

erschienen in:

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1993).
Jahrbuch Sucht 1994 (S.143-159). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.

2.2.3 Cannabis – Konsummuster und Gefährdungspotential

H. Peter Tossmann, Renate Soellner,
Dieter Kleiber

2.2.3.1 Cannabiskonsum als jugendtypisches Verhalten

2.2.3.1.1 *Drogenkonsum als Strategie zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben*

In keinem anderen Abschnitt des menschlichen Lebens sind Neugierde und Experimentierfreudigkeit, die Neigung zu Grenzerfahrungen und das Infragestellen vorherrschender Werte und Normen so ausgeprägt wie in der Jugend. Dies hat Gründe: In dieser Lebensphase haben Jugendliche natürlicherweise eine Fülle von Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, deren »Lösung« die Abkehr von Bisherigem, eine Neuorientierung und das Überwinden von bisherigen Grenzen geradezu notwendig macht. Die Suche nach ersten partnerschaftlichen Beziehungen, erste sexuelle Kontakte, der Aufbau einer sexuellen Identität und die Auseinandersetzung mit entsprechender Geschlechtererwartungen, der Übergang von der Schule in das Berufsleben, die Ablösung vom Elternhaus und das Herantasten an die zukünftige Erwachsenenrolle sind nur einige der Aufgaben, deren adäquate Lösung von Jugendlichen erwartet wird. In ganz verschiedenen Lebenskontexten stehen Jugendliche vor persönlichen Herausforderungen und sind notwendigerweise dazu veranlaßt, »sich zu riskieren«. In diesem Zusammenhang spricht man häufig von *jugendtypischen Risikoverhaltenen*.

Kommt es nun im Zuge der Bearbeitung der vielfältigen und komplexen Entwicklungsaufgaben des Jugendalters zu *Entwicklungsproblemen*, werden diese seitens vieler Jugendlicher jedoch mit unter Umständen *problematischem Risikoverhalten* beantwortet, das seinerseits eine Beeinträchtigung der körperlichen sowie psychosozialen Gesundheit bedeuten *kann*. Riskantes Verhalten entsteht mit höherer Wahrscheinlichkeit dann, wenn sich die von der sozialen Umwelt

biskonsum begonnen. Cannabiskonsum ist also ein primär jugendtypisches Verhalten.

Sehr häufig hat der Cannabiskonsum Jugendlicher den Charakter eines Übergangsweise beobachtbaren *Probier- bzw. Experimentierverhalten*s. Die Mehrzahl aller Cannabiskonsumanten (57%) hat diese Substanz höchstens fünfmal in ihrem Leben probiert (Tab. 2).

Tabelle 2

Häufigkeit des Haschischkonsums von Cannabiserfahrenen (12- bis 39jährige) (lifetime)

Haschischkonsum	1-5mal	6-19mal	20-39mal	häufiger
	57%	17%	8%	18%

Quelle: BMG, 1991

Weitere 17% der Cannabiserfahrenen hatten maximal zwanzigmal und 8% bis zu neununddreißigmal im bisherigen Leben Cannabisprodukte konsumiert. Lediglich knapp ein Fünftel (18%) aller Personen, die jemals Cannabis konsumiert haben, tat dies häufiger als 39mal. Der Anteil der Cannabiskonsumanten, die in ihrem bisherigen Leben also mehr als 39mal Cannabis konsumiert haben, dürfte für die Gesamtgruppe der 12- bis 39jährigen somit bei maximal 2,9% liegen (Lifetime-Prävalenz). Bezogen auf die Frequenzen, mit denen Cannabis in den letzten 12 Monaten konsumiert wurde (vgl. Tab. 3), ergibt sich für die Altersgruppe der 12- bis 39jährigen eine Jahresprävalenz von Häufigkonsumanten (mehr als 39mal) von 0,8%.

Entsprechend weiterer epidemiologischer Studien beziffern andere Autoren die Lifetime-Prävalenz von Cannabiskonsum in den alten Bundesländern in der Altersgruppe der 20- bis 25jährigen zwischen 15 und 30%, wobei von 5% ständigen Nutzern ausgegangen werden kann (Hurrelmann & Hesse, 1992).

In den neuen Bundesländern sind die Verhältnisse (noch!) gänzlich anders. Der vielfach vorhergesagte Drogenkonsum-Boom blieb bislang aus (Barsch 1991; Kirschner 1991; Nordlohne, Reißig & Hurrelmann, 1993). Die bisher vorliegenden empirischen Erhebungen zur Drogenkonsumprävalenz in Ostdeutschland kommen übereinstimmend zu der Einschätzung, daß zum Zeitpunkt der Erhebung der

Gesamtanteil der drogenerfahrenen Jugendlichen (Lifetime-Prävalenz) bei maximal 2% liegt. Auch hier wiederum waren die überwiegende Mehrheit der Konsumenten illegaler Drogen ausschließlich Haschisch- oder Marihuana-Konsumenten.

2.2.3.2 Muster von Cannabiskonsum

Für die Bewertung der Funktion und eine Einschätzung möglicher Folgen des Konsums von Cannabisprodukten dürfte entscheidend wichtig sein, nach *welchem Muster und in welcher Frequenz Cannabisprodukte individuell konsumiert werden*. Aussagen über Cannabiskonsum beziehen sich bisher jedoch zumeist auf klinische, d. h. psychiatrisch auffällig gewordene und dadurch leichter zugängliche Stichproben. Cannabiskonsummuster werden dabei lediglich durch Angaben über die *Quantität* des konsumierten Stoffes sowie über die *Konsumfrequenz* operationalisiert. Eine weitere klassifizierende Variable stellt allenfalls das *Einstiegsalter* dar. Vergleichsweise wenige Untersuchungen erheben zusätzlich konsumbezogene »Kontextvariablen« wie die Bezugsquelle der Drogen, Bezugsort, Funktion des Konsums, Konsumort, Konsumsituation und Mitkonsumenten (z. B. Labouvie, 1990; Silva et al., 1989; Klonoff & Clark, 1976). Kosviner und Hawks (1977) fanden in ihrer Untersuchung zu Mustern von Cannabiskonsum, daß Cannabiskonsumanten eine relativ *heterogene* Gruppe bilden, deren Konsummuster über die Zeit durchaus dynamisch und somit veränderbar sind.

Bereits aus dem vorher Gesagten dürfte deutlich geworden sein, daß zwischen *initialem Probier- bzw. experimentellem Konsum*, *Gelegenheitskonsum* und *habitualisiertem, d. h. regelmäßigem Konsum* differenziert werden muß. Differenziert man die regelmäßigen Cannabiskonsumanten weiter, so dürfte es interessant sein, zu erfahren, hinsichtlich welcher Merkmale sich (sozial) unauffällige Konsumenten und problembehaftete Konsumenten unterscheiden und was die relevanten personabhängigen, sozialisatorischen, situationalen und sozialen Determinanten für die jeweiligen Konsummuster sind. Von besonderem Interesse dürfte auch die Beantwortung der Frage sein, unter welchen Bedingungen aus Gelegenheitskonsumenten regelmäßige Konsumenten werden und unter welchen Bedingungen andererseits aus Gelegen-

heits- oder regelmäßigen Konsumenten ehemalige Konsumenten werden.

Auch wenn bis heute trotz umfangreicher Forschungen zu Cannabis praktisch keine Untersuchungen vorliegen, die eine klare Differenzierung der Cannabis-Konsummuster und insbesondere der Determinanten des Übergangs in jeweils andere Konsummuster erlauben, dürfte epidemiologisch begründbar sein, daß die Gruppe problembehafteter Konsumenten eine vergleichsweise kleine Teilgruppe der Cannabis-konsumenten ist. Darauf deuten auch die Angaben über die Frequenz, mit der aktuelle Cannabiskonsumenten in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben (Tab. 3).

Tabelle 3

Häufigkeit des Cannabiskonsums von Cannabiskonsumenten im letzten Jahr

Haschischkonsum	1–5mal	6–19mal	20–39mal	häufiger
	57 %	19 %	7 %	18 %

Quelle: BMG, 1991

Generell ist festzuhalten, daß Cannabis zu den »weichen« Drogen (soft-drugs) gezählt wird, was mit der Annahme einhergeht, daß es sich um eine Substanz handelt, die durchaus »weiche« Konsummuster zuläßt, und deren Konsum weder schnell noch zwangsläufig zur Abhängigkeit führt. Auch aus diesem Grund kann von der Existenz verschiedener Konsummuster von Cannabis ausgegangen werden.

Probier- oder Experimentierkonsum von Cannabis wird in neueren Ansätzen zur Drogenkonsumforschung als entwicklungsadäquates Verhalten konzipiert (vgl. 1.1). Das Experimentieren mit verschiedenen legalen wie illegalen Drogen entspricht einem für Jugendliche typischen Neugierverhalten (Herha 1973, Berger, Reuband & Widlitzek, 1980). Jugendlicher Cannabis-Erstkonsum läßt sich recht gut durch die Neigung zu risikoverbundenen und herausfordernden Verhaltensweisen (vgl. Konzept des »sensation seeking« nach Zuckerman, 1979) vorhersagen (Andrucci et al., 1989, Newcomb & McGee, 1991, Pedersen 1991).

Wichtige Voraussetzungen für den Probierkonsum von Cannabis

sind spezifische soziale Netzwerke, in denen cannabiskonsumierende Netzwerkmitglieder, als Modelle bzw. Vorbilder für einen angenehmen, genußvollen Cannabiskonsum dienen, und in denen zugleich die Verfügbarkeit von Cannabis garantiert wird. Wechselt jedoch nach ersten Erfahrungen mit Cannabis das soziale und räumliche Umfeld des Konsumenten und somit der »Cannabis«-Kontext, so kann es durchaus zu sofortiger Einstellung des Konsums kommen. Probierer mit hohem Selbstwert (Bentler, 1987), geringen Selbstzweifeln sowie internaler Kontrollüberzeugung werden nach übereinstimmender Befundlage am ehesten den Konsum beenden.

Der **Gelegenheitskonsum** von Cannabis ist – wie der Begriff schon sagt – verknüpft mit spezifischen auslösenden Gelegenheiten (z. B. Partys, bestimmte Kinofilme, Lagerfeuer, oder ähnliche Freizeit-Gelegenheiten). In aller Regel geht es dem Gelegenheitskonsumenten um Lustgewinn (vgl. Herha 1973), darum, das eigene Wohlbefinden (noch) zu steigern, also um ähnliche hedonistische Motive, wie sie uns im Zusammenhang mit kontrolliertem, sozial integrierten Alkoholkonsum bekannt sind.

Gelegenheitskonsumenten von Marihuana sind im Vergleich zu Konsumenten anderer Drogen stärker davon überzeugt, ihr Leben selbstbestimmt organisieren zu können, teilen im Großen und Ganzen die gesellschaftlich üblichen Werte und Normen und weisen – im Vergleich zu den Konsumenten anderer Drogen – einen relativ hohen sozioökonomischen Status auf (Braucht et al. 1978). Entsprechend ist davon auszugehen, daß Gelegenheitskonsumenten von Cannabis in der Regel psychosozial *unauffällige integrierte junge Menschen*, also völlig »normale« Mitglieder dieser Gesellschaft sind. Deutlich stärker als Gelegenheitskonsumenten sind **Gewohnheitskonsumenten** darauf angewiesen, daß die *individuelle Verfügbarkeit* von Haschisch gesichert ist/bleibt. Um dies zu garantieren, haben regelmäßige/tägliche Cannabiskonsumenten *häufiger* Kontakte zu anderen Drogenkonsumenten, *weniger* Freunde und Bekannte unter Drogenabstinenten und sind dadurch stärker in Drogenszenen eingebunden als Gelegenheitskonsumenten oder gar Drogenabstinenten. Die objektive Verfügbarkeit von Cannabis spielt jedoch für die Fortsetzung oder das Beenden des Cannabiskonsums entgegen manch drogenpolitischer Auffassung offenbar keine Rolle (Goodstadt, Chan, Sheppard & Cleve, 1986).

Der tägliche Konsum von Cannabis folgt einer anderen Motivlage

als der gelegentliche oder experimentelle Konsum. Cannabiskonsum bekommt hier einen festen Platz im Vollzug des Alltags und häufig die Funktion, das eigene Wohlbefinden zu regulieren bzw. zu stabilisieren. Gewohnheitskonsumenten konsumieren weniger situationsgebunden, häufiger konfliktbehaftet und stärker funktionsorientiert als Gelegenheitskonsumenten (Labouvie, 1990). Der Konsum hat die Funktion, Anspannungen abzubauen bzw. sozialen Hemmungen oder Langeweile entgegenzuwirken (Klonoff & Clark, 1976). Im Gegensatz zu Gelegenheitskonsumenten, die mittels des Cannabiskonsums positive Gefühle verstärken wollen, geht es Gewohnheitskonsumenten offenbar eher darum, negative Gefühle zu vermeiden (Newcomb, Chou, Bentler & Huba, 1988).

Gewohnheitsmäßige Cannabiskonsumenten, die mehrmals pro Woche bis zu täglich konsumieren, wiesen in Untersuchungen vergleichsweise niedrigere Werte in der Leistungsorientierung auf, verfügten über ein geringeres Durchsetzungsvermögen, hatten häufiger Probleme mit der Berufsausbildung und der Arbeit und waren weniger selbstbewußt (Hammer & Vaglum, 1990, Shedler & Block, 1990, Johnson & Kaplan, 1990; Sieber & Angst, 1989; Labouvie & McGee, 1986, Mayer & Ligman, 1989). Ihr objektives wie subjektives psychisches Wohlbefinden wird allgemein als weniger gut beurteilt (Kandel & Davis, 1992).

Eine besondere Gruppe unter ihnen bilden **abhängige Cannabiskonsumenten**. Experten sind sich darüber einig, daß der anhaltende regelmäßige/tägliche Konsum von Cannabis zu einer Form von Drogenabhängigkeit führen *kann*, die die Weltgesundheitsbehörde (WHO) als spezifischen Abhängigkeitstyp definiert hat. Für die Diagnostik von Abhängigkeitsstörungen liegen international anerkannte Kriterien vor, nach welchen Parametern eine Substanzmittelabhängigkeit festgestellt werden kann. Das ICD-10 (International Classification of Diseases; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) gibt Leitlinien für die Diagnostik von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit vor. Danach soll nur dann die Diagnose Abhängigkeit erfolgen, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Ein starker *Wunsch* oder eine Art *Zwang*, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte *Kontrollfähigkeit* bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums.

3. Substanzgebrauch, mit dem Ziel, *Entzugssymptome* zu mildern, und der entsprechenden Erfahrung.
 4. Körperliches *Entzugssyndrom*.
 5. *Toleranzentwicklung*.
 6. Ein *eingengegtes Verhaltensmuster* im Umgang mit der Substanz.
 7. Fortschreitende *Vernachlässigung* anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
 8. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger *schädlicher-Folgen* (Müdigkeit, Arbeitsplatzverlust, Depressionen).
- Abgesehen davon, daß im Zusammenhang mit Cannabiskonsum *keine* körperliche Entzugssymptomatik/körperliche Abhängigkeit nachzuweisen ist, und daß in der Regel eine vergleichsweise geringfügige Toleranzentwicklung stattfindet, *können* alle anderen Kriterien der Substanzmittelabhängigkeit – meist aber erst nach langjährigem regelmäßigen Konsum von Cannabis – gegeben sein (für eine ausführliche Beschreibung des Phänomens »Haschischabhängigkeit« vgl. Tossman 1993).

2.2.3.3 Risikoabschätzung: Gefährdungspotential des Cannabiskonsums

2.2.3.3.1 Risikofaktoren

Eine differenzierte Betrachtungsweise unterschiedlicher Konsummuster von Cannabis legt die Frage nahe, welche Erklärungen es für die Herausbildung dieser Muster bzw. für die Entwicklung spezifischer Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum gibt. Die Anfälligkeit (Vulnerabilität) für Drogenkonsum, die durch sogenannte Risiko- bzw. Protektivfaktoren negativ aber auch positiv beeinflusst werden kann, ist Gegenstand vielfacher wissenschaftlicher Untersuchungen. Da das Probieren bzw. anfängliche Konsumieren einer Droge, insbesondere aber der Konsum von Cannabis, keineswegs zwangsläufig zur Abhängigkeit führt, wird bei der Beschreibung und Analyse von Risikofaktoren für Drogenkonsum grundsätzlich zwischen Risikofaktoren für den Erstkonsum (initiation, use) und Risikofaktoren für den fortgesetzten bzw. problembehafteten Dauerkonsum (abuse) unterschieden.

Risikofaktoren können sowohl intra-, interpersoneller oder auch si-

tuationaler Natur sein. Während für den *Einstieg oder den Erstkonsum von Drogen* interpersonelle und situationale Risikofaktoren von größerer Bedeutung zu sein scheinen, wird der weiterführende Dauerkonsum eher dem Einfluß intrapersoneller Variablen zugeschrieben (Kandel 1978). Aber auch die Anerkennung seitens der Bezugsgruppe sowie die wahrgenommene positive Wirkung des Drogenkonsums bei anderen (Modelllernen) sind wichtige zusätzliche Bedingungen für den fortgesetzten Drogenkonsum.

Weshalb junge Menschen den Konsum von Cannabis wieder einstellen, ist bis heute nicht angemessen untersucht worden. Weder negative Rauscherfahrungen (Huba, Newcomb & Bentler, 1986) noch Einschränkungen in der Verfügbarkeit (Silva et al., 1989) liefern hierfür eine ausreichende Erklärung. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß Veränderungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen (neue Freundin, andere Arbeitskollegen, etc.) sowie biographische Übergänge (z. B. Berufsleben, Heirat, Elternschaft, etc.) (vgl. Yamaguchi & Kandel, 1985; Hammer & Vaglum, 1990; Newcomb & Bentler, 1987) das Beenden des Cannabiskonsums begünstigen.

Welche Bedingungen die Ausbildung gelegentlicher oder gewohnheitsbedingter Konsummuster von Cannabis befördern, kann im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Gefüges nur in längsschnittlichen Untersuchungen geklärt werden. Analysen der Ursachen für die Entwicklung verschiedener Konsummuster von Cannabis waren wohl auch deshalb bisher nur eingeschränkt Thema wissenschaftlicher Untersuchungen. Zumeist wurden lediglich Abstinenzler mit Konsumenten, oder exzessive Konsumenten mit Gering-Konsumenten verglichen. Dennoch lassen sich einige übereinstimmende Ergebnisse aus diesen Untersuchungen herausfiltern.

- Jugendliche, die stark in ein drogenkonsumierendes Netzwerk Gleichaltriger eingebunden sind, und ihre soziale Unterstützung hauptsächlich in diesem erfahren, das heißt über geringe elterliche Unterstützung verfügen können, gelten als besonders *drogengefährdet* (Wills u. Vaughan 1989).
- Zu einer *Fortsetzung des Cannabiskonsums*, kommt es nur dann, wenn der Probierer subjektiv gute (gefühlsmäßige) Erfahrungen mit dem Konsum gemacht hat, wenn die Verfügbarkeit der Substanz gegeben ist und wenn zumindest eine Person aus der Bezugsgruppe

des Jugendlichen ebenfalls, über das Experimentieren hinaus, den Cannabiskonsum fortsetzt (Becker, 1981).

- *Gewohnheitskonsumenten* von Haschisch bzw. Cannabisabhängige (*daily/heavy* marihuana users) haben im Vergleich zu Gelegenheitskonsumenten und ehemaligen Konsumenten häufig *verhältnismäßig früher* mit dem Konsum von Zigaretten, Alkohol und Marihuana begonnen. (Fleming et al., 1989, Kaplan et al., 1986, Pedersen, 1990, Labouvie, 1990, Kleinman et al., 1988, Kandel & Davies, 1992). Sie hatten zugleich häufiger einen problematischen *Familienhintergrund*. Eine Forschergruppe aus New York fand unter 903 Jugendlichen (16- bis 18jährige) 129, die täglich Cannabis konsumierten. Verhältnismäßig viele dieser Gruppe wuchsen in Familien mit Alkoholproblemen auf (Kleinman et al., 1988; vgl. auch Kandel & Davies, 1992), und/oder kamen aus unvollständigen Familien (Kleinman et al., 1988, Pedersen, 1990, Hammer & Vaglum, 1990). Daß die *Qualität der Beziehungen* zur Herkunftsfamilie auf Alkohol- und Drogenkonsumgewohnheiten von Jugendlichen einen Einfluß hat, wird auch hierzulande durch mehrere Forschungsarbeiten belegt (vgl. Reuband, 1980, Engel & Hurrelmann, 1989). Es kommt insbesondere dann zu einem Übergang von moderatem zu exzessivem bzw. regelmäßigen Cannabiskonsum Jugendlicher, wenn die Bindung (*family-ties*) zur Familie schwächer und das Eingebundensein zu einer Gruppe von Drogenkonsumenten stärker werden (Kaplan et al., 1986). Es muß auch davon ausgegangen werden, daß der Entwicklung eines problematischen Haschischkonsums spezifische Persönlichkeitsdispositionen (Grundstörungen) zugrundeliegen (Johnson & Kaplan, 1990, Sieber & Angst, 1989, Hendin et al., 1981). D. h. der regelmäßige Konsum von Haschisch ist auch als *Folge* psychosozialer Konflikte aufzufassen (Tossmann & Gantner, 1993). So wiesen junge Erwachsene mit einem hohen Konsum von Cannabis häufig schon in ihrer Kindheit bzw. Jugend Symptome von Angst, Depressivität, einen Mangel an sozialer Kompetenz, an sozialer Integration und emotionale Labilität (Block et al., 1988, Shedler & Block, 1990) auf.
- Jugendliche mit ausgeprägten Selbstwertgefühl setzen dagegen mit hoher Wahrscheinlichkeit den begonnenen Cannabiskonsum nicht fort (Bentler, 1987), während es umgekehrt bei Jugendlichen mit einer Selbstwertproblematik häufig zu einem Anstieg des Drogen-

konsums kommt, insbesondere dann, wenn ein Motiv des Konsums in dem Wunsch begründet ist, das eigene Selbstwertgefühl zu erhöhen (Kaplan & Johnson, 1992).

Die hier skizzierten Einflußfaktoren auf die Entwicklung verschiedener (z. T. problematischer) Cannabiskonsumgewohnheiten sind insgesamt behutsam zu interpretieren. Risikofaktoren sollten *nicht deterministisch* als *Ursachen* im engeren Sinn interpretiert, sondern als Bedingungen angesehen werden, die eine Herausbildung spezifischer Drogenkonsummuster wahrscheinlicher machen. *Bry et al.* (1982) meinen allerdings zeigen zu können, daß über *kumulierte Zahl* derartiger Risikofaktoren das *Ausmaß* späteren Drogenkonsums (epidemiologisch, nicht aber für einzelne Individuen) prognostiziert werden kann.

Die Diskussion über die Droge Haschisch tangiert immer auch die Frage danach, welche *Gesundheitsrisiken* bzw. welche psychosozialen Folgen mit dem Konsum verbunden sind. Nach internationalen Längsschnittuntersuchungen begünstigt der anhaltende Cannabiskonsum die Aufrechterhaltung oder gar die Verschärfung einer spezifischen Problematik: Schwierigkeiten im Bildungsbereich eskalieren, psychopathologische Symptome wie »Angst« oder »Depression« stabilisieren sich (Johnson & Kaplan, 1990) und die Desintegration auf dem Arbeitsmarkt (Hammer & Vaglum, 1990) kann durch einen anhaltend starken Cannabiskonsum begünstigt werden.

2.2.3.3.2 *Cannabis und andere Drogen*

So lange wie über die Droge Haschisch diskutiert wird, so hartnäckig hält sich die These von der »Einstiegsdroge«. Der Ursprung dieser Argumentation geht zurück auf erste, biographisch ausgerichtete Forschungsarbeiten zur Heroinproblematik (Karriereforschung), die hervorbrachten, daß die überwiegende Mehrheit der Heroinabhängigen *vor* ihrem *Erstkontakt* zu Opiaten Cannabis konsumierten. Daraus wurde abgeleitet, daß die Droge Haschisch den Einstieg in eine Karriere markiert, in deren Verlauf junge Menschen immer häufiger zu immer härteren Drogen greifen (müssen).

Abgesehen davon, daß hierbei die Bedeutung legaler Substanzen (Alkohol, Medikamente) unberücksichtigt blieb (vgl. Projektgruppe TU drop, 1984), sind zwei Zusammenhänge logisch und empirisch voneinander abzugrenzen: Wer Haschisch konsumiert, gerät weder

zwangsläufig noch mit hoher Wahrscheinlichkeit in die »harte« Drogenszene, – während retrospektiv betrachtet – die Zugehörigen zur harten Drogensubkultur (z. B. Heroinabhängige) zu einem sehr hohen Prozentsatz zu Beginn ihrer Drogenkarriere *auch* Cannabis konsumiert haben. Haschischkonsum führt also aus einer epidemiologischen Perspektive (in der Regel) *nicht* zu einer Heroinabhängigkeit.

In der oben erwähnten Repräsentativitätserhebung (BMG, 1991) gaben denn auch 97,5% der cannabiserfahrenen Personen an, *niemals* andere illegale Substanzen konsumiert zu haben. Werden zusätzlich zu Cannabis weitere psychotrope Substanzen konsumiert, so handelt es sich in den meisten Fällen um den Beikonsum von Amphetaminen oder Halluzinogenen. Opiate und allgemein sedierende Substanzen werden i. d. R. nicht zusätzlich zu Cannabis, sondern eher statt dessen konsumiert (Braucht, Kirby & Berry, 1978; Wilkinson, Leigh, Cordingley, Martin & Lei, 1987).

2.2.3.4 Drogenpolitische Konsequenzen

Die hier dargestellten Ergebnisse zum Cannabiskonsum machen deutlich, wie sehr psychosoziale Faktoren an der Ausformung verschiedener Drogenkonsummuster beteiligt sind, zeigen aber zugleich, daß es noch an Forschungen fehlt, die den Einfluß verschiedener Determinanten unterschiedlicher Konsummuster von Cannabis thematisieren und somit Aufschluß darüber erlauben, unter welchen Bedingungen es zu einem gewohnheitsmäßigen oder gar abhängigen Cannabiskonsum oder zu einem Beenden des Cannabiskonsums kommt. Von dem seit Ende 1992 vom BMG geförderten Forschungsprojekt »Determinanten unterschiedlicher Gebrauchsmuster von Cannabis« (Kleiber, Soellner, Tossman) erhoffen wir uns wichtige zusätzliche Informationen. Doch auch wenn es noch an Forschungsergebnissen fehlt, kann davon ausgegangen werden, daß Cannabiskonsum in der Regel nicht zu Drogenabhängigkeit führt.

Die Drogenpolitik steht hier vor der großen Schwierigkeit, die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fördern und gezielte präventive Maßnahmen in verschiedenen relevanten Bereichen (Familie, Schule, Jugendarbeit, etc.) initiieren und unterstützen zu sollen, zugleich aber durch eine strafrechtliche Pönalisierung des Kon-

sums keine negativen Effekte infolge eines Labeling-Prozesses und sozialer Stigmatisierung von Konsumenten zu fördern.

Die Drogenpolitik muß sich deshalb mit der Frage auseinandersetzen, ob das Betäubungsmittelgesetz in der jetzigen Form den wissenschaftlichen Erkenntnisstand angemessen berücksichtigt. Nach den vorliegenden internationalen Forschungsergebnissen muß der Konsum von Cannabis zwar durchaus als Risikoverhalten eingestuft werden, das die psychosoziale Entwicklung junger Menschen beeinträchtigen kann. Für die überwiegende Mehrheit junger Menschen ist jedoch der Cannabiskonsum ein Übergangsphänomen, das keine gesundheitlichen Konsequenzen nach sich zieht. Eine behutsame politische Maßnahme, die einer differenzierten Risikoabschätzung des Cannabiskonsums Rechnung trägt, könnte darin bestehen, Erwerb und Besitz kleiner Mengen von Cannabis zukünftig nicht mehr strafrechtlich zu verfolgen.

2.2.3.5 Literatur

- Andrucci, G. L., Archer, R. P. & Pancoast, D. L. (1989). The relationship of MMPI and sensation seeking scales to adolescent drug use. *Journal of Personality Assessment*, 53 (2), 253–266.
- Barsch, G. (1991). *Drogen – Wissen, Einstellungen und kommunikative Prozesse in einer drogennaiven jugendlichen Bevölkerung*. päd e. V. – Eltern und Jugendliche gegen Drogenmißbrauch (Hrsg.), Forschungsbericht zum Projekt Drogen 90. Berlin: Zentralklinik für Neurologie und Psychiatrie »Wilhelm Griesinger«, Berlin-Biesdorf.
- Becker, H. S. (1981). Wie man Marihuana-Benutzer wird. In: *Außenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. Frankf./M.: Fischer Taschenbuch Verlag
- Bentler, P. M. (1987). Drug use and personality in adolescence and young adulthood: structural models with nonnormal variables. *Child Development*, 58, 65–79.
- Berger, P. L., Reuband, K. H. & Widlitzek, U. (1980). Wege in die Heroinabhängigkeit. Zur Entwicklung abweichender Karrieren. München.
- Block, J., Block, J. H. & Keyes, S. (1988). Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: early childhood personality and environmental precursors. *Cild Development*, 59, 336–355.
- BMG (1991). *Repräsentativerhebung 1990 zum Konsum und Mißbrauch von illegalen Drogen, alkoholischen Getränken, Medikamenten und Tabakwaren. Grundausswertung für die alten und die neuen Bundesländer*. Manuskript.
- Braucht, G. N., Kirby, M. W. & Berry, G. J. (1978). Psychosocial correlates of empirical types of multiple drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46 (6), 1463–1475.
- Bry, B. H., McKeon, P. & Pandina, R. J. (1982). Exent of drug use as a function of number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 91 (4), 273–279.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch diagnostische Leitlinien, Weltgesundheitsorganisation. Göttingen: Hans Huber.
- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1993). *Was Jugendliche wagen. Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Streßreaktionen und Delinquenz im Jugendalter*. Weinheim: Juventa.
- Engel, U. & Hurrelmann, K. (1989). *Psychosoziale Belastung im Jugendalter. Empirische Befunde zum Einfluß von Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe*. Berlin: De Gruyter.
- Fleming, R., Leventhal, H., Glynn, K. & Ershler, J. (1989). The role of cigarettes in the initiation and progression of early substance use. *Addictive Behaviors*, 14 (3), 261–272.
- Goodstadt, M. S., Chan, G. C. Sheppard M. A. & Cleve J. C. (1986). Factors associated with cannabis nonuse and cessation of use: Between and within survey replications of findings. *Addictive Behaviors*, 11 (3) 275–286.
- Hammer, T. & Vaglum, P. (1990). Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population. *British Journal of Addiction*, 85 (7), 899–909.
- Hendin, H., Pollinger, A., Ulman, R. B. & Carr, A. C. (1981). The functions of marijuana abuse for adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8 (4), 441–456.
- Herha, J. (1973). Erfahrungen mit Haschisch. Ergebnisse einer Befragung von 234 Konsumenten von Cannabis und anderen Drogen in Berlin (West) 1969/70. *Inaugural Dissertation FU Berlin*.
- Huba, G. J., Newcomb, M. D. & Bentler, P. M. (1986). Adverse drug experiences and drug use behaviors: A one-year longitudinal study of adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 11 (2), 203–219.
- Hurrelmann, K. & Hesse, S. (1992). Wie ist »Suchtprävention« möglich? *Psychomed*, 4, 251–258.
- Johnson, R. J. & Kaplan, H. B. (1990). Stability of psychological symptoms: drug use consequences and intervening processes. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31, 277–291.
- Kandel, D.; Davies, M. (1992). Progression to regular Marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. In M. Glantz, R. Pickens (Eds.), *vulnerability to drug abuse*. American Psychological Association, Washington.
- Kandel, D. B. & Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk faktors for near-daily use. In: Glantz, M. & Pickens, R. *Vulnerability to drug abuse*. American Psychological Association. Washington, DC. 211–253.
- Kandel, D. B., Logan, J. A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 7, 660–666.
- Kaplan, H. B. & Johnson, R. J. (1992). Relationships between circumstances surrounding illicit drug use and escalation of drug use: moderating effects of gender and early adolescent experiences. In: Glantz, M. & Pickens, R. *Vulnerability to drug abuse*. American Psychological Association. Washington, DC. 299–358.
- Kaplan, H. B., Martin, S. S., Johnson, R. J. & Robbins, C. A. (1986). Escalation of

- marijuana use: Application of a general theory of deviant behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 27 (1), 44–61.
- Kirschner, R. (1991). *Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen und Tabakwaren durch junge Menschen in Ost-Berlin*. Bericht der Epidemiologischen Forschung Berlin (EFB).
- Kleinman, P. H., Wish, E. D., Deren, S. & Rainone, G. (1988). Daily marijuana use and problem behaviours among adolescents. *The International Journal of Addictions*, 23 (1), 87–107.
- Klonoff, H. & Clark, C. (1976). Drug patterns in the chronic marijuana user. *International Journal of the Addictions*, 11 (1), 71–80.
- Kosviner, A. & Hawks, D. (1977). Cannabis use amongst British university students: II. Patterns of use and attitudes to use. *British Journal of Addiction*, 72 (1), 41–57.
- Labouvie, E. W. (1986). The coping function of adolescent alcohol and drug use. In R. K. Silbereisen, K. Eyferth, G. Rudinger (Hrsg.), *Development as action in context*. New York: Springer.
- Labouvie, E. W. (1990). Personality and alcohol and marijuana use: Patterns of convergence in young adulthood. *International Journal of the Addictions*, 25 (3), 237–252.
- Labouvie, E. W. & McGee, C. R. (1986). Relation of personality to alcohol and drug use in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (3), 289–293.
- Mayer, J. E. & Ligman, J. D. (1989). Personality characteristics of adolescent marijuana users. *Adolescence*, 24 (96), 965–976.
- Newcomb, M. D. & Bentler, P. M. (1987). Changes in drug use from high school to young adulthood: Effect of living arrangement and current life pursuit. *Journal of Applied Development Psychology*, 8 (3) 221–246.
- Newcomb, M. D. & McGee, L. (1991). Influence of sensation seeking on general deviance and specific problem behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, No. 4, 614–628.
- Newcomb, M. D., Chou, C., Bentler, P. M. & Huba, G. J. (1988). Cognitive motivations for drug use among adolescents: Longitudinal tests of gender differences and predictors of change in drug use. *Journal of Counseling Psychology*, 35 (4), 426–438.
- Nordlohne, E., Reißig, M. & Hurrelmann, K. (1993). Drogengebrauch in Ost und West: Zur Situation des Drogengebrauchs bei Jugendlichen in den alten und neuen Ländern der Bundesrepublik. *Sucht*, 39 (1), 10–34.
- Pedersen, W. (1990). Adolescents initiating cannabis use: Cultural opposition or poor mental health? *Journal of Adolescence*, 13 (4), 327–339.
- Pedersen, W. (1991). »Mental health, sensation seeking and drug use patterns: A longitudinal study«. Corrigendum. *British Journal of Addiction*, 86 (8), 1037.
- Projektgruppe TU drop (1984). *Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Reuband, K. H. (1980). Exzessives Trinken bei Jugendlichen. Über den Einfluß von Problemlagen, sozialer Partizipation und Lebensstil. In: H. Berger, A. Legnaro & K. H. Reuband (Hrsg.), *Jugend und Alkohol. Trinkmuster, Suchtentwicklung und Therapie*. Stuttgart.

- Reuband, K. H. (1990). *Soziale Determinanten des Drogengebrauchs. Eine empirische Untersuchung des Drogengebrauchs in der Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Berücksichtigung soziologischer Theorien abweichenden Verhaltens*. Universität Köln: Habilitationsschrift.
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45 (5), 612–630.
- Sieber, M. F. & Angst, J. (1990). Alcohol, tobacco and cannabis: 12-year longitudinal associations with antecedent social context and personality. *Drug and Alcohol Dependence*, 25 (3), 281–292.
- Silbereisen, R., K., Reitzle, M. (1987). Selbstwertgefühl, Freizeitpräferenz und Drogengebrauch im Jugendalter. In H. P. Frey, K. Hauper (Hrsg.), *Identität*. Stuttgart: Enke.
- Silva, M. T., Magalhaes, M. P., Barros, R. S., Almeida, S. P. et al. (1989). Patterns of marijuana smoking among Brazilian students. *Drug and Alcohol Dependence*, 23 (2), 159–164.
- Tossmann, H. P. (1993). *Haschischkonsum. Konfliktbewältigung und Drogenabhängigkeit*. Beltz Quadriga, Weinheim.
- Tossmann, H. P. & Gantner (1993). Differentielle Aspekte der Haschischabhängigkeit. *Sucht*, 39 (4).
- Wilkinson, D. Ah., Leigh, G. M., Cordingley, J., Martin, G. W., Lei, H. (1987). Dimensions of multiple drug use and a typology of drug users. *Journal of Addiction*, 82, 259–273.
- Wills, T. A., Vaughan, R. (1989). Social support and substance use in early adolescence. *Journal of behavioral medicine*, 12, 321–339.
- Yamaguchi, K. & Kandel, D. B. (1985). On the resolution of role incompatibility: A life event history analysis of family roles and marijuana use. *American Journal of Sociology*, 90 (6), 1284–1325.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Anschriften der Autoren

H. Peter Tossmann u. Renate Soellner
Sozialpädagogisches Institut Berlin
Stresemannstr. 30
10963 Berlin
Tel.: 030- 25 92 310

Prof. Dr. Dieter Kleiber
Stg. Psychosoziale Prävention
und Gesundheitsförderung
Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
Tel.: 030-838 57 29