

## Begünstigt Cannabisgebrauch Schizophrenie?

Kritische Anmerkungen zum Beitrag von G. Eikmeier u. a.

»Cannabiskonsum und Verlauf schizophrener Psychosen«

(Sucht, 37, Heft 6, 1991, S. 377–382)

Karl-Heinz Reuband

Zentralarchiv für empirische Sozialforschung, Universität zu Köln

Begünstigt Cannabisgebrauch Schizophrenie und welche Konsequenzen hat der Cannabisgebrauch für den Verlauf der Krankheit? Dies sind die Fragen, die Gisbert Eikmeier und Koautoren zu beantworten versuchen. Sie tun dies, indem sie Schizophrenie-Patienten einer großstädtischen psychiatrischen Klinik zum Ausgangspunkt nehmen und diese nach dem Vorhandensein vorheriger Erfahrung mit Cannabis und anderen Drogen unterscheiden. Um konfundierende Effekte anderer Drogen auszuschalten, beschränken sie den Kreis der zu untersuchenden Konsumenten auf diejenigen mit ausschließlicher Cannabiserfahrung. Als wichtigster Befund ihres Vergleichs ergibt sich: Cannabisgebrauch begünstigt Schizophrenie. Er stelle bei bestehender Vulnerabilität einen »Risikofaktor für das Auftreten schizophrener Erkrankungen« dar (S. 380).

Die Autoren stützen ihre Schlußfolgerungen im wesentlichen auf drei empirische Befunde: der Cannabisgebrauch geht in der Mehrzahl der Fälle dem Ausbruch der Schizophrenie voraus. Bei den Cannabiskonsumern bricht die Schizophrenie früher aus als bei den Patienten ohne Cannabiserfahrung, und es kommt bei ihnen häufiger zu Krankheitsschüben. Doch die »Beweisführung« der Autoren erweist sich bei näherer Sicht methodologisch als wenig überzeugend.

### 1 Fehlen eines Vergleichs mit der Gesamtbevölkerung

Um etwas über die Wahrscheinlichkeit auszusagen, mit der Cannabisgebrauch Schizophrenie begünstigt oder nicht, bedarf es entweder der Untersuchung einer unausgewählten Population über Zeit oder im Fall einer ausgewählten Population behandelten Patienten – wie in der vorliegenden Arbeit – eines Vergleichs mit der Gesamtbevölkerung. Nur im Kontext dieses Vergleichs kann ausgesagt werden, ob Cannabiskonsumern unter Schizophrenen überrepräsentiert sind oder nicht. In der vorliegenden Studie gaben ins-

gesamt 22 % der befragten Patienten im Alter unter 30 Jahren an, sie hätten jemals Drogen genommen; beschränkt ausschließlich auf Cannabiskonsumern, handelt es sich um einen Anteil von 18 %.

Im Vergleich zur altersgleichen Bevölkerung erweisen sich die Werte für Cannabiserfahrung als nicht sonderlich auffällig. Die Werte liegen auf etwa dem gleichen Niveau, wenn nicht sogar niedriger: Umfragen unter 15–24jährigen Jugendlichen aus den 70er und 80er Jahren weisen Werte für Drogenerfahrung zwischen 12 % und 19 % auf (Reuband 1992a: 43). In höheren Altersgruppen und in großstädtischen Kontexten – wie sie in der Untersuchungspopulation der Autoren überproportional vertreten sein dürften – ist sogar mit noch höheren Werten zu rechnen. So erbringt z. B. eine neuere, repräsentativ angelegte schriftliche Befragung in Köln unter Personen im Alter von 18–29 Jahren einen Anteil von 34 % für Cannabiserfahrung jemals im Leben (Reuband 1992b). Angesichts dieser Vergleichszahlen kann von einer Begünstigung der Schizophrenie durch Cannabiskonsum nicht die Rede sein.

### 2 Verwechslung zeitlicher Sequenzen mit kausalen Zusammenhängen und unzureichende Berücksichtigung der Alterszusammensetzung

Der Befund, wonach der Beginn des Cannabisgebrauchs zeitlich dem Ausbruch der Schizophrenie vorgelagert ist, wird von den Autoren als wichtige Stütze ihrer Argumentation verstanden. Doch ist diese zeitliche Folge weniger bemerkenswert, als es die Autoren darstellen. Das übliche Einstiegsalter in den Cannabisgebrauch und das übliche Alter für Ausbruch von Schizophrenie unterscheiden sich seit jeher: Cannabis wird gewöhnlich erstmals im Jugendalter genommen, meist zwischen 16 und 18 Jahren (Reuband 1992a), Schizophrenie dagegen setzt erst im Alter von durchschnittlich 30–36 Jahren ein (vgl. Scharfetter 1986: 88). Die zeitliche Sequenz unter

der Perspektive kausaler Einflüsse zu deuten ist deshalb methodologisch unsinnig. Kausalität setzt zwar eine entsprechende zeitliche Abfolge voraus, doch eine zeitliche Abfolge allein garantiert noch keine Kausalität.

Die Tatsache, daß bei Schizophrenen mit Cannabiserfahrung die Schizophrenie früher ausbrach als bei denen ohne Cannabiserfahrung, wird von den Autoren als weitere Stütze ihrer These vorgebracht. Doch ist dieses Argument ebensowenig schlüssig: innerhalb der untersuchten Patienten sind diejenigen mit Cannabiserfahrung im Vergleich zu denen ohne derartige Erfahrung im jüngeren Alter. Das wiederum ist wenig erstaunlich, wenn man sich vergegenwärtigt, daß der Drogengebrauch ein historisch neueres Phänomen ist und die jüngeren Generationen deshalb stärker davon betroffen sein müssen als die älteren. Sind aber aufgrund dieser historischen Konstellation die Patienten mit Cannabiserfahrung durchschnittlich jünger, so muß bei den behandelten Patienten mit Cannabiserfahrung die Schizophrenie auch in jüngerem Alter eingesetzt haben: die Patienten stellen – gemessen an der Gesamtbevölkerung – eine altersmäßig selektive Auswahl dar, bei der die oberen Altersgruppen »ausgeklammert« bleiben. Eine stringente Analyse wäre im vorliegenden Fall nur möglich gewesen, wenn man die Alterszusammensetzung der beiden Populationen kontrolliert und für gleiche Zusammensetzung gesorgt hätte.

### 3 Gleichsetzung von stationärer Behandlung mit Krankheitsschüben

Schizophrene, die jemals Cannabis zu sich nahmen, unterscheiden sich von Schizophrenen ohne Cannabiserfahrung durch eine häufigere stationäre Behandlung wegen schizophrener Syndrome. Von den Autoren wird dieser Befund als ein Zeichen für häufigere Krankheitsschübe interpretiert (S. 380) – doch man könnte ebensogut die Vermutung aufstellen, daß sich in der häufigeren stationären Behandlung nur eine unterschiedliche Vorgehensweise der jeweils eingeschalteten therapeutischen Akteure bzw. Instanzen sozialer Kontrolle abbildet. Unter Umständen spiegelt sich in dem Muster lediglich eine Tendenz in der Psychiatrie wider, schizophrene Erscheinungsformen – ungeachtet der objektiven Beeinträchtigungen – um so schwerer einzustufen und häufiger einer Behandlung zuzuführen, wenn zusätzlich zur Krankheit der Tatbestand vorherigen Cannabiskonsums ermittelt wird. Die Psychiater könnten in dieser Hinsicht den Autoren des Beitrags ähneln, die zunächst

erwartet hatten, Schizophrene mit Cannabiserfahrung müßten besonders schwer belastet sein und hätten deswegen eine schlechtere Krankheitsprognose – eine Annahme, die sich dann später als fehlerhaft herausstellte.

### 4. Notwendigkeit einer stärker ereignisbezogenen Analyse unter Berücksichtigung subjektiver Deutungsprozesse

Die Untersuchung vermag nicht den Nachweis zu erbringen, daß Cannabisgebrauch Schizophrenie begünstigt. Um darüber etwas auszusagen, bedarf es komplexerer Vorgehensweisen, als sie in dieser Arbeit gewählt wurden, einschließlich einer detaillierteren Analyse des Verlaufsprozesses der Schizophrenie und einer ereignisbezogenen Verknüpfung mit dem Drogengebrauch als mögliche Determinante. Nur wenn – prospektiv oder retrospektiv – stärker lebenslaufbezogene Analysen betrieben werden, wird es möglich sein, genauere Beziehungsmuster zu ermitteln.

Dabei ist jeweils mit zu berücksichtigen, wie die Erfahrungen mit Haschisch von Betroffenen selbst erlebt und subjektiv gedeutet werden und wie sehr diese Art der Deutung Panikreaktionen heraufbeschwört. Wie Howard Becker erstmals in einer Arbeit zu LSD-Erfahrungen ausführte (Becker 1976), sind Drogenerfahrungen oftmals mehrdeutig und gewinnen subjektive Bedeutung erst durch individuell und kulturell geprägte Zuschreibungsprozesse. Im Laufe der kollektiven Karriere des Drogengebrauchs als Makrophänomen bilden sich in der Subkultur der Konsumenten Muster des Umgangs mit Drogenerfahrungen heraus, so daß vieles, was einst als erschreckende Erfahrung erlebt wurde, später diesen Schrecken nicht mehr vermittelt.

Befunde über den Rückgang der von halluzinogenen Drogen ausgelösten »psychotischen Episoden« im Laufe der Zeit in den USA scheinen Beckers Annahme zu stützen. Sie belegen einen Rückgang trotz steigenden oder stabilen LSD-Gebrauchs (vgl. Bunce 1979: 230). Wenn man diese Befunde auf Cannabis hin generalisieren könnte, hieße das: Die Wahrscheinlichkeit eines Einflusses von Cannabis auf psychotisches Erleben müßte im Zeitverlauf in dem Maße abnehmen, wie sich der Cannabisgebrauch als Verhaltensmuster in Teilen der Gesellschaft etabliert und sich Routinemuster im Umgang damit herausgebildet haben. Der Zusammenhang zwischen Drogenerfahrung und Schizophrenie – so er tatsächlich existiert – könnte damit je nach Art der »Drogengeneration« verschieden sein.

**Literatur**

- Becker, H. S.: History, culture and subjective experience: an exploration of drug induced experiences. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 8, 1967, S. 163–176
- Bunce, E.: Social and political sources of drug effects: the case of bad trips in psychedelics. In: *Journal of Drug Issues*, 1979, S. 213–233
- Reuband, K.-H.: Drogenkonsum und Drogenpolitik. Deutschland und die Niederlande im Vergleich. Opladen 1992a.
- Reuband, K.-H.: Survey methods as a monitoring instrument. Referat auf der Konferenz »Illegal drug use. Research methods for hidden populations«. Rotterdam, October 28–30, 1992b.
- Scharffetter, C.: *Schizophrene Menschen*. 2. Aufl. München–Weinheim 1986.

**Korrespondenzanschrift:**

PD Dr. Karl-Heinz Reuband  
Universität zu Köln  
Zentralarchiv für empirische Sozialforschung  
Bachemer Str. 40  
W-50931 Köln 41

---