emotional instabile Persönlichkeitsentwicklung. Zusätzlich spielen Missbrauch und Abhängigkeit von anderen Substanzen eine wichtige Rolle. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass die psychiatrische Komorbidität mit dem Einstiegsalter und der Schwere des Cannabiskonsums eng assoziiert ist.

Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen (F 60.X, F 61.X) bzw. mit einem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) (F 90.X) verwenden Cannabis zur Affekt- und Impulsregulierung im Sinne einer Selbstmedikation. Verhaltensstörungen (F 91, F 92) werden bei cannabisabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig gefunden.

Bei Patienten mit Schizophrenie (F 20.X; F 23.1) liegt die Prävalenz des Cannabiskonsums bis zu fünfmal höher als in der alterskontrollierten Bevölkerung. Im umgekehrten Fall ist das Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, bei Cannabiskonsumern um das bis zu Sechsfache gegenüber der Normalpopulation erhöht. Hochfrequenter und hoch dosierter Cannabiskonsum werden vor dem Hintergrund des Vulnerabilitäts-Stress-Modells als potente Stressoren bewertet. Dass der Cannabiskonsum den Verlauf einer schizophrenen Psychose ungünstig beeinflusst, ist belegt. Cannabiskonsum wirkt ungünstig auf produktive Symptome der Schizophrenie, fördert Exazerbationen der Erkrankung und wirkt sich auf die soziale Integration der Patienten nachteilig aus. Regelmäßiger Cannabiskonsum ist darüber hinaus häufig mit affektiven Störungen und Angsterkrankungen (F 3.X.X, F 40.X, F 41.X) assoziiert. Über Kausalbeziehungen können jedoch keine allgemein gültigen Aussagen abgeleitet werden.

Etwa 80% der Cannabiserfahrenen beschränken den Konsum und Missbrauch illegaler psychotroper Stoffe auf Cannabis. In anderen Fällen wird der Cannabisgebrauch durch Konsum und Missbrauch anderer Substanzen (F 1.X.X) ergänzt, beispielsweise Amphetamine, Ecstasy, Kokain und LSD (so genannter Mischkonsum). Alkoholmissbrauch kommt bei Mischkonsumenten häufig vor. In Longitudinalstudien hat sich anhaltender Cannabismissbrauch als signifikanter Prädiktor für schulische, berufliche, finanzielle und familiäre Probleme erwiesen. Die Ausprägung sozialer Folgeschäden ist mit der Schwere psychischer Komorbidität sowie

Einstiegsalter und Ausmaß des Cannabiskonsums assoziiert.

### Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Suchtstörungen im Jugend- und Jungerwachsenenalter müssen vor dem Hintergrund einer multiaxialen Diagnostik erfasst und eingeordnet werden. Neben der Erfassung der Leitsymptome ist eine genaue Diagnostik der spezifischen Entwicklungsstörungen notwendig sowie Diagnosen des Intelligenzniveaus, der somatischen Erkrankungen, der psychosozialen Umstände und des Funktionsniveaus im schulischen, familiären und sozialen Umfeld. Ergänzend ist eine Beurteilung der konfliktfreien Lebensbereiche, inklusive vorhandener Kompetenzen, vorzunehmen (drogenabstinente Freunde, tragfähige Beziehungen, Leidensdruck, Einsicht, Veränderungsbereitschaft etc.).

Grundsätzlich sollte eine körperliche Untersuchung sowie eine Untersuchung des Urins auf harnfremde Substanzen vorgenommen werden. Bei der Exploration muss besonderes Gewicht auf die Erfassung der genauen Suchtanamnese (einschließlich Kontextbedingungen) sowie auf die gezielte Erfassung komorbider psychischer und körperlicher Beschwerden und Erkrankungen gelegt werden (Entzugssymptome, Intoxikationszeichen, toxikologische Auswirkungen der Substanzen).

Die Erhebung der Suchtanamnese kann durch Leugnungstendenzen bzw. durch ungünstige situative Umstände bei der Exploration erheblich erschwert werden. Zudem werden Quantifizierungen des Konsums durch Erinnerungslücken und -verzerrung (Rauschzustände, Abwehrhaltungen etc.) erschwert. Hinweise auf Cannabismissbrauch und -abhängigkeit geben ferner einige unspezifische Verhaltensmerkmale und Umgebungsfaktoren (Tabelle 2).

Im Fall eines fortgesetzten Konsums von Cannabis und ggf. anderen illegalen Drogen müssen zusätzlich auch die juristischen, sozialen und finanziellen Folgen erfragt werden (Strafverfahren, Bewährungsauflagen, Schulschwierigkeiten, Schuldenregulierung, Wohnungsprobleme, Maßnahmen der Jugendhilfe etc.). Bei der differenzialdiagnostischen Einordnung der Suchtanamnese ist ein besonderes Augenmerk auf die Abgrenzung der Entwicklungsstörungen bzw. primären kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen von den psychischen und sozialen Auswirkungen des Substanzmissbrauchs zu legen (Verfälschungen ergeben sich durch unkomplette Anamnesedaten, falsche Attribuierungen, Fehlinterpretationen etc.). Hilfreich sind fremdanamnestic Quellen (Zeugnisse, Befundberichte) und der Einsatz von Screening-Verfahren („Youth Self Report“, „Child Behaviour Checklist“ u. a.). Suchtspezifische Selbst- und Fremdbeurtei-

Tabelle 2

### Hinweise auf Cannabismissbrauch und -abhängigkeit

#### Unspezifische Verhaltensmerkmale und Umgebungsfaktoren, die auf Cannabismissbrauch und -abhängigkeit deuten:

- Leistungseinbußen in Schul- und Berufsausbildung
- Veränderte Muster in der Beziehungsaufnahme und -gestaltung bzw. Rückzug aus sozialen Kontakten (auch im Elternhaus)
- Störungen des Sozialverhaltens mit Impulsdurchbrüchen, Aggressivität, Affektlabilität
- Veränderung bzw. Verlust von Freizeitinteressen
- Anschluss an Gleichaltrige mit einem Substanzmissbrauch
- Auffinden bestimmter Zubereitungen von Tabakprodukten und Drogen (diverse Harze, Pflanzenbestandteile, Samen, Lösungen etc.) bzw. Applikationsutensilien (Zigarettenpapier, Bong, Eimer etc.)
- Auftreten von cannabisassoziierten psychopathologischen Syndromen und sozialen Folgen

lungsinstrumente („Addiction Severity Index“) wurden vor allem für Erwachsene entwickelt, im angloamerikanischen Sprachraum liegen spezielle Versionen für Jugendliche vor, u. a. der „Adolescent Addiction Severity Index“.

Die Aussagekraft des Drogennachweises im Urin wird durch begrenzte Nachweiszeit und eine hohe Störanfälligkeit der Methode limitiert. (Empfehlenswert ist deshalb eine unverzügliche Urinabgabe unter Aufsicht.)

Testpsychologisch hat bei den cannabisbezogenen Störungen die Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit eine besondere Bedeutung.

Differenzialdiagnostisch sind von den psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Cannabis folgende im ICD-10 aufgeführte Syndrome abzugrenzen:

- Organische psychische Störungen (F 0)
- Endogene Psychosen (F 20 bis F 29)
- Affektstörungen, vor allem depressive Störungen (F 31 bis F 33, F 38)
- Angststörungen (F 40 bis F 43)
- Dissoziative Störungen (F 44)
- Persönlichkeitsstörungen (F 60, F 61)
- Intellektuelle Behinderung (F 7)
- Spezifische Entwicklungsstörungen (F 80–F 84)
- Störungen des Sozialverhaltens (F 90 bis F 92).

### Therapie

Der Anteil von beratungs- und behandlungssuchenden Patienten mit Störungen durch Cannabiskonsum ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich und erheblich gestiegen. Nach Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik stiegen cannabisbezogene Störungen 2002 auf das Sechsfache des Ausgangswerts von 1992 an, während alkohol- und opiatbezogene Störungen kaum zunahmten. Jeder Zwei-

*Bei der Exploration stehen die Suchtanamnese und das Erfassen komorbider psychischer und körperlicher Störungen im Vordergrund.*

Tabelle 3

**Psychopharmakotherapie/Psychotherapie/Psychoedukation der cannabisbezogenen psychischen Störungen**

Auswirkung	Pharmakotherapie	Behandlungssetting Psychotherapie/Psychoedukation
Schädlicher Cannabisgebrauch	Keine spezifische Pharmakotherapie	Ambulante Behandlung oder stationäre Behandlung:
Cannabisabhängigkeit		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme</li> <li>■ Soziales Kompetenztraining</li> <li>■ Motivationsförderung in Gruppen</li> <li>■ Familientherapie</li> </ul>
Cannabisentzugssyndrom	Niederpotente Neuroleptika Benzodiazepine Carbamazepin	Ambulante Behandlung oder stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung bei schweren Entzugssyndromen/ Komorbidität:
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Akupunktur</li> </ul>
Intoxikationspsychose	Benzodiazepine Atypische Neuroleptika	Ambulante Behandlung oder stationäre Behandlung bei anhaltenden Symptomen:
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ „Talking down“</li> <li>■ Abschirmung</li> </ul>
Cannabisinduzierte, länger anhaltende psychotische Episoden	Atypische Neuroleptika Benzodiazepine	Ambulante Behandlung oder stationäre Behandlung bei anhaltenden Symptomen:
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entwöhnungstherapie</li> <li>■ Abstinenzförderung</li> </ul>
Amotivationales Syndrom	Nicht sedierende Antidepressiva	Ambulante Behandlung oder stationäre Behandlung bei anhaltenden Symptomen:
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entwöhnungstherapie</li> <li>■ Abstinenzförderung</li> <li>■ Psychosozial aktivierende Maßnahmen</li> </ul>
Kognitive Störungen durch Cannabisgebrauch		Ambulante Behandlung oder stationäre Behandlung:
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entwöhnungstherapie</li> <li>■ Abstinenzförderung</li> <li>■ Kognitives Training</li> </ul>
Komorbid psychische Störungen (Angststörungen, depressive Störungen, Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen u. a.)	Entsprechend üblichen Standards und Empfehlungen, besondere Empfehlungen für Cannabisabhängige liegen nicht vor	
Komorbidität Cannabismissbrauch/-abhängigkeit und Schizophrenie	Depotneuroleptika Atypische Neuroleptika Additiv: Antidepressiva	Spezielles integratives Behandlungskonzept
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Multimodales Programm</li> <li>■ Assertive Community Treatment</li> </ul>

te, der heute wegen Konsums illegaler Drogen zum ersten Mal eine Beratungsstelle aufsucht, kommt wegen Cannabis.

Zur Frage der Behandlung cannabisbezogener Störungen liegt eine AWMF-Leitlinie vor. In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden die Suchtstörungen ebenfalls in einem eigenen Kapitel berücksichtigt. Die meisten Therapieempfehlungen zur Akutbehandlung cannabisbezogener Störungen basieren auf Expertenmeinungen bzw. qualitativen Reviews mit entsprechend niedrigem Evidenzniveau (Klasse C nach APA). Zur Effektivität der psychotherapeutischen Maßnahmen bei Cannabisabhängigkeit liegen immerhin mehrere kontrollierte Studien vor, das Evidenzniveau entspricht der Klasse B.

Bei der Behandlung der Störungen durch Cannabismissbrauch müssen vier Behandlungsebenen berücksichtigt werden:

— Behandlung der körperlichen Auswirkungen des Substanzmissbrauchs: körperliche Abhängigkeit von Cannabis, ggf. von weiteren Substanzen (Entzugssymptomatik); körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen des Substanzmissbrauchs (Kognitive Störungen, Infektionskrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Magen- und Darmerkrankungen, Zahnkrankheiten, Polyneuropathien etc.)

— Behandlung der psychischen Funktionsstörungen: Wahrnehmungsstörungen (Verlangen nach psychoaktiven Substanzen); Problemlösungsstörungen (zwanghaft eingegängtes Denken

**Behandlungskonzepte für süchtige Erwachsene können nicht ohne Weiteres auf Jugendliche übertragen werden.**

über Beschaffung und Einnahme psychoaktiver Substanzen); Ausdrucksstörungen (szenebezogenes Sprachrepertoire, defizitäre emotionale Ausdrucksfähigkeit); emotionale Störungen (impulsives Verhalten, rasch wechselnde Stimmungslagen); Motivationsstörungen (geringe Begeisterungsfähigkeit und Frustrationstoleranz, anhedonistische Haltungen); Störungen der Psychomotorik (entsprechend des Substanzmissbrauchs agitiert oder verlangsamt)

- Behandlung der Entwicklungsstörungen: entwicklungspsychopathologische Syndrome und Defizite; fehlende Schul- und Berufsausbildung; Substanz missbrauchende Bezugsgruppe; fehlende Lebensperspektiven
- Behandlung der komorbiden psychischen Störungen: Angststörungen, depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen, psychotische Störungen, Schizophrenien.

Die Behandlung des Substanzmissbrauchs im Adoleszentenalter erfordert ein hohes Maß an störungs- und altersspezifischer Orientierung. Sie muss die besonderen psychosozialen und suchtmmedizinischen Umstände und Auswirkungen des Missbrauchs verschiedener psychoaktiver Substanzen ebenso berücksichtigen wie die entwicklungspsychologischen und -psychopathologischen Besonderheiten des Jugendalters. Dem Umstand, dass einschlägige Behandlungskonzepte für süchtige Erwachsene nicht ohne Weiteres auf betroffene Jugendliche übertragen werden können, liegt eine ganze Reihe alterskorrelierter Eigenarten zugrunde:

- Im Jugendalter wird der Behandlungswunsch sehr viel häufiger durch die Angehörigen vorgetragen als durch die Betroffenen selbst.
- Zu Behandlungsbeginn weisen Adoleszente mit einem Substanzmissbrauch häufig familiäre Konflikte auf, und auch im Behandlungsprozess sind ihre Bedürfnisse nach elterlicher Unterstützung hoch.
- Die Anforderungen nach pädagogischer Förderung sowie nach schulischen und beruflichen Qualifikationsmöglichkeiten sind in dieser Altersgruppe ungleich größer als bei den erwachsenen Patienten.

Die Akutbehandlung cannabisbezogener Störungen wird in aller Regel ambulant oder stationär in psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Psychopharmakologische, psychotherapeutische und psychoedukative Interventionen sind am jeweiligen Störungsbild ausgerichtet (Tabelle 3). Die Postakutbehandlung erfolgt zumeist in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe. Die Behandlungsprogramme orientieren sich im Idealfall

an den individuellen Bedürfnissen und Erfordernissen des einzelnen Patienten. Üblicherweise werden eklektische Ansätze vertreten. In den stationären Einrichtungen findet man folgende Therapieelemente:

- Einzel- und Gruppentherapie
- Entspannungsverfahren
- Selbstsicherheitstraining
- Soziales Training
- Rückfallmanagement
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- Unterrichtsprogramme (Schule, Berufsorientierung, Suchtkunde)
- soziale Hilfen
- Freizeitpädagogische Aktivitäten.

Hinsichtlich der Behandlungsdauer (Postakutbehandlung) haben sich zwei Varianten durchgesetzt: Kurzzeittherapien mit einer Behandlungsdauer von drei bis sechs Monaten und Langzeittherapien mit 12- bis 18-monatiger Behandlungsdauer. Bei jüngeren Patienten mit erheblichen Entwicklungsdefiziten ist eine Langzeitbehandlung üblich. Die Wahl des geeigneten Behandlungs-Settings ist u. a. von folgenden Voraussetzungen seitens des Patienten abhängig:

- Vorhandensein medizinischer Komplikationen und Folgen des Substanzkonsums
- Art und Ausprägung von psychischen Funktionsstörungen und Entwicklungsstörungen
- Vorhandensein einer Behandlungsmotivation
- Rückfallpotenzial
- Diverse Umgebungsfaktoren.

Dem Nervenarzt sollte in Anbetracht seiner diagnostischen und therapeutischen Kompetenz ein hoher Stellenwert im Prozess des Clearings (Suchtgefährdung) sowie der Akutbehandlung (cannabisbezogene Störungen) und der gezielten Behandlungszuweisung (Postakutbehandlung) beigemessen werden. Dies setzt eine optimale Vernetzung des niedergelassenen Facharztes mit örtlichen Einrichtungen der Jugend- und Suchthilfe, den psychiatrischen/kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Einrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen sowie der Schule und den Elterninitiativen voraus. Qualitätszirkel zum Thema „Jugend und Sucht“ können hier zusätzlich weiterhelfen.

#### Literatur beim Verfasser

##### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius  
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
 Martinistraße 52, D-20246 Hamburg  
 E-Mail: thomasius@uke.uni-hamburg.de