

Die Legalisierung von Cannabis – einige Gedanken aus Sicht eines analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Carsten Caesar

Zusammenfassung: Der Autor geht der Frage nach, welche Bedeutung die Legalisierung von Cannabis durch das am 1. April 2024 in Kraft getretene Gesetz für Jugendliche/junge Erwachsene haben könnte. Die öffentliche Diskussion ist geprägt von der Besorgnis, dass diese Altersgruppe die Gefahren des Cannabiskonsums nun weiter bagatellisieren würde und es zu einer Steigerung des Konsums kommen könnte. Fachleute stellen dagegen fest, dass Cannabis bereits ein leicht verfügbarer Teil der Lebenswelten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist. Entwicklungspsychologische Überlegungen weisen in diesem Zusammenhang auf die protektive Bedeutung von Eltern und Personen der sozialen Umwelt hin. Die „Verfügbarkeit“ einer nicht strafenden, passend grenzsetzenden und resonierende Auseinandersetzung wird betont. In einer kurzen Darstellung wird auf die vielfältigen Bedingungen für die Verwendung von Cannabis bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen eingegangen.

Am 1. April 2024 trat das Gesetz zur Legalisierung von Cannabis in Kraft. Dies führte schon im Vorfeld zu teils heftig geführten Diskussionen, die immer wieder zu Veränderungen des Gesetzes führten. Seit dem 1. April ist Cannabis von der Liste der verbotenen Substanzen aus dem Betäubungsmittelgesetz gestrichen worden. Der Anbau von bis zu drei Cannabispflanzen für den Eigenbedarf ist für Personen ab dem 18. Lebensjahr erlaubt worden. Weiterhin ist der Besitz von bis zu 25 Gramm Cannabis (das sind bei einer durchschnittlichen Menge von 0,3 Gramm ca. 80 Joints) gestattet. Außerdem dürfen sich „Cannabis Social Clubs“ gründen, in denen entsprechende Pflanzen angebaut und an die jeweiligen Mitglieder der Clubs abgegeben werden können. Mithilfe dieser Clubs soll eine persönliche Abgabe an die jeweiligen Mitglieder sowie, durch den kontrollierten Anbau, der begrenzte THC-Anteil in den Pflanzen als ein Schutz der Konsument*innen ermöglicht werden. Der Konsum von Cannabis in unmittelbarer Gegenwart von Personen bis zum 18. Lebensjahr sowie in Sichtweite von Kindergärten, Schulen, Spielplätzen, Sportstätten, öffentlichen Plätzen und militärischen Bereichen der Bundeswehr (also in einem Umkreis von ca. 100 Metern) ist verboten.

Bundesgesundheitsminister Lauterbach stellte im Verlauf der Diskussionen um dieses Gesetz mehrfach fest (z. B. in einem Interview beim WDR2 am 13. April 2023), dass die bisherige Drogenpolitik gescheitert sei. Strafen hätten nicht verhindern können, dass der Konsum immer stärker zunehme, Kinder und Jugendliche einer immer größer werdenden Gefahr ausgesetzt seien. Die „wahren“ Probleme werden in der Drogenkriminalität und dem Schwarzmarkt gesehen, der gezielt darauf abheben würde, Kinder und Jugendliche zu Süchtigen zu

machen. Mithilfe der neuen Regelungen und Kontrollen solle ein verbesserter Schutz der Konsument*innen erreicht werden. Jugendliche sollen durch Aufklärung und Präventionsmaßnahmen schneller erreicht werden, während gleichzeitig der Schwarzmarkt durch die Legalisierungsmaßnahmen zurückgedrängt werden soll mit dem Ziel, dass sich Dealende somit nicht mehr an Kinder und Jugendliche wenden.

Am 22. März 2024 antwortete Minister Lauterbach in einer Aussprache des Bundestages, dass nicht erst durch das Gesetz Cannabis in Deutschland eingeführt werde, sondern dass sich allein in der Zeit von 2011 bis 2021 der Konsum von Cannabis in der Gruppe der Jugendlichen zwischen zwölf und 17 Jahren verdoppelt habe. Weiterhin habe sich die Zahl der Konsument*innen in der Altersspanne zwischen 18 und 25 Jahre ebenfalls verdoppelt – was sehr problematisch sei, so Lauterbach weiter, da das Gehirn in dieser Phase noch wachse. „Und“, so fragte er weiter, „ist nicht die Büchse der Pandora längst offen?“

Im aktuellen Jugendgesundheitsbericht stellt Thomasius (2023 a) fest, dass Cannabis die weltweit am häufigsten konsumierte illegale Droge sei. Er gibt für die Gruppe der 12- bis 18-Jährigen eine Prävalenz für Cannabismissbrauch von 1,8 % (für 16- bis 18-Jährige 4,7 %) und für Cannabisabhängigkeit von 0,8 % (für 16- bis 18-Jährige 1,8 %) an. Gleichzeitig hat sich die Anzahl der vollstationären Behandlungen cannabisbezogener Störungen (ICD-10: F12, zumeist männliche Patienten bis 15 Jahre) seit 2002 vervierfacht (aktuell ca. 12.000 Fälle). Dabei werde die Gruppe, die cannabisbezogene Störungen durch den zunehmenden gefährlichen Gebrauch von Cannabis entwickelt, immer größer, da das Einstiegsalter gesunken sei.

Die vorgestellte Datenlage im Jugendgesundheitsbericht scheint die Annahmen des Gesundheitsministeriums zu bestätigen. Thomasius (2023 b) weist in einem Interview mit der AOK darauf hin, dass die Quote der Jugendlichen, die täglich Cannabis verwenden, mit 0,4 % im europäischen Vergleich niedrig und stabil sei. Weiterhin seien die bisherigen therapeutischen und präventiven Hilfen gut ausgebaut. Aus suchtmmedizinischer Sicht sieht er diese Ausgangslage durch die geplante Legalisierung als bedroht an. Auch die Fachverbände (z. B. in den Gemeinsamen Stellungnahmen zum Cannabisgesetz von DGKJP, DGKJ, BAG KJPP, BKJPP, BVKJ) warnten vor einer Einführung der Legalisierungspläne der Bundesregierung. Hier wurde, wie auch schon in zahlreichen anderen Stellungnahmen, darauf hingewiesen, dass der Cannabiskonsum für die Gruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein gefährlich erhöhtes Risiko von Beeinträchtigungen der Hirnentwicklung bedeute. Weiterhin könne der Konsum zu erheblichen Auswirkungen auf die Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsfokussierung führen und sich somit negativ auf die Schulleistungen, aber auch auf die differenzierte Entwicklung von intellektuellen Fähigkeiten auswirken. Zudem warnen die Fachverbände davor, dass dieses Gesetz zu einer weiteren Steigerung des Konsums und einer Verminderung der Risikowahrnehmung gegenüber den Auswirkungen des Cannabiskonsums führen könne.

Das Bundeskriminalamt (BKA) (2024) veröffentlichte im Juni dieses Jahres, dass die Zahl der cannabisbezogenen Rauschgiftkriminalität bei 33.618 Fällen (hier werden „konsumnahe Delikte“, „Handelsdelikte“ und „Beschaffungskriminalität“, z. B. Anbau und Produktion, berücksichtigt) liege und es sich somit um eine Steigerung um 6,7 % im Vergleich zum Vorjahr handle. Das BKA berichtet weiter, dass seit Ausbruch der Pandemie mithilfe von Abwasseranalysen festgestellt werden konnte, dass in der EU 22 Millionen Menschen Cannabis konsumiert hatten. Diese Zahlen scheinen zu belegen, dass es sich bei Cannabis um eine überall und täglich verfügbare Droge handelt. Daher kann ich der Einschätzung von Minister Lauterbach gut folgen, dass keine „neue Volksdroge“ geschaffen, sondern die Droge nun in einen neuen legalen Bezug gebracht wurde. So stellt auch z. B. Michael Harbaum (Geschäftsführender Vorstand der Düsseldorfer Drogenhilfe e. V.; Zeit Online: Cannabislegalisierung: Was Suchtkranke zum Gesetz sagen)¹ fest, dass es durch die neue Gesetzgebung nicht zu einem ausufernden Konsum kommen würde oder Jugendliche nun an eine Substanz gelangen würden, die vorher nicht verfügbar gewesen sei. Harbaum plädiert dafür, sich unter diesen Voraussetzungen Gedanken darüber zu machen, wie die Konsument*innen geschützt werden können. Dies könne nur durch eine Kontrolle der Stärke der Substanz erreicht werden. So sieht das veränderte Gesetz vor, dass der THC-Gehalt von 10 % bei einer Abgabe von Cannabis an junge Erwachsene (also zwischen 18 und 25 Jahren) nicht

überschritten werden darf, was durch die einzurichtenden Cannabis-Clubs zu kontrollieren ist.

Schaut man auf die Geschichte der Drogenpolitik, so kann man feststellen, dass die Liberalisierung der Drogengesetzgebung schon seit langer Zeit diskutiert wurde. Im Zusammenhang mit dieser Geschichte der Drogenpolitik (und dies nicht nur in Deutschland) zeigt sich, dass Bemühungen um eine staatliche Reglementierung des Drogenhandels nicht dazu geführt haben, dass der Konsum eingeschränkt werden konnte.

Im Rahmen meiner Behandlungserfahrungen kann ich den Eindruck teilen, dass Cannabis für Jugendliche und junge Erwachsene eine sehr leicht verfügbare Droge darstellt. Der Umgang mit dieser Droge ist hier im Zusammenhang mit der besonderen psychischen Ausgangslage dieses Lebensabschnittes zu beachten. Das Transitionsalter – also die Zeit des

— In der „Adoleszenzkrise“ findet ein Veränderungsprozess statt, der auch die bis dahin etablierten Methoden der inneren Konfliktverarbeitung infrage stellt.

Übergangs vom Kindes- zum Erwachsenenalter zwischen 14 und 25 Jahren – stellt eine umfassende Veränderung des bis zum Ende des Latenzalters (meist) gut eingespielten Gleichgewichtes zwischen psychosexueller Entwicklung, dem Umgang mit der sozialen Umwelt und der Internalisierung von orientierenden Haltungen der Eltern dar. Es kommt, angesprochen durch die körperlichen Veränderungen, zu einer Infragestellung der Identität, die durch die hinzutretenden Fragen der Geschlechtsrollenidentität verschärft werden. Verinnerlichte Normen der Eltern werden infrage gestellt und frühere innere Konflikte wiederholt, nun jedoch vor dem Hintergrund eines deutlich veränderten und leistungsfähigeren Körpererlebens. Dieser Prozess wird daher als „Adoleszenzkrise“ bezeichnet. Es findet ein Veränderungsprozess statt, der mit einem radikalen Umbau in verschiedenen Gehirnstrukturen korrespondiert und auch die bis dahin etablierten Methoden der inneren Konfliktverarbeitung infrage stellt. Sind diese Methoden, die psychoanalytisch ausgedrückt als „Abwehrmechanismen“ wirken, schon in der frühen Kindheitsentwicklung unzureichend entwickelt worden, so kann es nun zu einer schwerwiegenden Zuspitzung der inneren Konflikte kommen und mit verschiedenster Symptomatik beantwortet werden.

Beispiel 1: Die Auseinandersetzung mit verinnerlichten Normen

Ein wesentliches Kennzeichen der adoleszenten Entwicklung ist die Infragestellung verinnerlichter Normen. Diese verwei-

¹ Verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=UGhueVRV1ng> [09.08.2024].

sen auf die frühen Bindungsprozesse an die Eltern, die den Aufbau verinnerlichter Repräsentanzen ermöglichen. Diese Repräsentanzen werden jedoch nun als reglementierend und verbietend erlebt – stellen somit eine Reibungsfläche für die adoleszenten Ablösungswünsche dar. Diese verinnerlichten Normen werden dabei externalisiert (projiziert) und in der sozialen Umwelt als unverständige und reglementierende Instanzen erlebt. So scheinen Jugendliche in diesem Prozess bisher funktionierende Regulationsmechanismen zu verlieren. Die Überbewertung körperlicher Fähigkeiten und narzisstisch aufgeladene Darstellung von Unabhängigkeit stehen nun im Vordergrund. „Wenn es erlaubt gewesen wäre, Cannabis zu rauchen und zu trinken, hätte ich es wohl nicht gemacht!“, so ein 15-jähriger Patient in einer Stunde. Hier stellt die radikale oppositionelle Haltung gegenüber „den Erwachsenen“ eine schwierige, aber bedeutsame Form der Identitätsentwicklung dar. Gleichzeitig ermöglicht der gemeinsame Konsum eine Verbindung zur Peergroup, die in ihrer identitätsstiftenden Funktion große Bedeutung hat (was auch in virtuellen Zusammenhängen nicht unterschätzt werden sollte). Die Entwicklung einer eigenen Sprache über die Drogen unterstützt diesen verbindenden und stabilisierenden Prozess, in dem „Erwachsene“ so weit wie möglich ausgegrenzt werden sollen.

Beispiel 2: Die Flucht vor den inneren verfolgenden Objekten

Die adoleszente Entwicklung kann aber auch auf Entwicklungsdefizite verweisen, die schon im Verlauf der Kindheit nur schwer kompensierbar waren und möglicherweise auch schon zur Entwicklung von psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen geführt haben. Diese fehlenden inneren psychischen Strukturen (im Sinne von strukturellen Entwicklungsdefiziten) stehen einer adoleszenten Entwicklung somit nicht zur Verfügung, was zu einer hohen Labilisierung der betroffenen Jugendlichen führt. Die Impulskontrolle wird deutlich geschwächt, Gefühle von Leere und tiefer Hoffnungslosigkeit stehen im Vordergrund, der Körper wird zur Projektionsfläche dieser inneren Spannungen (z. B. in Form von Essstörungen, Selbstverletzungen, asketischer Selbstkontrolle). Die Wirkung von Cannabis wird als beruhigend erlebt, was rasch zu einem progredienten Konsum führen kann. „Da war immer dieses graue Gefühl. Ich habe mich allein gefühlt, auch wenn ich mit Anderen war. Was hätte ich schon sagen sollen – ich wäre ja auch nicht mit mir zusammen. Wenn ich dann „Pott“ rauche, wird alles ganz leicht. Ich kann mit den anderen lachen und auch wenn Mutter dann Stress macht, habe ich kein schlechtes Gewissen mehr“, so eine 14-jährige Patientin aus dieser Gruppe. Soziale oder leistungsbezogene Situationen werden durch das Rauchen von Cannabis erträglicher erlebt, sorgen jedoch häufig für eine rasche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Psychoanalytisch ausgedrückt, dient die Droge hier als ein Substitut für eine fragile und unlebendige innere Welt der Objektrepräsentanzen. Im Erleben eines drogeninduzierten Gefühls wird eine Verbundenheit zur sozialen Umwelt erlebt, die auf einen – meist frühen – Mangel an stabilen Bindungen verweist, in denen eine stabile Welt innerer Objekte nur unzureichend entstehen konnte.

Beispiel 3: Die Selbstmedikation

Adoleszente Entwicklung kann auch durch eine schon in der Kindheit erworbene/entstandene und die Leistungsfähigkeit einschränkende Symptomatik stark beeinflusst werden. Kinder, die z. B. an ADHS/ADS erkrankt sind und nur eine unzureichende Unterstützung in der Bewältigung ihrer Lebenswirklichkeit erlebt haben, gehen unter sehr erschwerten Bedingungen in die adoleszente Entwicklung über. Auch hier treten häufig Schwierigkeiten in der Impulskontrolle und depressive Symptome auf und kennzeichnen damit einen schwer zu behandelnden Prozess der Identifikation mit dem Krankheitsbild. Soziale und schulische Zusammenhänge, die nicht als hilfreich, sondern als unverständlich und kontrollierend erlebt wurden, werden nun radikal infrage gestellt und es kann zu einem schwierigen Ausstieg aus diesen Bezügen kommen. Cannabis wird hier oftmals als eine Möglichkeit der Beruhigung erlebt, die „die Gesellschaft“ den Betroffenen vorenthalten würde. „Wenn ich kiffe, kann ich lernen und ruhig sein. Dann gibt es auch keinen Streit mit meinen Eltern oder Lehrern. Die verstehen ja sowieso nicht, was los ist – aber dann ist mir das auch egal und ich kann die alle einfach ausblenden! Aber das, was mir wirklich hilft, wird mir verboten – das lasse ich mir aber nicht gefallen.“, so ein 17-jähriger Patient. Auch hier besteht die Gefahr einer raschen Entwicklung eines „schädlichen Gebrauchs“ (entspr. ICD 10 (F12.1) oder einer Abhängigkeit, häufig verbunden mit einem Ausstieg aus den sozialen Bezügen.

Diese beispielhafte Differenzierung, die natürlich nur eine grobe und meine Erfahrung wiedergebende Orientierung darstellt, habe ich hier angeführt, um die vielfältige Problemlage im Umgang mit jugendlichen Patient*innen, die Cannabis verwenden, zu verdeutlichen. Unterstützen kann ich jedoch die oben erwähnte Einschätzung, dass Cannabis schon seit vielen Jahren in großen Mengen und Qualitätsabstufungen verfügbar ist. Somit erscheinen die nun in der aktuellen Diskussion erneuerten Bedenken, dass das Gesetz zur Legalisierung von Cannabis zu einer unkontrollierten Verbreitung in Schulen oder in anderen sozialen Bezügen führen würde, erstaunlich. Die Realität der Lebenswelten von Jugendlichen ist geprägt von der Erfahrung, mit wenig Aufwand an Cannabis (und andere) Drogen zu kommen zu können. Somit stellt sich die Frage, wie eine Gesellschaft – sprich Eltern und Personen des direkten sozialen Umfeldes – passend mit der Suche nach Erfahrungen mit dem Cannabisrausch umgehen kann?

Dieser kurze Ausflug in die psychoanalytische Entwicklungspsychologie scheint mir einen wichtigen Beitrag zur Frage anzubieten, wie die soziale Umwelt die Herausforderungen durch die vielfältigen adoleszenten Entwicklungsaufgaben annehmen kann. Es wird die hohe Bedeutung dessen deutlich, dass sich Bezugspersonen für eine „Verwendbarkeit“ anbieten und nicht vor den Herausforderungen und Infragestellungen kapitulieren. Doch ist hier nicht an eine unerbittliche Strenge im Sinne von Verboten und Strafen, sondern an die Etablierung einer klaren Haltung, die sich für entsprechende Auseinandersetzungen anbietet, zu denken. Strenge scheint gerade in Fragen des Umganges mit Drogen zu einem

Die Verwendbarkeit der „Objekte“ – ein Exkurs zu einigen Überlegungen Winnicotts

Donald W. Winnicott ist als Vertreter der unabhängigen „Middle-Group“ der britischen psychoanalytischen Gesellschaft ein bedeutsamer Wegbereiter der Kinderpsychotherapie und erarbeitete eine unabhängig von der Kleinianischen Objektbeziehungstheorie stehende „Objektbeziehungstheorie“. Ohne weiter auf die genaue Theorieentwicklung einzugehen, ist es bedeutsam, dass er eine „Brücke zwischen psychischer und äußerer Realität“ gebaut hat und dadurch der Frage nach der Verbindung zwischen einer inneren Realität und der Konstituierung einer äußeren Objektwelt nachgegangen ist. Diese umfangreichen Überlegungen können passend in seiner Aussage zusammengefasst werden: „There's no such thing as a baby!“ Ein Baby ist immer nur im Zusammenhang mit seiner sozialen Bezugsperson zu denken und beide stehen in einem bedeutsamen Austauschprozess miteinander. Hier ist es von kardinaler Bedeutung, dass sich die Bezugsperson für einen Austausch anbietet. Voraussetzung dafür ist, dass sich das „Objekt“ (also die soziale Bezugsperson) als „verwendbar“ anbietet und die Fähigkeit besitzt, die „Destruktivität des Babys“ (wie es Winnicott hier in seinem Theoriezusammenhang nennt) zu überleben (Winnicott, 1974, S. 101 ff.). Das bedeutet in aller Kürze, dass soziale Bezugspersonen die Fähigkeit haben müssen, die elterliche Position zu verkörpern. Durch diese Haltung gelingt es dem Baby, aber auch den Kindern und Jugendlichen in ihrer weiteren Entwicklung, verlässliche Grenzen in ihre „Omnipotenzvorstellungen“ einzuführen und dadurch den Weg in eine verlässliche und vertrauenswürdige äußere Welt zu bahnen. Können die sozialen Bezugspersonen diese Grenze nicht halten, so kann das „unbewusste Omnipotenzgefühl“ nicht neutralisiert werden. In der Folge dieses Prozesses erleben sich Kinder, Jugendliche, aber auch Erwachsene als verloren und Grenzen in der sozialen Umwelt werden als narzisstische Kränkungen erlebt. In diesem Zusammenhang wies Krystal (1978) darauf hin, dass sich suchtkranke Patient*innen verhalten würden, als seien Alkohol und Drogen für ihr Überleben unverzichtbar. Die Substanzen würden in solchen Fällen eine Elternfunktion übernehmen, da ein Vertrauen auf die „Objekte“ der Außenwelt fehlen würde. Damit verweise dieser Prozess auch auf die Unfähigkeit der Suchtkranken, eine Funktion so introjizieren zu können, dass diese als eigene erlebt werde.

Voigtel (2023, S. 973 ff.) fasst in seinem Überblicksartikel zusammen, dass dieser Ansatz, der durch die Arbeiten von Kohut, Balint, Bowlby und Fairbairn erweitert und differenziert wurde, durch die neueren selbst-

psychologischen, intersubjektiven und bindungstheoretischen Überlegungen heute fortgesetzt worden sind. Neure Forschungen von Stern, so schreibt er weiter, betonen die stufenweise Bildung des Selbst beim Kleinkind in Abhängigkeit von den Interaktionen mit seiner Bezugsperson. Fonagy und seine Forschungsgruppe entwickelten ein Mentalisierungskonzept, in dem die hohe Bedeutung der empathischen Spiegelung, die Relativierung und Begrenzung der affektiven Reaktionen von Kindern durch die „frühen Objekte“ von herausragender Bedeutung sind. Burian (1994) stellt dann fest, dass bei einem Fehlen dieser Fähigkeiten „die lebenserhaltenden Funktionen und ihre affektiven Begleiter als außerhalb des Selbst erlebt“ werden. So können dann Drogen die Eigenschaft der Funktionen, die benötigt, aber nie angeboten worden sind, erhalten. In der Folge gelingt es in der adoleszenten Entwicklung nicht, eine Fähigkeit zur Trauer um den Verlust der elterlichen „Objekte“ auszubilden (angeschoben durch die Separationstendenzen der Kinder/Jugendlichen von den Eltern). Die Ablösung könne in diesen Fällen nur gelingen, wenn die Jugendlichen ein äußeres Hilfsmittel finden würden, das durch seine affektverbessernde Wirkung und die projektive Aufladung mit Eigenschaften eines hilfreichen Objektes zumindest zeitweise ausgestattet werden könne – was Drogen anbieten.

Bedeutsam für die Frage, wie es Jugendlichen gelingen könne, mit dem leicht verfügbaren Drogenangebot passend – und verneinend – umzugehen, scheint der Ansatz von Winnicott hilfreich. Eltern, aber auch Personen der sozialen Umwelt von Jugendlichen, müssen sich als „verwendbar“ anbieten und auch so erlebt werden können. Winnicott formuliert das in seinem Satz, dass der Übergang des Kindes ins Erwachsenenalter über „die Leiche eines Erwachsenen“ vollzogen werde (1974; S. 163). Diese drastisch erscheinenden Worte zielen darauf ab, wie die sich verändernden Abwehrstrukturen im Zusammenhang mit der adoleszenten Entwicklung eine besondere Haltung der sozialen Umwelt herausfordern. Ablösung kann nur durch Distanzierung gelingen, was die Fähigkeit der sozialen Bezugspersonen, allein gelassen werden zu können, herausfordert. Winnicott schreibt, dass das Beste, was Eltern (und hier sind stellvertretend alle Akteur*innen der sozialen Umwelt gemeint) tun können, sei, zu „überleben, selbst unverletzt zu bleiben, nicht ihre Einstellung zu verändern und keine wichtigen Prinzipien aufzugeben“ (a. a. o. S. 164).

Bumerangeffekt zu führen – Verbote scheinen wie Herausforderungen erlebt zu werden. Die besorgten Warnungen, dass Jugendliche ihre Gesundheit durch den Konsum von Cannabis gefährden könnten, scheinen das hervorzurufen, was verhindert werden sollte. Bedeutsam scheint hier eine realistische Aufklärung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen über die Folgen des Cannabiskonsums, besonders im Bezug zur adoleszenten Gehirnentwicklung, zu sein. Aber auch die weitergehende Frage, welche innere Konfliktlage mithilfe von Cannabiskonsum verplombt oder welches entwicklungsbedingte Defizit substituiert werden soll, muss hier passend berücksichtigt und beantwortet werden. So scheint es in einem ersten Schritt hilfreich zu sein, den Drogenkonsum zu bemerken und zu thematisieren. Auch den Druck der Peergroup wahrzunehmen und zu problematisieren, scheint ein bedeutsamer Schritt zu sein, um eine elterliche Orien-

tierung und damit ein Signal der Bindung anzubieten. Auch in schulischen oder sozialen Zusammenhängen scheint eine eindeutige, von allen Beteiligten geteilte Haltung von hoher Bedeutung zu sein, in der eine Problematisierung und Aufklärung stattfinden kann. Eine verstehende Haltung der erwachsenen Umwelt ist hier ein bedeutsamer protektiver Faktor.

Das heißt aus meiner Sicht, dass dieses neue Gesetz, das auch die Stärkung der Präventionsmaßnahmen (die schon seit Jahrzehnten existieren) in den Blick genommen hat, eine Chance anbietet, insbesondere die Zuständigkeit der Eltern, aber auch von Lehrer*innen, Psychotherapeut*innen und anderen Akteur*innen, die die jugendlichen Entwicklungen begleiten, in ihren Positionen zu stärken. Insbesondere die Verantwortung der Eltern durch Präventionsmaßnahmen zu stärken, scheint mir eine in der aktuellen Diskussion wenig

beachtete, aber bedeutsame Frage zu sein. Hier kann nur sehr begrenzt auf die Angebote z. B. des Bayerischen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung (Online-Kurs „Cannabis und Schule: wissen, verstehen, handeln“) oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung („Cannabisprävention.de“) hingewiesen werden.

Bedeutsam scheint mir noch ein weiterer Faktor zu sein, der als „Vereinsamung“ derzeit hohe Beachtung findet – und durch die Pandemie noch verstärkt worden ist. Gerade das Gefühl des Verlustes von Bindungen, was gerade in der Zeit der Transition von großer Bedeutung ist, kann die Entstehung von inneren Konfliktlagen stark beschleunigen und die Vulnerabilität erhöhen, Cannabis als Substitut für eine fehlende innere, aber auch äußere Möglichkeit der Beruhigung in sicher erlebten Bindungen zu verwenden. Hier Eltern so zu stärken, dass sie in einem verständigen und passenden Auseinandersetzungsprozess mit ihren jugendlichen Kindern bestehen können – hier wird oft von „Umstellungsfähigkeit“ gesprochen – scheint mir ein bedeutsamer präventiver Faktor zu sein.

Als letztes in dieser übersichtsartigen Zusammenstellung von Überlegungen finde ich es bedauerlich, dass die Idee eines kontrollierten und damit auch sachkundig-beratenden Verkaufes von Cannabis in entsprechenden Läden an junge Erwachsene (also über 18 Jahre), verworfen wurde. Hier scheint mir eine passende Präventionsmaßnahme gerade für diese Gruppe verschenkt worden zu sein. Hinzu kommt, dass sich der Start der „Cannabis Clubs“ schwierig und verzögert gestaltet, wodurch hier die Befürchtung naheliegt, dass das dort angebotene Cannabis durch seinen hohen Preis das erhoffte Eindämmen des illegalen Marktes nicht ermöglichen wird.

Literatur

- Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung. „Online-Kurs „Cannabis und Schule: wissen, verstehen, handeln“. Verfügbar unter: www.zpg-bayern.de/online-kurs-cannabis-und-schule-wissen-verstehen-handeln.html [06.10.2024].
- Bundeskriminalamt (2024). Bundeslagebild Rauschgift 2023, Stand 26.06.2024. In Polizei Dein Partner – Bezirk Bundespolizei/Zoll, 5 ff.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; Cannabisprävention. Verfügbar unter: www.cannabispraevention.de/ [06.10.2024].
- Burian, W. (1994). Die Rituale der Enttäuschung, die Psychodynamik der Droge und die psychoanalytische Behandlung der Drogenabhängigkeit. In R. Voigtel (2023), Psychoanalytische Konzeption der Sucht im Wandel. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 77 (11), 953–980.
- Bundesverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (2023). Gemeinsame Stellungnahme zum Cannabisgesetz. Verfügbar unter: www.bvjk.de/politik-und-presse/nachrichten/335-2023-10-20-stellungnahme-des-bvjk-zum-cannabis-gesetz [09.08.2024].
- Krystal, H. (1978). Self representation and the capacity for self care. Annual of Psychoanalysis 6, 200–246. In M. Oliner (2015). Weitere Untersuchungen über Winnicotts Konzept der „Objektverwendung“. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 69, 1033–1045.
- Thomasius, R. (2023). Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. In Stiftung Kindergesundheit (2023), Kindergesundheitsbericht, Fokus Jugendliche in Deutschland, 52–61.
- Thomasius, R. (2023). Interview, veröffentlicht auf der AOK-Seite „Presse und Politik“ am 10.09.2023. Verfügbar unter: www.aok.de/pp/gg/praevention/cannabislegalisierung/ [09.08.2024].
- Voigtel, R. (2023). Psychoanalytische Konzeptionen der Sucht im Wandel. Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 77 (11), 953–980.
- Winnicott, D. W. (1974). Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.



Carsten Caesar

Wegener Str. 17
10713 Berlin

Dipl.-Psych. Carsten Caesar ist als Psychologischer Psychotherapeut und analytischer Kinder-Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis in Berlin tätig. Er ist Mitglied in der DG-PT, DGAP, Lehranalytiker, Supervisor und Dozent am Institut für Psychotherapie Berlin.