



## Früh-Erkennungs- & Therapie-Zentrum für psychische Krisen

Postadresse  
FETZ, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klini-  
kums der Universität zu Köln, 50924 Köln  
Tel.: 0221 - 478 4042 (Anrufbeantworter)  
Fax: 0221 - 478 7490  
Internet: [www.fetz.org](http://www.fetz.org)

# Netzwerk-Brief Nr. 1/2005

## Rundbrief des Kölner Früherkennungszentrums, FETZ

### Cannabis-Gebrauch im Jugendalter und Psychose-Risiko im Erwachsenenalter

Während einerseits über eine Legalisierung von Cannabis als 'weiche Droge' diskutiert wird, mehren sich die Hinweise darauf, dass das Risikopotential von Cannabis lange Zeit erheblich unterschätzt wurde. Die Entdeckung des körpereigenen Cannabinoidsystems hat wesentliche Fortschritte im Verständnis der Cannabiswirkung ermöglicht.

#### WIRKWEISE VON CANNABIS

1988 entdeckten Devane und Mitarbeiter das körpereigene Cannabinoidsystem. Der Cannabinoid-(CB)-Rezeptor vom Typ 1, der unter anderem auch in Blutegeln, Vögeln, Amphibien, Fischen, Muscheln vorkommt, ist mit 600 Mio. Jahren wesentlich älter als die Cannabispflanze mit 56 Mio. Jahren. Der CB<sub>2</sub>-Rezeptor wurde 1993 entdeckt, die Endocannabinoide Arachidonylethanolamid und Arachidonylglycerol 1992 und 1994, mit dem Nachweis weiterer Rezeptoren bzw. Endocannabinoide wird in Zukunft gerechnet.

**CB-Rezeptoren** ließen sich inzwischen in vielen Organstrukturen (Abb.1) und auch im Gehirn lokalisieren, so im **Kortex** (Empfindung, Wahrnehmung und Motorik), in den **Basalganglien** (Motorik, Sensomotorik), im **Hippocampus** (Kurzzeitgedächtnis, Krampfschwelle), im **Limbischen System** (Emotionen), im **Cerebellum** (Motorik), im **Hirnstamm** bzw. Rückenmark (u.a. Temperatur- und Kreislaufsteuerung, Schmerzhemmung), im **Hypothalamus** (neuroendokrinologische Effekte) und im **Bulbus olfactoris** (Riechfunktionen). Zudem ist das Cannabinoidsystem mit zentralen Botenstoffsystemen, darunter dem GABAergen, dopaminergen und serotonergen, verschaltet. Entsprechend dieser vielfältigen Lokalisationen und Interaktionen liegt es nahe, ein hohes, die verschiedensten zentralnervösen Funktionsbereiche betreffenden Schädigungspotential von Cannabis anzunehmen. Dies gilt insbesondere für seinen psychotropen Hauptwirkstoff  $\Delta$ -9-THC. Es ist deshalb besonders bedenklich, dass das heute konsumierte Cannabis einen gegenüber den 80er Jahren 6- bis 8-fach höheren  $\Delta$ -9-THC-Anteil enthält.

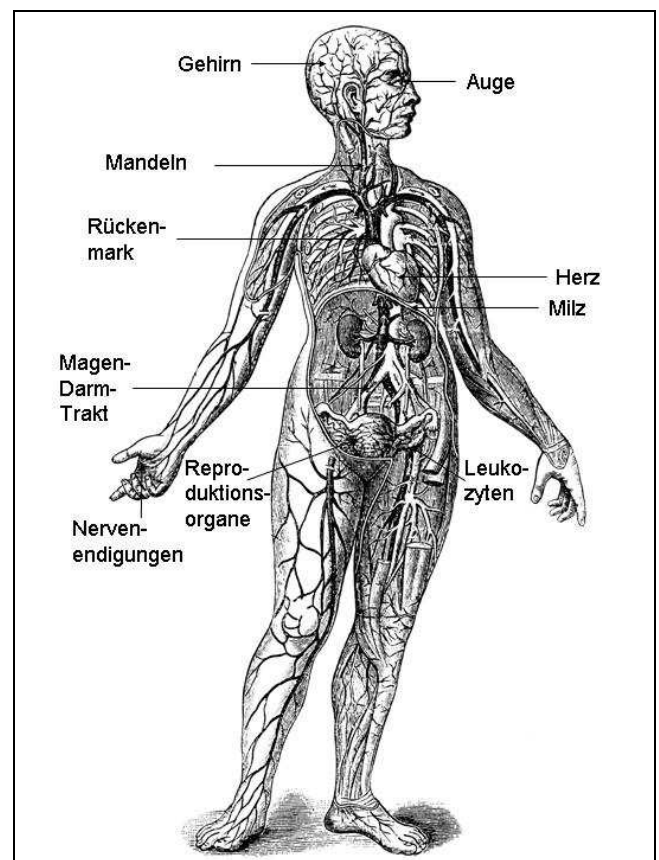


Abb. 1: Lokalisation der CB-Rezeptoren

#### HÄUFIGKEIT UND KONSUMMUSTER

Nach dem **Drogen- und Suchtbericht** der Drogenbeauftragten **der Bundesregierung** vom April 2004 haben 24% der Erwachsenen zwischen 18-59 Jahren **Erfahrung mit Cannabis**; bei den **18-34jährigen** sind es **42,7%** bei **Schüler/innen der 9./10. Klasse** bereits **31%**. Hinsichtlich eines Konsums in den vergangenen 12 Monaten lagen die Raten der Schüler und jungen Erwachsenen mit 24% bzw. 21,6% deutlich über der der Gesamtgruppe der Erwachsenen mit 6,8%. 5% der 9- und 10-Klässler waren aktuelle User und gaben einen Konsum in den letzten 30 Tagen an.

Laut einer 1998 durchgeführten anonymisierten Befragung (Kleiber & Söllner, 1998) von 1.458 cannabiserfahrenen Personen (62% männlich, 60% Abitur, 88% aus mittleren und hohen sozioökonomischen Herkunftsgruppen) lag das **mittlere Alter bei Erstkonsum von Cannabis bei 16,8 Jahren**, wobei **53% vor dem 16. Lebensjahr**, jedoch nur 10% nach dem 20. erstmals Cannabis konsumierten. **34% der Befragten** hatten bereits einmal eine **psychologische bzw. psychiatrische Behandlung oder Beratung** erhalten; **49,3% maßen Cannabis eine bedeutende bis sehr große Rolle in ihrem Leben bei**.

Kleiber und Söllner unterschieden 4 Konsummuster: 'Gelegenheitskonsumenten' (35,8%) mit einer geringen Konsumfrequenz (3-4 Tage/Monat, jeweils 1-2mal pro Tag) hauptsächlich im Freundeskreis oder auf Parties; 'gewohnheitsmäßige Individualkonsumenten' (20,6%) mit einer mittleren bis hohen Konsumfrequenz (ca. 18 Tage/Monat, jeweils etwa 2mal pro Konsumtag) hauptsächlich allein bzw. zuhause; 'gewohnheitsmäßige Freizeitkonsumenten' (26,1%) mit einer mittleren bis hohen Konsumfrequenz (18-19 Tage/Monat, etwa 3mal pro Tag) in diversen Situationen, vorwiegend aber in Gesellschaft und in der Freizeit; 'gewohnheitsmäßige Dauerkonsumenten' (17,5%, davon 79% Männer) mit einer hohen Konsumfrequenz (rd. 23 Tage/Monat und ca. 4mal pro Tag), die zudem den **höchsten Zusatzkonsum anderer illegaler Substanzen** (69%), das **niedrigste Einstiegsalter** (15,9 Jahre) und einen Gebrauch in jeder Situation (mit Freunden oder allein; auch in Beruf/Schule) aufweisen. Die Dauerkonsumenten benutzen Cannabis zudem am häufigsten zur emotionalen Selbstregulierung und Selbsterfahrung, sind gleichzeitig aber auch am häufigsten von starken klinischen Begleiterscheinungen des Konsums (z.B. Hunger, Mund- und Augentrockenheit, Müdigkeit, depressive Verstimmungen) betroffen.

#### KOMPLIKATIONEN BEI CANNABISKONSUMENTEN

Laut einer **Umfrage in 190 psychiatrischen und Suchtkliniken und 166 Drogenberatungsstellen** (Kleiner et al., 1992) waren 82,1% der Befragten in ihrer Arbeit mit Cannabiskonsumenten konfrontiert (davon Kliniken: 80,7%; Drogenberatungsstellen: 83,2%). Nur 18% der Cannabisuser konsumierten dabei ausschließlich Cannabis, wobei sich Alkohol als bedeutsamste "Nebendroge" darstellte.

Die **Mehrzahl der Kontakte war fremdmotiviert**, nur etwa ein Drittel der Kontaktaufnahmen war von dem Betroffenen selbst initiiert worden. Die Kontaktaufnahme erfolgte zumeist wegen Familienkonflikten (93,5%), Gesetzesverstößen (84,9%), einer psychischen Abhängigkeit (80,1%), eines Leistungsnachlasses (79,9%), Partnerproblemen (72,3%), Straßenverkehrsdelikten (43,8%) oder sexuellen Störungen (20,7%).

Als hauptsächliche Komplikationen in der Behandlung der Cannabisuser wurden von den Mitarbeitern aus Kliniken und Drogenberatungsstellen weitgehend übereinstimmend **Schwunglosigkeit, Demotivierung, Depressionen, vegetative Störungen, Psychosen, Persönlichkeitsveränderungen, Angst- und Erregungszustände, Suizidneigung, Verwirrheitszustände, atypische Verläufe des hauptsächlichen Störungsbildes und Aggressivität** genannt, wobei Psychosen, vegetative Störungen, Suizidneigung und Aggressivität häufiger bei Klinikpatienten zu finden waren.

#### CANNABIS UND PSYCHOSE

Cannabis ist ein bedeutender **Risikofaktor für Rückfälle** nach einer ersten manifesten schizophrenen Episode (Linszen et al., 1994), spielt aber auch bereits bei der Erstmanifestation eine Rolle. So fand sich bereits in den späten 80er Jahren in einer Studie zum Frühverlauf **schizophrener Erstepisoden** (Hambrecht & Häfner, 1996) bei **14,2% eine Drogenanamnese** (davon 58% zudem Alkoholmissbrauch). **87,9% der Patienten mit Drogenanamnese konsumierten Cannabis, 36,5% von ihnen ausschließlich**. Dabei wurde beobachtet, dass der Erstkonsum in der Patientengruppe **mehrheitlich um die Zeit des Auftretens des ersten Anzeichens einer psychischen Störung lag oder diesem folgte**.

Seit der Durchführung der ABC-Studie ist aber insbesondere der Cannabisgebrauch deutlich angestiegen, so dass die Daten einer neueren Erstepisoden-Studie aus Calgary, Kanada, sicherlich eine aktuellere Schätzung geben (van Mastrigt et al. 2004): Hiernach lag die kumulative Lebenszeitprävalenz von Substanzmissbrauch bei 44,5%; eine **Drogenanamnese** fand sich hier bereits **bei 34,5%**, wobei davon 50,4% zudem einen Alkoholmissbrauch aufwiesen (Alkoholanamnese bei 27,5%, davon 63,3% zudem Drogenmissbrauch). In weitgehender Übereinstimmung mit den Daten der ABC-Studie konsumierten 89,4% der Patienten mit Drogenanamnese Cannabis, 41,5% von ihnen ausschließlich. **Cannabis- und Alkohol-Cannabis-Konsumenten**, nicht aber Alkoholkonsumenten, **waren signifikant jünger bei Aufnahme und bei Auftreten des ersten Positivsymptoms**.

#### CANNABISSUBSTANZMISSBRAUCH UND RISIKO FÜR PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNG

**Komorbide psychische Störungen** scheinen **bei chronischem Cannabiskonsum eher die Regel** als die Ausnahme (Grant & Pickering, 1999), wobei besonders häufig depressive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und schizophrene Erkrankungen (Soyka, 2003) auftreten - auch im Vergleich zu Konsumenten anderer illegaler Substanzen, die gehäuft 'psychopathische' Persönlichkeitsauffälligkeiten zeigen (Arendt & Munk-Jørgensen, 2004).

Dabei ist das **Risiko für die Entwicklung einer Schizophrenie** bei Cannabiskonsumenten **in Abhängigkeit von der Intensität und Häufigkeit des Konsums bis zu 6fach erhöht** (Andreassen et al., 1987). So zeigte sich in der Edinburgh Hochrisiko-Studie (Miller et al., 2001) an 155 Personen mit erhöhtem familiären Risiko für eine Psychose sowie 36 Kontrollen ohne familiäre Belastung bei Personen mit aktueller oder früherer Anamnese für Cannabis oder andere Drogen eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten psychotischer Symptome. Dabei bestand ein Zusammenhang mit einem höheren Konsum. Eine Beziehung zwischen psychotischen Symptomen und Alkoholanamnese fand sich nicht.

Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch in einer prospektiven neuseeländischen Geburtskohortenstudie (Arsenault et al., 2002). Hier erhöhte ein Cannabiskonsum im Alter von 15 Jahren das Risiko einer schizophreniformen Psychose mit 26 um das 4fache im Vergleich zu Nicht-Konsumenten, wohingegen das Risiko einer depressiven Erkrankung nicht erhöht war.

Zudem zeigen Cannabis-, nicht aber Alkoholkonsumenten eine **ausgeprägte positive schizotype Symptomatik**, insbesondere hinsichtlich ungewöhnlicher Wahrnehmungserfahrungen, seltsamer, magischer Denkinhalte sowie Beziehungs- und paranoidem Erleben (Nunn et al., 2001).

Diese klinischen Hinweise auf einen direkten Zusammenhang zwischen Cannabis und Psychose werden gestützt durch sich mehrende Hinweise auf eine **möglicherweise ätiologisch bedeutsame Dysregulation des endogenen Cannabinoid-/Anandamidsystems** bei zumindest einer Subgruppe schizophrener Erkrankter (Leweke et al., 1999).

### CANNABIS UND FRÜHERKENNUNG VON PSYCHOSEN

In der Früherkennungsforschung sind aufgrund der Datenlage heute **drei Ansätze im Umgang mit Cannabiskonsum** vertreten: So wird im FEPSY in Basel der Cannabiskonsum als expliziter **Risikofaktor** zur Entwicklung einer Psychose betrachtet und ist Teil der Prodromkriterien, während in der PACE-Klinik in Melbourne der Cannabiskonsum als eher **unspezifischer Faktor** behandelt wird und keine Berücksichtigung bei der Einschätzung des Psychoserisikos spielt. Am weitesten verbreitet ist jedoch der Ansatz, Cannabiskonsum als ein **Ausschlusskriterium** bei einem zeitlichen Zusammenhang mit der potentiellen Prodromalsymptomatik zu behandeln, um so eine substanzinduzierte von einer „endogenen“ Störung zu unterscheiden. Dieser Ansatz wird im FETZ und anderen deutschen Früherkennungszentren sowie in den nordamerikanischen Zentren vertreten.

Zukünftige Analysen werden zeigen müssen, welcher dieser Ansätze der Datenlage am besten entsprechen wird und ob bzw. inwieweit die verschiedenen Konsummustertypen dabei relevant sind. Die Früherkennungsforschung wird darüber hinaus erstmals einen prospektiven Beitrag zur Frage des Zusammenhangs von Cannabismissbrauch und Psychoseentwicklung (Assoziation vs. Induktion) leisten können.

Die Literaturliste kann bei Frau Dr. Schultze-Lutter unter obiger Adresse oder [frau.kschultze-lutter@uk-koeln.de](mailto:frau.kschultze-lutter@uk-koeln.de) angefordert werden.



### NEU im FETZ ab Mai 2005!

### Psychoedukatives Gruppen-Programm zur Motivation zur Abstinenz von Cannabiskonsum

Ab Mai 2005 wird von Frau Meike Neumann, Dipl.-Psych., ein **5 bis 6-wöchiges** psychoedukatives Motivationsprogramm zur Abstinenz von Cannabis angeboten werden. Das Programm soll **Cannabiskonsumenten mit psychischen Problemen** motivieren, den Cannabiskonsum zumindest zeitweilig drastisch zu vermindern oder gar gänzlich einzustellen, um überprüfen zu können, ob:

1. ihre Beschwerden auf den Cannabiskonsum zurückzuführen sind und mit der Abstinenz remittieren oder
2. die Beschwerden persistieren und somit eher als mögliches Anzeichen eines Prodromalstadium einer Psychose, einer manifesten Psychose, oder einer anderen psychischen Störung zu bewerten sind.



Frau Meike Neumann, Dipl.-Psych.

Die Abstinenzmotivation soll durch eine **umfassende Aufklärung über die mit dem Cannabiskonsum verbundenen gesundheitlichen Risiken** erreicht werden. Im weiteren Verlauf des Programms wird das Hauptgewicht auf die Verhaltensänderung und die Entwicklung alternativer Bewältigungsstrategien gelegt werden, um einen Transfer in den Alltag der Betroffenen zu erleichtern und damit eine langfristige

Verhaltensänderung zu begünstigen. Das Programm besteht aus insgesamt **5-6 Sitzungen à 90 Minuten**, die aus den folgenden Einheiten bestehen:

In der **ersten Einheit** werden Konsummuster sowie die positiven und negativen Folgen des Konsums möglichst detailliert zusammengetragen, wobei eine Aufteilung in kurz- und langfristige Konsequenzen erfolgen soll. Hierdurch ergibt sich der Vorteil einer Individualisierung der Abstinenzmotivation, da die persönlichen Konsummuster und -folgen berücksichtigt und damit in Verhaltensalternativen eingebaut werden können.

Die **zweite Einheit** besteht aus psychoedukativen Elementen zum Rauschmittel Cannabis, seinen Wirkmechanismen im Gehirn und den weiteren gesundheitlichen Risiken durch Cannabis. Auf diese Weise sollen die Teilnehmer ein umfassendes Verständnis für die Cannabiswirkweisen und die mit dem Cannabiskonsum verbundenen gesundheitlichen Risiken entwickeln.

Ausgehend von Erfahrungsberichten der Gruppenteilnehmer soll in der **dritten (und vierten) Einheit** der Zusammenhang zwischen chronischem Cannabiskonsum und feineren psychischen Veränderungen oder seelischen Störungen wie etwa Psychosen aufgezeigt werden, um den Teilnehmern so ein eingehendes Verständnis für die konkreten Wirkweisen von Cannabis und die Entstehung Cannabis-induzierter Störungen zu vermitteln.

In der **vorletzten Einheit** sollen dann die individuellen Lebensziele der Teilnehmer Berücksichtigung finden und an ihnen der persönliche Nutzen einer Abstinenz bzw. Verhaltensänderung verdeutlicht werden.

In der **abschließenden Sitzung** soll dann die Erarbeitung alternativer Handlungsmuster zum Cannabiskonsum erfolgen. Die zentrale Frage: „Wie kann ich ohne Cannabis leben“ soll im Mittelpunkt stehen und ausführlich diskutiert werden, dabei sollen auch weitere supportive Möglichkeiten dargestellt werden. Hierzu gehört natürlich die Weiterbetreuung von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko durch das FETZ. Personen mit bereits manifester Psychose können ein spezielles therapeutisches Angebot für Doppeldiagnosen von Frau Prof. E. Gouzoulis-Mayfrank wahrnehmen. Personen mit cannabis-induzierten Störungen können an einem psychotherapeutischen Angebot von Frau Dr. A. Jülicher teilnehmen.

Die Besonderheit dieses Programms liegt in der Anlehnung an das verhaltenstherapeutische SORKC-Modell



(SORKC = Stimulus, Organismus, Response, Kontinenz, Consequence), wodurch ein fließender Übergang in eine möglicherweise anschließende Behandlung ermöglicht wird. Ein weiterer Vorteil ist in der individualisierten Vorgehensweise zu sehen, wodurch sich die Effektivität des Programms für den Einzelnen erhöht und Gruppenunterschiede besser ausgewogen werden können. Letztlich wird durch ein individualisiertes Vorgehen auch die Motivation für die Teilnahme an diesem Programm sowie damit einhergehend das Durchhaltevermögen der Teilnehmer erhöht, so dass weniger Abbrüche erfolgen.

Die Effizienz und Nachhaltigkeit des Programms wird in einer Studie untersucht werden. Über weitere **Einzelheiten des Programms** können sich Interessierte am Mittwoch, den **25. Mai 2005**, und in einem diesem Thema gewidmeten **FETZ-Seminar**, Beginn **17:30**, informieren.

### Buchtipps zum Thema 'Cannabis'



*Wenn ohne Joint nichts läuft*

von Lisa Lindberg,  
mit einem Vorwort von Prof. Dr. med. Dieter Naber, Ärztlicher Leiter der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Broschiert - 160 Seiten - Walter-Verlag

Erscheinungsdatum: 1/2003  
ISBN: 353040148X

Preis ca. € 15,00

### Kurzbeschreibung

Cannabis mehrmals täglich konsumiert, ist insbesondere für Jugendliche keineswegs die sanfte, harmlose Droge, als die sie lange galt. Das Buch klärt sachlich und detailliert über die Droge Cannabis auf und informiert über Geschichte, Inhaltsstoffe, Gebrauch, Wirkungen, physische und psychische Risiken und das ihm innewohnende spezifische Suchtpotential. Sie legt dar, warum man auf der einen Seite Cannabis nicht generell als Einstiegsdroge für Heroin bezeichnen kann und warum der Begriff „weiche Droge“ für Cannabis eigentlich verharmlosend ist.

Klar und verständlich präsentiert die Autorin aus Sicht einer betroffenen Mutter, wie Eltern eine Gefährdung erkennen und schon frühzeitig kompetent und einfühlsam handeln können. Ein insgesamt sehr empfehlenswertes Buch, das nicht nur Anklang bei betroffenen Eltern findet, sondern darüber hinaus auch positiv von Konsumenten und professionell in der Sucht- und Jugendberatung arbeitenden Personen beurteilt wird.

### Danksagung

Wir danken dem **Kölner Verein für seelische Gesundheit, KVSG e.V.**, für seine engagierte Unterstützung der Arbeit des FETZ, insbesondere für die Finanzierung eines Mitarbeiters zur weiteren Gewährleistung eines Fortbestands unserer Öffentlichkeitsarbeit.

## Herzlichen Dank !!

Zugleich möchten wir den neuen Vorsitzenden des KVSG, Herrn Prof. Dr. Dr. Heinz Pichlmaier, früherer Direktor der Klinik und Poliklinik für Chirurgie und früherer Leiter der Ethikkommission der Universität zu Köln sowie Mitglied der zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, herzlich in seinem neuen Ehrenamt willkommen heißen und dem bisherigen Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. Harald G. Schweim für sein bisheriges großes Engagement auf das herzlichste danken.

Nähere Informationen zum Verein finden sich unter: [www.kvsg.de](http://www.kvsg.de) oder sind zu erhalten über Frau OÄ Dr. Sun-Hee Lee, Stellv. Vorsitzende, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln, 509254 Köln  
Telefon: 0221-478-5010 Fax: 0221-478-86573  
E-mail: [Sunhee.Lee@uni-koeln.de](mailto:Sunhee.Lee@uni-koeln.de)

### Veranstaltungshinweise

#### Früherkennungsseminare

In unseren kostenlosen Früherkennungsseminaren möchten wir Ihnen regelmäßig einen Einblick in die Arbeit des FETZ geben. Unser nächstes Seminar mit dem **Schwerpunkt Cannabis** bzw. Cannabis-Psychoedukationsgruppe findet statt:

**Termin:** **Mittwoch**, den **25. Mai 2005**, 17.30 Uhr

**Referentin:** Frau Meike Neumann, Dipl.-Psych.

**Ort:** Gruppenraum des FETZ, Erdgeschoss der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Eingang über das FETZ (Klinikum, Eingang Gleueler Straße)

Im darauf folgenden Seminar wird der Schwerpunkt auf der **Psychotherapie von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko** liegen.

**Termin:** **Mittwoch**, den **15. Juni 2005**, 17.30 Uhr

**Referentin:** Frau Verena Veith, Dipl.-Psych.

**Ort:** Gruppenraum des FETZ, Erdgeschoss der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Eingang über das FETZ (Klinikum, Eingang Gleueler Straße)

Alle Interessenten sind herzlich eingeladen, Anmeldung telefonisch unter (0221) 478-87164, per Fax (0221) 478-7490 oder per E-Mail ([oeffentlichkeitsarbeit@fetz.org](mailto:oeffentlichkeitsarbeit@fetz.org)) erwünscht.

\*\*\*\*\*

**Bitte beachten Sie auch beiliegende Einladung zum Tag der offenen Tür anlässlich der Einweihung des neuen Klinikgebäudes.**