

Sucht- lexikon

Stehwald
Cannabis

Herausgegeben
von

Prof. Dr. Franz Stimmer

unter Mitarbeit
von

Petra Andreas-Siller
(Redaktion und Kurzstichwörter)

2000

R. Oldenbourg Verlag München Wien

Cannabis
Neben Tabak, Kaffee und Alkohol ist Cannabis die weltweit am häufigsten gebrachte Droge.

1. Inhaltsstoffe. Die weibliche Pflanze des indischen Hanfs (*Cannabis sativa var. indica*) sondert ein harziges Sekret („Haschisch“) ab, in dem verschiedene Cannabinole enthalten sind. „Marihuana“ wird aus getrockneten Blättern und Blüten gewonnen. Die Hauptinhaltsstoffe des Harzes sind das Cannabidiol, Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabinol. Diese Reihenfolge gibt auch den mutmaßlichen Syntheseweg der Pflanze wieder. Die für die psychotropen Wirkungen verantwortliche Verbindung ist das THC sowie die besonders in nepalesischen Hanfarten aufweisenden Methyl- und Propylanalogue des THC. Daneben sind über 30 weitere Inhaltsstoffe identifiziert, deren Eigenwirkungen bisher wenig untersucht sind. Cannabidiol besitzt keine psychischen Wirkungen, ist jedoch ein Hemmstoff der arzneimittelabbauenden Enzyme und kann dadurch nicht nur THC-Effekte, sondern auch die Wirkung anderer Pharmaka verlängern. Außerdem hat es krampfhemmende Eigenschaften. Da der Gehalt der Cannabispflanze bzw. der Haschischextrakte an den verschiedenen Inhaltsstoffen vom Klima, von der Bodenbeschaffenheit, Aufarbeitung, Lagerung etc. abhängt und daher erheblich variiert, ergibt sich bei der Beurteilung der Wirkungen eine besondere Problematik.

2. Die Konsumenten. 75% der Haschisch- und Marihuanaraucher in unserer Gesellschaft sind junge Menschen. Häufig haben sie den ersten Kontakt mit dem Stoff schon mit 12–15 Jahren. In der Regel wird er durch Freunde oder Bekannte vermittelt. Nach der Persönlichkeitsstruktur sind es meist schüchlerne, reservierte junge Menschen von geringer Dominanz, die zu Haschisch greifen. Neugier, Nachahmungstrieb, Gruppendynamik etc. lassen bestehende Hemmungen überwinden. Eine genetische Anlage (→ Genetik) zur Neigung, Cannabis zu verwenden, ist nicht bekannt. Den meisten Probierern bringt der erste „Joint“ – außer Husten und manchmal Übelkeit – nicht viel Lernenerbeim nächsten oder übernächsten Mal die „richtige“ Technik des Inhalierens, dann erlebt er mehr oder weniger deutlich, daß die Droge Unangenehmes eine Zeitlang vergessen läßt, z. B. Schwierigkeiten mit den Eltern, Ärger in der Schule, Streit mit dem Freund oder der Freundin. Wer diese Erfahrungen macht und dabei auch noch eine leichte Euphorie empfindet, bekommt Lust, dieses „Feeling“ zu wiederholen. Wird der Gebrauch weitergeführt, gehen im Laufe der Zeit Einsicht und Bereitschaft verloren, Probleme oder Mißbilligkeiten auf andere Weise oder durch andere Aktivitäten zu beseitigen. Die positiv empfundenen Erlebnisse sind aber offenbar nicht so nachhaltig wirksam, um die Fortsetzung der Drogeneinnahme zwingend erscheinen zu lassen bzw. sie nicht beenden zu können. Das Haschisch- oder Marihuanauchen hört nämlich trotz der unstrittig vorhandenen Reinforcereigenschaften des THC meist mit der Übernahme von Erwachsenenfunktionen auf (→ Maturing out). Ist den jungen

Menschen diese Rolle verwehrt (Arbeitslosigkeit, fehlende feste Partnerschaften etc.) verlieren sie ihre bisherigen Gewohnheiten deutlich selbster. Die Annahme, daß der Gebrauch von Cannabis außer pharmakodynamischen auch „Socialreinforcement“-Eigenschaften entfaltet, ist daher nicht ganz abwegig. Auch diese Form von psychischer Abhängigkeit enthält Elemente des Zwanghaften, ein erwünschtes Ergebnis zu erzielen. Ihr fehlt aber der Charakter des Absoluten, Starren, schwer Korrigierbaren. Andererseits kann unter bestimmten Bedingungen der Cannabisgebrauch bei Jugendlichen das gelernte Verhalten, Drogen zu verwenden, bahnen und festigen (Übergang zu „harten“ Drogen). In Abhängigkeit von der Häufigkeit des Gebrauchs und der Dosierung kann sich gegen THC eine → Toleranz entwickeln. In der Regel ist die verwendete Menge und die Aufnahmefrequenz aber zu gering, um eine Toleranz entstehen zu lassen. Daher müssen selbst chronische Haschischraucher nur ganz selten die Dosis erhöhen. Auch das Wirkungsspektrum ändert sich kaum. Beim Absetzen der Droge treten wegen der fehlenden Toleranz nur selten geringe Abstinenzerscheinungen auf.

3. Wirkungen. Geringe Dosen (unter 50 µg/kg) THC lösen vegetative Reaktionen wie Pulsbeschleunigung, Mundtrockenheit, Hungergefühl, bei Drogenneuen anfangs Husten, Schwindel und Übelkeit aus. Die Fahrtüchtigkeit kann leicht eingeschränkt sein. Die Effekte dauern maximal 2–4 Stunden an und sind voll reversibel. Hohe Dosen führen zusätzlich zu Schläfrigkeit, Rötung der Bindehaut, manchmal zu Bluthdruckabfall, zu kalten Händen und Füßen. Die Fahrtüchtigkeit ist beeinträchtigt. Auch diese Symptome bilden sich nach einigen Stunden folgenlos zurück. Todesfälle als direkte Folge von Cannabisintoxikationen sind selbst bei Verwendung sehr hoher Dosen bisher nicht bekannt geworden.

Ab etwa 0,1 µg/kg (5–7 µg/kg) THC werden psychische Effekte deutlich. Sie sind keineswegs uniform. Meist kommt es zu einem Gefühl der Entspannung, des Abtrocknens von Alltagsproblemen, zu angenehmer empfunderer Apathie und Euphorie. Manchmal tritt aber auch eine ängstliche Unruhe oder aggressive Gerreiztheit auf. Die Denkabläufe werden als assoziationsreich, phantasiebegünstigend und beglückend erlebt. Im Rausch werden akustische und optische Sinneswahrnehmungen intensiviert. Das Zeiterleben wird im Sinne einer Verlangsamung der subjektiv registrierten Zeitabläufe verändert. Unerfahrene Probierer erleben das „high“-Sein nur selten. Umgekehrt haben erfahrene Haschisch- bzw. Marihuanaraucher gelegentlich ein typisches „high“-Sein, obwohl in den verwendeten Proben nachweislich kein Wirkstoff enthalten war. Dabei handelt es sich um ein gelerntes Verhalten, bei dem die Erwartung bestimmter Drogeneffekte mit einer emotionalen Reaktionsbereitschaft verknüpft wird, die sich gegenseitig verstärken. Unabhängig von der individuellen und situationsbedingten Ausprägung der Wirkung ist nach kleinen Dosen die sedative Komponente vorherrschend. Nach höherer Dosierung (15 µg und mehr) überwiegen erregende Phänomene, die sich bis zu psychotischen Zuständen steigern können. Geringe wie hohe Dosen – über längere Zeit genommen – äußern sich vorwiegend am Atemwegssystem (chronische Bronchitis). Änderungen des Hormonhaushaltes sind immer wieder vermutet worden, aber nicht gesichert. Alle kritischen Nachprüfungen haben auch keine relevanten Folgen auf das Immunsystem festgestellt. Untersuchungen zur Mutagenität von Cannabinoiden sind nach wie vor widersprüchlich. Für den Menschen haben diese umstrittenen Effekte keine bisher erkannten negativen Auswirkungen. Ein erhöhtes Risiko, durch Cannabis vorzeitig zu sterben, besteht offenbar auch nicht. Insgesamt ist die Gefährlichkeit, schwerwiegende und bleibende

Chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker (CMA)

Organschädigungen durch den üblicherweise zeitweiligen Haschischgebrauch zu erleiden, gering.

Mit negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit müssen Jugendliche und heranwachsende Menschen, die sich täglich größere Mengen Cannabis zuführen, psychisch Kranke sowie psychisch auffällige oder starkem Stress ausgesetzte Personen rechnen. Insbesondere sind psychomotorische und kognitive Leistungen beeinträchtigt. Auch aus Tests für Kurzzeitgedächtnis, Reaktionszeit und visumotorische Fähigkeiten geht eine Verschlechterung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Denkfähigkeit hervor. Ungeklärt ist allerdings, ob Gedächtnis- und andere kognitive Schwächen eine unvermeidliche Konsequenz des Cannabisgebrauchs sind.

- wieviel geraucht werden muß, um Gedächtnisstörungen auszulösen;
- ob es besondere Risikogruppen gibt, die mit Gedächtnisstörungen reagieren;
- ob die Beeinträchtigung voll reversibel ist, und wenn ja, wie lange sie unter welchen Bedingungen anhält.

Nach den bisherigen Erkenntnissen müssen Personen, die häufig hochkonzentrierte Cannabisprodukte rauchen, mit Gedächtnisminderung bis zu sechs Wochen nach dem letzten Gebrauch rechnen. Darüber hinaus sind Individuen mit Lernschwierigkeiten, mit niedrigem Intelligenzquotienten (IQ) und Grenzfälle zu psychischer Auffälligkeit offenbar empfindlicher als völlig gesunde. Für Jugendliche und Heranwachsende ist das Hauptrisiko das „Amotivationsyndrom“. Dabei handelt es sich um Antriebsschwäche, mangelnde Zielstrebigkeit oder Unwilligkeit, Herausforderungen anzunehmen und nicht wie vielfach verbreitet – um mehbare Leistungseinbußen der Konsumenten. Die Leistungsfähigkeit ist häufig und speziell bei Anforderungen nur gering eingeschränkt. Die nachlassende Bereitschaft, freiwillig Aufgaben und Verant-

wortung zu übernehmen, der insgesamt geringe Antrieb, die fehlende Lebensplanung etc. sind etwas anderes als Tätigkeiten ausführen zu können. Mit anderen Worten: Die Kreativität und Dynamik der Jugend wird durch Cannabis mehr oder weniger unterdrückt. Diese Schlußfolgerung wird durch Umfragen in Drogenberatungsstellen und Fachkliniken gestützt. In beiden Institutionen wurde von den Befragten als Reaktion auf Haschischkonsum am häufigsten Schwundlosigkeit (96%) und Demotivierung (94%) angegeben. Diesen Sachverhalt mit dem Argument zu verharren, es gäbe immer Personen, die auch ohne Cannabis keinen Drang verspüren, ihr Leben nach eigenen Ideen und mit eigener Triebkraft zu gestalten, ist intellektuell unredlich. Nach Verwendung höherer Dosen kann Cannabis psychotische Zustände hervorrufen, bestehende Psychosen und andere psychische Störungen können sich verschlimmern, d. h., daß bei bestehender Vulnerabilität des Gehirns Cannabis Konsum ein Risikofaktor ist. Nicht erwiesen und unwahrscheinlich ist, daß durch die Droge Schizophrenie entsteht. → Drogenabhängigkeit; → Drogenfreigabe; → Suchstoffanalysen

Helmut Coper, Berlin

Chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker (CMA)

1. Begriffsbestimmung. Der Begriff „chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker“ (CMA) wurde in der Versorgungsdiskussion der Psychiatrie der 80er Jahre geprägt. Gemeint sind damit Alkoholiker, die vom therapeutischen Angebot sowohl der psychiatrischen Krankenhaus als auch der Fachberatungsstellen, Suchtfachkliniken und Selbsthilfegruppen nicht im erwünschten Ausmaß profitieren, sondern wiederholt rückfällig werden. Ihre soziale Situation ist meist gekennzeichnet durch Langzeitarbeitslosigkeit oder Frühberentung sowie Partnerverlust bzw. Partnerlosigkeit. Der jahrelange Alkohol-

Chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker (CMA)

mißbrauch hat bei ihnen z. T. zu schweren körperlichen Schäden geführt. Gravierende Persönlichkeitsveränderungen korrespondieren häufig mit starken hirnrorganischen Beeinträchtigungen. Einige Alkoholidige, einige sitzen Zwangsbehandlung) kommen Das bestehende bot ist für die holikern nicht I handlung in Such klinik) werden geschlossen. von „deprivierten“ oder „th holikern sprach von Alkoholikern und nicht di „CMA“ werden für Jugend, Fa sundheit (1988). Unter CMA ve von Alkoholikern Abhängigkeit gleich an grav ten Folgeschäd chischen und s Diese Definition die Bestimmung Vorhandensein drons und m notwendig ist, die Schwere c sichtig. Die C Untergruppe c mit Abhängig hllbedingten F (folgeschäden).

Alkoholidigen, aber ohne alkoholbedingte Folgeschäden ebenso nicht zu den CMA wie Alkoholmißbräucher, auch wenn sie alkoholbedingte Folgeschäden aufweisen. Für eine genaue Erläuterung von CMA ist es erforderlich, die beiden Definitionsmerkmale „Schwere der Erkrankung“ und „Vielzahl von Folgeschäden“ zu bestimmen. Da mit Ausnahme der operationalen Definitionen

von Schulz (1992) und Hilge/Schulz (1999) solche präzisen Aussagen fehlen, bleiben Angaben über den Umfang von CMA in der Regel äußerst vage.

2. → Epidemiologie. Der Anteil CMA wird auf 0,4% der Bevölkerung geschätzt. Das sind etwa 400 CMA auf 100.000 Einwohner oder 320.000 CMA in der heutigen Bundesrepublik. Etwa jeder achte Alkoholabhängige ist ein CMA. In den psychiatrischen Krankenhäusern ist der Anteil CMA deutlich höher. In Abhängigkeit von den örtlichen Gegebenheiten und der Definition sind