

Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie 16.03.2007 in Köln.

Workshop 4:

Behandlung von Cannabinoidabhängigkeit im Rahmen einer stationären

Kurzzeittherapie – Fallbesprechungen

Dipl.-Psych. Wolfgang Peiffer

Herr Peiffer berichtet von seiner Erfahrung mit ca. 100 Cannabispatienten, wo von ca. 5 Personen ausschließlich cannabisabhängig waren und der Rest einen schädlichen oder missbräuchlichen Alkoholkonsum aufwies und auch den Konsum illegaler Substanzen.

Herr Peiffer wehrt sich gegen die Begrifflichkeit, Cannabis als Einstiegsdroge, denn dann müsste seiner Meinung nach auch Tabak als Einstiegsdroge gewertet werden, denn wenn die Hemmschwelle zum Konsumverhalten einmal gesunken ist, kann das für jeden Substanzkonsum den Weg ebnen. Herr Peiffer berichtet auf der einen Seite der Dramatisierung und der Kriminalisierung und auf der anderen Seite von der Verharmlosung der „weichen“ Droge Cannabis. Beide Richtungen sagen ihm nicht zu.

1. Probleme bei der Arbeit mit Cannabisabhängigen Patienten:

- junges Einstiegsalter (durchschnittlich 13-15 Jahre, einzelne Fälle noch jünger)
- Hoher THC Gehalt (früher 1,6% THC pro Gramm, heute bis zu 26% pro Gramm, durch Genmanipulationen und Hochzüchtungen).

Diese beiden Punkte erachtet Herr Peiffer als sehr kritisch. Die Konsumenten steigern ihre Dosis oft ohne es zu merken, sie wechseln oft nur den „Dealer“, der dann die Substanz mit einem höheren THC-Gehalt verkauft, also der bessere „Dealer“ ist, weil die Substanz des vorherigen „Dealers“ nicht mehr die gewünschte Wirkung erzielt.

- Art der Konsums (Von „Bong“ bis zum „Eimer“)
- Mehrfachabhängigkeit

Eine Dosissteigerung kann auch anhand der Konsumform ersichtlich werden. Ein „Joint“ ist hier in der in der unteren Kategorie anzusiedeln, die „Bong“ ist ein Rauchgerät, welches eine schnellere Wirkung der Substanz erzielt, der „Eimer“ wird

ebenfalls geraucht und steigert die Wirkung der Substanz noch mehr wie sie durch die „Bong“ gesteigert wird.

Zitat von Herr Dr. Wied, zitiert von Herr Dr. Bonnet:

"Eimerrauchen ist die Antwort darauf, dass man Haschisch nicht spritzen kann".

Oft ist bei Cannabis eine Mehrfachabhängigkeit zu beobachten, z. B. bei Selbstversuchen den Konsum zu verringern greifen die Konsumenten auf andere Substanzen zurück, wie zum Beispiel Alkohol.

Herr Peiffer konnte eine Veränderung im kulturellen Kontext des Kiffens beobachten, wo es doch in vergangenen Zeiten um einen leichten Rausch ging, der zur netten Kommunikation verhelfen sollte, ist der Rausch heute vergleichsweise heftig und es findet kaum noch Kommunikation innerhalb der Kifferkreise statt. Die Konsumenten „hängen ab“ und „zocken“.

2. Besonderheiten der speziellen Patientengruppe

- Entzugssymptome (Psych. Entzug → körperliche Korrelate)

Herr Peiffer befürwortet in schwierigen Fällen eine Entgiftung in Krankenhaus, aber in der Tönissteiner Klinik werden die Patienten auch toxiert aufgenommen. Hierfür werden die Kostenträger verantwortlich gemacht, da diese selten eine Kostenübernahme reiner Cannabisabhängiger bewilligen. Dementsprechend ist das Suchthilfesystem noch nicht der Realität angepasst und stellt kaum Entgiftungen für Cannabiskonsumenten zur Verfügung. In manchen Fällen werden sogar Sozialberichte manipuliert, um eine Langzeittherapie für den Patienten bewilligt zu bekommen. Dies ist einer der Gründe weshalb die Patienten oft toxiert aufgenommen werden, zwar wird ihnen angeraten „clean“ zur Therapie zu kommen, aber das schaffen die wenigsten. Zumal sich Cannabis noch lange nach dem Konsum im Körper nachweisen lässt.

Zu den bisher beobachteten Entzugssymptomen zählen innere Unruhe, intensive Emotionen nicht aushalten können und Ein- und Durchschlafstörungen. Die Nachwehen des letzten Konsums sind bis zu 6 Wochen nach der Entgiftung zu beobachten. Dementsprechend wird während der Therapie ein Antrag auf Verlängerung der Behandlungsdauer gestellt.

- Kifferparanoia (erhöhtes Misstrauen der Patienten)

Diese ist oft schwer zu diagnostizieren da die Patienten oft in das Schema von Doppeldiagnosen passen und oder eine polyvalente Abhängigkeit aufweisen. Was war zu erst da?

Herr Peiffer berichtet von verschiedenen Vorträgen, die sich beispielsweise mit dem Thema beschäftigten Psychose durchs Kiffen oder umgekehrt? In der Regel seien die Ergebnisse dieselben, die Patienten waren bereits vor dem Substanzkonsum auffällig und/ oder setzten die Substanz zur Selbstmedikation als Selbstheilungsversuch ein, dies führe dann zur Komorbidität.

- Soz. Kompetenz verlernt bzw. Fähigkeiten sind defizitär (oft beobachtet)
- Anteile der Persönlichkeit (Narzissmus: Sehr viele Patienten, ängstlich – vermeidend: Wenig Patienten)

3. Arbeit in der Fachklinik Tönisstein – kurzer Überblick über Reha- Ziele und Konzept.

In der Fachklinik setzt sich eine Gruppe aus 12-15 Personen zusammen, davon sind durchschnittlich ca. 4 Alkoholiker und der Rest davon sind Cannabinoidabhängige Personen, die meist ein polytoxisches Konsummuster aufweisen. Dabei beobachtete Herr Peiffer oft den Kiffertyp als ängstlich und zurückhaltend.

Das durchschnittliche Alter der behandelten Personen ist 38 Jahre, sie sind oft sozial integriert, Herr Peiffer berichtet dass viele Patienten kurz vorm Ende des Studiums stehen und in manchen Fällen zufällig aufgefallen sind, z. B. ein Radfahrer geriet in eine Polizeikontrolle und führte Haschisch bei sich. Freizeitkonsumenten passen nicht in das gewünschte Profil einer stationären Therapie.

Während des Workshops kamen bei den Teilnehmern viele Fragen auf, z. B. problematisierte ein Ambulanzmitarbeiter die Kostenzusagen der Leistungsträger, da diese stationäre Therapien für reine Cannaboidabhängige schwerlich bewilligen, so dass sich einige Berater gezwungen fühlen, den Sozialbericht zu manipulieren, um die Patienten in stationäre Therapien zu vermitteln. Oft zeigt sich eine Zusatzdiagnose im Sozialbericht. Erschwerend kommt hinzu, dass es kaum geeignete Einrichtungen zur Behandlung von Cannaboidabhängigen gibt.

Herr Peiffer empfiehlt den Teilnehmern des Workshops die Teilnahme am Cannabis-AK, um weitere Fragen zu dem Thema zu diskutieren. Denn laut Herrn Peiffer sind die Rentenversicherungsträger angehalten, die Krankheitswertigkeit anzuerkennen.

- Focus auf Integration und Soziale Kompetenz

- Rationale Krankheitseinsicht/ Emotionale Akzeptanz

Die Krankheitseinsicht ist Cannaboidabhängigen schwer zu vermitteln, da sie die Auswirkungen der Sucht seltener bemerken und auch diese nicht als so arg empfinden. Hinzu kommt die gesellschaftliche Bagatellisierung zur „weichen Droge“.

- Funktionalität des Konsums sowie alternative Strategien

Dies ist ein wichtiger Faktor der Therapie.

- Berufliche Reintegration bzw. Rückkehr zum Arbeitsplatz

Hier ist die berufliche Reintegration von Cannabinoidabhängigen nicht mit der Reintegration von Alkoholikern zu vergleichen.

- Auseinandersetzung mit der eigenen, oft komplexen Persönlichkeit

Dies stellt einen besonderen Faktor in der Therapie dar.

- Motivation (Amotivationales Syndrom, Ängstlichkeit, Geduld,...)

Dies ist auch ein sehr zu beachtender Faktor der Therapie, da die Amotivation Cannaboidabhängiger ein Symptom der Abhängigkeit und gegenläufig zur Therapie ist. Und weil die Patienten oft nicht mehr an sich selbst glauben.

- Soziales Umfeld → neuer Freundeskreis

Hier ist es recht schwierig für die Konsumenten Einsicht zu zeigen, denn ihr Freundeskreis ist in ihren Augen ja kein schlechter Umgang, viele sind davon überzeugt sich dennoch im alten Freundeskreis bewegen zu können und trotz der Konfrontation mit der Substanz abstinent zu bleiben.

4. Bildung von Kleingruppen – Verteilung der Fälle

Fragestellung: Welche Therapieziele sollen mit welchen therapeutischen Methoden erreicht werden?

Die Diagnosen beider Fälle:

1. Herr X, F12.2 Cannaboidabhängigkeit, F 10.1 Alkoholmissbrauch, F 17.2

Tabakabhängigkeit, K 70.0 Alkohol-toxische Hepatophathie.

2. Herr Y, F 10.2 Alkoholabhängigkeit, F 12.2 Cannaboidabhängigkeit, F 17.2

Tabakabhängigkeit, K 70.0 Alkohol-toxische Hepatophathie, F 13.1 schädlicher Gebrauch von Sedativa.

Oft wird auch E66 Übergewicht, ab BMI 30, bei Cannabiodabhängigen beobachtet.

Ebenso berichtet Herr Peiffer, dass sich bei Cannabiodabhängigen beginnend in der Kindheit oft ein Leistungsdruck entwickelte und sie mit Liebesentzug und Missachtung gestraft wurden, woraus sich narzisstische Persönlichkeitsmerkmale

herausbilden können, was an der schlechten Annahme von Kritik der Cannabinoidabhängigen zu beobachten ist.

5. Besprechung/ Diskussion

Allgemeine Therapieziele:

- Diagnose überprüfen, besonders Alkoholkonsumverhalten
- Abstinenzmotivationsklärung, wie, wo, was
- Leidensdruck thematisieren
- Familiäre Situation → Leidensdruck und welche Abhängigkeiten liegen in der Familie vor
- Konsum- und Suchtmuster in Bezug auf Funktionalität erfragen/ erarbeiten
 - ↓ alternative Strategien, Frühwarnsystem, Notfallplan entwickeln
 - ↓ Leistungsanspruch (= Überforderung)
- Beziehungsgestaltung/ soziale Kontakte
- Gesteigertes Selbstwertgefühl/ Persönlichkeit kritisch hinterfragen
- Wünsche und Bedürfnisse
- Informationsvermittlung

Allgemeine Methoden zu den Therapiezielen:

Herr Peiffer empfiehlt Tagesberichte seitens der Patienten, damit diese selbst ihren Therapieverlauf beobachten können.

- Familiensituation → Genogramm, Lebenslinie, Lifeevents, Angehörigen Seminar, Familienskulptur.
- Funktionalität → um negative Gefühle nicht zu verdrängen und Kritik aushalten zu können (Methode im Gruppensetting) Gestaltung sozialer Kontakte, Selbstaktivierung der Patienten, operantes konditionieren. Gefühle aushalten im Gruppensetting und die Vermeidung von Konflikttendenzen verbessern.
- Patienten selbst: Regelmäßiger Termin mit sich selbst, Notizen machen: wie es heute geht, eine Struktur schaffen, an die die Belohnung geknüpft war und andere Belohnungsstrategien entwickeln. Liste schreiben, was der Konsum dem Patienten gebracht hat, hinterfragen warum das so war und Ressourcenschaffung verstärken. Kritische Hinterfragung des

Selbstwertgefühls → Ressourcenorientierung, auf die eigene innere Stimme hören.

- Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung

Ausgewählte Literatur für therapeutische Übungen und Interventionen:

- Frederike Potreck-Rose, Gitta Jakob „Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen“; Pfeiffer bei Klett-Cotta; Leben Lernen 163
- Gudrun Görlitz „ Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen“; Pfeiffer bei Klett-Cotta, Leben Lernen 120
- Gudrun Görlitz „ Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Aufbauübungen“; Pfeiffer bei Klett-Cotta, Leben Lernen 121
- Ulrike Sammer „Entspannungen erfolgreich vermitteln“; Pfeiffer bei Klett-Cotta, Leben Lernen 130
- Herbert Godjons, Marianne Pieper, Birgit Wagner „Auf meinen Spuren – Das Entdecken der eigenen Lebensgeschichte“; Bergmann und Helbig; Verlag Hamburg
- Steffen Fliegel, Annette Kämmerer (Hrsg.) „Psychotherapeutische Schätze“; DGVT Verlag Tübingen
- Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko „Sein Leben neu erfinden – Wie sie Lebensfallen meistern“; Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung Paderborn

Literatur zum Thema Cannabis:

- K.-L. Täscher „Cannabis – Biologie, Konsum und Wirkung“; Deutscher Ärzte Verlag
- Lisa Lindberg „Wenn ohne Joint nichts läuft – Was man über Cannabis wissen muss“ Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH und Co.KG