

SUCHT

Grüner Kreis magazin No 109 | Österreichische Post AG SP 04Z035724 S | Simmeringer Hauptstraße 101, 1110 Wien | DVR: 0743542

Cannabis

Wir danken unseren SpenderInnen

Elfriede Aschbeck, Wien
Günter Baumgartner, Wien
Beate Cerny, Wien
Dr. Günther Frohner, Lassee
Doris Grossi, Wien
Mag. Peter Humann, Pitten
IBM Österreich Gesellschaft m.b.H., Wien
Ing. Markus Kollecker, Ebreichsdorf
Robert Kopera, Reisenberg
Harald und Brigitte Krebitz, Bad Waltersdorf
Helmut u. Gertraude Kulhanek, Kierling
Mag.^a Susanne Lehr, OLG Wien
Dr. Günter Mittendorfer, Linz
DI Karin Mottl MSc, Petronell
Christa Panny, Wien
DI Peter Podsedensek, Wien
Mag.^a Bernadette Sahlig, OLG Wien
Günther Stacher, Waidhofen a.d. Ybbs

und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**

Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noever.at

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises**!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die NÖ Landesbank-Hypothekbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei spenden@gruenerkreis.at einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtindizierter Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

Eigenverlag: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

redaktion@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Österreichisches Wirtschaftsforum

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: AV+Astoria Druckzentrum GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Christian Korbel, Hans Georg Kress, Andreas Gantner, Christoph Mael, Thomas Schnell, Human-Friedrich Unterrainer, Rainer Schmid, Martin Feigl, Regina Agostini, Kurt Neuhold und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: © fotolia.com / jose

Seite 3: © 123RF.com / Igor Tarasyuk

AutorInnenportraits: privat

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

Cannabis wird seit Jahrtausenden als Heil- und Kulturpflanze genutzt und ist die am weitesten verbreitete illegale Droge der Welt. Die öffentliche Diskussion wird im Spannungsfeld zwischen der Verwendung als heilsame Substanz und der Gefahr des Missbrauchs als Rauschmittel geführt.

Die Wirksamkeit von Cannabis als medizinisches Therapeutikum bei einem breiten Spektrum von Indikationen wird generell nicht bestritten. Die Forderung einer Legalisierung der seit dem frühen 20. Jahrhundert stigmatisierten Substanz, stößt in Österreich dennoch mehrheitlich auf Ablehnung. Zwar liegt das Abhängigkeitsrisiko mit 5-10% deutlich unter jenem von Nikotin, Heroin, Kokain oder Alkohol, dennoch wird mit den Gefahren von Folgeerkrankungen, gefährlichen Reaktionsbeeinträchtigungen und der Funktion als Einstiegsdroge für eine strenge Gesetzgebung argumentiert.

Cannabis übt seit jeher auch auf Kunstschaffende eine besondere Faszination aus. Ein Beitrag nimmt Bezug auf den französischen Dichter Charles Baudelaire, der seine Eindrücke und Erfahrungen mit Haschisch literarisch verschriftlicht hat. Die rauschhafte Erschließung neuer Erkenntnis-sphären zur Steigerung seiner Schöpferkraft wich bald einer schmerzhaften Ernüchterung. Letztlich erkennt er, "... dass der Haschisch in seinem augenblicklichen Zustand viel stärker als das Opium, dem regelmäßigen Leben weitaus feindlicher, weitaus zerstörerischer, in einem Wort, weitaus verwirrender ist." (Les Paradis artificieles)

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Alfred Rohrhofer

Helfen Sie uns helfen!

»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom Grünen Kreis« bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

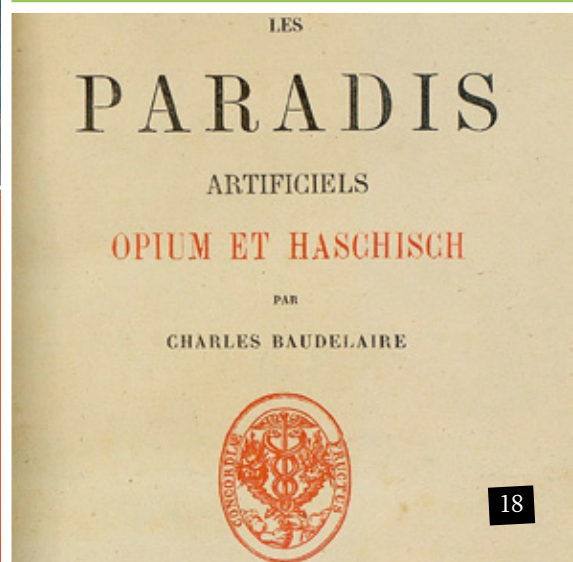
**Geben Sie Sucht keine Chance -
unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!**

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW

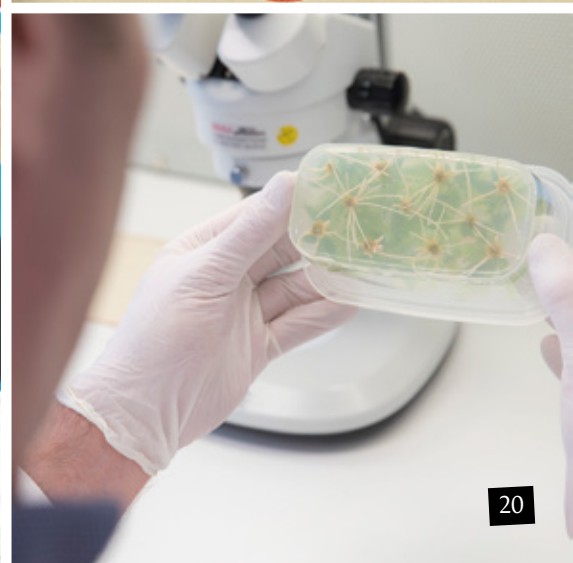
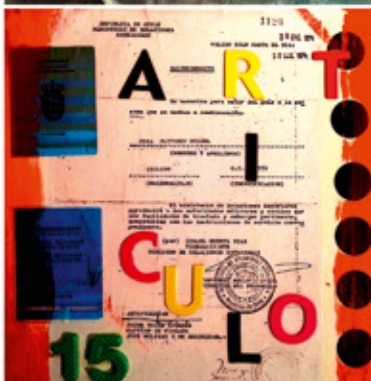




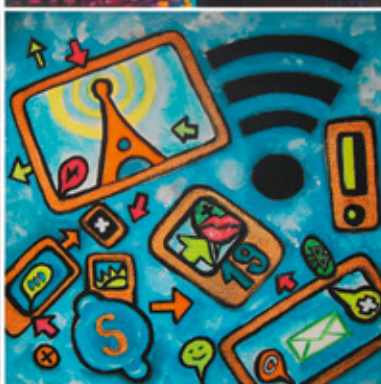
8



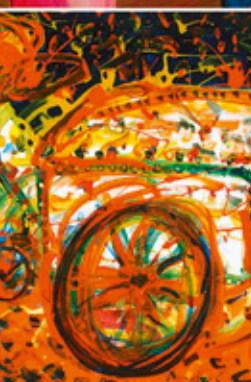
18



20



22



28

Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer

- 6** Cannabis und Psychiatrie
Christian Korbel

- 8** Medizinal-Cannabis oder cannabisbasierte Medikamente – ist das wirklich die Frage?
Hans Georg Kress

- 10** Therapie der Cannabisabhängigkeit
Andreas Gantner

- 12** Der Einsatz von Cannabis in der Schmerzmedizin
Christoph Mauel

- 14** Cannabis und Schizophrenie – eine komplexe Beziehung
Thomas Schnell

- 16** Unser Betreuungsangebot

- 18** Des Wahnsinns knusprige Beute ... oder macht Cannabis kreativ?
Human-Friedrich Unterrainer

- 20** Die Wirksamkeit von Cannabis
Rainer Schmid

- 22** Die Rechtslage zu Cannabis in Österreich
Martin Feigl

- 24** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht

- 26** Cannabiskonsum und stationäre Drogentherapie?
Regina Agostini

- 28** Kunst im Grünen Kreis
Kurt Neuhold

Cannabis und Psychiatrie



von Christian Korbelt

Cannabis ist wahrscheinlich seit über 2700 Jahren als Kulturpflanze und Heilpflanze in Verwendung. Erst in den letzten hundert Jahren veränderte sich die Reglementierung bis zu einem Verbot.

Trotz des Verbots mit teilweise drastischen Strafen stieg der Cannabiskonsum konstant an. Heute ist Cannabis die am häufigsten konsumierte verbotene Droge auf der Welt. In den letzten Jahren kam es zu neuerlichen Veränderungen in der Reglementierung von Cannabis, wobei zwei Tendenzen zu beobachten sind. Zum einen kommt es zu einer zunehmenden Remedizierung der Cannabinoide mit der Hoffnung das Potential der Hanfpflanze als Heilpflanze wieder nutzbar zu machen und neue Anwendungsgebiete zu finden. Zum anderen beginnen immer mehr Staaten den nicht medizinischen Cannabiskonsum neu zu regulieren. Es gibt verschiedene Regulationsmodelle, aber im Großen und Ganzen geht es um einen geregelten Cannabisanbau und Handel mit Qualitätskontrollen und Steuereinnahmen. Die Folgen der neuen Regelungen sind noch nicht abzusehen. Auf Grund des vermehrten und legalisierten Angebots wird es eventuell zu einer Zunahme des Konsums kommen und damit auch zu einem Anstieg der Cannabisfolgeerkrankungen. Auf der anderen Seite glaubt man, durch die Legalisierung die negativen Folgen der Strafverfolgung

reduzieren zu können. Qualitätskontrollen könnten Einfluss auf die Konzentration und Zusammensetzung der Inhaltsstoffe nehmen. Durch eine weitere Entkriminalisierung besteht die Möglichkeit, frühzeitig Kontakt mit Konsumenten mit Problemen durch den Cannabiskonsum aufnehmen zu können. Mit der Besteuerung des Cannabishandels erhofft man sich eine Einnahmequelle, mit der auch Einrichtungen des Gesundheitssystems finanziert werden können. Aber die Folgen einer veränderten Politik wird man erst in der Zukunft genau beurteilen können. Jedenfalls wird man als Facharzt für Psychiatrie vermehrt mit dem Thema Cannabis konfrontiert werden, sowohl als Behandler von Cannabisfolgeerkrankungen als auch als Verschreiber von Medizinalcannabis als Therapeutikum.

Störungen als Folge von Cannabiskonsum

Akute Intoxikation

Der Konsum von Cannabis führt auf Grund fehlender atemdepressiver Wirkung auch bei höheren Dosierungen nicht zu lebensbedrohlichen Zustandbildern. Die akute Intoxikation geht in den meisten Fällen ohne Komplikation innerhalb weniger Stunden vorüber. Das Auftreten von paranoiden Ideen, Angstzuständen mit Panikattacken oder psychotischen Symptomen kann eine kurzzeitige medikamentöse Behandlung mit Tranquilizern oder Antipsychotika notwendig machen.

Cannabisabhängigkeit

Bei etwas weniger als 10% aller Cannabiskonsumern entwickelt sich eine Abhängigkeitserkrankung mit Schwierigkeiten den Konsum zu beenden. Besonders bei frühem Beginn in der Adoleszenz mit täglichem Konsum erhöht sich das Risiko. Ein Cannabisentzugssyndrom kann sich 2 Tage nach der letzten Cannabiseinnahme entwickeln und 4-5 Wochen anhalten. Das Entzugssyndrom ist durch Schlaflosigkeit, Unruhe, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, lebhaftere Träume, Angstzustände sowie einer Reihe körperlicher Symptome gekennzeichnet. Die Symptome erreichen sehr unterschiedliche Intensitäten und erfordern in den meisten Fällen keine medikamentöse Behandlung. Insbesondere der Einsatz von Benzodiazepinen

sollte zurückhaltend erfolgen. Zusätzlich bestehende komorbide psychiatrische Erkrankungen können den Verlauf jedoch erschweren und eine stationäre Behandlung notwendig werden lassen.

Komorbide psychiatrische Erkrankungen

Bei Patienten mit einer Cannabisabhängigkeit sind gehäuft Angststörungen, bipolare affektive Störungen, depressive Episoden sowie weitere Abhängigkeitserkrankungen zu finden. Die Kausalität ist jedoch nicht geklärt und wird weiterhin Gegenstand intensiver Forschung sein. Eine genaue Diagnostik und gemeinsame Behandlung aller bestehenden Erkrankungen sind für den weiteren Verlauf von Vorteil.

Cannabis und Psychose

Im Verhältnis zur Gesamtanzahl der Cannabiskonsumern ist der Anteil derjenigen, die psychotische Symptome entwickeln gering. Für die Betroffenen hat es aber große Bedeutung zu verstehen, welchen Einfluss der Konsum von Cannabis auf die Symptomatik hat. Cannabiskonsum kann psychotische Symptome zur Folge haben, die von alleine wieder verschwinden. Cannabis kann aber auch eine länger andauernde Erkrankung wie Schizophrenie auslösen. Aber welche sind die Risikofaktoren und wer ist davon betroffen? Da der Cannabiskonsum in den letzten Jahren stark angestiegen ist aber nicht die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis glaubt man an eine bestehende Prädisposition als Risikofaktor. Die Kombination aus Veranlagung und Auslöser Cannabiskonsum führen zur Erkrankung. Bei den Betroffenen fällt ein hochfrequentes Konsummuster mit häufig hochkonzentrierten Cannabisprodukten auf. Die Konsumhäufigkeit korreliert mit dem Auftreten von Psychose-Symptomen. Der Cannabiskonsum hat in weiterer Folge Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf. Cannabis kann zu weiteren psychotischen Episoden führen, viele Patienten berichten aber auch von Linderung der Symptomatik durch Cannabis. Aber wie lässt sich das erklären? Mittlerweile sind über 500 Wirkstoffe und über 100 Cannabinoide der Hanfpflanze bekannt. Auf dem Schwarzmarkt gekaufte Cannabisprodukte unterscheiden sich stark in

der Zusammensetzung der verschiedenen Wirkstoffe und deren Konzentration. Der Hauptwirkstoff Tetrahydrocannabinol THC, der auch für die psychotrope Wirkung verantwortlich ist kann Psychosen auslösen. Ein anderes Cannabinoid, nämlich Cannabidiol CBD hat antipsychotische Wirkungen. Möglicherweise machen sich Patienten diese Wirkung zu nutzen. Heute wissen wir, dass die körpereigenen Cannabinoide eine Rolle bei der Entstehung beziehungsweise bei der Kontrolle psychotischer Symptome spielen. So werden erhöhte Spiegel des körpereigenen Cannabinoids Anandamid möglicherweise als kompensatorische Anpassung bei paranoider Schizophrenie verstanden. Auf diese Weise wäre der Cannabiskonsum als Selbstmedikation verständlich. Die Forschungsergebnisse tragen zu einem besseren Verständnis der Vorgänge bei, führten aber bisher zu keiner neuen medikamentösen Behandlungsoption.

Medizinalcannabis

Cannabis als Arznei gilt als relativ nebenwirkungsarmes Medikament, das sich in verschiedenen Indikationen bewährt hat in anderen jedoch die Erwartungen nicht erfüllen konnte. Cannabis wird als Antiemetikum gegen das Erbrechen bei Chemotherapie, als Medikament zur Appetitsteigerung bei Tumorerkrankungen und HIV, als muskelrelaxierendes Medikament gegen Muskelkrämpfe bei Multipler Sklerose und als Analgetikum bei chronischen Schmerzsyndromen zusätzlich zu anderen Schmerzmitteln eingesetzt. Medizinalcannabis wurde in der Psychiatrie bisher zurückhaltend eingesetzt aber es sind einige Einsatzgebiete denkbar. Für einen breiteren Einsatz sind weitere Forschungsergebnisse und ein differenzierteres Produktangebot notwendig. In der Frage, ob die einzelnen Cannabinoide in möglichst reiner Form oder ob die Cannabispflanze in ihrer Gesamtheit mit dem breiten Wirkungsspektrum eines Phytopräparates zur Anwendung kommen soll, scheiden sich die Geister. Einzelne Cannabinoide, so die Argumentation der einen Seite, können stärker standardisiert angewendet werden, eben so wie wir es von anderen Arzneimitteln gewohnt sind. Die andere Seite meint, die gesamte Pflanze ist eben mehr als die Summe der einzelnen Teile, da sich die einzelnen Wirkstoffe gegenseitig beeinflussen und ergänzen. Heute ist es möglich Cannabissorten mit gleichbleibenden Konzentrationen von THC

und CBD zu züchten. Je nach Krankheitsbild und gewünschter Wirkung kann der Arzt dann die richtige Sorte wählen. Ein weiterer Diskussionspunkt ist die Applikationsart. Cannabinoide in Tropfenform oder in Kapseln können wie von anderen Arzneien gewohnt oral eingenommen werden. Beim Rauchen der Cannabisblüten wird der Vorteil der besseren Wirksamkeit der gesamten Wirkstoffpalette durch die Schädlichkeit der inhalierten Verbrennungsprodukte aufgehoben. Der Einsatz von Vaporisatoren, bei denen die Pflanzenbestandteile bei niedriger Temperatur verdampft und dann inhaliert werden erscheint vielversprechend. Die Qualität der Geräte ist derzeit jedoch sehr unterschiedlich und die exakte Dosierung noch nicht möglich. Aber neue Geräte mit gleichbleibender garantierter Verdampfungstemperatur und Dosierungssystemen befinden sich in Entwicklung. In Österreich stehen keine ganzen Pflanzen als Flos als Arzneimittel zur Verfügung. THC oder THC Analogika gibt es in Tropfenform, als Kapseln und als Mundspray.

Medizinalcannabis in der Psychiatrie

Eine Abhängigkeitserkrankung galt als relative Kontraindikation für den Einsatz von Cannabinoiden, dennoch sind einige Einsatzmöglichkeiten bei Patienten mit Suchterkrankungen gut vorstellbar. Bei einem behandlungsbedürftigen Cannabisentzugssyndrom erscheint es als durchaus vorstellbar, Cannabis in absteigender Dosierung zur Linderung der Entzugssymptomatik vorübergehend zu verschreiben. Damit kann die Verschreibung von Benzodiazepinen vermieden werden, um nicht die Entstehung einer Medikamentenabhängigkeit zu begünstigen. Hier muss allerdings noch einmal darauf hingewiesen werden, dass in den meisten Fällen keine Medikation beim Cannabisentzugssyndrom notwendig sein wird. Beim Vorliegen einer Cannabisabhängigkeit und einer Opioidabhängigkeit ist im Rahmen einer Entzugsbehandlung die vorübergehende Verschreibung von Cannabinoiden aus meiner Sicht sehr sinnvoll und hilfreich. Ein weiteres Beispiel ist die Behandlung eines chronischen Schmerzsyndroms bei Patienten mit Opioidsubstitutionstherapie. Die Schmerzkontrolle bei bereits bestehender hoher Opioiddosis stellt immer wieder eine Herausforderung dar. Neben dem Einsatz von nichtmedikamentösen Therapien bietet die zusätzliche Gabe von Cannabinoiden eine effektive und meist gut akzeptierte

Therapieoption dar. Der überdurchschnittlich häufige Cannabiskonsum bei traumatisierten Kriegsveteranen in USA und Israel wurde als Selbstmedikation verstanden. Einige Studienergebnisse zeigen, dass das Endocannabinoidsystem eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung von traumatischen Ereignissen haben könnte. Möglicherweise werden Cannabinoide eine Therapieoption bei Posttraumatischen Belastungsstörungen darstellen.

Cannabidiol CBD

CBD ist ein Cannabinoid ohne psychotrope Wirkung. Neben der bereits erwähnten antipsychotischen Wirkung werden angstlösende, entzündungsregulierende, nervenzellschützende und beruhigende Wirkungen angenommen. Derzeit gibt es reines CBD in Österreich nicht als Arzneimittel. CBD ist auf Grund der fehlenden berausenden Wirkung nicht als Suchtgift eingestuft. Auch Cannabisgras mit hohem CBD Gehalt ist nicht verboten, wenn der THC Gehalt unter 0,3 % liegt. Dieser darf auch beim Rauchen nicht überschritten werden. Dies ist von Bedeutung, da beim Verbrennungsprozess THC Säure in THC umgewandelt wird und der THC Gehalt steigen kann. Zur Zeit werden CBD Produkte als Nahrungsergänzungsmittel verkauft. Auf Grund fehlender Kontrollen ist die Zusammensetzung der Produkte nicht klar und die angegebenen Konzentrationen weichen von den gemessenen Werten erheblich ab. Aber auch diese Produkte werden als sogenannte neuartige Lebensmittel unter eine strengere Kontrolle fallen.

Zusammenfassung

Die genauen Folgen neuer Cannabisregulationen werden erst in einigen Jahren zu beurteilen sein. Es werden möglicherweise vermehrt Cannabisfolgeerkrankungen sichtbar werden aber auch früher einer Behandlung zugeführt werden. Auf jeden Fall wird das Wissen um Cannabiskonsum und seine Folgen weiter ansteigen. Durch weitere Forschung wird ein gezielter Einsatz von Cannabis als Arzneimittel auch in der Psychiatrie erfolgen können.

Dir. Prim. Dr. Christian Korbel

Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Psychotherapeut mit Zusatzbezeichnung Katathym Imaginative Psychotherapie
Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Mauer

Medizinal-Cannabis oder cannabisbasierte Medikamente – ist das wirklich die Frage?



von Hans Georg Kress

Brauchen wir für unsere Patienten in Österreich Medizinal-Cannabis aus der Apotheke oder aber einzelne Cannabinoid-Substanzen als wirksame Medikamente?



Wenn meist jugendliche Hashisch- und Marihuana-konsumenten den schnellen Kick und Rausch suchen, sind dann Cannabinoid-Präparate und cannabisbasierte Medikamente tatsächlich geeignete Arzneimittel für schwerkranke Patienten mit Krebs, Aids oder multipler Sklerose? An der Frage, ob Medizinalhanf (getrocknete Cannabisblüten) oder definierte cannabisbasierte Medikamente verwendet werden sollten, scheiden sich mehr denn je die Geister in einer öffentlichen und nicht immer sachlich geführten Diskussion.

Öffentliche Diskussion und Stand der medizinischen Wissenschaft

In einer immer wieder neu entfachten öffentlichen Debatte wird geschickt der mögliche medizinische Nutzen einzelner Cannabinoid-Substanzen mit der Forderung nach genereller Legalisierung – oder wenigstens medizinischer Legalisierung (Medikalisierung) – von Cannabis verknüpft. Der medizinische Gebrauch von Cannabinoid-Medikamenten, der bereits heute völlig legal in unserem Land stattfinden kann (Tabelle 1), hat jedoch mit einer generellen Legalisierung oder Medikalisierung von Cannabis nichts zu tun und braucht eine solche auch nicht!

Wegen des häufigen Missbrauchs als Straßendroge verfolgen viele Nationen eine gezielte, mehr oder weniger strenge Cannabispolitik. Diese wird beeinflusst durch die öffentliche Meinung, Medien, kommerzielle Cannabisanbauer und politische Entscheidungsträger, die medizinisch-wissenschaftliche Expertise kommt dagegen nur sehr selten zu ihrem vollen Recht: Bei Cannabis sind offensichtlich alle – meist selbsternannte – Experten, und alle sprechen vor allem im eigenen Interesse!

Die dabei geübte unkritische Begriffsvermischung trägt erheblich zur Verwirrung bei, weshalb zunächst eine terminologische Klarstellung notwendig erscheint (Tabelle 1). Die Begriffe »Cannabis« und »Cannabinoid« bezeichnen nicht dasselbe, sie sollten daher auch niemals synonym verwendet werden. »Cannabis« bezeichnet die Pflanze oder Pflanzenbestandteile wie Blüten, Knospen, Harz, Blätter oder Gesamtextrakte mit über 100 bekannten Cannabinoid-Einzelsubstanzen plus vieler zusätzlicher Terpene und Flavonoid-Inhaltsstoffe. Dagegen sind »Cannabinoide« synthetische, semi-synthetische oder rein pflanzliche (= Phytocannabinoide), aber chemisch eindeutig definierte Einzelsubstanzen, wie Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC), auch als Dronabinol bekannt, das nicht berauschende Phytocannabinoid Cannabidiol (CBD) oder das synthetische THC-Analog Nabilon. »Cannabisbasierte Medikamente« sind durch

die Arzneimittelbehörde zugelassene Extrakte aus Cannabis mit standardisiertem und kontrolliertem Gehalt an THC und CBD (z.B. Nabiximols).

Die rezeptpflichtigen Medikamente dürfen nicht mit frei erhältlichen, in Österreich keiner offiziellen Arzneimittelkontrolle unterliegenden sogenannten Hanf- oder CBD-Ölen, Cannabisstee und Hanf- oder Cannabisextrakten verwechselt werden, deren tatsächlicher Cannabinoid-Gehalt erheblich schwankt und deren Zusammensetzung weitgehend unbekannt bleibt.

Cannabis unterliegt den internationalen Drogen-Kontrollvereinbarungen und den daraus abgeleiteten nationalen Gesetzen, denn Cannabis wird wegen seiner möglichen psychotropen Effekte weit verbreitet als Rauschdroge verwendet. In den USA und Deutschland liegen die kumulativen Lebenszeit-Inzidenzen für Cannabismissbrauch und Abhängigkeit (gemäß CIDI-DSM-IV) bei 4-8 % bzw. 1-2 %. In beiden Ländern ist Cannabis für fast 75 % der Gesamtprävalenz der Drogenstörungen mit illegalen Substanzen verantwortlich. Allerdings ist das tatsächliche Lebenszeit-Abhängigkeitsrisiko für Cannabiskonsumanten als eher mäßig einzustufen (5-10 % der Konsumenten werden psychisch abhängig) und liegt unter den Abhängigkeitsrisiken für Nikotin- (32 %), Heroin- (23 %), Kokain- (17 %) und Alkoholkonsumenten (15%). Die UN Single Convention von 1961 ordnete Cannabis und seine pflanzlichen Produkte dennoch unter Anhang I den Drogen mit höchstem Missbrauchspotenzial zu. Diese Zuordnung basierte nicht auf wissenschaftlicher Evidenz, sondern auf damals fehlenden wissenschaftlichen Fakten über die Wirkungen und das tatsächliche Abhängigkeitsrisiko von Cannabis. Damit hat ein Vorurteil anstelle medizinischer Expertise zu dieser strengen Einstufung geführt. Die Identifizierung von THC als halluzinogenes Hauptcannabinoid der Pflanze, die Entdeckung der Cannabinoid-Rezeptoren und des körpereigenen Endocannabinoid-Systems erfolgten erst viele Jahre später.

TABELLE 1: Cannabisbasierte Medikamente: Terminologie und Definitionen

Bezeichnung	Definition	Beschreibung
Medizinalhanf, Medizinal-Cannabis	Pflanze, Pflanzenteile oder Gesamtextrakt aus der Pflanze für medizinische Anwendung	Marihuana, Blüten, Harz, Blätter, Knospen, Cannabisöl (in Österreich nicht erlaubt)
Cannabisbasiertes Medikament	Zugelassener Extrakt aus Cannabis mit definiertem THC- und/oder CBD-Gehalt	Nabiximols, Epidiolex™ (zugelassene Fertigarzneimittel)
Cannabinoid	Biologisch aktiver Inhaltsstoff von Cannabis oder synthetische bzw. halbsynthetische Substanz mit Wirkung an Cannabinoid-Rezeptoren	Dronabinol (THC)*, CBD*, Nabilon*, CP55,940; HU210; WIN55,212-2 *in Österreich rezeptierbar
Phytocannabinoid	In der Pflanze vorkommendes Cannabinoid	Dronabinol (THC)*, CBD* ... *in Österreich rezeptierbar
Endocannabinoid	Körpereigener, aktiver Wirkstoff für Cannabinoid-Rezeptoren	Anandamid (AEA), 2-AG ...

Rezeptierbare cannabisbasierte Medikamente: Cannabis (Ausnahme: Industrie- oder Faserhanf mit weniger als 0,2 % THC-Gehalt) ist in Österreich nicht verkehrsfähig und darf auch als Medizinal-Cannabis nicht verordnet werden.

Den österreichischen Patienten entsteht daraus kein medizinischer Nachteil, da seit Jahren sowohl cannabisbasierte als auch reine Cannabinoid-Medikamente auf Rezept erhältlich sind. THC (Dronabinol) ist das wichtigste psychotrope Phytocannabinoid neben dem nicht psychotropen Cannabidiol (CBD). Im Jahr 1985 wurden sowohl das synthetische THC-Analog Nabilon (Canemes®, Cesamet®) in Großbritannien als auch synthetisch hergestelltes Δ⁹THC (Dronabinol) unter dem Namen Marinol® in den USA als Medikament zugelassen. Die Einsatzgebiete sind Chemotherapie-induzierte Übelkeit und Erbrechen sowie Kachexie und Appetitverlust bei HIV-Patienten. In Österreich wie in anderen Ländern Europas besteht derzeit die Möglichkeit, aus der Hanfpflanze hergestelltes, reines Dronabinol als Rezepturmittel (Kapseln, Tropfen) auf Suchtmittelrezept ohne prinzipielle Indikationsbeschränkung zu verordnen.

Im Jahr 2004 wurde ein Sublingualspray (Nabiximols = Sativex®) mit einer Mischung aus Dronabinol und Cannabidiol für Patienten mit schmerzhafter multipler Sklerose (MS), Spastik oder Krebschmerzen in Kanada registriert, der seit 2010 auch in Europa für die Therapie zentraler Spastik bei MS zugelassen ist.

Cannabidiol (CBD) ist ein nichthalluzinogenes Cannabinoid der Hanfpflanze. CBD-haltige, THC-freie Produkte, wie Hanföl oder Tee, unterliegen derzeit in Österreich weder dem Suchtgift- noch dem Arzneimittelgesetz und gelten als

Chemikalien. Da sie kein THC enthalten, werden sie frei in Hanfshops und Internet verkauft. Ganz anders in Deutschland, wo sich CBD im Deutschen Arzneimittel-Codex befindet; CBD hat dort Arzneimittelstatus mit Rezeptpflicht. Daneben kann reines CBD auch in Österreich als Rezeptur-Substanz vom Apotheker abgegeben werden. Ein pflanzliches, > 99% reines Cannabidiol-Fertigarzneimittel wurde Juni 2018 in den USA für schwere, therapierefraktäre kindliche Epilepsieformen unter dem Handelsnamen Epidiolex® von der FDA zugelassen. Mit seiner europäischen Zulassung durch die Zulassungsbehörde EMA wird im Frühjahr 2019 gerechnet.

Medizinalhanf oder definierte Cannabinoide? Obwohl von Verfechtern der Cannabisfreigabe immer wieder behauptet, gibt es keinerlei Beweis, dass Cannabis oder Cannabisextrakt verträglicher oder gar effektiver wären als die adäquat dosierten, rezeptierbaren Cannabinoid-Präparate (Dronabinol, CBD, Nabiximols) oder das synthetische Nabilon. THC (Dronabinol) ist hauptverantwortlich für die klinischen Cannabiseffekte, und fast alle wissenschaftlichen Studien sind mit definierten Cannabinoid-Substanzen gemacht worden.

Die zentralnervöse Anflutung oral gegebener cannabisbasierter Medikamente unterscheidet sich stark von der Cannabisinhalation. Gerade das bei oraler Anwendung – anders als bei Inhalation – sehr verzögerte Einsetzen der Wirkung dürfte das Abhängigkeitsrisiko noch weiter erniedrigen. Erst nach ein bis zwei Stunden werden mit oraler Einzelgabe Spitzenspiegel erreicht, die dann sechs bis acht Stunden wirken. Für die Behandlung chronischer Schmerzen ist dies wünschenswert und gegenüber kurzen Rauschzuständen (High-Gefühl) zu

bevorzugen. Auch ist Rauchen nachgewiesenermaßen gesundheitsschädlich. Cannabisblüten lassen sich zudem nicht exakt und ausreichend reproduzierbar dosieren, unter anderem wegen des trotz aller Standardisierungsversuche variablen THC- und CBD-Gehalts. Ganz zu schweigen von der Dosisvariabilität aufgrund der individuellen Inhalationsdauer und -tiefe.

Zusammenfassung

Cannabisbasierte Medikamente sind als Rezeptur- oder Fertigarzneimittel in der Schmerzmedizin und Palliativpflege angekommen, wo sie als Add-on-Therapie erst nach Versagen herkömmlicher pharmakologischer und nicht pharmakologischer Behandlungen empfohlen werden⁽¹⁾. Sie sind als chemisch definierte Reinsubstanzen bzw. cannabisbasierte Medikamente in Arzneimittelqualität rezeptierbar und erlauben eine exakte, reproduzierbare, einfache Dosierung für die Dauertherapie. Gleichzeitig ermöglicht ihre Verwendung die psychologisch wichtige Trennung von medizinischer und missbräuchlicher Anwendung.

Literatur

⁽¹⁾ Häuser W., Finn D. P., Kalso E., Krcevski-Skvarc N., Kress H. G., Morlion B., Perrot S., Schäfer M., Wells C., Brill S.: European Pain Federation (EFIC) position paper on appropriate use of cannabis-based medicines and medical cannabis for chronic pain management. Eur J Pain 2018;22:1547-1564. doi: 10.1002/ejp.1297 [Epub ahead of print]

O.Univ.Prof. DDr. Hans Georg Kress EDPM, FFPMCAI (hon)
 Past-President European Pain Federation EFIC
 Vorstand der Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerzmedizin, Medizinische Universität / AKH Wien

Therapie der Cannabisabhängigkeit



von Andreas Gantner

Epidemiologie

Auch wenn für die große Mehrheit aller Cannabiskonsumenten der Konsum entweder nur passager, im Rahmen jugendtypischer Entwicklungsaufgaben, oder im weiteren Verlauf gelegentlich, genuss- und freizeitorientiert, sozial integriert und risikoarm stattfindet, ist heute unbestritten, dass der regelmäßige Konsum von Cannabis zu einer Cannabisabhängigkeit führen kann. Insgesamt entwickeln etwa 9 % aller Cannabiskonsumenten über die Lebenszeit eine Cannabisabhängigkeit. Diese Rate beträgt 17 %, wenn der Cannabiskonsum in der Adoleszenz beginnt und 25–50 %, wenn Cannabinoide täglich konsumiert werden (Hall 2014, Hoch et al. 2015). In der deutschen Allgemeinbevölkerung erfüllt 1 % der Erwachsenen die DSM-IV-Kriterien eines Cannabismissbrauchs (0,5 %) oder einer Cannabisabhängigkeit (0,5 %). Seit dem Jahr 2013 werden in Deutschland im deutschen Suchthilfesystem mehr Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis als mit der Hauptdiagnose Opiate behandelt und sind somit die größte Einzelpopulation unter den Konsumenten illegaler Drogen (Brand et al. 2014).

Cannabisbezogene Störungen

In der Beratung und Behandlung Cannabisabhängiger zeigt sich ein breites Spektrum von cannabisbezogenen Störungen, die in der Regel im Zusammenhang mit komorbiden Störungen auftreten. Die Intensität und Ausprägung der klinisch relevanten Störungsbilder sind Grundlage für die Indikation unterschiedlicher Beratungs- oder Behandlungsangebote. Neben der Diagnostik suchtbezogener Aspekte sind in einer umfassenderen psychosozialen und klinischen Diagnostik weitere Problembereiche für eine Behandlungsplanung von Relevanz.

Abhängigkeitssyndrom

In den ICD-10- bzw. DSM-5-Klassifikationssystemen wird ein spezifisches Cannabisentzugssyndrom beschrieben, das innerhalb von 48 Stunden nach dem Cannabiskonsum auftreten kann. Mindestens zwei psychische Beschwerden (zum Beispiel Reizbarkeit, Unruhe, Ängstlichkeit, Depressivität, Aggressivität, Appetitverlust, Schlafprobleme) und mindestens ein weiteres vegetatives Symptom (zum Beispiel Schmerzen, Zittern, Schwitzen, erhöhte Körpertemperatur, Kälteschauer) müssen für die Diagnosestellung vorliegen. Die Beschwerden sind in der ersten Woche am intensivsten und können bis zu einem Monat anhalten. Der leichte körperliche Entzug von Cannabis ist klinisch meist komplikationslos, ist jedoch abhängig von Dauer und Schweregrad und dem Auftreten zusätzlicher komorbider Störungen.

Kognitive Störungen

Durch aktuellen Konsum lassen sich leichte kognitive Einschränkungen im Bereich »Abstraktes Denken«, »Aufmerksamkeit«, »Merkfähigkeit«, »Lernen« bei akutem Cannabiskonsum nachweisen (Hall 2014, Hoch et al. 2015). Diese Effekte waren jedoch nach vierwöchiger Abstinenz reversibel. Eine neuseeländische Langzeitstudie liefert Hinweise für einen ungünstigen Einfluss des regelmäßigen

Cannabiskonsums im Jugendalter auf die spätere Intelligenzleistung. Diese Befunde deuten auf eine erhöhte Vulnerabilität von Jugendlichen für neurokognitive Beeinträchtigungen durch regelmäßigen Cannabiskonsum hin, deren Reversibilität fraglich ist. Wenn Jugendliche vor dem 16. Lebensjahr regelmäßig Cannabis konsumieren, sind deshalb in der Regel gravierende Auswirkungen auf den weiteren Bildungsverlauf die Folge. Ebenso ist die Bewältigung weiterer Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz durch frühen und chronischen Cannabiskonsum eingeschränkt.

Psychosen

Früher, regelmäßiger, lang andauernder und hoch dosierter Konsum von Cannabis, in Kombination mit anderen Stressoren wie zum Beispiel Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit oder Psychosen in der Ursprungsfamilie, geht mit einem erhöhten Risiko für psychotische Störungen einher. Nach einer Metaanalyse verdoppelt sich das Risiko für Psychosen nach häufigem Cannabiskonsum (Moore et al. 2007). Entsprechend dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell werden verschiedene Zusammenhänge der Psychose-Entwicklung mit Cannabiskonsum diskutiert. Ähnlich wie beim Zusammenhang von Cannabiskonsum und kognitiven Störungen gibt es hinsichtlich des Psychose-Risikos keine eindeutigen kausalen Zusammenhänge. Favorisiert werden komplexe Wechselwirkungsmodelle, bei denen vermutlich genetische Aspekte eine Rolle spielen.

Komorbidität

Insgesamt wird bei Cannabisabhängigen ein hoher Anteil (zwischen 50 % und 90 %) komorbider Störungen diagnostiziert. Hierzu zählen auch andere Substanzstörungen sowie insbesondere affektive Störungen, Angststörungen, ADHS und auch Verhaltensstörungen im Jugendalter bzw. Persönlichkeitsstörungen. Diskutiert werden hierbei ebenfalls die Zusammenhänge und Wirkrichtungen

von Cannabisabhängigkeit und komorbider Störung. Insbesondere bei Angststörungen und manisch-depressiven Störungen werden stärkere Zusammenhänge mit Cannabisabhängigkeit beobachtet, als dies im Zusammenhang mit Depressionen und Suizidalität der Fall ist. Epidemiologische Untersuchungen ergaben ein 2,5- bis 6-fach erhöhtes Risiko für Angststörungen bei Cannabisabhängigen, während die Studienlage zu Suizidalität und Depressionen heterogen ist und weder eine klare Aussage zur Höhe des Risikos für Suizidalität gemacht noch durchgehend ein kausaler Zusammenhang belegt werden konnte.

Behandlung der Cannabisabhängigkeit

Im Rahmen von Früh- und Kurzinterventionen wurden in Deutschland ab 2006 verschiedene cannabispezifische Beratungsprogramme wie FreD, realize it oder Quit the shit entwickelt. Die Implementierung dieser Programme in der Suchthilfe hat die Zugangsschwelle in die Beratungsstellen für Cannabisklienten gesenkt und in den vergangenen zehn Jahren zu einer deutlichen Verbesserung und gestiegenen Inanspruchnahme der Angebote für Konsumenten mit Cannabisproblemen geführt. (Tossmann & Gantner 2016). Mit Candis und MDFT wurden erstmalig zwei spezifische Therapieprogramme für Cannabisabhängige im Rahmen von RCT-Studien evaluiert.

Candis

Das modulare, kognitiv-behaviorale Programm Candis (Hoch et al. 2007) besteht aus zehn Behandlungseinheiten und adressiert gezielt das motivationale, psychische und soziale Problemprofil von älteren Jugendlichen (≥ 16 Jahre) und Erwachsenen mit Cannabismissbrauch und -abhängigkeit. Die drei wesentlichen Behandlungsmodule sind die motivierende Gesprächsführung, die kognitiv-behaviorale Therapie und ein psychosoziales Problemlösetraining. Die zehn Therapiesitzungen sind thematisch vorgegeben und unterstützen den Therapieablauf mit Arbeitsbögen und edukativen Informationselementen. Es werden die Wirkweise von Cannabis im Gehirn erklärt und individuelle Mechanismen des Weges in die Abhängigkeit identifiziert. Zur Entwicklung bzw. Stärkung von Therapie- und Veränderungsmotivation werden die Vorteile des Konsums gegen die Vorteile einer Veränderung

abgewogen und Ambivalenzen identifiziert und daraufhin Verhaltensänderungen geplant und durchgeführt. Weitere Inhalte sind der Aufbau von Alternativverhalten und das Einholen von sozialer Unterstützung. Im Rahmen eines Problemlösetrainings lernen Patienten schließlich, Probleme aus unterschiedlichen Lebensbereichen zu bewältigen. Zum Abschluss werden komorbide Störungen und soziale Kompetenzen thematisiert. Vorliegende begleitende psychische Störungen werden diagnostiziert und benannt zurückgemeldet, die Funktionalität des Cannabiskonsums in diesem Zusammenhang analysiert und Lösungs- bzw. weiterführende Behandlungsansätze aufgezeigt.

MDFT (Multidimensionale Familientherapie)

Die Multidimensionale Familientherapie wurde im Rahmen der transnationalen INCANT-Studie (2005-2009) vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert, wissenschaftlich evaluiert (Tossmann et al. 2012) und in fünf europäischen Ländern eingeführt. Im Anschluss an die Studie wurde der Ansatz in vier weiteren Einrichtungen der Jugend- und Suchthilfe transferiert (Gantner 2014). MDFT wurde von der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle als »Best Practice«-Ansatz für jugendliche Cannabiskonsumisten eingestuft (EMCCDA 2014). MDFT ist als ambulantes Behandlungssystem in unterschiedlicher Kontaktfrequenz erprobt. Es hat sich für stark cannabismissbrauchende Jugendliche unter 18 Jahren als intensive ambulante Alternative zu stationären Angeboten bewährt. In der MDFT werden Einzelsitzungen mit Jugendlichen und Eltern mit Familiensitzungen verbunden, in denen es um die Veränderung familiärer Interaktionsmuster geht. Ergänzend wird das relevante außerfamiliäre soziale Umfeld mit einbezogen. Das Pendeln zwischen verschiedenen Subsystemen ist grundlegendes Kennzeichen therapeutischer Interventionen. Therapiesitzungen umfassen telefonische Kontakte, Sitzungen in den Therapieeinrichtungen und zu Hause in den Familien sowie in kommunalen Institutionen (Schule, Jugendgericht, Freizeitbereich). Die Behandlungsdauer der MDFT wurde im Studiendesign auf maximal sechs Monate festgelegt. Auf unterschiedlichen Ebenen sind zwei, manchmal drei Kontakte pro Woche der Normalfall. Eine festgelegte Gesamtanzahl von Sitzungen ist nicht vorgesehen,

diese ist vielmehr flexibel und fallspezifisch entsprechend der individuellen Fallplanung zu bestimmen (Spohr et al. 2011).

Fazit

Cannabisklienten sind eine sehr heterogene Gruppe, die differenzierte und unterschiedlich abgestufte Beratungs- und Behandlungskonzepte erfordert. Diese sind jedoch noch längst nicht in der Breite etabliert. Insbesondere minderjährige Cannabismissbrauchende bzw. -abhängige werden derzeit noch sehr unzureichend erreicht und adäquat behandelt. Hierzu bedarf es einer Verstärkung von systemisch-familientherapeutischen Angeboten wie der MDFT, da für diese Konzepte die höchste Wirksamkeit für jugendliche Cannabismissbraucher nachgewiesen ist. Ein rein individuumszentrierter Ansatz ohne Einbezug der Eltern und des sozialen Umfelds kann ambivalent motivierte Jugendliche nur schwer erreichen. Für erwachsene Cannabisklienten stehen teilweise ambulante und stationäre Entwöhnungsangebote zur Verfügung. Während in der Cannabistherapieforschung Evidenz für MDFT, Motivational Interviewing und kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzepte vorliegt, wissen wir noch wenig über die Wirksamkeit von methodenintegrativen Therapieprogrammen in der Suchtrehabilitation. Manualisierte Cannabisprogramme sind hilfreich für den Einstieg und die Initiierung von Abstinenzphasen, stoßen jedoch an ihre Grenzen, wenn es um die Versorgung von hoch komorbiden Patienten geht, die ein störungsspezifisches, flexibles, multidisziplinäres therapeutisches Vorgehen erfordern. Neben dem Transfer von evidenzbasierten Cannabisprogrammen in die Praxis bedarf es deshalb in Zukunft einer stärkeren Versorgungsforschung, um multimodale bzw. methodenintegrative Angebote für Cannabisabhängige zu evaluieren und nachhaltig zu implementieren.

Literatur kann bei der Redaktion angefragt werden.

Andreas Gantner

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, MDFT-Therapeut/-Trainer.
Seit 1989 im Therapieladen e.V. tätig, seit 1992 Geschäftsführer. Verantwortlich für den Forschungs-Praxis-Transfer cannabispezifischer Interventionsprojekte (u.a. INCANT/MDFT, CANDIS, Quit the shit, Double Trouble)

Der Einsatz von Cannabis in der Schmerzmedizin



von Christoph Mauel

Zur Einleitung

Cannabis ist der lateinische Name (*Cannabis sativa*) der Gattung Hanf, einer Pflanzengattung in der Familie der Hanfgewächse. Unterschieden werden männliche und weibliche Pflanzen mit unterschiedlichem Gehalt an Cannabinoiden. Umgangssprachlich werden gerne die Bezeichnungen für die daraus hergestellten Arznei- und Rauschmittel, wie zum Beispiel Marihuana (Gras) und Haschisch, verwendet. Hanf ist eine einjährige, fast überall problemlos wachsende Pflanze. Sie wird vielfältig industriell eingesetzt und ist zum Beispiel in der Papierherstellung ca. fünfmal ergiebiger als Baumholz.

Was vor Hunderten von Jahren den Juden und Christen der Alkohol war, war den Muslimen bereits in dieser Zeit das Haschisch. Noch früher, um ca. 200 n. Chr., wurde es bereits in Mekka neben Elfenbein, Farben, Parfum und Gewürzen gehandelt. Cannabisprodukte wurden damals nicht geraucht, sondern als Kuchen zubereitet. Der Madschun, so hieß der Kuchen, war aus Hanf-Blütenständen, feingehackten Datteln, getrockneten Feigen, Honig, Ingwer und Zimt gebacken. Die Wirkung war aufputschend

und bei den Männern sehr beliebt. Vor 4000 Jahren setzten die Chinesen Cannabis bereits zur Schmerzbehandlung von Rheuma und in der Therapie von Malaria ein, auch wenn ihre Vorstellung der Krankheitsentstehung damals sicher eine andere war.

Haschisch ist das ausgepresste Harz der vorwiegend weiblichen Hanfpflanze mit bis zu 20 Prozent THC. Dies entspricht einem weitaus höheren Wirkstoffgehalt gegenüber dem Gewinn aus männlichen Pflanzen. Marihuana, hergestellt aus getrockneten Hanfpflanzenspitzen und -blüten, hat einen THC-Gehalt von ein bis fünf Prozent; aus spezieller Züchtung maximal 15 Prozent. Bis zu 60 Prozent THC enthält Haschischöl, dessen Herstellung aus dem Harz oder durch Destillation von Marihuana erfolgt.

Warum wurde damals mit Cannabis gebacken oder es bereits destilliert? Weil man früh erkannte, dass der Wirkstoff THC erst durch Erhitzen in seine aktive Form überführt werden konnte.

Die dosiskontrollierte Cannabiseinnahme gegen Schmerzen kann zu einer körperlichen Abhängigkeit führen. Des Weiteren ist bei einer ständigen Cannabiszufuhr in fünf bis zehn Prozent der Fälle mit einer psychischen Abhängigkeit zu rechnen.

Die wichtigsten Wirkstoffe

Für den medizinischen Gebrauch kommen die Cannabinoide **Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC)** und **Cannabidiol (CBD)** in Frage.

THC ist pharmakologisch den psychoaktiven Cannabinoiden zugeordnet und zeichnet somit für den wichtigsten Cannabisinhaltsstoff. Die biologische Herstellung erfolgt aus Drogenhanf. Bei chronischem Genuss kommt es im Gehirn zu neuroanatomischen Veränderungen, und zwar in Regionen mit erhöhter Cannabisrezeptordichte. Das Resultat können Antriebslosigkeit, Angst, Depressionen und Psychosen sein. Außerdem zeigen sich im Verlauf mitunter Organbeteiligungen von Lunge, Gehirn und Darm. Craving nennt man den Zustand des ständigen Verlangens zur Steigerung des

Wohlbefindens unter Vernachlässigung der Unlustgefühle. Mitverantwortlich für diese Entwicklung sind Wirkstoffdosis und das Alter bei Konsumationsbeginn. Daraus folgt, dass THC Kindern und Jugendlichen, mit Ausnahmen, nicht gegeben werden sollte.

Die Abgabe erfolgt als Suchtgift über ein entsprechendes Rezept für Dronabinol mit Diagnose und Angabe von Wirkstoffdosis und -bedarf.

Nabilon ist ein rein synthetisch hergestellter THC-Wirkstoff für die orale Anwendung. Der Wirkstoff ist wesentlich stärker als Dronabinol, dementsprechend sollte auf eine niedrige Anfangsdosierung geachtet werden.

CBD bewirkt aufgrund sehr geringer Psychoaktivität keinen High-Zustand und kann sogar den psychotropen THS-Wirkungen entgegenwirken. CBD wird in verschiedenen »Verpackungen« frei gehandelt.

Nabiximols enthält standardisierte Pflanzenextraktmischungen aus den Blüten und Blättern von *Cannabis sativa*. Es ist als Spray mit einer standardisierten Dosis an THC und Cannabidiol verarbeitet und kann in dieser Applikationsform leicht über die Mundschleimhaut resorbiert werden, was bei Schluckstörungen und in der Palliativmedizin von Vorteil ist.

Wichtig ist der Unterschied in der Cannabisverwendung. In der medizinisch-therapeutischen Anwendung sind wir auf gesetzlich formulierte Regelungen und klar definierte Qualitätskriterien angewiesen. Daraus ergibt sich eine standardisierte Abgabe mit erkennbarer Dosiskonzentration.

Wirkungseintritt und -dauer unterscheiden sich bei verschiedenen Zubereitungen und Körperaufnahmen, wie z. B. Inhalationen oder Schlucken, mitunter erheblich. Beim Rauchen eines Joints werden bis zu 100 Prozent des fettlöslichen THC vom Körper über die Lunge aufgenommen. Dies führt zu hohen Blutspiegeln mit einem entsprechenden Wirkungsgrad. Werden THC oder Cannabidiol geschluckt oder über die Mundschleimhaut aufgenommen, liegt die Bioverfügbarkeit bei maximal 20 Prozent.

Für den Therapieerfolg ist die individuelle Dosierungsanpassung bei verschiedenen Krankheitsbildern entscheidend. Dies unterstreicht somit die fehlende Indikation bei akuten Schmerzzuständen sowie weitestgehend den Abgabeverzicht bei Kindern und Jugendlichen.

Tab. 1:

Was kann Cannabis? (ein Auszug)
Wirkungsdauer: ab ca. 15–30 Minuten bis ca. 3–4 Stunden (dosisabhängig)
Milde Euphorie, Zufriedenheit – Benommenheit, Apathie, Veränderung der Sinneswahrnehmungen
Heißhunger auf Süßes (THC)
Bis zu Halluzinationen – Unruhe, Blutdruck- und Herzfrequenzanstieg, Mundtrockenheit – Konjunktivitis (rote Augen), Mydriasis – bei Erstkonsum: Übelkeit
Nachwirkungen nach Abklingen des Cannabis-Rausches: Konzentrationsdefizit, Müdigkeit (Straßenverkehr!) – Reaktionsvermögen eingeschränkt (Straßenverkehr!)
Bei Dauerkonsum: Persönlichkeitsveränderung, Amotivationsyndrom

Der Einsatz der Cannabispräparate ist dann gerechtfertigt, wenn Standardtherapien aus der Schulmedizin nicht mehr ausreichen. Es ist immer eine Schmerzbehandlung zu einer etablierten Therapie, die entweder synergistisch oder zusätzlich wirkt.

Wer profitiert wovon?

Ein wichtiges Einsatzgebiet für THC ist die Tumorschmerzbehandlung, und zwar als Ergänzung zur Opiatgabe. Der positive analgetische Effekt zeigt sich auch bei neuropathischen Schmerzen und bei multipler Sklerose (MS). Die appetitsteigernde Wirkung wird auch gerne bei Tumor- und PalliativpatientInnen eingesetzt.

Nabiximols zeigt gute Resultate bei PatientInnen mit Muskelkrämpfen und/oder neuropathischen Schmerzen bei multipler Sklerose in Kombination mit anderen Muskelrelaxantien. Letztere können auch einseitig sein.

Wenn die (nozizeptiven) Schmerzen chronisch geworden sind (Arthrose, Rheuma), kann sich die CBD-Wirkung in der positiven Wahrnehmung einer sedierenden, muskelentspannenden und stimmungsaufhellenden Wirkung zeigen. Erwiesen ist der angstlösende

Effekt. Aber auch hier gilt die unverzichtbare Basistherapie. Geforscht wird noch auf dem Gebiet von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Asthma sowie allgemein bei Autoimmunerkrankungen. Der Vollständigkeit halber sei auch der Einsatz zur Behandlung der Epilepsie bei Kindern erwähnt.

Nabilon wirkt gut bei Übelkeit und Erbrechen während zytostatischer Krebsbehandlungen. Bei Fibromyalgie gibt es (Skrabek, 2008) Hinweise für eine Reduktion von Müdigkeit, Schmerz und Medikamentenverbrauch bereits nach sechswöchiger Therapie mit 3 bis 5 mg THC 3x/Tag. Schlafdauer und -qualität wurden zudem verbessert. Die therapieinduzierten Nebenwirkungen waren in der Untersuchung nur leicht.

Gemäß der aktuellen Datenlage empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin in der Praxisleitlinie »Das Fibromyalgiesyndrom« (von 2017) einen Behandlungsversuch mit verschiedenen Cannabinoiden erst dann, wenn andere Therapiestrategien zuvor nicht ausreichend wirksam waren, oder zusätzlich bei schweren Schlafstörungen. In der Praxisleitlinie 2018 »Cannabinoiden in der Schmerzmedizin« werden entsprechende Zubereitungen bereits empfohlen. Interessant ist der wissenschaftliche Hintergrund, wonach es bei Schmerzen genetische Übereinstimmungen, aber auch Unterschiede bei Fibromyalgie und Neuropathien gibt. Bei Letzteren werden Cannabisprodukte als Therapieoption empfohlen.

Für wen kommen Cannabisprodukte nicht in Frage?

Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und/oder Verengung der Herzkranzarterien sollten nicht behandelt werden. Vorsicht bei THC und positiver Epilepsieanamnese. Hier ist noch nicht exakt gesichert, ob eventuell Anfälle ausgelöst werden könnten.

Welche Wechselwirkungen zwischen Cannabinoiden mit anderen Medikamenten sind gesichert?

Vorsicht mit allen »müde machenden« Wirkstoffen, wie Schlaftabletten, Antidepressiva u.ä., sowie alkoholischen Getränken. Asthmamedikamente, sogenannte Beta-2-Mimetika und Anticholinergika verstärken das Herzrasen.

Was ist noch zu beachten?

Unter THC sollte bis 12 Stunden nach der letzten Einnahme keine aktive Teilnahme am Straßenverkehr erfolgen. Dies betrifft vor allem die Zeit der Dosisfindung und -steigerung. CBD hat hier keinen Einfluss. Drogentests, z. B. bei Straßenkontrollen oder Einreisen in andere Länder, sind bis zu vier Wochen nach der letzten Einnahme positiv!

Generell sollten das Originalrezept und ein Personalausweis (Reisepass) bei Auslandsreisen mitgeführt werden. In der EU darf vom Arzt der Bedarf eines Suchtmittels für 30 Tage rezeptiert werden. Eine entsprechende ärztliche Bescheinigung ist mitzuführen.

Schlussbemerkungen

Cannabisprodukte sind indiziert, wenn eine etablierte Therapie nicht mehr das Auslangen findet. Dies bedeutet auch, dass Schmerzen regelmäßig evaluiert werden sollten. Hier bieten sich verschiedene Möglichkeiten wie z. B. Schmerzskalen an.

Ich habe diesen Artikel bewusst so verfasst, dass er dem Leser oder der Leserin einen Überblick über das Thema vermittelt. Daher habe ich so weit als möglich auf Literaturzitate verzichtet und mich auf die Evidenz der österreichischen und deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin sowie auf die Inhalte des »Cannabisreport der Universität Bremen« verlassen. Es war zudem nicht mein Ziel, in alle Details zu gehen, insbesondere Ratschläge zu seltenen Indikationen und Dosierungsempfehlungen abzugeben. Ferner habe ich auch keine Preise und Herstellerfirmen genannt. Die Indikation und Behandlung gehört initial in die Hände der SpezialistInnen, egal aus welcher Fachdisziplin. Wünschenswert wären mehr ausgebildete SchmerzmedizinerInnen, damit sich für die Betroffenen die Wartezeiten für die Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe bei chronischen Schmerzen verkürzen.

Prim. Dr. Christoph Mauel, MSc

Facharzt für Innere Medizin, Geriatrie und Palliativmedizin. Interdisziplinäre Schmerzmedizin (Med.-Uni Wien)

Leiter der Fachabteilung für Innere Medizin an der EMCO-Privatklinik in Bad Dürrenberg/ Salzburg.

Leiter der geriatrischen Remobilisation am n.ö. Krankenhaus Abtenau/ Salzburg

Ordination in Bad Goisern

Mitglied zahlreicher Fachgesellschaften

Cannabis und Schizophrenie – eine komplexe Beziehung



von Thomas Schnell

Entstehung und Symptomatik der Schizophrenie

»Psychose« bezeichnet eine schwere psychische Erkrankung mit Realitätsverlust. Eine besonders häufige Psychose ist die Schizophrenie. Dennoch ist nach wie vor nicht definitiv geklärt, was genau eine Schizophrenie auslöst und ob es DIE Schizophrenie überhaupt gibt. Denn diagnostiziert wird sie über ihre Symptome – einen biologischen Marker, der sich für die Einzelfalldiagnostik eignet, gibt es nicht. Und die vielfältigen Forschungsbefunde zur Schizophrenie sind derart heterogen, dass es möglicherweise verschiedene Grunderkrankungen sind, die jedoch ähnliche Symptome erzeugen und die wir daher Schizophrenie nennen (so wird auch nachfolgend von DER Schizophrenie gesprochen). Etwa 1 % der Allgemeinbevölkerung erkrankt zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr an einer Schizophrenie. Die Symptomatik ist komplex und berührt so gut wie jeden psychischen Funktionsbereich. Kardinalsymptome sind akustische Halluzinationen

(Stimmenhören) und körperbezogene Halluzinationen, Wahn verschiedenster Art, wobei Verfolgungswahn besonders häufig ist. Definiert ist Wahn als Überzeugung, an der Betroffene trotz aller Gegenbeweise unkorrigierbar festhalten. Des Weiteren können verminderte oder inadäquate Emotionalität, Störungen des Antriebs, Verlust oder Veränderung von Interessen, desorganisiertes Denken und Verhalten sowie neurokognitive Defizite, vorwiegend im Bereich der Konzentration und der Aufmerksamkeit, auftreten.

Der Verlauf der Schizophrenie kann sehr unterschiedlich sein. Etwa ein Drittel der Betroffenen wird nach einer Episode von durchschnittlich mehreren Monaten dauerhaft symptomfrei. Ein weiteres Drittel erlebt wiederholt auftretende Krankheitsepisoden. Zwischen den Episoden können einzelne Symptome teilweise bestehen bleiben. Das letzte Drittel leidet unter einem chronischen Verlauf.

Anstelle einer eindeutigen Ursache wurden diverse Risikofaktoren der Schizophrenie gefunden. Das vermutlich höchste Risiko geht von bestimmten Genkombinationen aus. Über 100 sog. Risikogene wurden mittlerweile identifiziert. Stressige Lebensereignisse scheinen die Psychose bei genetisch veranlagten Menschen zum Ausbruch zu bringen.

Da Medikamente die schizophrene Symptomatik lindern, die bestimmte Neurotransmitter, insbesondere Dopamin und Glutamat, regulieren, wird zudem von deren Beteiligung im Rahmen der Erkrankung ausgegangen. Als Ursache der Erkrankung greift der Neurotransmitteransatz jedoch zu kurz. Daher ist auch eine ursächliche Behandlung nicht möglich, obschon einige Patienten derart stabilisiert werden können, dass sie gut in die Gesellschaft integriert leben können, ohne weitere psychotische Episoden zu entwickeln.

Was hat Cannabis mit Schizophrenie zu tun?

Die meisten Cannabiskonsumanten entwickeln keine Schizophrenie. Bei Menschen mit entsprechender Veranlagung scheint Cannabis jedoch ein hohes Risiko zu entfalten. Sie erkranken durchschnittlich einige Jahre früher als Menschen ohne Konsum, und bei fortgesetztem Konsum ist der Verlauf deutlich ungünstiger. Sie leiden unter stärkeren Symptomen, entwickeln mehr Episoden und gelten als schwerer behandelbar.

In den letzten Jahren wird zunehmend diskutiert, ob Cannabiskonsum auch bei Menschen Psychosen auslösen kann, die eine derart geringe Veranlagung für die Entwicklung einer Schizophrenie haben, dass sie ohne den Konsum gesund geblieben wären. So zeigen Studien, dass innerhalb der letzten 30 Jahre in Regionen der Schweiz und Englands, in denen der Cannabiskonsum stark angestiegen ist, deutlich mehr Menschen mit Schizophrenien behandelt werden mussten. Allerdings sind dort auch andere Risikofaktoren der Schizophrenie häufiger anzutreffen, z.B. Migration, sodass die Häufigkeit der Schizophrenie möglicherweise nicht auf das Cannabis zurückzuführen ist.

Das körpereigene Cannabinoidsystem und Schizophrenie

Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC) ist das am besten untersuchte Cannabinoid des pflanzlichen Cannabis. Es ist für die Rauschwirkung verantwortlich und scheint Schizophrenien zu beeinflussen (propsychotische Effekte). Es wirkt, indem es an Rezeptoren im Gehirn bindet, die als körpereigenes (endogenes) Cannabinoidsystem (ECS) bezeichnet werden. Propsychotische Effekte kommen vermutlich zustande, indem THC die natürlichen Funktionen des ECS stört. Eine Funktion ist die Aufrechterhaltung eines homöostatischen Gleichgewichts

der verschiedenen Hirnprozesse. Dies leistet das ECS, da es wie ein »Trittbrettfahrer« auf Nervenzellen von zwei Transmittersystemen sitzt, die aktivierende (Glutamatsystem) und hemmende (GABA-System) Funktionen vermitteln.

Dadurch kann das ECS sowohl Aktivierung/Erregung (Glutamatsystem) als auch Hemmung (GABA-System) erzeugen und so ein stabiles Gleichgewicht im Gehirn gewährleisten. Das ECS hat quasi die Aufgabe eines Wächters, der für Stabilität sorgt, wenn Hirnprozesse zu entgleisen drohen. Cannabiskonsum überschwemmt das ECS jedoch dermaßen, dass dessen natürliche Funktionen vermutlich weitgehend außer Kraft gesetzt werden. Das macht wenig aus, wenn der Konsument sowieso über stabile Hirnprozesse verfügt. Denn dann wird kein Wächter benötigt. Bei Menschen jedoch, deren Hirnstoffwechsel instabil ist, wie es für Menschen mit psychotischer Veranlagung zutrifft, sollte der Wächter problemlos arbeiten können. Andernfalls werden der psychotischen Entwicklung Tür und Tor geöffnet.

Früher Cannabiskonsum und die Entwicklung des Gehirns

Das ECS entwickelt sich bis ins frühe Erwachsenenalter hinein. Daher ist insbesondere der Cannabiskonsum vor dem 16. Lebensjahr mit erhöhtem Schizophrenierisiko assoziiert. Denn der frühe Konsum greift womöglich nachhaltig in die Entwicklung des ECS ein, sodass irreversible Störungen seiner natürlichen Funktionen resultieren. Darüber hinaus kann ein früher Konsumbeginn einen Prozess im Gehirn beeinflussen, der in der Pubertät stattfindet und der im Falle einer Störung wiederum mit der Schizophrenie in Verbindung steht – das sogenannte »Pruning«: Pruning sorgt kurz nach der Geburt und während der Adoleszenz dafür, dass das Gehirn von überflüssigen Nervenverbindungen befreit wird. Es ist folglich eine Art »Tuning« des Gehirns. Das Gehirn verliert dabei überflüssige Substanz und wird funktionsfähiger. GABA-Neuronen scheinen diesen Prozess auszulösen und Glutamat-Neuronen scheinen die Intensität des Prozesses zu regulieren. Damit ist das ECS also zentral in den Pruningprozess involviert. Dazupassend ist nachgewiesen worden, dass früher Cannabiskonsum bei sonst Gesunden den Pruningprozess negativ beeinflusst. Ferner hat eine große aktuelle Studie eine Veränderung eines

Der Konsum von Cannabis während der Adoleszenz beeinflusst genau den Prozess im Gehirn, der in der Entwicklung der Schizophrenie eine zentrale Rolle spielt.

Gens, welches den Pruningprozess induziert und reguliert, mit Schizophrenien in Verbindung gebracht. Dadurch entsteht ein »Overpruning« im Sinne eines übersteigerten Pruningprozesses. Dabei werden übermäßig viele neuronale Verbindungen eliminiert. Das Gehirn verliert deutlich an Substanz und im weiteren Verlauf treten erste Symptome der Schizophrenie auf.

Zusammengefasst beeinflusst der Konsum von Cannabis während der Adoleszenz also genau den Prozess im Gehirn, der in der Entwicklung der Schizophrenie eine zentrale Rolle spielt.

Gibt es auch positive Cannabiswirkungen bei Schizophrenien?

Die propsychotischen Cannabiseffekte werden primär durch THC vermittelt, welches gleichzeitig die Rauschwirkung erzeugt. Cannabidiol (CBD), ein weiteres Cannabinoid im Cannabis, hemmt dagegen die THC-Wirkung auf allen Ebenen. Es erzeugt keinen Rauscheffekt und wirkt sogar lindernd auf schizophrene Symptome. Mittlerweile gibt es Studien, in denen CBD als Ersatz oder Ergänzung zur üblichen antipsychotischen Medikation effektiv eingesetzt wurde. Im Gegensatz zu den herkömmlichen Medikamenten, die alle ziemlich unangenehme Nebenwirkungen haben, ist CBD ausgesprochen verträglich. Es dürfte allerdings noch einige Zeit und viele Studien dauern, bis CBD als Standardmedikation gegen Schizophrenien eingesetzt werden kann. Und im Cannabis, welches Konsumenten üblicherweise beziehen, ist relativ viel THC und wenig CBD enthalten, da Konsumenten schließlich den Rauscheffekt wünschen. Besonders kritisch sind in diesem Kontext übrigens die sogenannten »Legal Highs« zu bewerten, wie »Spice« und seine Abkömmlinge. Diese Produkte enthalten synthetische THC-ähnliche Verbindungen mit hohem Rauscheffekt, die auf irgendwelche Kräutermischungen gesprüht werden. CBD dagegen, welches keinen Rausch erzeugt, ist bislang in

keinem dieser Produkte nachgewiesen worden.

Eine weitere Domäne, bezüglich der eventuelle positive Cannabiswirkungen diskutiert wurden, sind die neurokognitiven Defizite, die im Rahmen schizophrener Psychosen häufig auftreten. Und zwar sind cannabiskonsumierende Patienten mit Schizophrenie durchschnittlich leistungsfähiger als abstinenten Patienten, was Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis etc. betrifft. Bei gesunden Konsumenten dagegen ist es genau umgekehrt – Cannabis sorgt für akute und subakute kognitive Defizite. Kontrovers wurde diskutiert, ob Cannabis bei Schizophrenien möglicherweise neuroprotektive Effekte entwickelt und so den neurokognitiven Defiziten der Schizophrenie entgegenwirkt. Mittlerweile sehen dies die meisten Forscher jedoch anders. Sie verstehen den kontraintuitiven Befund als eine Bestätigung für die psychoseauslösende Cannabiswirkung. Denn je höher die Anfälligkeit für Schizophrenien bei Menschen ist, umso ausgeprägter sind die kognitiven Defizite. Menschen mit sehr geringer Anfälligkeit haben entsprechend eher geringe Defizite. Diese sehr gering anfälligen Menschen leben häufig mit ihrer Veranlagung, ohne dass sich jemals eine manifeste Schizophrenie entwickelt. Bei diesen Menschen könnte Cannabis die entscheidende Ursache dafür sein, dass die Psychose ausgebrochen ist. So gesehen könnte es in der Gruppe der cannabiskonsumierenden Betroffenen eine sehr gering anfällige Subgruppe geben, die durchschnittlich leistungsfähiger ist als abstinenten Patienten, die bereits ohne den zusätzlichen »Load« von Cannabis psychotisch erkrankten.

Auf den Punkt gebracht macht Cannabis schizophrene Menschen also nicht leistungsfähiger, sondern es löst bei leistungsstärkeren Menschen Psychosen aus.

Prof. Dr. Dr. habil. Thomas Schnell

Studium der Psychologie in Heidelberg. Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bei der DGVT in Bonn. Weiterbildungen in Dialektisch Behavioraler Therapie und Spezieller Psychotraumatheorie (gemäß DeGPT). Promotion an den Universitäten Köln und Düsseldorf, Habilitation an der Universität Halle/Saale. Klinische Tätigkeit in der psychiatrischen Universitätsklinik in Köln und der LVR-Klinik in Köln (2003-2012). Seit 2012 Professur für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie an der MSH Medical School Hamburg.

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung
- Angehörige

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für Wiener KlientInnen wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom *Grünen Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

Des Wahnsinns knusprige Beute ... oder macht Cannabis kreativ?



von Human-Friedrich Unterrainer

Genie und Wahnsinn liegen oft knapp beieinander. So schwärmt Charles Baudelaire in seiner »Dichtung vom Haschisch« von ebendiesem in den höchsten Tönen, andererseits brachte ihn diese Affinität zu berauschenden Substanzen nicht nur einmal an die Grenze des Verrücktwerdens und darüber hinaus.

Hinsichtlich der Einschätzung, ob nun in den »Blumen des Bösen« (1861/1988), einem Hauptwerk Baudelaires, gleichfalls von der »Böshaf-tigkeit« der Cannabisblüte die Rede ist, sei auf literaturwissenschaftlich begabtere AutorInnen als mich verwiesen – möglich wäre es zumindest.

Zur Ehrenrettung von Cannabis sei vermerkt, dass die ambivalente Beziehung von künstlerisch schaffenden Menschen und deren Rauschmittel der Wahl auf so ziemlich jede psychotrope Substanz zutreffen mag. Beispielsweise bietet der Sammelband »Alkohol und Autor« (Goodwin, 1995) einen beschwingt-beschwipsten Streifzug durch jenen Bereich der Weltliteratur, welcher getrost im Vollsuff entstanden

sein dürfte. Baudelaires Namensvetter Charles, diesmal allerdings Bukowski, lässt grüßen (Beveridge et al., 1999; Sounes, 1999). Aber auch der Opiumrausch findet im schriftstellerischen Schaffen zahlreicher AutorInnen wohlwollende Anerkennung. Als Beispiele seien hier Thomas de Quinceys »Bekenntnisse eines englischen Opiumessers« (1822/2009) oder auch William Burroughs' »Junkie« (1977) erwähnt, welches besonders durch seine nüchterne Betrachtungsweise bzw. die fast schon journalistische Distanziertheit in der Aufarbeitung der eigenen Heroinabhängigkeit zu gefallen weiß. William Burroughs wusste, wovon er sprach, und wurde deshalb auch für einen Artikelbeitrag im damals schon führenden Suchtjournal »Addiction« eingeladen, über das Wesen der Sucht nachzudenken und diese Erkenntnisse zu Papier zu bringen (Burroughs, 1957).

Die Frage, ob es einen direkten Zusammenhang zwischen Kunst bzw. Kreativität und psychopathologischen Phänomenen gibt, lässt sich mit Fink et al. (2013) einmal vorsichtig mit Ja beantworten. So finden sich seit der Antike immer wieder Hinweise auf diejenigen Mitmenschen, welchen die zweifelhafte Ehre zuteilwurde, von der Muse geküsst und in ihrer geistigen Frische von ebendieser gleich ganz mit Haut und Haaren vernascht zu werden (frei nach Barrantes-Vidal, 2004). Des Weiteren ergeben sich in Mitleidschaft gezogene innere Organe und Körperteile wie zum Beispiel: eine ramponierte Leber bei Charles Bukowski, eine abgetrennte Ohrmuschel bei Vincent Van Gogh oder auch ein zerschossener Frontalcortex bei Kurt Cobain, dem Sänger der Band »Nirvana«. Letzterer erlangte durch seine Treffsicherheit auch die (wenig begehrte) Mitgliedschaft im »Club 27«. Zu dieser Gruppe zählen eine ganze Reihe von KünstlerInnen (Jimi Hendrix, Janis Joplin, Brian Jones etc.), welche schon im zarten Alter von 27 Jahren dem Irdischen abhandengekommen sind, teilweise eher freiwillig (Suizid) oder eher unfreiwillig (Überdosis an Drogen) – hier zeigen sich fließende Übergänge (Lucijanić et al., 2010).

Insgesamt wird der Zusammenhang zwischen »Genie und Wahnsinn« in der Literatur kontroversiell diskutiert (Andreassen, 1997; Feist, 1998; Jung, 2014). Im Besonderen gesichert erscheint allerdings die Verbindung zwischen Kreativität und Krankheitssymptomen aus dem schizophrenen Formenkreis, wie optische Halluzinationen oder Stimmenhören. Dabei findet sich quasi als Vorstufe einer schizophrenen Erkrankung das Konzept der Schizotypie diskutiert. Demnach zeigen Menschen, welche ein erhöhtes Ausmaß an Schizotypie aufweisen, auch ein erhöhtes Ausmaß an Kreativität (Minor et al., 2014; Nettle, 2006; Schafer et al., 2012). Bei Schizotypie unterscheidet man in Anlehnung an eine schizophrene Erkrankung zwischen einer Positiv- und einer Negativsymptomatik des psychischen Erlebens. Die positive Symptomatik betrifft zum Beispiel ungewöhnliche Erlebnisse und Wahrnehmungen oder magisches Denken. Die Negativsymptomatik meint oft anhedonische (lustlose) Eigenschaften sowie Schwierigkeiten in der Interaktion mit SozialpartnerInnen. Eine besonders starke Ausprägung schizotypaler Merkmale, allerdings ohne das Auftreten einer psychotischen Symptomatik, kann zur Ausbildung einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung führen (vgl. dazu Claridge, 1997; Rado, 1953).

Will man nun auf den Bereich des Cannabiskonsums bzw. -missbrauchs oder gar der Cannabisabhängigkeit und deren Relevanz für künstlerische Bestrebungen fokussieren, so finden sich wissenschaftliche Erkenntnisse recht spärlich gesät. In einer eigenen Arbeit (Bliem et al., 2013) wurden Unterschiede zwischen unterschiedlichen Gruppen von Drogenabhängigen (SubstitutionspatientInnen, abstinenten PatientInnen und CannabiskonsumentInnen) im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe untersucht. Erfasst wurden dabei unterschiedliche Facetten der Kreativität, Intelligenz und Persönlichkeit sowie der Symptombelastung. In der verbalen Kreativität erzielten die Gruppe der SubstitutionspatientInnen und teilweise die CannabiskonsumentInnen höhere Werte als die abstinenten

Drogenabhängigen. In der figuralen Kreativität waren keine Gruppenunterschiede feststellbar. Im Hinblick auf die Big-Five-Persönlichkeitsmerkmale zeigten SubstitutionspatientInnen hinsichtlich des »Neurotizismus« die höchsten Werte, während CannabiskonsumentInnen durch vergleichsweise hohe Werte in den Dimensionen »Offenheit für Erfahrungen« und »Extraversion« charakterisiert werden konnten. Auf ein erhöhtes Ausmaß an Kreativität der CannabiskonsumentInnen konnte anhand der Ergebnisse allerdings nicht geschlossen werden. Kowal et al. (2015) berichten in ihrer Studie sogar einen negativen Zusammenhang von Cannabiskonsum und Kreativität: Hier ergaben sich im Kreativitätsparameter des divergenten Denkens keine Unterschiede zwischen einer Gruppe von ProbandInnen, welche eine geringe Dosis von Cannabis konsumiert hatten, im Vergleich zur Kontrollgruppe. Eine Gruppe, welche eine hohe Dosis konsumiert hatte, zeigte allerdings deutlich schlechtere Werte (vgl. dazu auch Minor et al., 2014 bzw. Schafer et al., 2012).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass sich in der Forschung, wenn überhaupt, ein eher mäßiger Zusammenhang zwischen Kreativität und Psychopathologie findet – wobei zwischen verschiedenen Bereichen der Kreativität differenziert werden muss (Dahmen-Wassenberg et al., 2016; Nettle, 2006). Es zeigen sich zwar einige Überschneidungen – auf einen generellen Zusammenhang darf beim derzeitigen Stand der Forschung aber noch nicht geschlossen werden (Fink et al., 2013). Diese Erkenntnis kann wohl auch auf den Spezialfall Cannabis angewandt werden. Reggae-Meister Bob Marley sah die Pflanze als »... etwas Spirituelles, das unser Wohlbefinden erwachen lässt, unsere Reflexion vertieft, uns mit der Natur verbindet und unsere Kreativität freisetzt« (Spiegel online, 2014). Aus reiner Nächstenliebe haben seine Nachfahren dann wohl eine eigene Rauchware – »Marley Natural« – auf den Markt gebracht (The Guardian, 2014). Bob Marley war der Ansicht, dass Cannabis »eine ganze Nation heilen wird«. Er starb mit 36 Jahren an Krebs.

Literatur

Andreasen, N. C. (1997). Creativity and mental illness: Prevalence rates in writers and their first-degree relatives. *American Journal of Psychiatry*, 114, 1288–1292.



In seinem Essay *Les Paradis artificiels*, 1860 (deutsch: *Die künstlichen Paradiese*) verarbeitet der französische Dichter **Charles Baudelaire** (1821–1867) seine Erfahrungen mit Rauschdrogen.

Barrantes-Vidal, N. (2004). Creativity & madness revisited from current psychological perspectives. *Journal of Consciousness Studies*, 11(3–4), 58–78.

Baudelaire, C. (1860/1988). *Les paradis artificiels. Die künstlichen Paradiese – die Dichtung vom Haschisch.* Zürich: Manesse Verlag.

Baudelaire, C. (1861/1988). *Les Fleurs du Mal – Die Blumen des Bösen.* Stuttgart: Reclam.

Beveridge, A. & Yorston, G. (1999). I drink, therefore I am: alcohol and creativity. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92(12), 646–648.

Bliem, B., Unterrainer, H. F., Papousek, I., Weiss, E. M. & Fink, A. (2013). Kreativität bei Drogenkonsumierenden, Drogenabhängigen und Drogenentwöhnten. *Neuropsychiatrie*, 27(1), 2–10.

Burroughs, W. (1957). Letter from a master addict to dangerous drugs. *Addiction [British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs]*, 53(2), 119–132.

Burroughs, W. S. (1977). *Junky.* London: Penguin Books.

Claridge, G. (1997). Theoretical background and issues. In: Claridge, G. (Hrsg.), *Schizotypy: Implications for illness and health* (S. 3–18). New York: Oxford UP.

Dahmen-Wassenberg, P., Kämmerle, M., Unterrainer, H. F. & Fink, A. (2016). The relation between different facets of creativity and the dark side of personality. *Creativity Research Journal*, 28(1), 60–66.

Feist, G. J. (1998). A meta-analysis of personality in scientific and artistic creativity. *Personality and Social Psychology Review*, 2(4), 290–309.

Fink, A., Benedek, M., Unterrainer, H. F., Papousek, I. & Weiss, E. M. (2014). Creativity and psychopathology: are there similar mental processes involved in creativity and in psychosis-proneness? *Frontiers in Psychology*, 5, 1211.

Fink, A., Slamar-Halbedl, M., Unterrainer, H. F. & Weiss, E. M. (2012). Creativity: Genius, madness, or a combination of both? *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 6(1), 11.

Goodwin, D. W. (1995). *Alkohol & Autor.* Ed. Epoca.

Jung, R. E. (2014). Evolution, creativity, intelligence, and madness: »Here Be Dragons«. *Frontiers in Psychology*, 5, 784.

Kowal, M. A., Hazekamp, A., Colzato, L. S., van Steenbergen, H., van der Wee, N. J., Durieux, J. et al. (2015). Cannabis and creativity: highly potent cannabis impairs divergent thinking in regular cannabis users. *Psychopharmacology*, 232(6), 1123–1134.

Quincey, Thomas De (1822/2009). *Bekenntnisse eines englischen Opiumessers.* [engl. Original: *Confessions of an English Opium-Eater*]. Leipzig: Kiepenhauer.

Lucijanić, M., Breitenfeld, D., Miletić, J., Buljan, D., Ozimec-Vulinec, Š. & Akraf, A. (2010). Rock Musicians' Club 27. *Alcoholism: Journal on Alcoholism & Related Addictions*, 46(2), 1009–113.

Minor, K. S., Firmin, R. L., Bonfils, K. A., Chun, C. A., Buckner, J. D. & Cohen, A. S. (2014). Predicting creativity: The role of psychometric schizotypy and cannabis use in divergent thinking. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 205–210.

Nettle, D. (2006). Schizotypy and mental health amongst poets, visual artists, and mathematicians. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 876–890.

Rado, S. (1953). Dynamics and Classification of Disordered Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110, 406–416.

Schafer, G., Feilding, A., Morgan, C. J., Agathan-gelou, M., Freeman, T. P. & Curran, H. V. (2012). Investigating the interaction between schizotypy, divergent thinking and cannabis use. *Consciousness and cognition*, 21 (1), 292–298.

Sounes, H. (2010). *Charles Bukowski: Locked in the Arms of a Crazy Life: the Biography.* Canongate Books.

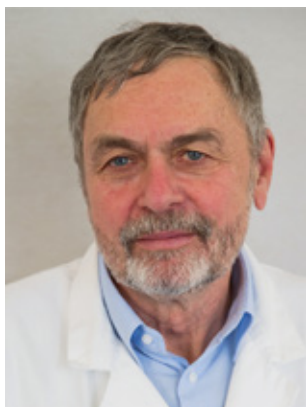
Spiegel online (2014). Bob Marley? Kannste in der Tüte rauchen. Internetquelle: <http://www.spiegel.de/kultur/gesellschaft/cannabis-bob-marley-als-marihuana-marke-a-1003684.html>.

The Guardian (2014). Bob Marley fronts marijuana brand to sell healing power of the herb. Internetquelle: <https://www.theguardian.com/music/2014/nov/18/bob-marley-marijuana-herb>

PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz;
Lektor an der Universität Wien;
Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis

Die Wirksamkeit von Cannabis



von Rainer Schmid

Immer mehr Studien beschäftigen sich mit dem Einsatz von Cannabis in der Medizin. Nach einer jahrzehntelangen Stigmatisierung haben zahlreiche Länder eine Re-Medicalisierung der Hanfpflanze eingeleitet. Die Gründe dafür liegen auf der Hand: gute Wirkung bei geringen Nebenwirkungen.

Die wichtigsten Themen im Überblick

- Cannabis besitzt ein breites Wirkungsspektrum mit einem geringen Nebenwirkungsprofil. Dieses Potenzial lässt eine intensive klinische Forschung erwarten.
- Cannabis wird heute häufig erfolgreich in der Schmerzbehandlung, der Krebsbegleittherapie, bei neuropathischen Krankheiten und kindlicher Epilepsie eingesetzt.
- Natürliche Cannabinoide wirken besser und breiter als synthetische Substanzen.

Zur komplexen Wirkweise von Cannabis

Bereits vor 3.500 Jahren wurde die Arzneidrogen Herba Cannabis als Heilmittel

eingesetzt. Schon im 19. Jahrhundert waren nahezu alle Anwendungsgebiete bekannt, die auch heute noch gültig sind. Bis zur Entwicklung von Aspirin im Jahr 1898 war Cannabis in Europa das am meisten eingesetzte Schmerzmittel. Bis 1950 waren in Europa noch über 100 verschiedene Cannabismedikamente erhältlich.

Anfang des 20. Jahrhunderts begannen ein politisch motivierter Krieg gegen Cannabis und eine Stigmatisierung, die jetzt aufbricht. In zahlreichen Ländern wurde bereits eine Re-Medicalisierung der Hanfpflanze eingeleitet und auf die gesteigerte Nachfrage vieler Patienten reagiert. Wird Cannabis in therapeutischer Dosierung eingenommen, werden keine physiologischen Funktionen gestört oder Organe geschädigt. Cannabisblüten und Cannabisprodukte lassen sich für therapeutische Zwecke einfach anwenden, sei es in Form von Tropfen, Tees und Kapseln oder aber auch durch Vaporisieren (Verdampfen) und Inhalieren. Cannabis ist aber kein Allheilmittel, und es hilft auch nicht bei jedem und in gleichem Ausmaß.

Ärzte verordnen Cannabisprodukte – wie zum Beispiel Dronabinol-Tropfen – bei chronisch kranken Patienten, wenn sie gängige Schmerzmittel nicht vertragen oder diese nicht mehr ausreichend wirken. Am häufigsten wirkt Cannabis gegen Schmerzen, die im Nervensystem entstehen. Vor allem spastische und neuropathische Schmerzen, die oft nach einer Strahlentherapie bei Krebspatienten auftreten, lassen sich damit recht effektiv lindern. Auch bei Phantom Schmerzen etwa als Folge einer Amputation kann Cannabis sehr hilfreich sein.

Die pharmakologischen Wirkungen von Cannabinoiden in ihrer gesamten Breite sind heute noch nicht vollständig aufgeklärt, und an der Entschlüsselung ihrer komplexen Wirkweisen wird intensiv geforscht. Erst 1988 entdeckte man körpereigene Cannabinoid-Rezeptoren im Gehirn (CB1) und wenig später in der Peripherie des Körpers (CB2). Damit besitzt der Mensch ein eigenes Cannabinoidsystem im Körper, das sehr gut auf die natürlichen Cannabinoide abgestellt ist. Ein Großteil der Wirkung

wird den Rezeptoren zugeschrieben.

Medizinische Anwendungsmöglichkeiten von Herba Cannabis

Bisher wurden über 500 Inhaltsstoffe der Cannabispflanze chemisch identifiziert, von denen das psychoaktive Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und das nichtpsychootrope Cannabidiol (CBD) am bekanntesten sind. Daneben spielt aber auch die große Anzahl an Terpenen und Flavenoiden eine große Rolle, da sie für sich oder in Kombination ebenfalls ein bestimmtes Wirkungsspektrum aufweisen. Durch klinische Studien belegt ist bisher die Wirkung THC-reicher Cannabisblüten bei krankheitsbedingtem Gewichts- und Appetitverlust, wie bei HIV- und Krebspatienten, sowie die positive Beeinflussung bei Übelkeit und Erbrechen als Nebenwirkung einer Chemotherapie. Als relativ gut gesichert gelten positive Effekte von Cannabisblüten bei chronischen Schmerzzuständen, spastischen Lähmungen, Bewegungsstörungen, Asthma und Glaukom. Günstige Wirkungen werden diskutiert bei bestimmten kindlichen Epilepsieformen, Depressionszuständen und auch zur Reduktion verschiedener Drogenentzugssymptome.

Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC)

Die pharmakologische Wirkung von THC im menschlichen Körper war in den vergangenen Jahren Gegenstand zahlreicher Studien. Das Cannabinoid THC erzeugt beim Menschen eine Reihe positiver physischer und psychischer Effekte. THC wirkt entspannend, stimulierend und schmerzlindernd.

Durch Studien belegt sind therapeutische Wirkungen von THC bisher bei:

- Übelkeit und Erbrechen, insbesondere bei Patienten unter Chemotherapie
- Kachexie und Appetitverlust bei HIV- und Krebspatienten
- Spastik und neuropathischem Schmerz, z.B. bei multipler Sklerose
- spastischen Blasenstörungen bei multipler Sklerose oder Querschnittserkrankungen



MCRA In-vitro

- Tourette-Syndrom
- Entzündungen des Darms wie Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn
- chronischen Schmerzen
- erhöhtem Augendruck, Glaukom
- Schmerzen bei rheumatoider Arthritis

Cannabidiol (CBD)

Die zweite wichtige Komponente in Cannabisblüten ist Cannabidiol (CBD), ein nur schwach psychoaktiver Wirkstoff, der als psychoaktiver »Gegenspieler« zu THC bezeichnet wird und selbst ein äußerst interessantes therapeutisches Wirkspektrum besitzt. Belegt ist etwa, dass CBD die Häufigkeit von Anfällen bei bestimmten schweren kindlichen Epilepsieformen verringern kann. CBD kann offenbar aber nicht nur Anfälle verhindern, sondern zusätzlich das Gehirn vor Schädigungen durch das Anfallsgeschehen schützen.

Erfahrungsberichte und erste Studien konnten bisher folgende Wirkungen zeigen:

- CBD wirkt entkrampfend und spannungslösend.
- CBD entfaltet antiepileptische Wirkung, vor allem im Bereich der Kinderepilepsien.
- CBD zeigt eine nervenschützende Wirkung und verbessert die Bewegungskoordination.
- Die entzündungshemmende Wirkung von CBD kann bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Arthritis, Asthma sowie weiteren Autoimmunerkrankungen genutzt werden.
- Knochenbrüche können durch die Behandlung mit CBD signifikant schneller verheilen.
- CBD hilft bei Übelkeit und besitzt neuroprotektive und antibakterielle Eigenschaften.
- CBD wirkt generell als Radikalfänger und Antioxidans, bei Letzterem sogar stärker als Vitamin C und E.
- In Summe dürfte CBD über eine positiv regulative Wirkung auf das menschliche Immunsystem verfügen.

Viele Wirkungen von THC und CBD sind oft sehr ähnlich und überschneidend, da Cannabisblüten immer eine natürliche Mischung aus THC und CBD enthalten, die durchwegs zwischen den unterschiedlichen Pflanzensorten stark

variieren kann. Das erklärt auch das breite therapeutische Wirkungsspektrum.

Die Hürden der Cannabisforschung

Durch die rigiden Formulierungen in der UN-Drogenkonventionen 1962 wurde Cannabis stigmatisiert und denselben Einschränkungen wie Heroin unterworfen. Cannabis wurde der medizinische Nutzen abgesprochen. Es war bis vor kurzem in vielen Staaten der Welt gar nicht möglich, Cannabis systematisch in einer bestimmten Sortenvielfalt nach wissenschaftlichen Kriterien zu züchten und auf bestimmte Indikationen hin zu erforschen. Der unzureichenden Studienlage bei bestimmten Indikationen stehen aber die zahlreichen positiven Erfahrungsberichte von Ärzten und Patienten gegenüber.

Noch stärker erforscht werden muss aber die Frage: Welcher Cannabistyp mit welcher Wirkstoffzusammensetzung ist bei welcher Indikation und Applikationsform am wirkungsvollsten? Diese Fragestellung ist aber aufgrund der Sortenvielfalt der Pflanze ein komplexes Unterfangen.

Die Rechtslage zu Cannabis in Österreich



von Martin Feigl

Das Thema Cannabis hat in den letzten Jahren zunehmend an medialer Beachtung gewonnen. Einerseits sind die Legalisierungsbestrebungen diverser Staaten dafür verantwortlich, andererseits findet Cannabis zunehmend im medizinischen Bereich Verwendung.

Während das generelle Verbot von Cannabis, das international auf die »Einzigste Suchtgiftkonvention« der Vereinten Nationen aus dem Jahr 1961 zurückgeht, jahrzehntelang gemeinsames Verständnis war, legalisieren zunehmend Staaten den Umgang mit Cannabis.¹ Bemerkenswerterweise geht dieser Trend von den USA aus, jenem Land, das sich für den Krieg gegen Drogen hauptverantwortlich zeigt. Mittlerweile haben bereits zehn US-Bundesstaaten Cannabis generell freigegeben.² Ebenso hat Kanada den Umgang mit Cannabis legalisiert.³ In Europa sind Tschechien und Portugal für eine liberale Gesetzgebung bekannt.⁴ Luxemburg plant eine Legalisierung, in der Schweiz laufen diesbezüglich Pilotversuche.⁵

Drogenpolitik in Österreich

Während international der Trend in Richtung eines liberalen Umgangs mit Cannabis geht, beschreitet Österreich einen anderen Weg. Die Anzeigen haben im Jahr 2017 einen Höchststand erreicht und sich gegenüber dem Jahr 2008 verdoppelt.⁶ Ein Großteil der Anzeigen entfällt dabei auf Cannabis, und hierbei wiederum ein Großteil auf Konsumenten. Die enorme Steigerung der Anzeigen lässt jedoch nicht den Schluss zu, dass die Prävalenzraten gestiegen wären. Drogendelikte sind Kontrolldelikte, d.h., je mehr kontrolliert wird, desto mehr Anzeigen werden erstattet. Selbst Strafen für Konsumenten und somit eine Abkehr vom seit vielen Jahren etablierten Prinzip »Therapie statt Strafe« werden vom Innenministerium vorgeschlagen.⁷ Im Regierungsprogramm hat sich die Koalition darauf verständigt, künftig Cannabisstecklinge und -samen verbieten zu wollen.⁸ Dies würde das Ende für die zahlreichen Growshops in Österreich bedeuten, die diversen Quellen zufolge 200.000 bis 300.000 Hanfstecklinge und -samen pro Monat vertreiben.⁹

Verbreitung von Cannabis in Österreich

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte Droge in Österreich. Je nach Fragestellung (jemals im Leben konsumiert, im letzten Jahr konsumiert, im letzten Monat konsumiert) und Altersgruppe reichen die Konsumraten zu bis zu 40%. Für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen ergibt sich laut der letzten österreichweiten Befragung (2015) derzeit ein Anteil von etwa 24%, die zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben. Die Konsumerfahrungen beschränken sich jedoch meist auf eine kurze Zeitspanne.¹⁰

Rechtsstatus von Cannabis

In Österreich ist sämtlicher Umgang mit Cannabis nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) illegal. Eine legale Eigenbedarfsmenge existiert nicht. Der Gesetzgeber unterscheidet jedoch zwischen Konsumenten und Drogenhändlern. Bei Konsumenten sind die Strafverfahren zwingend vorläufig einzustellen. Bei Ersttätern und jenen, gegen die in den letzten fünf Jahren kein Ermittlungsverfahren geführt wurde, entfällt seit dem Jahr 2011 auch der bis dahin für die Einstellung des Verfahrens vorgeschriebene Besuch beim Amtsarzt der Gesundheitsbehörde. In strafrechtlicher Hinsicht führt dies zu einem enormen Verwaltungsaufwand, der sich darin erschöpft, dass in etwa 90% der Strafverfahren nach Ablauf der Probezeit endgültig eingestellt werden.¹¹ Während der Konsument strafrechtlich wenig zu befürchten hat, haben Händler in aller Regel ein Gerichtsverfahren zu erwarten.

Rechtliche Situation des Eigenanbaus

In Österreich existieren – in Europa einzigartig – Growshops, in denen Stecklinge und Samen erworben werden können. Wurde früher Cannabis importiert, geht



Testgerät zum Nachweis von Tetrahydrocannabinol (THC)

seit Jahren der Trend in Richtung Selbstversorgung.¹² Für die Betroffenen macht es im Falle der polizeilichen Beanstandung einen erheblichen Unterschied, ob sich die Cannabispflanzen noch in einem Anbaustadium befinden oder ob das Cannabis bereits erzeugt wurde.

Der Anbau von Cannabis

Der Anbau von Cannabis ist dann strafbar, wenn der Anbau zum Zweck der Suchtgiftgewinnung erfolgt, wovon Staatsanwaltschaft und Gericht in der Regel ausgehen.¹³ Wird der Betroffene zu einem Zeitpunkt, in dem sich die Pflanzen noch im Anbaustadium befinden, betreten, dann ist das Verfahren zwingend vorläufig einzustellen, sofern dem Betroffenen kein Vorsatz des Inverkehrsetzens nachgewiesen werden kann.¹⁴

Die Erzeugung von Cannabis

Bei der Erzeugung von Cannabis ist die Grenzmenge von 40 Gramm reinem THC-A bzw. 20 Gramm Delta-9-Tetrahydrocannabinol von entscheidender Bedeutung. Erzeugung liegt vor, wenn die Blüten von der Pflanze getrennt werden.¹⁵ Wird die Grenzmenge nicht überschritten, wird das Verfahren vorläufig eingestellt. Bei Überschreiten der Grenzmenge geht das Gesetz von Suchtgifthandel aus, selbst wenn die Erzeugung ausschließlich dem persönlichen Bedarf dient. Die

Strafandrohung reicht in diesen Fällen zu bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe. Wird die Grenzmenge 15-fach überstiegen, steigt die Strafandrohung auf bis zu zehn Jahre, bei 25-facher Überschreitung auf bis zu 15 Jahre.¹⁶ Dies hat zur Konsequenz, dass auch der geständige Homegrower, der die Grenzmenge überschritten hat, mit einer strafgerichtlichen Verurteilung zu rechnen hat. Der unbescholtene Homegrower, der nur zum persönlichen Bedarf erzeugt, hat in der Regel eine bedingte Freiheitsstrafe (Bewährungsstrafe) zu erwarten. Je nach Gerichtssprengel machen manche Richter vereinzelt von der Möglichkeit der vorläufigen Verfahrenseinstellung trotz Überschreitung der Grenzmenge Gebrauch. Verurteilungen stellen jedoch eher die Regel als die Ausnahme dar.

Eine Verurteilung führt neben einer Vorstrafe in der Regel auch zum Führerscheinentzug.¹⁷ Ebenso kann eine vorhandene Gewerbeberechtigung entzogen werden.¹⁸

Cannabis und Führerschein

Seitens des Verkehrsministeriums laufen zurzeit Kampagnen gegen Drogen am Steuer.¹⁹ Während Länder wie die Schweiz oder Deutschland einen Grenzwert für aktives THC eingeführt haben, gilt in Österreich null Toleranz. Bereits die Feststellung geringster aktiver Spuren von THC führt in der Regel zum Entzug der Lenkberechtigung.²⁰ Neben dem Entzug der Lenkberechtigung

hat der Betroffene psychiatrische und verkehrspsychologische Stellungnahmen für die Wiedererteilung der Lenkberechtigung vorzuweisen. Während solche Auflagen bei Alkoholdelikten erst bei einer Alkoholisierung von 1,6 Promille angeordnet werden, sind diese bei Cannabis zwingend vorgesehen. Der Führerschein wird in Folge regelmäßig nur befristet mit der Auflage von Abstinenznachweisen in Form von Urin- oder Haaranalysen erteilt.

Bedenken hinsichtlich der gesundheitlichen Eignung

Führerscheinrechtliche Probleme können auch entstehen, ohne dass der Betroffene ein Fahrzeug lenkt, etwa wenn er gegenüber der Polizei angibt, regelmäßig zu konsumieren.²¹ Jemand, der an mehreren Wochenenden pro Monat kifft, hat mit einer amtsärztlichen Untersuchung durch die Führerscheinbehörde zu rechnen. Zuweisungen zum Psychiater und Abstinenznachweise sind die Folge. Fällt ein Test positiv aus, führt dies in der Regel zu einer Verlängerung der Abstinenzkontrollen. Manche Behörden entziehen (häufig rechtswidrig) umgehend den Führerschein.

Haaranalyse

Während Urintests zur Kontrolle die Regel darstellen, werden in Oberösterreich nahezu flächendeckend Haaranalysen angeordnet, obwohl die Tauglichkeit durch Studien bezweifelt wird.²² Wer

Spurensuche

Meine ersten Erfahrungen mit dem umstrittenen Kraut finden schon in der Zeit meiner Jugend an. Mit 16 geriet ich das erste Mal damit in Kontakt. Es hat mich meine Probleme vergessen lassen. Alles war viel lustiger, und ich dachte erst gar nicht an Langzeitschäden oder Probleme, die sich mit der Zeit entwickelten. Anfangs hatte ich starke paranoiaartige Zustände. »Meine roten Augen sind nicht zu übersehen«, dachte ich mir und scheute die Öffentlichkeit. Aber man gewöhnt sich an diesen Zustand, an das Berauschtsein und man verliert die Angst. Ich habe fünf Jahre meines Lebens damit verschwendet, dieses Kraut zu rauchen. Dadurch habe ich vieles vernachlässigt und gerade noch das Nötigste getan. Ich bin einfach nicht mehr arbeiten gegangen und dachte jeden Tag daran, wann ich wieder rauchen könnte. Zu Hause sagte ich, dass ich müde sei oder nicht viel geschlafen hätte. Augentropfen machen selbst die rotesten Augen wieder weiß. So konnte ich meinen Zustand sehr lange gut verstecken und lebte ein Doppelleben. Das Schlimmste war, wenn ich nichts zu rauchen hatte. Ich entwickelte starke Aggressionen, die unkontrollierbar waren. Die Angst war so groß, dass ich öffentliche Verkehrsmittel nicht mehr nutzen konnte. Wenn mich jemand angerufen hat, habe ich nicht abgehoben, da ich nicht dazu in der Lage war. Den Kontakt zu ebenfalls konsumierenden Freunden konnte ich aufrecht halten. Somit beschränkte sich der Freundeskreis nur noch auf ein paar Menschen, die mir aber sehr wichtig wurden. Das Erste, was ich nach dem Aufstehen machte, war einen Joint rauchen und das Letzte, was ich vor dem Einschlafen machte, war dasselbe. Mein Leben war davon bestimmt. Ohne Cannabis empfand ich mein Leben nicht lebenswert. Meine Depressionen wurden ohne die Droge immer stärker. Man dachte, ich wäre faul, weil ich am täglichen Leben kaum noch teilgenommen habe. Die Welt kannte ich nur noch berauscht, und jede nüchterne Minute war unerträglich. Cannabis ist die Einstiegsdroge schlechthin. Es ist nicht schwer, in Wien an Cannabis heranzukommen. Man rutscht sehr schnell in die Kriminalität und man bekommt plötzlich Angst vor der Polizei. Ich bin froh darüber, dass ich mich gerade auf stationärer Therapie befinde und diesem Teufelskreis entkommen bin. Ich kann nicht meinem Leben nachgehen und gleichzeitig Cannabis rauchen, das musste ich erst lernen und mir eingestehen. Es löst keine Probleme, es schiebt sie nur weg.

Martin B.

Das erste Mal, als ich angefangen habe, Haschisch oder Cannabis auszuprobieren, war in der Hauptschule. Ich war damals mit älteren Freunden unterwegs, durch die ich erstmals Zugang zu dieser sogenannten leichten Droge bekam. Wir alle betrieben zusammen Sport, fuhren Skateboard und Snowboard. Einer dieser älteren Freunde hatte immer Gras bzw. Haschisch auf Lager hatte. Um mich cool zu fühlen, nahm ich gleichaltrige Freunde mit, um ihnen Gras zu vermitteln. Ich empfand es als gutes Gefühl, so Anschluss zu finden und gebraucht zu werden. Später habe ich andere Dealer kennengelernt und fing an, mein Geld für Marihuana auszugeben und mehr und mehr zu bestellen. Ich konnte so vom Alltag abschalten und empfand es einfach als cool zu kiffen. Gras war mittlerweile ein fester Bestandteil meines Lebens geworden. Mein Highlight war nach der Schule zum Skateplatz zu gehen, um dort Joints zu rauchen. Dass ich etwas Illegales tat, kam mir zu dieser Zeit nicht in den Sinn. Mit der Zeit fragten mich einige Leute aus der Parallelklasse, ob ich ihnen Gras besorgen könne. Somit wurde ich schnell vom Konsumenten zum Dealer. Ich begann mir Geld von Älteren auszuleihen und behauptete, sie bekämen es wieder, bis sich die Schulden angehäuft hatten und ich sie nicht mehr zurückzahlen konnte. Also beschloss ich, selbst Gras anzubauen, um mir meinen Konsum zu erleichtern und Profit zu machen, um bestellen es mir nach Hause. Anfangs hat mir ein Freund geholfen. Er zeigte mir alles, von Lampen über das nötige Equipment und zum Zelt, in dem das Ganze gedeihen sollte. Mit der Zeit habe ich gelernt, wie man diese Pflanzen richtig hochzüchtet. Mein ganzes eingenommenes Geld gab ich fast ausschließlich wie immer für den neuerlichen Anbau aus. Die Qualität war top, und mein Kundenstamm wuchs nur durch Mundpropaganda. Ich machte nun richtig viel Geld, konnte mir eine Wohnung leisten, kaufte mir problemlos ein Auto und lebte im großen Stil. Das Ganze ging lange gut, doch es war dann nur eine Frage der Zeit, bis diese Seifenblase platzte. Eines Tages kam das Unausweichliche für jeden Dealer. Die Polizei stand vor meiner Wohnungstür und alles flog auf. Ich dachte sofort, jetzt muss ich ins Gefängnis, doch meine Pflanzen waren noch nicht in der Blüte und der Anbau somit im legalen Bereich. Mein gesamtes Pflanzenequipment musste ich aber abgeben. Das war's dann für mich. Ich hatte im Großen und Ganzen Glück und erkannte, dass schnelles Geld nur temporär zu machen ist. Es war für mich eine Lehre, den richtigen Weg einzuschlagen, weil nur dieser von Dauer und Wert ist.

Stefan

Cannabiskonsum und stationäre Drogentherapie?



von Regina Agostini

Die Gruppe der Cannabis-konsumentInnen stellt sich heterogen dar – vom gelegentlichen Konsum über den schädlichen Gebrauch bis hin zu Konsumintensitäten, die als Abhängigkeit zu werten sind.

Bei ungefähr der Hälfte der regelmäßig Konsumierenden treten jedoch psychische und/oder physische Abhängigkeitssymptome auf. Cannabiskonsum kann – wie die meisten anderen Verhaltensweisen – für einige Personen oder unter bestimmten Bedingungen problematisch werden (vgl. dazu Kolte et al. 2006). Im Vergleich zu Alkohol- und Opiatabhängigen wenden sich CannabiskonsumentInnen selten oder sehr spät an Beratungs- und Behandlungseinrichtungen. Solche Personen weisen oft Mehrfachabhängigkeiten auf und haben Cannabis über zehn Jahre eingenommen (vgl. Springer, 2007). Speziell für FrüheinsteigerInnen besteht das Risiko, eine Abhängigkeit – auch von anderen Substanzen – zu entwickeln.

In der Regel braucht es aufgrund des Cannabiskonsums alleine keine stationäre Therapie – die Behandlung dürfte bei diesen Personen eher als Maßnahme der Frühintervention zu verstehen sein. Cannabiskonsum wird jedoch relativ oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster und gepaart mit

Verhaltenssüchten als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. dazu Kraus, 2008; Soyka, 2017).

Was kann regelmäßiger Konsum bewirken?

Cannabis bewirkt eine Verstärkung der Stimmung in Zusammenhang mit der Ausgangslage. Die bereits vorhandenen Gefühle und Stimmungen – ob positiv oder negativ – werden durch den Wirkstoff verstärkt. Der Bogen spannt sich von inhaltslosen Glücksgefühlen und Euphorie bis hin zu Angst- und Panikzuständen. Erst hohe Dosen können ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom sowie Auto- und Fremdaggression auslösen. Diese Intoxikationspsychosen, die sich in einem Verlust der Ich-Kontrolle ausdrücken, dauern bis zu 48 Stunden an. Bei vulnerablen Personen können auch länger anhaltende psychotische Episoden mit schizophrenieformer Symptomatik auftreten, die sogenannte Cannabispsychose, die einige Zeit nach meist massivem Konsum auftritt und Tage bis Wochen überdauert. Ebenso sind – ausgelöst durch emotionalen Stress oder andere Reize – Nachhallpsychosen möglich. Die beschriebenen Effekte sind nicht nur von der Dosis, der Wirkstoffkonzentration und der Einnahmefrequenz, sondern auch von der Applikationsform des Gebrauchs abhängig. Eine zentrale Rolle spielen dabei die individuelle Disposition und der soziale Kontext (vgl. Thomasius, 2005; Bonnet, 2006).

Nach Absetzen der Droge kann es zu Craving, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Tremor und einem Anstieg der Körpertemperatur kommen. Ein Cannabisentzugssyndrom hält ungefähr sieben Tage und länger an.

Für das sogenannte amotivationale Syndrom, das vor allem nach chronischem und exzessivem Missbrauch von Cannabinoiden beobachtet wird, gibt es keinen schlüssigen Nachweis. Es ist mit Lethargie, Passivität, Affektverflachung und Interesselosigkeit assoziiert. Möglicherweise werden mit diesem Syndrom chronische Intoxikationszustände beschrieben. Ebenso können kognitive Beeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und

Gedächtnis beobachtet werden. Auch nach dem Absetzen der Droge kann dies noch der Fall sein. Inwieweit sie vollständig remittieren – dies könnte besonders die FrüheinsteigerInnen betreffen – ist ungeklärt (vgl. Bonnet, 2004; Thomasius, 2005; Gaßmann, 2005).

Insgesamt betrachtet erscheint jedoch das Abhängigkeitspotenzial von dieser Substanz am geringsten von allen epidemiologisch relevanten psychotropen Substanzen (vgl. Krausz et al., 2000 in Springer, 2007).

Bio-psycho-soziale Belastungen und soziale Folgeschäden von Cannabisabhängigen

Die Frage, warum sich Personen mit einer primären Cannabisproblematik vermehrt in Behandlung begeben, lässt nach Kraus et al. (2008) unter anderem auf ein erhöhtes Bewusstsein im Hinblick auf die Behandlungsrelevanz einer Abhängigkeit schließen.

Ein differenziertes Bild zur Belastungssituation von Cannabisabhängigen beschreiben die im Folgenden genannten Parameter. Erstaunlicherweise stellen sie sich ähnlich dar wie für Personen mit gemischtem Konsum. Ein großer Anteil der Betroffenen ist alleinstehend, was für einige auch mit dem jüngeren Alter erklärt werden kann. Auffallend in dieser Gruppe sind SchulabbrecherInnen und SonderschulabsolventInnen. Ebenso werden kritische Lebensereignisse, fehlende Lebensperspektiven und Arbeitslosigkeit als Belastungsfaktoren genannt (vgl. Bonnet, 2006; Brodbeck et al., 2005; Kipke et al., 2011).

Hier wird deutlich, dass ein anhaltend hohes Konsumniveau schulische und später berufliche, finanzielle und familiäre Probleme mit sich bringt. Diese möglichen seelischen und sozialen Auswirkungen sind davon abhängig, wie viele persönliche Ressourcen und soziale Risikofaktoren vorhanden sind.

Das lässt den Schluss zu, dass auf der Grundlage einer vorhandenen Vulnerabilität Cannabiskonsum das Risiko psychischer und psychosozialer Störungen erhöht (vgl. dazu Kraus, 2008; Brodbeck et al., 2005) und psychosoziale Probleme wiederum häufig der Auslöser für den

Konsum von Cannabis sind (vgl. Berthel, 2007).

Einen bedeutsamen Risikofaktor scheint ein frühes Einstiegsalter für die Entwicklung einer cannabisbezogenen Störung darzustellen (vgl. Bonnet, 2006; Kraus, 2008).

Dies lässt die Annahme zu, dass CannabiskonsumentInnen, die sich therapeutische Unterstützung suchen, nicht nur hinsichtlich ihrer psychosozialen Verfassung hoch belastet, sondern auch in sozialer und rechtlicher Hinsicht auffällig sind (vgl. Hoch 2007; Thomasius, 2005). Die Schwere der Abhängigkeit und sozialen Folgeschäden scheint nicht nur vom Eintrittsalter, sondern auch von der Schwere der psychischen Komorbidität abzuhängen.

Die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Ausstiegs sinkt im Gegenzug (vgl. Gaßmann, 2005). Dies ist bei der Bereitstellung von Behandlungsangeboten zu berücksichtigen (vgl. Schneider, 2016).

Komorbidität und Cannabiskonsum

Cannabiskonsum kann auch die Funktion einer Selbstmedikation besitzen, sodass die Hinweise im Hinblick auf eine zugrunde liegende psychische Störung geprüft werden sollten. Grundsätzlich kann aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse auf eine erhöhte Komorbidität in der Gruppe der Cannabisabhängigen geschlossen werden (vgl. Bonnet, 2006). Die Mehrzahl soll an Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen leiden. Besonders sehr junge Abhängige weisen Störungen in der emotionalen Entwicklung und des Sozialverhaltens auf.

Ebenso spielen Angsterkrankungen, Depressionen und seltener schizophrene Psychosen eine Rolle. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass Cannabis zur Bewältigung komorbider Störungsbilder eingesetzt wird. Gerade im Bereich der Affekt- und Impulsregulation bei schweren Persönlichkeitsstörungen oder ADHS scheint dies naheliegend. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Schizophrenie wird kontrovers diskutiert, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass Cannabis das Profil eines Risikofaktors besitzt. Sicher ist, dass diese Substanz den Verlauf einer schizophrenen Erkrankung verschlechtert, die negative Symptomatik aber verbessert (vgl. dazu Soyka, 2017; Bonnet, 2006). Interessant scheint der Zusammenhang beim kombinierten

Cannabis- und Alkoholkonsum im Hinblick auf bipolare Störungen oder manische Symptome. In diesem Falle ist Alkohol die am häufigsten konsumierte Substanz und Cannabinoide folgen an zweiter Stelle. Mehrfachdiagnosen korrelieren sowohl mit dem Einstiegsalter als auch mit der Stärke des Konsums und der Schwere der Abhängigkeit (vgl. dazu Thomasius, 2005; Bonnet, 2006).

In Hinblick darauf, dass sich bei dieser Gruppe der CannabiskonsumentInnen neben sozialen Problemen eine Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen, ADHS und affektiven Störungen feststellen lässt, sind entsprechende Therapiesettings erforderlich. Es hat sich als sinnvoll gezeigt, diese PatientInnen mit anderen Abhängigen zusammen zu behandeln und dabei Gruppenangebote einzusetzen, um die Transferleistung in den Alltag zu erhöhen (vgl. Englert et al., 2007).

Die Therapeutische Gemeinschaft und die Behandlung von Cannabisabhängigen

Wie aus den vorangegangenen Ausführungen ersichtlich, sind die sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen vielfältig. Sie erfordern daher eine intensive psychologisch-therapeutische und psychiatrische Behandlung. Umfassende arbeits-therapeutische Maßnahmen ermöglichen das (Wieder-)Heranführen an und die Integration in Ausbildung und Beruf. Spezielle Settings, in welchen Schwerpunktthemen zusätzlich behandelt werden, ergänzen das Therapieprogramm des Vereins »Grüner Kreis«. Ziel ist, problematische Beziehungen und Interaktionsmuster zu bearbeiten und Schritte in die Selbständigkeit zu begleiten (vgl. Hoch et al., 2007).

Im Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft wird Sucht nicht als Erkrankung im eigentlichen Sinne, sondern als eine Störung des Menschen in seiner Gesamtheit betrachtet (vgl. de Leon, 2000; Vanderplasschen et al., 2014). Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch therapeutische Fähigkeiten aufweist, die sein Leben in eine positive Richtung lenken können (vgl. de Leon, 2000; Vanderplasschen et al., 2014; Vormann, 2014). Somit lernen die Betroffenen in dieser »Familie auf Zeit«, ihr Leben neu zu gestalten. Das Beziehungsgefüge der Therapeutischen Gemeinschaft lässt neue Beziehungserfahrungen zu und bietet die Möglichkeit, positive Veränderungen der Persönlichkeit und soziales Lernen zu entwickeln. Dadurch können das Leben und Erleben neu gestaltet werden.

Ein wesentlicher Bestandteil ist dabei die Entwicklung von Eigenverantwortung und Akzeptanz (vgl. de Leon, 2000; Vanderplasschen et al., 2014). Als Kernpunkt dieses Konzeptes werden die Betroffenen als HauptakteurInnen gesehen, die BehandlerInnen und BetreuerInnen fungieren eher als »KontextmanagerInnen«. Daneben wird in unterschiedlichen Settings therapeutische Unterstützung angeboten. Die alltäglichen Aktivitäten finden in einer strukturierten Weise statt, in welcher die Betroffenen als Vorbilder für andere Mitglieder dienen (vgl. dazu Veale et al., 2015).

Davon ausgehend, dass der Entstehungszusammenhang von Sucht multifaktoriell verstanden wird, bietet das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft einen entsprechenden Entwicklungsrahmen.

In diesem Rahmen findet die Auseinandersetzung über die individuelle Funktion und Bedeutung des Drogenkonsums statt. Die Betroffenen können gemeinsam herausfinden, welche Lebens- und Erlebensbereiche dafür ausschlaggebend sind, ihr Leben über Substanzen managen zu wollen. Dabei werden die persönliche Hintergrundproblematik und entwicklungsspezifische Situation ebenso thematisiert wie das Erkennen von Zusammenhängen zur aktuellen psychischen Situation.

Die Praxis zeigt, dass sich allerdings kaum ausschließlich Cannabisabhängige in stationäre Behandlung begeben. Wenn doch, dann bestehen neben der Cannabisabhängigkeit eine oder mehrere Verhaltenssuchte. Die meisten Betroffenen sind polytoxikoman und weisen neben sozialen Problemen psychische Komorbiditäten auf. Ebenso bemerkbar ist bei der Durchsicht der Harnbefunde bei der Aufnahme in das stationäre Therapieprogramm, dass Cannabis die häufigste Substanz darstellt, die im Harn aufscheint.

Das vielfältige psychoaktive Wirkungsspektrum der Substanz wird offensichtlich für eine Vielzahl von psychischen Bedürfnissen und psychosozialen Motiven multifunktional eingesetzt.

Aus den Beobachtungen und Berichten der PatientInnen lassen sich einerseits verschiedene Muster des Cannabiskonsums und andererseits unterschiedliche Haltungen gegenüber dieser Substanz ableiten. Cannabis wird häufig von jenen Betroffenen, die das Thema »Suchtdynamik« noch ausblenden und nicht erkennen, als harmlos eingestuft. Der Fokus der Betroffenen ist

Kunst und Menschenrechte in der Galerie POOL 7



von Kurt Neuhold

»Jeder hat das Recht, am kulturellen Leben der Gemeinschaft frei teilzunehmen, sich an den Künsten zu erfreuen und am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben«

Mit diesen Worten wird in Artikel 27 (Absatz 1) der »Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte« die freie Teilnahme und Teilhabe an Kunst, Kultur und Wissenschaft als Menschenrecht proklamiert. Ein Grundgedanke und eine Voraussetzung für dieses Recht ist das Teilen – teilen, um Anteil nehmen, um sich freuen zu können. Welch Gegensatz zum Habenwollen und schnellen Konsum à la »Geiz ist geil«!

Prägnanter als in Artikel 27 der Menschenrechtserklärung formuliert können auch die Ziele und Anliegen der POOL7-Galerie und Intentionen der Kunstprojekte im *Grünen Kreis* nicht beschrieben werden. Das Recht auf aktive und passive Teilnahme am Kulturleben einzufordern, ist eine Herausforderung, die nicht nur wegen fehlender materieller Ressourcen schwer einzulösen ist.

Oft fehlt das Bewusstsein um die Bedeutung von Kunst, Wissenschaft und Kultur für die Entfaltung und Entwicklung der Persönlichkeit. Eine Haltung, die Effizienz und Erfolg vor allem nach statistisch messbaren Kriterien beurteilt, lässt sich schwer vereinbaren mit dem offenen, prozessorientierten Herangehen, das eine Voraussetzung für produktives künstlerisches Arbeiten und wissenschaftliches Forschen ist. Scheitern, um aus Fehlern lernen zu können, muss erlaubt sein; ein Fehler, ein Rückfall ist eine wertvolle Erfahrung, weil dadurch nicht gelöste Konflikte deutlich werden.

Der Verweis auf die Menschenrechte im Zusammenhang mit der Galerie und den Kunstprojekten mag zwar etwas übertrieben klingen, dennoch: Artikel 27 bestärkt mit der Aussage, dass die aktive und passive Teilnahme am Kulturleben ein Menschenrecht ist, alle Bemühungen, die dieses Recht einfordern. Und dies gerade für Menschen, die aufgrund ihrer Herkunft sozial und kulturell benachteiligt sind oder aus welchen Gründen auch immer vom Kulturleben ausgegrenzt werden. Deshalb unterstützt POOL7 mit der Ausgabe von Kulturpässen die Initiative HUNGER AUF KUNST UND KULTUR*, deshalb sind wir Teil des Organisationsteams des FIT FOR LIFE-Literaturpreises**, deshalb präsentieren wir Kunst aus Werkstätten und aus Ateliers, von Profis und von Menschen, denen künstlerisches Gestalten ein tiefes Ausdrucksbedürfnis ist. POOL7 fördert den Dialog und den Erfahrungsaustausch von etablierten und erfahrenen KünstlerInnen mit Menschen, die eine aktive Kunstpraxis erst neu entdecken. Dem liegt ein offenes, prozessuales Kunstverständnis zugrunde, das künstlerischen Ausdruck als grundlegendes Bedürfnis und als Menschenrecht begreift.

Anlass, sich dies wieder einmal bewusst zu machen, war die Vernissage

der Ausstellung »HUMAN RIGHTS – REAL? ABSTRAKT!«, die Mag. Hans Dieter Schindlauer, Geschäftsführer von ZARA (Zivilcourage und Anti-Rassismus-Arbeit), am 6. Dezember eröffnete. Fast genau am Jahrestag der Proklamation der Menschenrechte in Paris (10.12.1948) präsentierten wir neben den kraftvollen, abstrakten Arbeiten von Monika Lederbauer das vom dänischen Künstler Victor Vidal initiierte Projekt »Human Rights Flag II«, eine Gemeinschaftsarbeit, bei der 30 KünstlerInnen aus 21 Ländern je einen der 30 Artikel der Menschenrechtserklärung künstlerisch interpretieren.

(t)räume

In der Kunstszene beliebt, geschätzt und bekannt, ist POOL7 nicht nur eine Galerie und ein Verkaufsgeschäft für Kunsthandwerk, sondern ebenso ein Raum der Begegnung und ein Veranstaltungsort für Vorträge, Konzerte, Theateraufführungen und Performances.

Performance ist die künstlerische Ausdrucksform von Verena Schneider und Florinda Fürst. Mit schwarzen Tüchern, Holzklötzen, Herbstlaub und Metallstäben verwandelten sie POOL7 in einen Theaterraum. Grenzüberschreitend, vor der Galerie beginnend, bespielten sie die Straße, danach den Innenraum, wo sie, von passender Musik begleitet, ausdrucksstarke, teilweise akrobatische Szenen performten.

»(t)räume« nannten sie ihr mit zeitgenössischen Zirkuselementen bereichertes Stück, das sie als Versuch verstanden wissen wollen, dem Leben und sich selber nah zu sein, Ängste zu überwinden und eine Privatsache zu entprivatisieren.

Nach der Aufführung sprach ich mit Verena Schneider, die ihre Zirkuskünste in Italien, Frankreich und Belgien erlernte und sich in ihren Arbeiten mit psychologischen und philosophischen

*Informationen zur Initiative und zum Kulturpass: www.hungeraufkunstundkultur.at | ** siehe: www.fitforlife-literatur.at

Fragestellungen rund um die Themen Stillstand und Dynamik beschäftigt.

Im Folgenden einige Passagen aus dem Gespräch:

Was möchtest du mit deiner Kunst ausdrücken? Um welche »(t)räume« geht es dir?

In der Arbeit (t)räume beschäftige ich mich hauptsächlich mit der Beziehung zu mir selbst und zu den anderen. Mich inspirieren das Erforschen und Spüren von Beziehungsimpulsen, das Verändern von Verbindungen sowie das Spüren der jeweiligen Energien. Bei der Arbeit beobachte ich gerne, wie wir uns verhalten, wer welche Position einnimmt und welche Dynamiken sich ergeben. Wie lernt man sich kennen? Welche Energien entwickeln sich zwischen den Personen? Welche Verhaltensmuster haben wir in unserer Gesellschaft? Wer und was bin ich, wie definiere ich mich? Gerne reihe ich nichtlogische Dinge aneinander und experimentiere damit, was sie mir erzählen und wie sie sich anfühlen. In der Arbeit vertraue ich oft auf die Ordnung im Imperfekten und die Intuition des Moments, was mir den Ansporn gibt, auch im Leben darauf zu vertrauen. Im Alltag versuchen wir meist alles zu erklären und wollen es so richtig gut hinbekommen, aber gleichzeitig spüren wir, dass es, vor allem wenn es um Beziehung zu sich und den Mitmenschen geht, oft unerwartete absurde Wendungen gibt.

Was inspiriert dich künstlerisch?

Der mir sehr oft absurd erscheinende Kampf ums (Über-)Leben und die Hürden und Wahrnehmungen des alltäglichen Lebens inspirieren mich, dem künstlerischen Ausdruck zu verleihen. Bei meinen Performances wähle ich oft einen dramatischen Ansatz, weil ich spüre, wie brutal die Taten und der Kampf der Menschen in unserer Gesellschaft sind. Diese Brutalität ist dramatisch.

Woher kommt dein Interesse am Zirkus?

Zu Beginn meines Interesses am Zirkus und dem dazugehörigen Training brauchte ich auch etwas zum Festhalten. Für das Praktizieren von Handstand, Akrobatik und Tanz spielte meine Erfahrung mit Magersucht und anderen Suchtneigungen eine große Rolle. Nach absolviertem Training erlaubte ich mir zu essen, ich spürte mich und begann mich mehr für meinen Körper zu interessieren. Ich wollte gesund sein. Zusätzlich zum ästhetischen Herangehen beschäftige ich mich zunehmend stärker damit, wie wir Geist und Körper trainieren und wahrnehmen, und was Freiheit bedeuten könnte. Unter den Zirkuskollegen inspiriert und begeistert mich oft deren offene, direkte wie auch oft anarchistische Art zu arbeiten und aufeinander zuzugehen und die starke Körperlichkeit.

In eurem Flyer verwendest du den Begriff »fluid

handstand«. Was bedeutet das und wie bist du auf diese ästhetische Form gekommen?

Seit Beginn meiner Ausbildung in Frankreich praktiziere ich intensiv Handstand, Akrobatik und zeitgenössischen Tanz. Bei diesen Praktiken baut sich ein intensives körperliches Spannungsfeld auf. Handstand bedarf einer hohen Körperspannung, der Kontrolle der Muskeln und der Körperform. Zeitgenössischer Tanz und Akrobatik dagegen leben vom »Sich-treiben-Lassen« und dem Folgen von Bewegungsimpulsen. Die dadurch entstehende innere Ambivalenz zwischen Kontrolle und Flow, zwischen Stillstand und Dynamik nehme ich als Impuls, um mich psychologischen und philosophischen Fragestellungen anzunähern. Im Training sowie im kreativen Arbeiten als auch beim Schreiben eines Stücks versuche ich, den Handstand »herunterzubrechen«, mit akrobatischer Bewegung zu verbinden und zu experimentieren.

Vielen Dank für das Gespräch und alles Gute und viel Erfolg bei deiner künstlerischen Arbeit.

Verena Schneider (AT/FR): Studium und Auftritte in Italien, Frankreich und Belgien, bei Festivals mit international renommierten Tänzern und Choreografen.

Kurt Neuhold

Leiter Kunst im Grünen Kreis
www.gruenerkreis.at/kunst-im-gruenen-kreis-0

Foto: Grüner Kreis



»HUMAN RIGHTS – REAL? ABSTRAKT!« in der Galerie POOL 7, 1010 Wien, Rudolfsplatz 9

Einen festen Platz in der medizinischen Anwendung haben Cannabinoide aber bereits in der Schmerztherapie (vor allem bei neuropathischem Schmerz), in der Epilepsie und bei Spasmen, als Krebsbegleittherapie und in der Palliativmedizin. Wie weit auch die angstlösende und antidepressive Wirkung systematisch in der Medizin eingesetzt werden kann, muss in Studien noch gezeigt werden. Für die Polyneuropathie wie auch die Begleitung bei Chemotherapie liegen bereits heute gute klinische Daten vor, die eine positive Wirkung zeigen. Viele andere Indikationen haben Phase-2-Studien, aber wenige prospektive Phase-3- und -4-Studien absolviert. Daher ist die Zahl der bereits zugelassenen Cannabispräparate noch begrenzt.

Allerdings berichten Experten auf medizinischen Kongressen laufend

neue positive Beispiele aus ihrer ärztlichen Praxis. Vor allem für Schwerstkranke will keiner der weltweit führenden Cannabisexperten auf Cannabis in Blütenform verzichten, da die rasch einsetzende schmerzstillende und entspannende Wirkung bislang in der Intensität noch von keinem anderen Produkt erreicht wurde. Hinzu kommt, dass die Blüte bei standardisierten Wirkstoffzusammensetzungen gut dosiert werden kann. Das zeigen Länder wie Kanada, Israel, die Niederlande und seit 2017 auch Deutschland, wo die Cannabisblüte als Arzneistoff zugelassen wurde.

Entourage-Effekt: Vielstoffmischungen zeigen bessere Wirkung!

Experten fordern daher immer mehr, sortenreine Cannabisblüten in der Medizin

als Rohmaterial einzusetzen, um daraus standardisierte pharmazeutische Extrakte mit definierten und normierten Wirkstoffgehalten zu produzieren. Die Forschung gibt Hinweise darauf, dass sich die hohe Wirksamkeit der Cannabispflanze nicht auf Monosubstanzen oder synthetische Derivate reduzieren lässt. Damit bestätigt sich ein in der Phytotherapie bekanntes Phänomen: Standardisierte Vielstoffgemische zeigen eine höhere Wirksamkeit als Präparate, die nur einen einzelnen Wirkstoff einer Pflanze enthalten.

Univ.-Prof. Mag. Dr. Rainer Schmid
 Der Chemiker und Toxikologe leitete die Abteilung Toxikologie und Medikamentenanalytik am AKH Wien und war in der Drogenprävention tätig. Seit 2017 ist er wissenschaftlicher Leiter der Medical Cannabis Research & Analysis GmbH.

eine Haaranalyse zu erbringen hat, muss die Haare sechs Zentimeter wachsen lassen, darf sie nicht schneiden, färben oder bleichen. Die Höchstgerichte bestätigten die Rechtmäßigkeit dieser Vorgehensweise, da der Amtsarzt über die Art des Abstinenznachweises zu entscheiden hat.²³ Wer mehrmals pro Monat kifft, muss daher eine Haaranalyse abgeben, will er den Führerschein behalten.

Cannabis als Medizin

Cannabis als Medizin ist in Österreich vor allem in Form des Medikaments Dronabinol verfügbar. Die oft hohen Kosten übernehmen die Krankenkassen nur in Ausnahmefällen. Cannabis in natürlicher Form ist in Österreich im Gegensatz zu Deutschland nicht verfügbar. Das legale CBD unterliegt zwar nicht dem Strafrecht, ein Kostenersatz ist jedoch nicht vorgesehen.

Fazit

Aus Sicht des Autors ist das Thema Cannabis von politischen Motiven geprägt. Die Wissenschaft wird häufig der Emotion geopfert. Während der Konsum mittlerweile weit verbreitet ist und gesundheitspolitisch diesem Phänomen im Bedarfsfall durch Therapieangebote begegnet wird, sind gravierende strafrechtliche Folgen nach wie vor nicht auszuschließen. Zwar hat der Konsument keine Strafe zu erwarten, die Sanktionierung erfolgt aber vielfach über die Führerscheinschiene.

Wer den Führerschein behalten möchte, hat die Abstinenz zu belegen, auch wenn er noch nie berauscht ein Fahrzeug gelenkt hat. Jemand, der weiter konsumiert, obwohl er bereits angezeigt wurde, bekommt nicht selten von Sachverständigen eine Anpassungsstörung attestiert. Nach dem Gesetz gilt jeglicher Konsum als Missbrauch und ist sohin pathologisch. Das Wissen über die Wirkungsweise illegaler Substanzen ist bei Behörden in der Regel äußerst mangelhaft. Regelmäßige Vernetzungen mit Drogenberatungsstellen wären daher sinnvoll. Ebenso bedarf es einer Abkehr von der Repression hin zu Akzeptanz und Prävention, will man die Betroffenen erreichen.

- [1] Vgl. Einzige Suchtgiftkonvention vom 30.03.1961, idF des Genfer Protokolls vom 25.03.1972, BGBl 1978/531.
- [2] Vgl. dazu ausführlich: <https://medicalmarijuana.procon.org/view.resource.php?resourceID=000881>.
- [3] Vgl. dazu ausführlich: https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/welt/weltpolitik/996432_Kanada-legalisiert-Cannabis-vollstaendig.html.
- [4] Vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht: Europäischer Drogenbericht 2018 http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001DEN_PDF.pdf.
- [5] Vgl. dazu ausführlich: <https://diepresse.com/home/ausland/welt/5540908/Luxemburg-will-Cannabis-zum-Freizeitgebrauch-legalisieren>; <https://www.nzz.ch/schweiz/>

- cannabis-geplante-pilotversuche-kommen-gut-an-ld.1431050.
- [6] Vgl. dazu ausführlich: <https://www.bundeskriminalamt.at/news.aspx?id=41334D41357748305234383D>.
- [7] Vgl. <https://www.puls4.com/puls-4-news/videos/Beitraege/Innenpolitik/Innenminister-will-haertere-Strafen>.
- [8] Vgl. Regierungsprogramm, 44.
- [9] Vgl. <https://www.nachrichten.at/nachrichten/spezial/art194059,2936054>.
- [10] Vgl. BMASK, Bericht zur Drogensituation, IV.
- [10] Vgl. BMASK, Bericht zur Drogensituation, IV.
- [11] Vgl. Suchtmittelbericht 2016, 58.
- [12] Vgl. <https://www.profil.at/oesterreich/cannabis-boom-privatanbau-10260967>.
- [13] Vgl. § 27 Abs 1 Z 2 SMG.
- [14] Vgl. § 28 Abs 1 SMG.
- [15] Vgl. OGH 150s116/12s vom 21.11.2012.
- [16] Vgl. § 28a SMG.
- [17] Vgl. § 7 FSG.
- [18] Vgl. § 87 GewO.
- [19] Vgl. dazu ausführlich: https://diepresse.com/home/panorama/oesterreich/5498200/Norbert-Hofer_Ich-bin-drogengefaehrdet.
- [20] Vgl. <https://www.mcra.eu/cannabis-im-strassenverkehr>
- [21] Vgl. § 14 FSG-GV.
- [22] Vgl. <https://www.uniklinik-freiburg.de/nc/presse/pressemitteilungen/detailansicht/presse/558.html>.
- [23] Vgl. VwGH 2017/11/0287 vom 19.12.2011.

Dr. Martin Feigl
 ist Rechtsanwalt in Wien und Geschäftsführer des Vereins TakeYourRights sowie langjähriger Rechtsberater bei der Suchthilfe Wien

nach wie vor nach außen – sprich auf die Substanz – und nicht auf die eigene Person gerichtet, und die Substanzen werden hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Wirkweisen und Nutzen eingestuft. Der Aspekt der eigenen Selbststeuerung – ohne Substanzen – wird noch nicht wahrgenommen.

Im Rahmen der Urinprobe nach dem Ausgang beispielsweise wird fallweise der Versuch gemacht, den Konsum zu rationalisieren, zu individualisieren und zu bagatellisieren. Der Rückfall wird zunächst als harmlos betrachtet und der Zusammenhang mit süchtigem Verhalten abgewehrt. Die Verantwortung für das Zustandekommen des Rückfalles wird abgewiesen mit dem Argument, dass »ja nur Cannabis« konsumiert wurde.

In der Rückfallsbearbeitung, die nach jedem Rückfall stattfindet, wird von PatientInnen oftmals berichtet, in Stresssituationen Cannabis zur Spannungsreduktion konsumiert zu haben. Dies betrifft meist Mehrfachbelastete. Beispielsweise bei Bewerbungsgesprächen, die im Rahmen von Kurzzeittherapien bereits relativ früh einsetzen müssen, kann es sein, dass PatientInnen auf Cannabis rückfällig werden. In diesem Fall werden soziale Ängste, Angst vor Ablehnung und Scheitern sowie Spannungszustände genannt. Nicht zuletzt kann auch ein Treffen mit dem/der Partner/in oder Familienmitgliedern der Grund dafür sein, Cannabis als »soziales Schmiermittel« – um Unsicherheiten nicht zu spüren – zu konsumieren.

Manche neigen dazu, Cannabis speziell bei Craving – sozusagen als Substitut – einzusetzen. Das Argument lautet dann meist: »Besser Cannabis, wenn ich Gifthunger habe, als harte Drogen.« In diesem Zusammenhang ist auch jener Konsum zu nennen, der zum Ziel hat, Entzugssymptome zu lindern.

In der Auseinandersetzung mit Rückfällen und süchtigem Verhalten spielen die MitpatientInnen in der Therapeutischen Gemeinschaft eine tragende Rolle: Sie kennen aus eigener Erfahrung die unterschiedlichen Argumente, die aus der suchtimmanenten »Doppelbödigkeit« resultieren. Sie kennen auch die Gefahr des Prozesses, der einsetzen kann, wenn mittels Cannabis Linderung eingeholt wird: der Griff zu anderen, ehemaligen Leitdrogen kann rasch erfolgen.

Die Konfrontationen und Auseinandersetzung unter den PatientInnen zu Konsum und Rückfall wird in der Regel von den Betroffenen sehr

ernstgenommen. Stabile PatientInnen werden als glaubwürdig erlebt und ihre Sichtweisen werden anders angenommen als die von BehandlerInnen.

In letzter Zeit ist bemerkbar, dass PatientInnen – wenn auch in seltenen Fällen – auf Ausgängen CBD-Tropfen besorgen und als Substitut zum Abpuffern von Craving verwenden. Auch die Linderung von Ruhelosigkeit, Spannungszuständen und eine Verbesserung von Schlafstörungen mit Cannabidiol werden als Gründe für deren Gebrauch angegeben.

Diese Tatsache bedarf einer präzisen Betrachtung: Einerseits ist neben dem vorliegenden Störungsbild die persönliche Entwicklung im therapeutischen Prozess genau zu überprüfen – auch hinsichtlich der Suchtdynamik. Andererseits kann der Harm-Reduction-Ansatz im Einsatz von Cannabidiol neu überlegt und neu diskutiert werden. Die Frage ist – speziell im Hinblick auf die Entzugs- und Stabilisierungsprogramme –, welches Ziel von den PatientInnen erreicht werden möchte oder realistischerweise erreicht werden kann.

Fazit

Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung bei CannabiskonsumtInnen richtet sich nach den bio-psycho-sozialen Belastungen der Betroffenen. Damit ist die Schwere des Entzugssyndromes und Störungsbildes ebenso gemeint wie mögliche Komorbiditäten, Folgestörungen und ambulante Therapieresistenz.

Hier sind Präventions- und Unterstützungsangebote erforderlich, die nicht nur den Suchtmittelkonsum, sondern gegebenenfalls die gesamte Lebenssituation und die körperliche Verfassung mitberücksichtigen (vgl. dazu Soyka et al., 2017; Brodbeck et al., 2005).

Literatur

- Becker, H.** (2005). Therapie von cannabisbezogenen Problemen. Explorative Studie therapeutischer Erfahrungen mit Cannabisklienten. Dipl.Arbeit, Berlin.
- Berthel.** (2007). Cannabis und Jugendalter – psychoaktive Substanzen und seelische Entwicklung. *Therapeutische Umschau*, 64(2), 99–102.
- Beubler, E., Haltmayer, H. & Springer, A.** (Hrsg.) (2007). Opiatabhängigkeit: interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Wien: Springer.
- Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, F. M., Schneider, U. & Tossman, P.** (2004). AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen. *Fortschritte der Neurologie·Psychiatrie*, 72(06), 318–329.

Brodbeck, J., Matter, M. & Moggi, F. (2005). Konsumhäufigkeit von Cannabis als Indikator für biopsychosoziale Belastungen bei Schweizer Jugendlichen. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 188–195.

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: theory, model and method*. New York: Springer.

Englert, I. & Holzbach, R. (2007). Stationäre Behandlung bei Cannabis-Abhängigkeit – wann ist sie notwendig, was sind sinnvolle Bestandteile? *Suchttherapie*, 8(04), A23.

Gaßmann, R. (2005). Die Cannabis-Diskussion aus der Perspektive von Prävention und Suchthilfe. *Suchttherapie*, 6(03), 97–101.

Hoch, E., Noack, R., Rohrbacher, H., Henker, J., Pixa, A., Dittmer, K. ... & Wittchen, H. U. (2007). Behandlung von Cannabisstörungen – Eine Aufgabe für Psychotherapeuten in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal*, 4(7), 262–267.

Kipke, I., Steppan, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Cannabis-bezogene Störungen – epidemiologische und soziodemographische Daten aus ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland 2000–2009. *Sucht*, 57(6), 439–450.

Kolte, B., Schmidt-Semisch, H. & Stöver, H. (2006). Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird. Frankfurt: Fachhochschulverlag.

Kraus, L., Pfeiffer-Gerschel, T. & Pabst, A. (2008). Cannabis und andere illegale Drogen: Prävalenz, Konsummuster und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54(7), 16–25.

Schneider, D. (2016). Konsumfolgen und Behandlungsbedarf von Cannabis-Intensivkonsumenten/innen im ambulanten Setting. *Sucht*, 62(1), 23–30.

Soyka, M., Preuss, U. & Hoch, E. (2017). Cannabisinduzierte Störungen. *Der Nervenarzt*, 88(3), 311–325.

Thomasius, R. (2005). Cannabismissbrauch und -abhängigkeit erkennen und behandeln – Die Folgen regelmäßigen Konsums werden oft unterschätzt. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 7(6), 48–55.

Vanderplasschen, W., Vandeveld, S. & Broekaert, E. (2014). Therapeutic communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Veale, D., Gilbert, P., Wheatley, J. & Naismith, I. (2015). A new therapeutic community: development of a compassion-focussed and contextual behavioural environment. *Clin Psychol Psychother.* 22(4), 285–303.

Vormann, G. (2002). Therapeutische Gemeinschaft. In: Fenger, J. (Hrsg.). *Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung, Therapie, Prävention* (S. 555–61). Landsberg/Lech: Ecomed.

Mag.^a Regina Agostini

Klinische- und Gesundheitspsychologin
Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision
Therapeutische Leitung Sonderklinik Marienhof / Grüner Kreis

Expertengespräch Hope or Dope?

Cannabis im Spannungsfeld zwischen heilender Substanz und Rauschmittel

Gastreferenten

Dir. Prim. Dr. Christian Korbelt

Ärztlicher Direktor des Landeskrankenhauses Mauer
FA für Psychiatrie u. psychotherapeutische Medizin

O.Univ.Prof. DDr. Hans Georg Kress

Vorstand der Abteilung für Spezielle Anästhesie und
Schmerzmedizin, Medizinische Universität / AKH Wien

Moderation und Diskussionsleitung

PD DDr. Human-Friedrich Unterrainer



4. April 2019, 19.30 Uhr

POOL7 1010 Wien, Rudolfsplatz 9

Eintritt frei | Um Anmeldung wird gebeten ☎ +43 1 523 86 54

Diese Veranstaltung wird gemäß PsychologInnengesetz 2013 (BGBl I 182/2013) als Fortbildung angerechnet.

Beratungs- & Betreuungsteam

Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Mag.^a Mirjam Ohr MA (W)
Tel.: +43 (0)664 8111021
mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at
Sonja Kriegner, BA (Justiz)
Tel.: +43 (0)664 8111018
mail: sonja.kriegner@gruenerkreis.at
Maria Lanver BA, MA (Justiz)
Tel.: +43 (0)664 1809709
mail: marina.lanver@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Harald Berger (NÖ/Justiz)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at
Sara Klammer, BA (NÖ)
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: sara.klammer@gruenerkreis.at
Gabriele Stumpf (NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabrielle.stumpf@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Claudia Neuhold
Tel.: +43 (0)664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at
Harald Berger (Justiz)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

Steiermark

Mag.^a (FH) Christina Winter da Silva, MA
Tel.: +43 (0)664 8111041
christina.winter@gruenerkreis.at

Jasmin Kupfer, BA MA
Tel.: +43 (0)664 8111023
jasmin.kupfer@gruenerkreis.at
Kärnten, Osttirol
Thomas Liegl, BA
Tel.: +43 (0)664 384 0280
thomas.liegl@gruenerkreis.at

Salzburg

Claudia Neuhold
Tel.: +43 (0)664 8111024
mail: claudia.neuhold@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111675
susanne.fessler@gruenerkreis.at

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren

Wien
1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 (0)1 5269489 | Fax: +43 (0)1 5269489-40
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11
Tel.: +43 (0)1 710 74 44 | Fax: +43 (0)1 710 74 44-22
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126 | Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linzer

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Beratung & Hilfe

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at