Therapieladen

Nicht erst Gras über die Sache wachsen lassen Jugendliche und Cannabiskonsum

Von der elterlichen Hilflosigkeit zur elterlichen Präsenz. Der systemische Einbezug der Eltern in den Betreuungsprozess jugendliche Cannabiskonsument*innen

Dipl.-Psych. Andreas Gantner

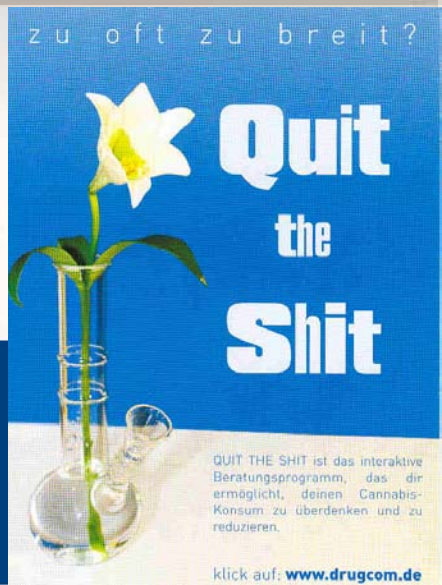
Fachgespräch der Fachstelle für Suchtprävention
20.11.2017 Berlin

Hintergrund Therapieladen e.V.

- Seit 1985 spezifische Präventions- und Therapieangebote für Cannabisklient*innen

- Evaluierte **cannabisspezifische Therapieprogramme** im Therapieladen:

  - ***INCANT/MDFT*** (BMG/Delphi)
  - ***CANDIS*** –Transfer (BMG/ TU Dresden)
  - ***QUIT THE SHIT*** –Transfer (BZGA)
  - ***DOUBLE TROUBLE*** (FU Berlin)



Faktenlage zu epidemiologischen Trends in Berlin

(IFT Suchtsurvey 2012)

***Lebenszeitprävalenz*:** In Berlin haben **41,5** % der 15-64 Jährigen jemals gekifft:

Das sind ca.**1 Mio** Berliner

12 Monatsprävalenz: **11,3 %** haben im letzten Jahr Cannabis konsumiert:

Das sind ca.**287.000** Berliner

***30 Tage Prävalenz*: 5,3 %** haben in den letzten 30 Tagen konsumiert.

Täglicher Konsum Das sind ca. **140.000** Berliner

24.000 Berliner konsumieren täglich Cannabis

JDH-Studie Berlin 2014 (16- 27 Jährige)

	Lebenszeitprävalenz	Gegenwärtiger Konsum	Regelmäßiger Konsum
Alkohol	96%	87%	17%
Tabak	74%	57%	47%
Shisha	70%	39%	4%
Cannabis	69%	35%	14%
Sonstige illegale Substanzen	38%	18%	2%
	davon:		
	26% Amphetamine	12%	1%
	19% Kokain	6%	1%
	18% Ecstasy	9%	
	16% Halluzinogene	2%	
	8% Räuchermischungen	2%	1%
	5% „Badesalze“	2%	
	2% GHB		
Problematischer Konsum (ohne Tabak) unter allen 310 Befragten		13% (15% Männer; 10% Frauen)	

Quelle: Fachstelle für Suchtprävention Berlin, 2014

Erlebte Rauschwirkung Positiv	CANNABISFUNKTIONSSPEKTRUM	Erlebte Rauschwirkung negativ
Übliche Denkmuster verblassen, neuartige Ideen und Einsichten, hinter die Oberfläche schauen, kreativ sein	**Denken**	Sich in fixe Ideen reinsteigern, von Gedanken besessen sein, geistige Selbstüberschätzung, Größenwahn
Witzige Assoziationen und starke Gedankensprünge	**Konzentration**	Konzentrationsschwäche, keinen klaren Gedanken fassen können, „Peilung“ verlieren
Sich amüsieren, weil man sich nicht an die vorletzten 5 Minuten bzw. am Ende eines Satzes nicht an den Anfang erinnern kann.	**Gedächtnis**	Eingeschränkte Merkfähigkeit, Erinnerungslücken, Filmrisse
Die gewohnte Ordnung beim Sehen, Hören, Riechen, Tasten verändert sich; sonst Nebensächliches wird deutlicher wahrgenommen, Intensivierung von Empfindungen, Zeitgefühl verändert sich	**Wahrnehmung Empfindung**	Wenig von der Umwelt mitkriegen, im eigenen Film gefangen sein, sich in Einzelheiten reinsteigern, Überempfindlichkeit, Überreaktionen bis hin zu Halluzinationen und Horrortrips
Eindruck, als ob man die Gedanken der anderen kennt und teilt, gemeinsame Albernheit, Gemeinschaftserleben	**Kommunikation Beziehung**	Kontakt verlieren, „abdrehen“, sich nicht mehr mitteilen können, sich ausgegrenzt erleben, nur noch abhängen
Euphorie, „High-sein“, gleichzeitig: Gefühle sind gedämpft, emotionaler Abstand zu allem, Gelassenheit	**Fühlen**	Ängste, Panik, Verfolgungsideen, Gefühle von Fremdheit, Ich-Auflösung, Verwirrung, Verlassenheit
Wohlige Entspannung, Wattegefühl, Leichtigkeit, Pulsfrequenz steigt, trotzdem Verlangsamung der Bewegung, geringe Schmerzempfindlichkeit, Appetitanregung	**Körper Körpererleben**	„Breit“, „fett“, träge, lahm sein. Oder Überdrehtheit, Übelkeit, Schwindel, Herzrasen bis zum Kreislaufkollaps

Diagnostischer Blickwinkel	Funktionen und Motive des Cannabiskonsums
Substanzspezifisch/ Biochemisch	*Komplexes Wirkungsspektrum*! euphorisierend entspannend, beruhigend halluzinogen
Jugendtypisch, entwicklungs- und psychosoziale Perspektive	*Entwicklungsaufgaben* Neugier und Risikoverhalten, Gemeinschaftsgefühl Selbsterfahrung, Cool sein, Anders sein Protestverhalten, Ablösung vom Elternhaus Autonomieentwicklung, Identitätsfindung
Bewältigungsstrategien Selbstmedikation Suchtdynamik	Regulierung innerer Spannung und Impulse Anregung von Gedanken und Phantasien Milderung von Ängsten Reduktion von depressiven Stimmungen Impulskontrolle bei ADHS
Cannabis als Medizin	Appetitsteigerung Schmerzlinderung Tourette-Syndrom (ADHS/PTSB/Depressionen/ etc….)

Psychischer und sozialer Kontext des Konsums

Schutz und Risikofaktoren	***Ausprägung***
Einstiegsalter, Entwicklungsstand	Frühes Einstiegsalter (unter 16?), körperliche und psychosoziale Reifungsaspekte, Entwicklungschancen und krisen
Psychische Gesundheit, Vulnerabilität	Fähigkeiten und Kompetenzen, Komorbide Störungen (z.B. Angststörungen, affektive Störungen, ADHS, Psychoseerkrankung)
Familiäre Situation und Ressourcen	Unterstützung in der Familie, Partnerschaft Bindungsverhalten, Sucht /Psych. Probleme in der Familie
Peer-group, Freundeskreis	Qualität von sozialen Beziehungen, Ausmaß drogenbezogener Kontakte und Beziehungen
Schulische, berufliche, soziale Integration	Leistung in Schule, (Schulstress, Schwänzen Sitzenbleiben) Berufseinstieg, Jobchancen, Probleme mit Justiz

Cannabisstörungen

Akute Intoxikation

Reine Cannabisintoxikationen sind in der Regel nicht lebensbedrohlich, solange sich Konsumierende nicht in einer gefährlichen Situation befinden (Straßenverkehr, Arbeit u.ä.). In diesem Sinne ist bislang kein Todesfall in Folge einer Überdosierung bekannt, wohl aber z.B. Unfälle mit Todesfolge. Die Symptomatik einer akuten Cannabisintoxikation klingt in der Regel nach 3-5 Stunden ab. Die folgenden Symptome werden unter klinisch-psychiatrischer Sicht als Folge einer akuten Intoxikation beschrieben.

- Euphorie ("high") mit konsekutiver Müdigkeit
- Entspannung und psychomotorische Verlangsamung
- Motorische Störungen
- Kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Reaktionszeit usw.)
- Formale Denkstörungen (assoziative Lockerung, Weitschweifigkeit u.a.)
- Wahrnehmungsstörungen (Zeiterleben, Synästhesien, Halluzinationen u.a.)
- Depersonalisations- und Derealisationserleben
- Appetitzunahme, sowie auch Übelkeit und Erbrechen
- Situationsinadäquates Witzeln, Gleichgültigkeit bis akute Panikreaktion
- Seltener akute psychotische Reaktion
- Bei sehr hohen Dosen: toxisches Delirium (Verwirrtheit, Amnesie, Halluzinationen)

Cannabis und Abhängigkeit

- **9 % aller Cannabiskonsumenten,**
- **17 % der Personen mit einem Konsumbeginn in der Adoleszenz und**
- **25–50 % der Menschen, die Cannabis täglich konsumieren**,

Zum Vergleich:

Cannabis 9%	Kokain17%
Nikotin 32%	Alkohol 15%
Heroin 23 %	Stimulantien 11%

Cannabisabhängigkeitsquote Gesamt in der Bevölkerung: 1 %
Konstant seit 2000 (IFT 2014)

Cannabisabhängigkeit

Cannabisabhängigkeit (F12.2)

- Innerhalb eines Jahres sind 3 oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt:

- Craving (starker Wunsch/Zwang zu konsumieren)
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums
- Körperliches Entzugssyndrom; Konsum mit dem Ziel Entzugssymptome zu mildern
- Toleranz
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten oder Interessen
- Anhaltender Konsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen
- Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz (charakteristisch)

Schädlicher Gebrauch von Cannabis (F12.1)

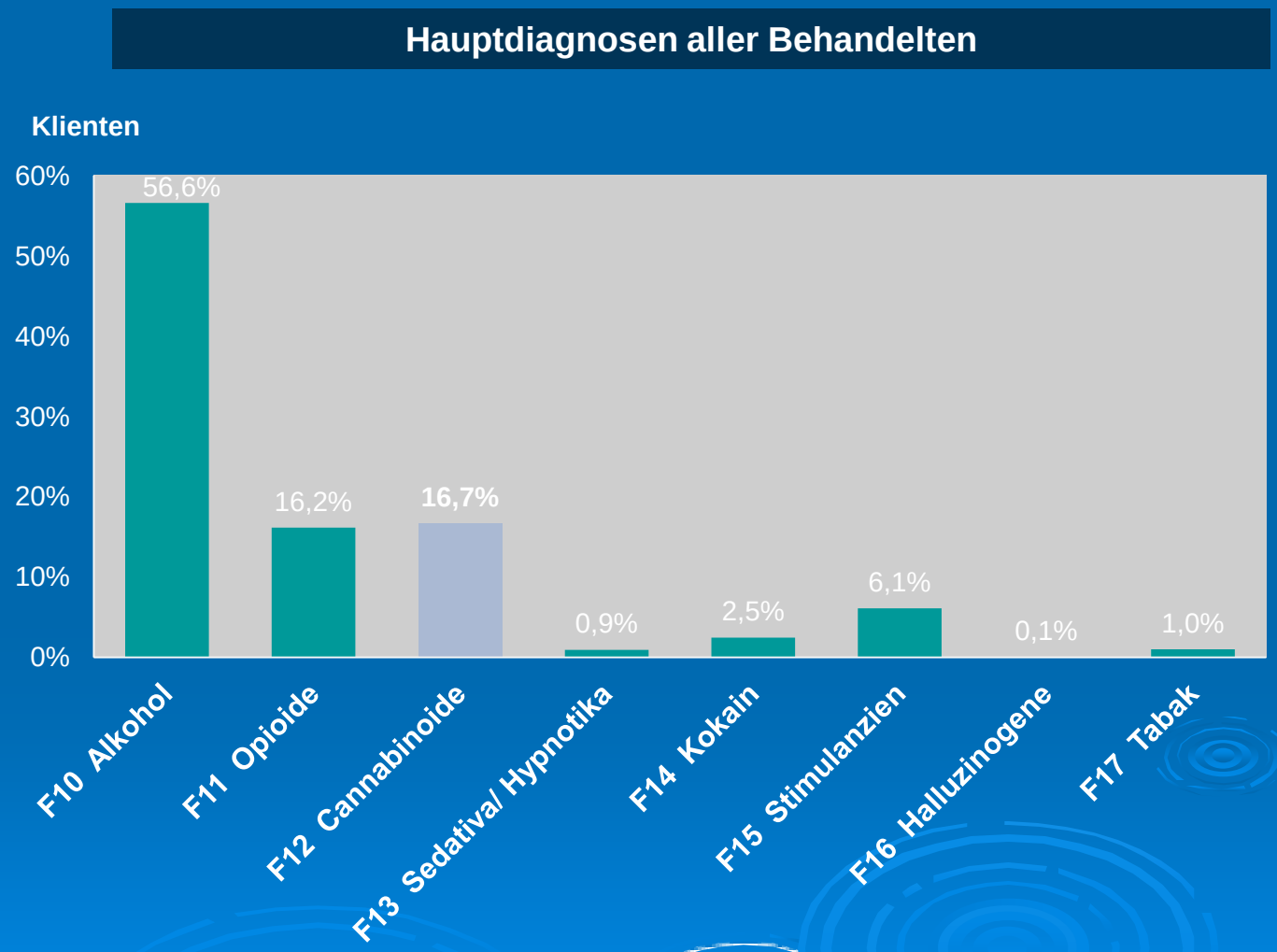
Wenn der Konsum zu einer Gesundheitsschädigung (körperliche oder psychische Störung, z.B. depressiven Episode) führt.

1. Hauptdiagnosen in ambulanter Suchthilfe (n=156.067; 809 Einrichtungen)

F12 Cannabinoide
(n =25859)

§ **Auflagen 15%**

Anzahl der Kontakte: Ø 10



DSHS (2014)

Behandlungsdaten in Berlin (Statistik 2014)

Ambulante Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis: **2364**

17 % aller Suchtklienten, Bund 14 %)

Davon 14% mit gerichtlicher BtmG Auflage

63% weniger als im Bundesvergleich !

Stationäre Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis: **319**

17 % aller Suchtklienten, Vergleich Bund: 6,3%)

Davon 18% mit gerichtlicher BtmG Auflage

Gegenüber 2004 haben wir fast eine **Verdreifachung** von Cannabisklienten in Betreuung.

Bezogen auf geschätzte **48.000 Problemkonsumenten** in Berlin werden derzeit **5**% davon im Suchthilfesystem betreut und erreicht

Durchschnittsalter von Klienten bei Cannabisinterventionsprogramme

INCANT /MDFT	MDFT	Ø 16,2 Jahre
FreD	FreD	Ø 17,7 Jahre
Can Stop	can STOP!	Ø 18,6 Jahre
Realize it	REALIZE IT	Ø 24 Jahre
Therapieladen/ Rehaklienten	Therapieladen	Ø 25 Jahre
Quit the shit	Quit the Shit	Ø 25,6 Jahre
CANDIS	CANDIS	Ø 26,2 Jahre

Vermittlung/Überweisungskontext MDFT Fälle /INCANT Studie

MDFT Site	Selbst	Familie Verwandte	Schule	Jugendhilfe	Justiz
Brüssel	5 %	62 %	3%	7%	23%
Paris	14 %	59%	10%	11%	6%
Berlin	**5 %**	**17%**	**1%**	**75%**	**2%**
Den Haag	2 %	6%	0%	73%	19%
Genf	2 %	16%	2%	8%	72%
Gesamt	6 %	30%	3%	42%	19%

Cannabis- Frühinterventionsangebote in Berlin

Teilweise Implementiert in Beratungsstellen

In Planung

Transfer „MDFT Light“

Implementiert in Therapieladen

Fortbildungsangebot der Fachstelle für Suchtprävention

MDFT ist wirksamste Therapie für Jugendliche mit Cannabismissbrauch

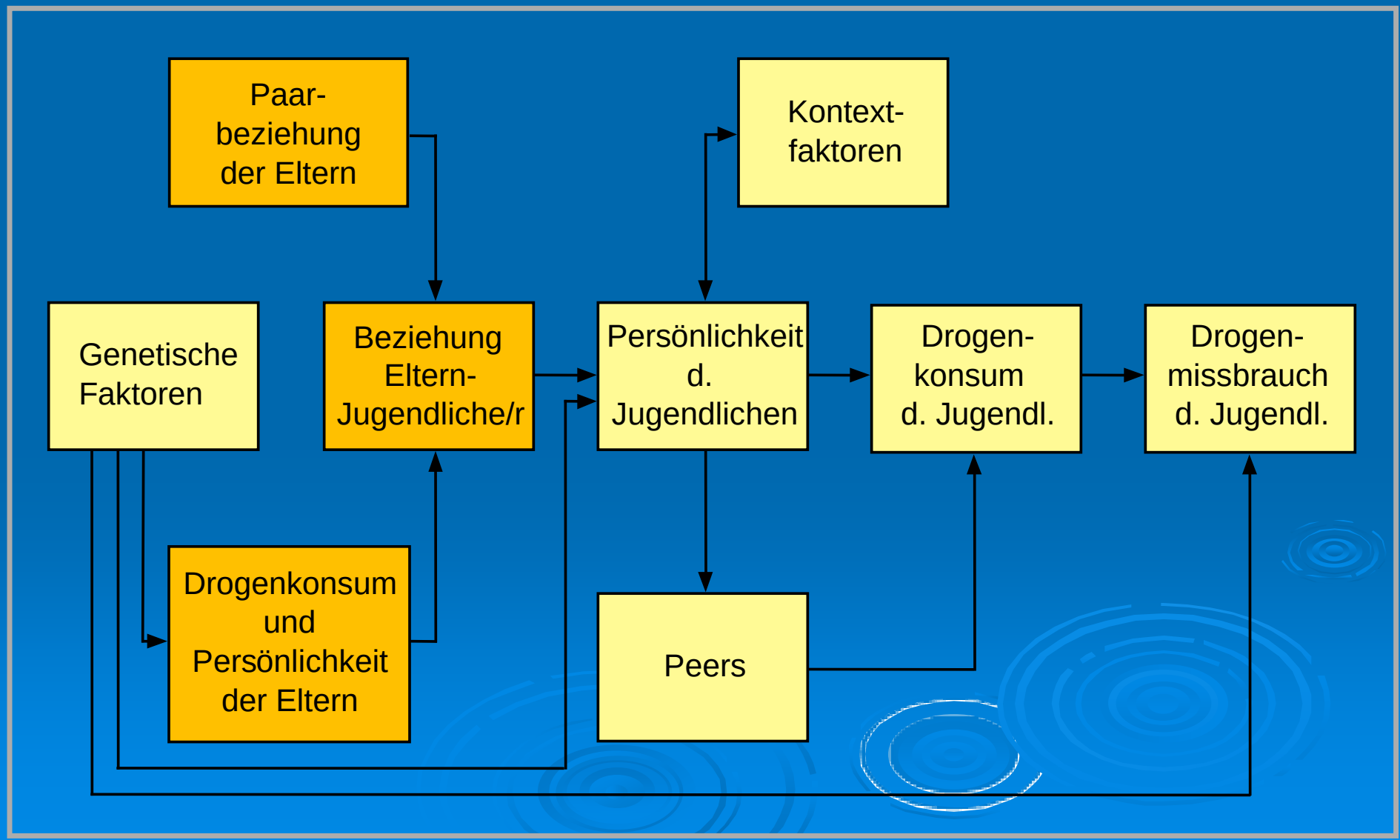
EMCCDA: MDFT als „Best Practice“ Ansatz

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2014), *Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union*

MDFT Hintergrund

- MDFT ist ein multisystemischer Familientherapieansatz mit Wurzeln in der strukturell-strategischen Familientherapie
- MDFT ist ein störungsspezifisches Verfahren (Adoleszenz und Suchtverhalten) und entwicklungspsychologisch orientiert
- MDFT ist lebenswelt-/sozialraumorientiert und bezieht explizit den außerfamiliären Kontext mit ein (Schule, Ausbildung, Freizeit/Peers, soziale und medizinische Betreuung)
- MDFT nutzt dabei aufsuchende Strategien

Entwicklungsmodell: „Family Interactional Theory“



Systemisch-entwicklungspsychologische Perspektive

- Die Familie ist der primäre Kontext einer gesunden Identitäts- und Ich-Entwicklung. Bindungsverhalten und Erziehungskompetenz der Eltern hat dabei auch während der Adoleszenz eine bedeutsame Rolle für eine gelingende Entwicklung des Heranwachsenden.

- Der Einfluss von Peers ist kontextabhängig; seine Wirkung ist abhängig von schützenden Effekten der Familie gegen eine abweichende Peer-Subkultur.

- Jugendliche sind im Ablösungsprozess weiterhin auf eine emotionale Bindung mit ihren Eltern angewiesen (im Sinne einer Interdependenz bzw. bezogenen Individuation).

Prävalenz des Konsums nach Ablehnung oder Tolerierung durch Eltern oder peer-group

Tabak	Peer-group Ablehnung	Peer-group Tolerierung
Eltern Ablehnung	7%	49%
Eltern Tolerierung	14%	66%

Alkohol	Peer-group Ablehnung	Peer-group Tolerierung
Eltern Ablehnnung	14%	75%
Eltern Tolerierung	28%	87%

Cannabis	Peer-group Ablehnung	Peer-group Tolerierung
Eltern Ablehnnung	2%	38%
Eltern Tolerierung	19%	66%

Therapieladen

MDFT: Spezielle Zielgruppe

- Jugendliche 13- 18 Jährige (Früheinsteiger!)
- Diagnostizierte Cannabisstörung/u.a. Subst.
- Multiple Probleme
- Verhaltensstörung/Schuldistanz/Delinquenz
- Starke Elternkonflikte/Erziehungsprobleme
- Nähe zu Kindeswohlgefährdung
- Schnittstelle/ambulant-stationär

Therapieladen

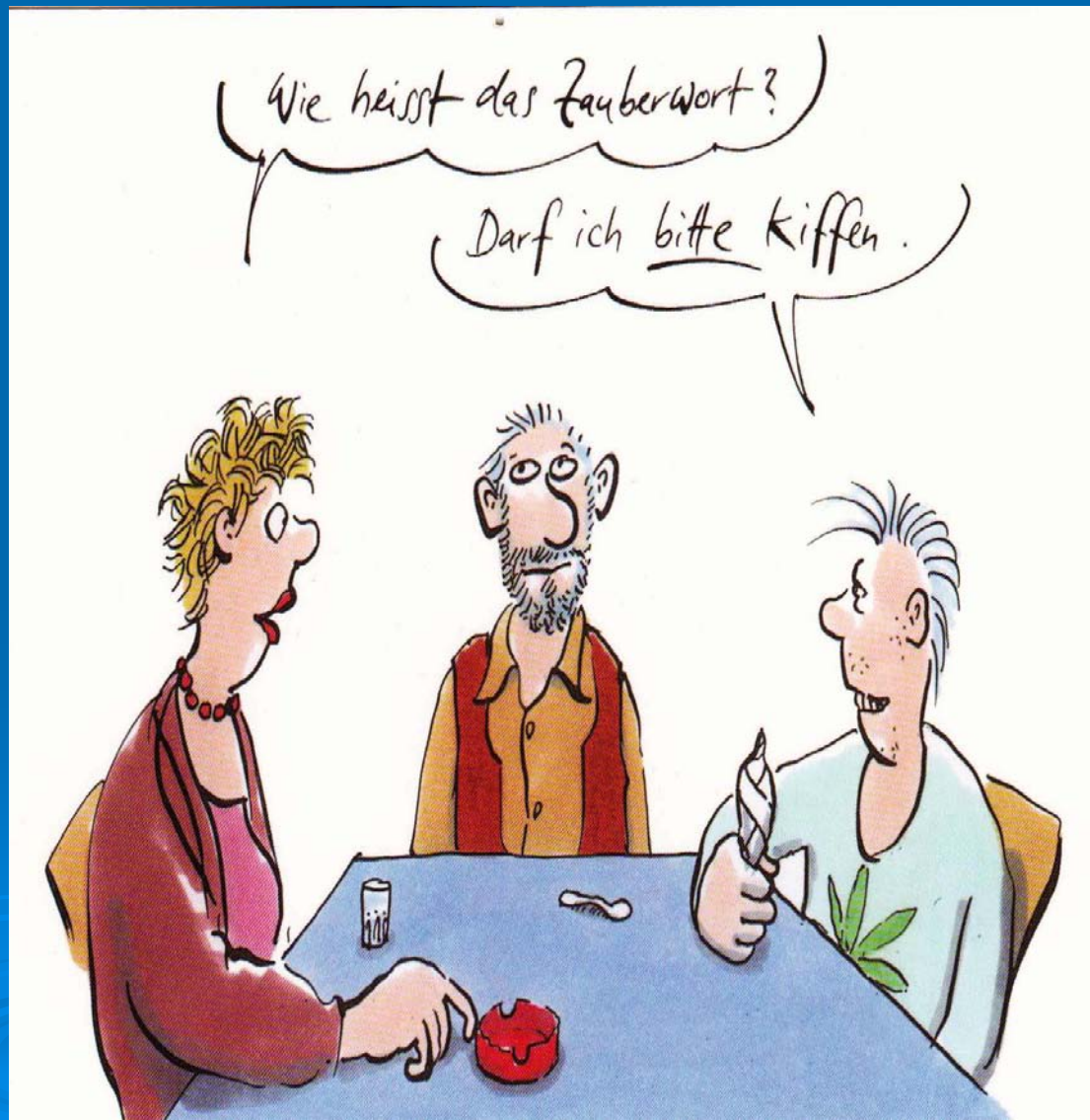
Motivation bei Jugendlichen?

- MI Haltung notwendig aber nicht ausreichend
- Motivierung und Mitwirkung der Eltern
- Problemdefinitionen/Perspektivenwechsel
- Kontextualisierung des Konsums

Quelle: Grützenbach/Tossmann: Die Wirksamkeit der MDFT aus Sicht jugendlicher KlientInnen. *SuchtMagazin 5/2012*

Therapieladen

Die neue Elterngeneration
Elterliche Autorität ?Elterliche Präsenz?



Elterncoaching: „Sie sind die Medizin“

Die Arbeit mit den Eltern („Hilfe zur Erziehung „)ist ein wesentlicher Baustein in der MDFT.

Die Stärkung der Eltern und die Wiederentdeckung elterlicher Ressourcen wird als ein nachhaltiger Wirkfaktor für die Veränderung jugendlichen Suchtverhaltens verstanden.

Dabei wird in der Arbeit mit einzelnen/getrennten Eltern die Bedeutung der elterlichen Teamarbeit besonders hervorgehoben.

Eltern oder Elternteile werden motiviert und unterstützt, zugunsten ihrer Kinder mögliche Partnerschaftskonflikte (auch nach vollzogener Trennung) auf konstruktive Weise zu lösen und nicht „auf dem Rücken ihrer Kinder“ auszutragen.

.

Therapieladen

MDFT Sitzungen mit Eltern

Systemische Grundhaltung:

- **Neutralität/Allparteilichkeit**
- **Raum für „Leid und Klagen“ geben**
- **Ressourcenaktivierung („Sie sind die Medizin“)**
- **Zuversicht und Hoffnung aktivieren**

„Übertragungs“ – Prozesse in der Eltern-Kind Beziehung

Umlenkung des Partnerkonflikts auf die Eltern- Kind Beziehung: Problemverhalten des Kindes kann hier die Funktion erhalten, einen latenten Partnerkonflikt zu verdecken.

Konfliktreiche Elternbeziehung als Verhaltensmodell für die Kinder: Durch Modelllernen übernehmen Kinder die von den Eltern vorgelebten Formen problematischen Verhaltens

Partnerkonflikte schwächen das elterliche Erziehungsteam: Starke Differenzen im Erziehungsverhalten der Eltern führen zu Inkonsistenz und oft zu Koalition eines Elternteils mit dem Kind.

Familienstress und Rollenbelastungen durch externe und interne Stressoren: Externe Stressoren (Arbeitslosigkeit, Arbeitsüberlastung, Armut) und interne Stressoren (Krankheiten) wirken sich negativ auf die Eltern-Kind Beziehung aus

:

Elterliche Erziehungsstile

	akzeptierend, sensibel, kindzentriert	ablehnend, wenig sensibel, elternzentriert
fordernd/ kontrollierend	**autoritativ, kommunikativ**	**autoritär, machtbetont**
keine Anforderungen/ geringe Kontrolle	**permissiv, nachgiebig**	**vernachlässigend, gleichgültig**

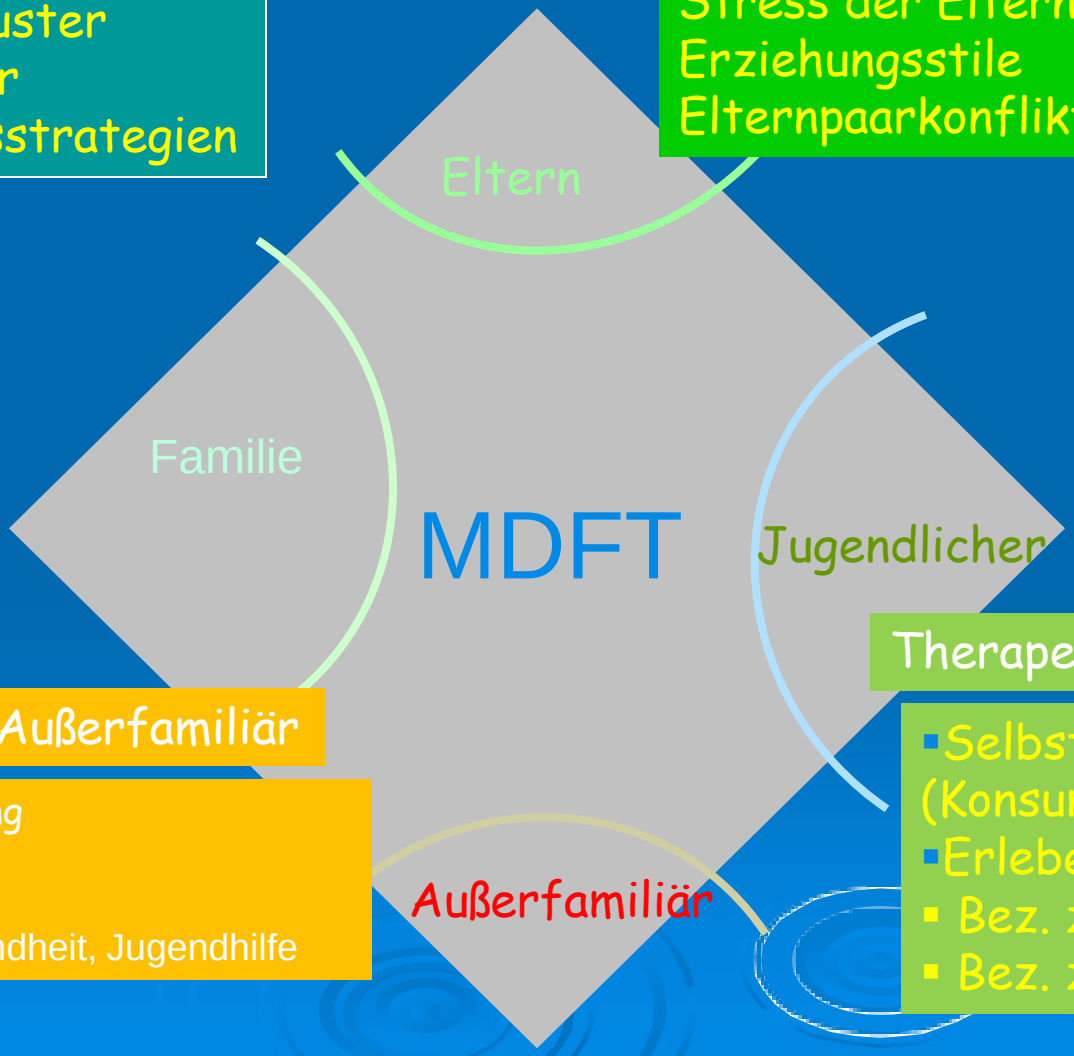
Bestandteile von MDFT-Interventionen

Therapeut-Familie

Interaktionsmuster
Bindungsmuster
Problemlösungsstrategien

Therapeut-Eltern

Stress der Eltern
Erziehungsstile
Elternpaarkonflikte



Therapeut-Jugendlicher

- Selbst (Konsum/Verhalten/
- Erleben)
- Bez. zur Familie
- Bez. zu Freunden

Therapeut-Außerfamiliär

- Schule/Ausbildung
- Peers
- Hilfesysteme (Soziales, Gesundheit, Jugendhilfe

Fallbeispiel

Peer, 14 J.

Jugend und Sucht
Stand der Kooperation und Vernetzung ?

Jugendhilfe
Suchtpräventionskonzept
Frühintervention
Spezifische ambulante/stationäre Hilfen

Schule
Präventionskonzept
Präventionsprojekte
„Kontaktlehrer“

Kooperationsprojekte
Hilfeplanung
Fallkonferenzen

Medizin
KJ-Psychiatrie
Diagnostik
Qualifizierte Entgiftung
Behandlung

Suchthilfe
Suchtpräventionskonzept
Suchtberatung/
Frühintervention
Suchtbehandlung

Herausforderungen in der Arbeit mit Jugendlichen Cannabiskonsument*innen

•Differenzierte Risikoeinschätzung bei wachsendem Cannabis-Toleranzklima

•Chancen und Grenzen von „Harmreduction“ Ansätzen bei Minderjährigen

•Navigieren zwischen jug. Selbstverantwortung und Erziehungsverantwortung

• Stärkung „systemischer Grundhaltungen“ in der Arbeit mit Jugendlichen

Umorientierung in den Systemen ist notwendig :

- Suchthilfe wird jugendspezifischer und familienorientiert
- Jugendhilfe wird drogenspezifischer und integriert S-Prävention/Frühintervention
- Kinder- und Jugendpsychiatrie wird sich besser vernetzen
- Schule wird das Thema Drogen weiter enttabuisieren