



Entwicklungen und Trends in der Prävention, Beratung und Therapie für Cannabiskonsument*innen

Dipl. Psych. Andreas Gantner
Therapieladen e.V.

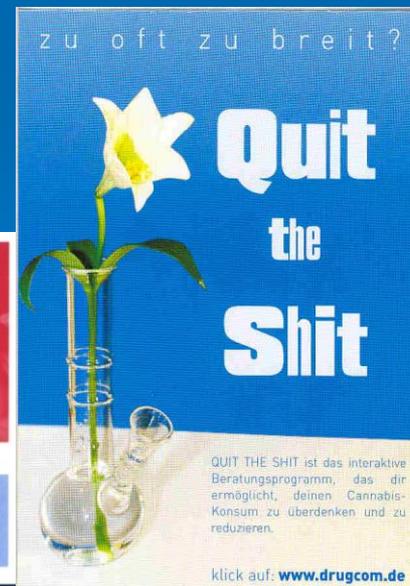
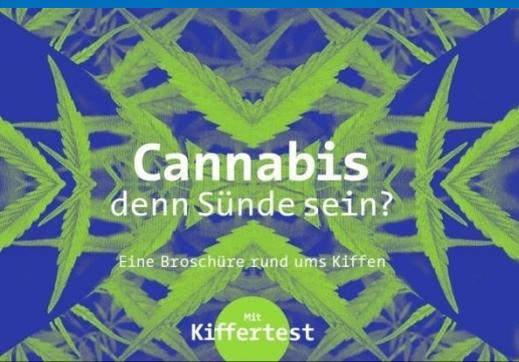
Suchtprävention Sachsen:
Fachtagung: Cannabisprävention- Wirksame Interventionen
und aktuelle Herausforderungen , 26.11.2018 Dresden

Gliederung des Vortrages

- **Gesellschaftliche/drogenpolitische Trends bei Cannabis**
- **Epidemiologie des Cannabiskonsums**
- **Risiken des Cannabiskonsums**
- **Klinische Aspekte des Cannabiskonsums**
- **Cannabisprävention: Quo Vadis?**
- **Frühintervention/Behandlung von Cannabisstörungen**
- **Ausblick**

Hintergrund Therapieladen e.V.

- Kostenträger: **Senat/Drogenreferat** (seit 1985 „Landesmittel“)
Ambulante Sucht Reha (seit 1994 DRV/Kasse/SGB VI)
Ambulante KJHG Therapie (seit 2000 Jugendamt/SGB VIII)
- Evaluierte **cannabisspezifische Therapieprogramme** im Therapieladen:
 - **INCANT /MDFT** (BMG/Erasmus/delphi)
 - **CANDIS** –Transfer (BMG/ TU Dresden)
 - **QUIT THE SHIT** –Transfer (BZGA)
 - **DOUBLE TROUBLE** (intern/ FU Berlin)



Spohr / Gantner / Bobbink / Liddle

Multidimensionale Familientherapie

Jugendliche bei Drogenmissbrauch und
Verhaltensproblemen wirksam behandeln

Vandenhoeck & Ruprecht

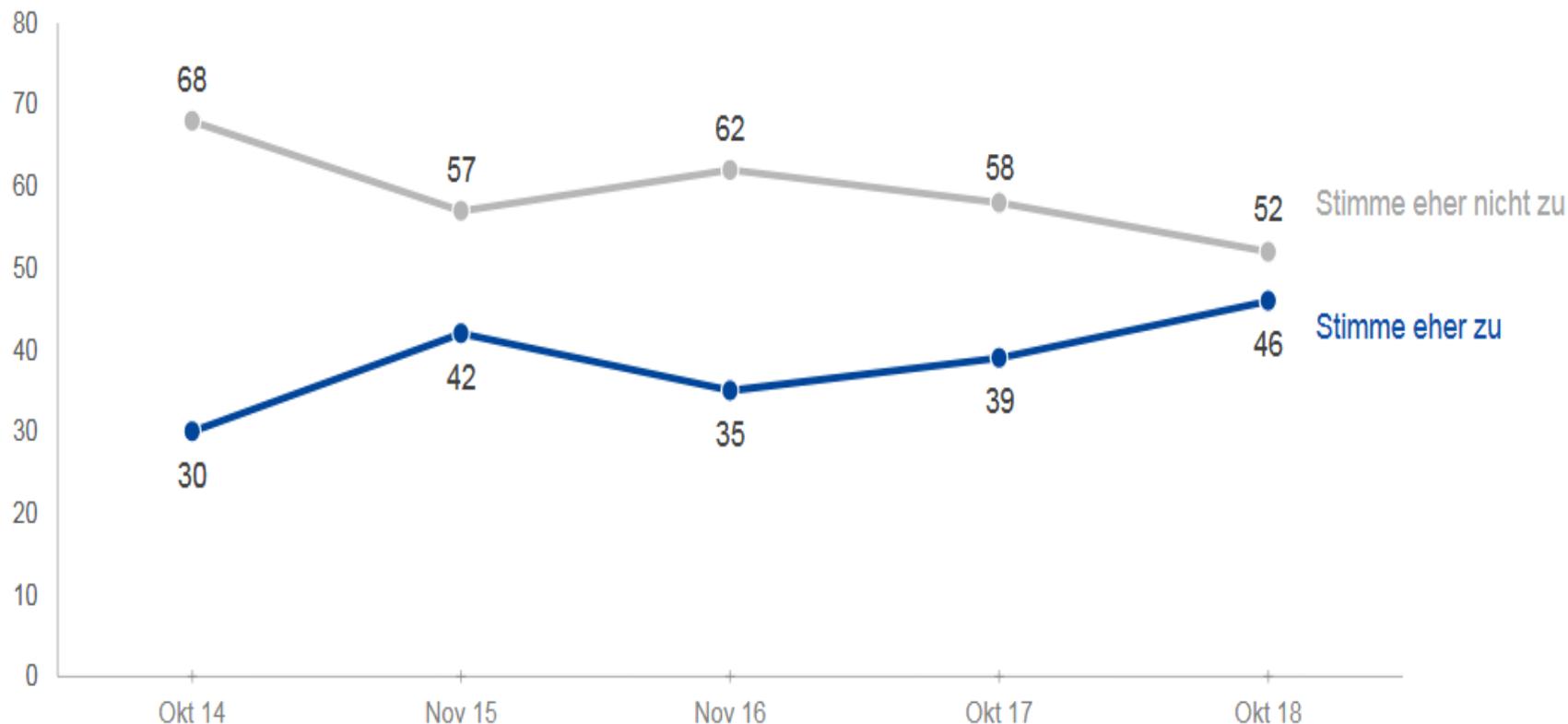
Hintergründe und Entwicklungen der Cannabisdebatte und Cannabispolitik

Klinische Expertisen zu Risiken des nichtmedizinischen Gebrauchs	Positionspapiere aus den Suchtverbänden Suchthilfeträger	Positionen aus dem Strafrecht/Justiz/ Polizei	Parteilpolitische Positionen	Kommunale Initiativen zu Modellprojekten	Internationale Cannabispolitik
<p>Nutt et.al. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse 2007 <i>Lancet</i></p> <p>Moore et.al: Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review 2007 <i>Lancet</i></p> <p>Volkow et al.: Adverse Health Effects of Marijuana Use 2014 The New England Journal of Medicine</p> <p>Hall: What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? 2014 <i>Addiction</i></p> <p>Hoch u.a.: Risiken bei nicht- medizinischem Gebrauch von Cannabis. <i>Deutsches Ärzteblatt</i> 2015</p>	<p>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) 10/2015</p> <p>Akzept e.V. (Alternativer Sucht und Drogenbericht 14/15)</p> <p>Fachverband Drogen und Suchtmittel e.V. (fdr) 04/2013/ 2015</p> <p>Fachverband Sucht e.V. 04/2013</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) 02/2015</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) 07/2015</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe (DGSAS) 02/2015</p> <p>DPW Freie Träger Berlin (06/2015)</p> <p>GVS (2016) AWO (2016)</p>	<p>Resolution deutscher Strafrechtsprofessorinnen und –professoren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages Schildower Kreis 11/2013</p> <p>Bund Deutscher Kriminalbeamter (A. Schulz 2014)</p> <p>Dr Harald H. Körner (Oberstaatsanwalt BTMG Kommentator) 2014</p> <p>Jörn Patzak (Oberstaatsanwalt)2014</p> <p>LEAP (Law Enforcement Against Prohibition), ist ein Verein, der sich für die Entkriminalisierung des Drogenkonsums einsetzt.(09/2015)</p>	<p>Die Linke /Grüne Antrag Bundestag: Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts überprüfen 6/2014</p> <p>Die Grünen Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG) 3/2015</p> <p>FDP: Cannabis kontrolliert freigeben 05/2015</p> <p>SPD: Von der Repression zur Regulierung <i>Eckpunktepapier</i> 9/2015 <i>Friedrich-Ebert-Stiftung</i></p> <p>CDU: Einzelmeinung (Pfeiffer/wirtschaftspolitisch Sprecher)</p>	<p>BfArM Antrag: Regulierter Verkauf von Cannabis in Friedrichshain-Kreuzberg 6/2015 (abgelehnt)</p> <p>Kommunale Initiativen zu Modellprojekten in 2015 in :</p> <p>Düsseldorf Münster Bremen Hamburg Frankfurt München</p> <p>Berliner Koalitionsvertrag 2016</p> <p>Modellprojekt in Planung</p>	<p>Global Commission on Drug Policy (2011/2016). War on drugs. Report of the Global Commission on drug policy.</p> <p>AR Policy Brief 5 – Cannabis – From Prohibition to Regulation</p> <p>Zobel, F., Marthaler, M. (2016). Neue Entwicklungen in der Regulierung des Cannabismarktes (SUCHTSCHWEIZ)</p> <p>Simon, R.: Cannabis und Drogenrecht in Europa. In: <i>Sucht Aktuell</i> 1 · 2015</p> <p>Marijuana Legalization in Colorado: Early Findings 2016</p> <p>Gundula Barsch Der Prozess der Umsetzung der Regulierung von Marihuana in den USA: Effekte und Nebeneffekte 2016</p>

Positionspapiere der (Sucht)- Fachverbände zur Cannabispolitik

- Fachverband Sucht (04/2013)
- FDR (12/2015)
- DG-Suchtmedizin (02/2015)
- DGSAS (02/2015)
- DPW Berlin/Freie Träger (6/2015)
- DG-Sucht (07/2015)
- DHS (10/2015)
- **DGKJP (11/2015)**
- GVS (2016)
- AWO (2016)
- DPW (2017)

„Cannabis sollte für Volljährige legal und reguliert erhältlich sein, zum Beispiel über Fachgeschäfte wie in Colorado.“



Über den gesetzlichen Umgang mit Hanf, auch bekannt als Cannabis oder Marihuana, wird international diskutiert. In Deutschland gibt es bislang ein strenges Verbot. In den USA können dagegen volljährige Personen demnächst in 8 Bundesstaaten Cannabis legal erwerben und zum Eigenbedarf anbauen. Sagen Sie mir bitte, ob Sie folgender Aussage hierzu eher zustimmen oder eher nicht zustimmen:

Neue Gesetzeslage in Deutschland

Medizinalhanf: Ab 10.3.2017 sind Cannabisblüten und Extrakte arzneimittelrechtlich zugelassen.

Ärzte aller Fachrichtungen können **Cannabis auf BTM Rezept** verschreiben

Aktuell werden 13 verschiedene Cannabissorten (unterschiedlicher Zusammensetzung) aus den Niederlande und Kanada importiert.

Cannabidiol (CBD) kann ohne BTM Rezept verschrieben werden

Ab 2019 soll eine bundesdeutsche **Cannabisagentur** den Cannabisanbau überwachen



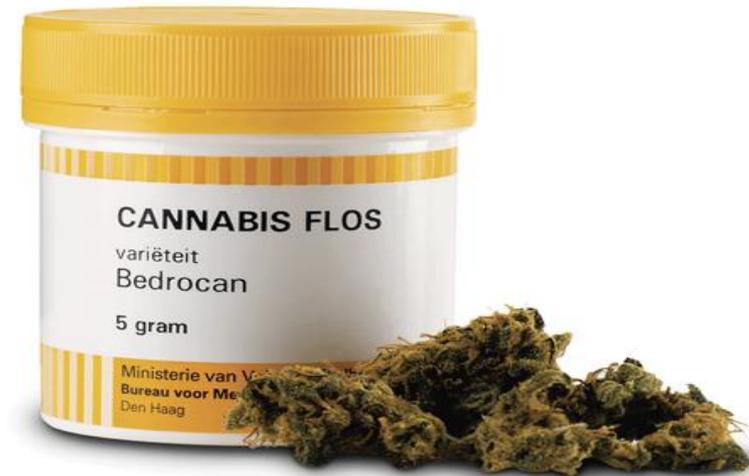
Cannabis auf Rezept **Ab März gilt**

- für Schwerkranke in eng begrenzten Ausnahmefällen
- Krankenkassen übernehmen die Kosten
- nur auf ärztliche Verordnung erhältlich in der Apotheke
- Eigenanbau sowie Verwendung zu Rauschzwecken bleiben verboten

Medizinalhanf

Cannabis

© Bundesregierung

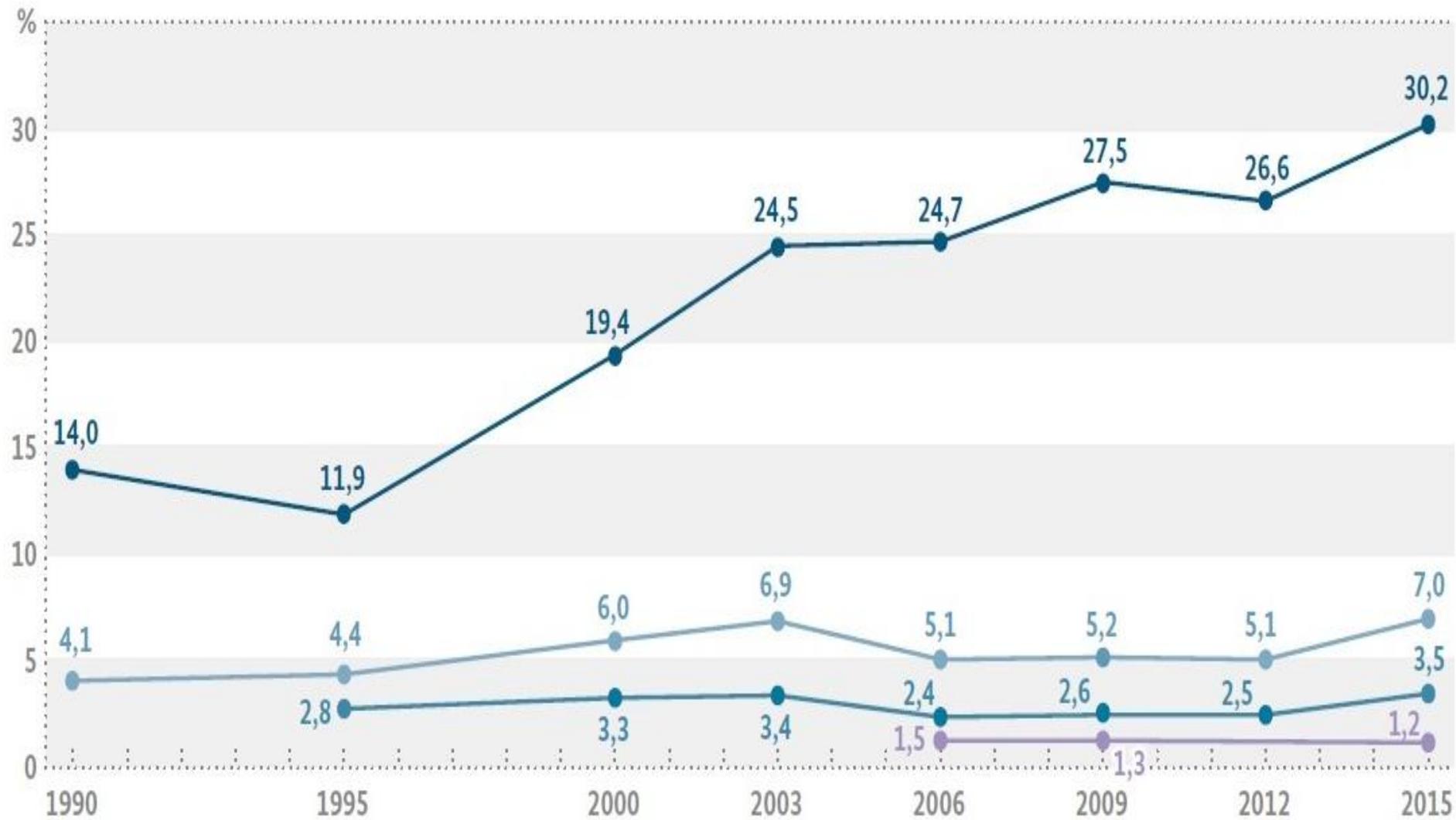


Herausforderungen durch neue Gesetzeslage

- **Mangel an Leitlinien** und Behandlungsempfehlungen. Dadurch Unsicherheit und Unkenntnis bei Ärzten, sowie Krankenkassen (viele Ablehnungsanträge, hohe Preise in Apotheken etc.)
- **Cannabis ist nicht gleich Cannabis!** Medizinisches Cannabis hat ausschließlich oder verhältnismäßig **hohen CBD Anteil**. Cannabis als Schwarzmarkt Droge hat hohen THC Anteil und fast kein CBD Anteil.
- Wie verändert **Cannabis als Medizin** das Image von Cannabis als **Genuß- und Rauschdroge**? *Einnehmen oder Konsumieren?*
- Sehr viel Aufklärung und **Differenzierungsarbeit** notwendig
- **Auswirkungen des Gesetzes auf Jugendliche?**

Medical marijuana laws and adolescent marijuana use in the USA from 1991 to 2014: results from annual, repeated cross-sectional surveys *Lancet Psychiatry* 2015;
Ergebnis: Kein Anstieg in Ländern mit Medical Marijuana laws.

Konsum von Cannabis bei Erwachsenen (18–59 Jahre)

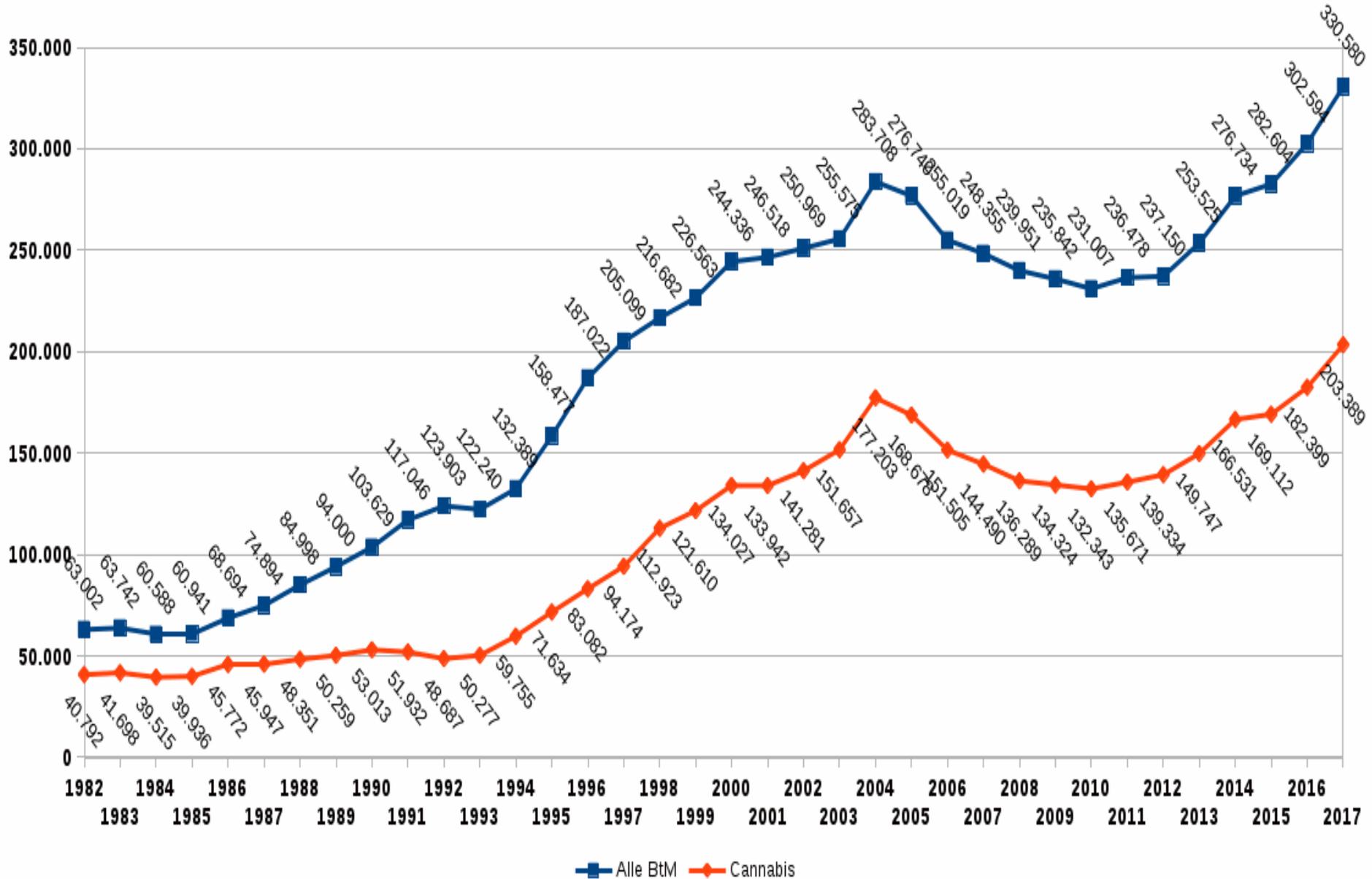


- Lebenszeit
- in den letzten 30 Tagen
- in den letzten 12 Monaten
- klinisch relevanter Konsum

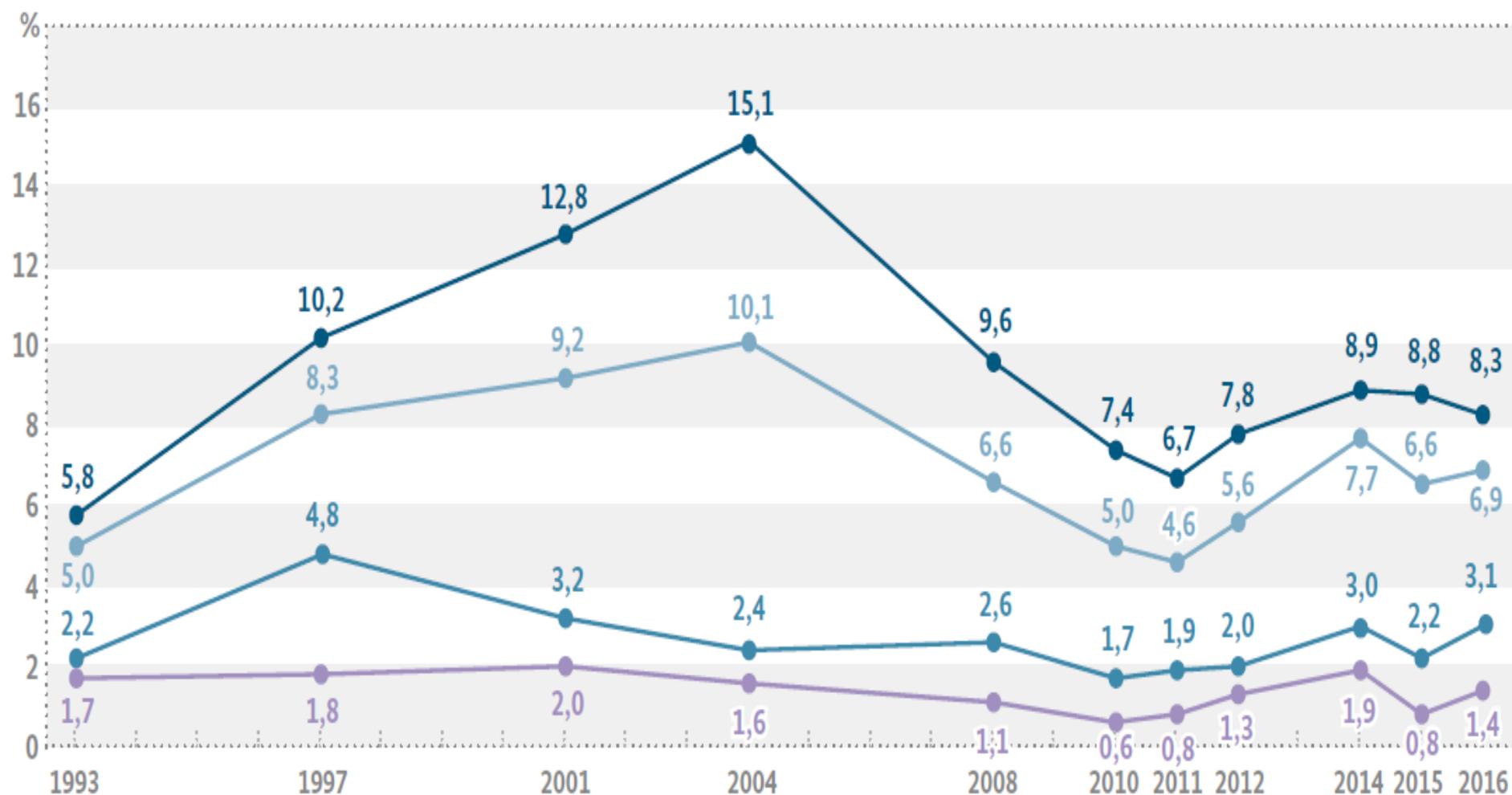
Quelle: ESA 2015, IFT

Betäubungsmittel delikte insgesamt und Cannabisdelikte in Deutschland

Zeitreihe 1982 bis 2017



Konsum von Cannabis bei Jugendlichen (12–17 Jahre)

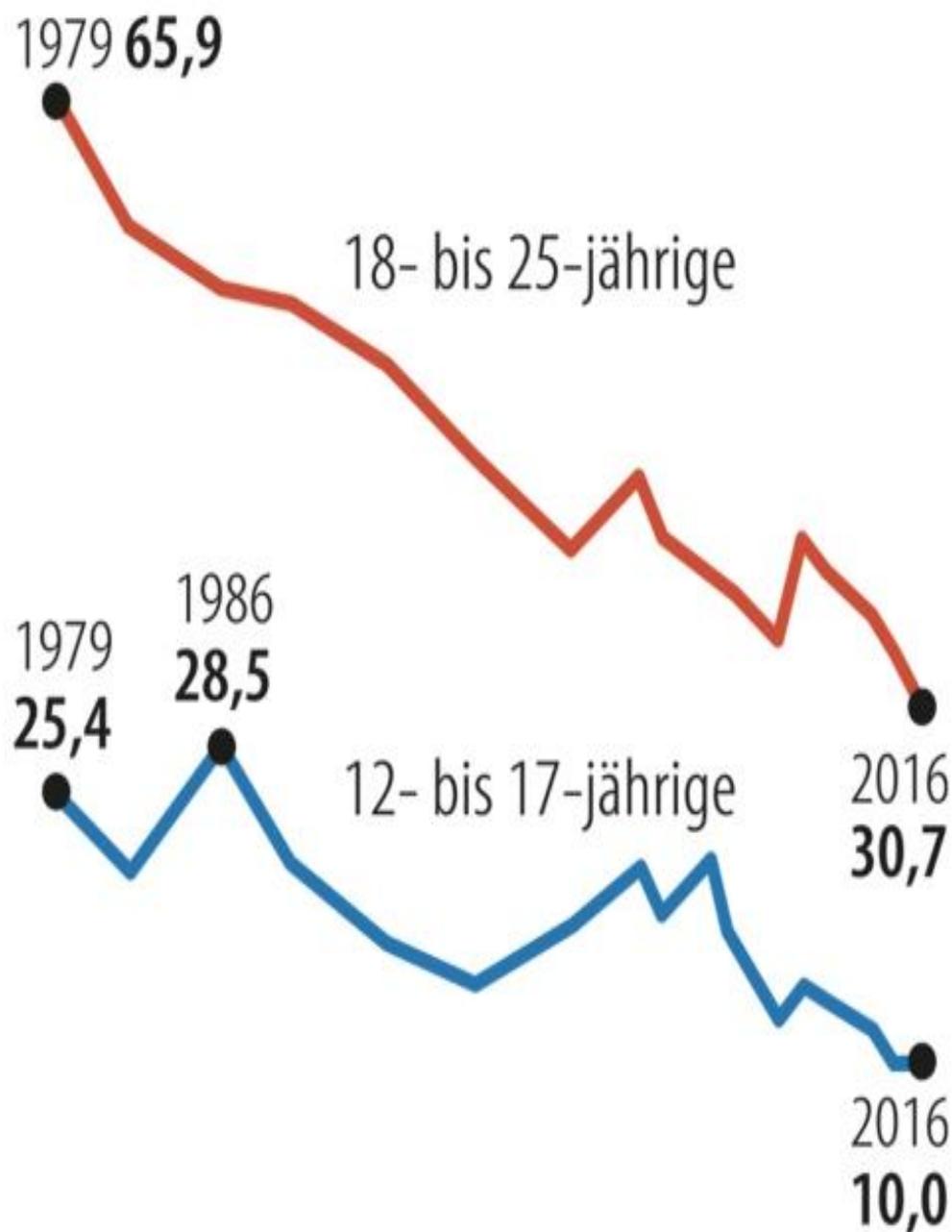


- Lebenszeit
- in den letzten 30 Tagen
- in den letzten 12 Monaten
- regelmäßiger Konsum¹⁾

1) 1993 bis 1997: zehnmal oder häufiger in den letzten zwölf Monaten.
 Ab 2001: häufiger als zehnmal in den letzten zwölf Monaten

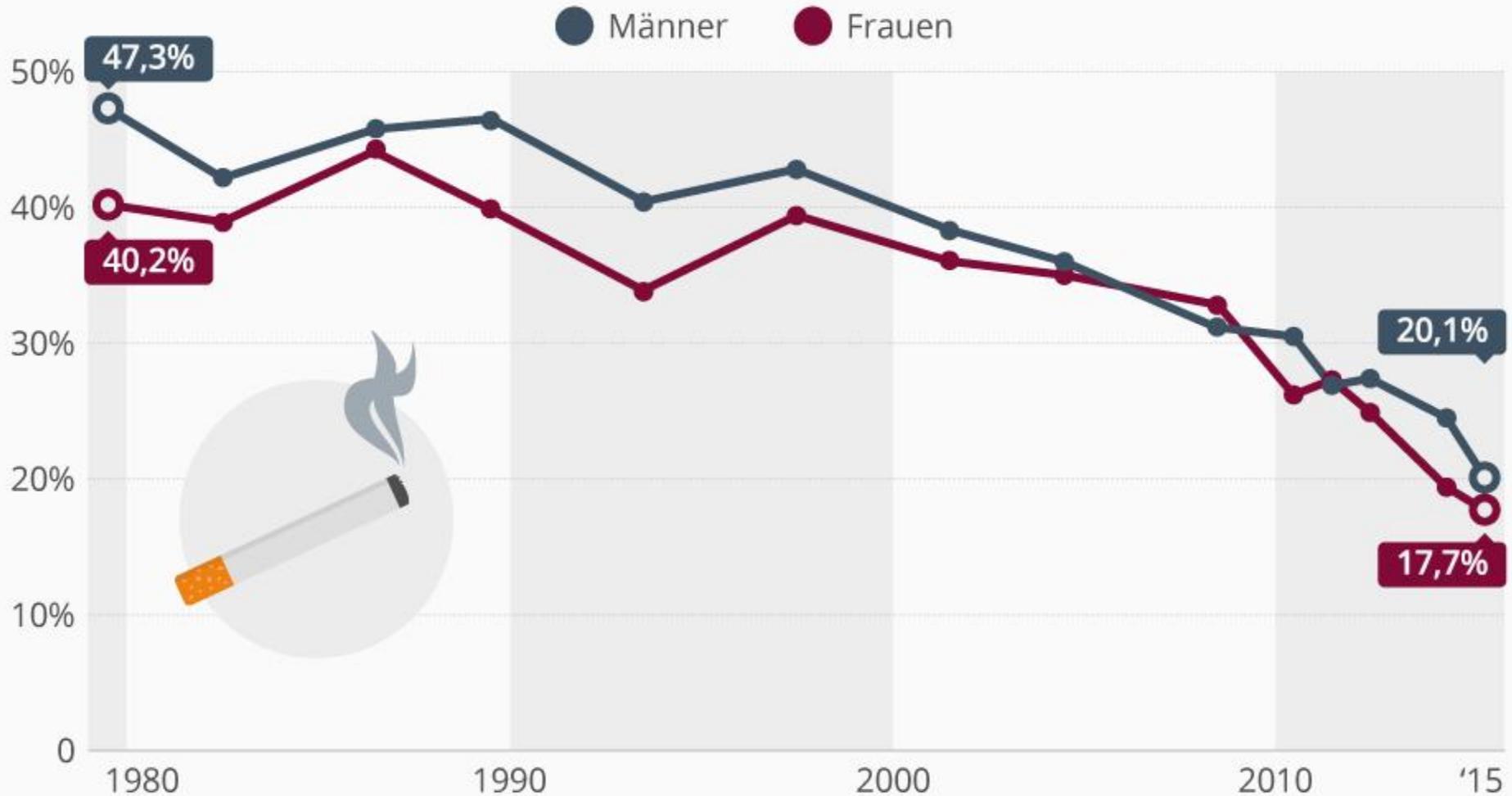
Junge Menschen trinken weniger Alkohol

Regelmäßiger Alkoholkonsum (in Prozent)



Rauchen wird uncool

Raucheranteil unter 12- bis 25-jährigen in Deutschland nach Geschlecht



Klinisch relevanter Cannabiskonsum

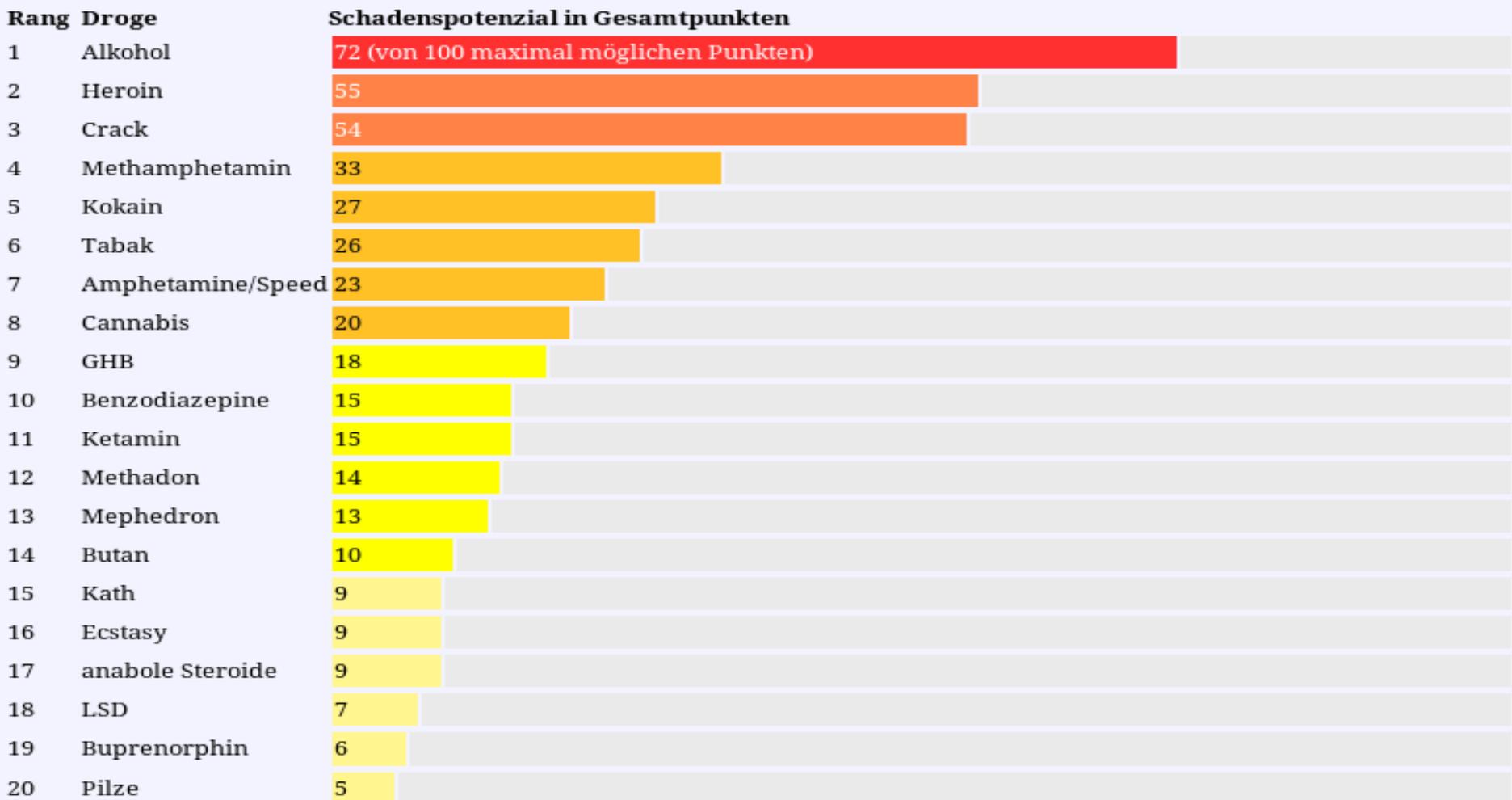
- Geschätzte **550.000 Personen** (12 Mon-Prä).
(18-64.J)
- Cannabisabhängigkeitsquote Gesamt in
der Bevölkerung: **1 %**
- **Keinen Anstieg seit 2006** trotz deutlich
erhöhter Inanspruchnahme von Hilfen !

Risiken des Cannabiskonsums

- Metaanalysen:
- Eva Hoch 2017: CaPris Studie (des BMG)
- Wayne Hall (2014) What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? (In: ADDICTION)

Einschätzung Schadenspotential psychoaktiver Substanzen

Quelle: Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis von David Nutt et al.



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: Prozentsatz derjenigen, die eine Abhängigkeit entwickeln, nachdem sie jemals eine Substanz konsumiert haben (Hall et al. 2015)

Cannabis 9%	Kokain 17%
Nikotin 32%	Alkohol 15%
Heroin 23 %	Stimulantien 11%

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

Cannabis und Psychose: Korrelation oder kausaler Zusammenhang?

Große Meta-Analysen zeigten:

dass bei gelegentlichem Cannabiskonsum die Häufigkeit des Auftretens psychotischer Störungen um das **1,4 bis 2,0 fache,**

bei hoher Konsumintensität um das **2,0 bis 3,4-fache erhöht ist.**

➤ **Kein genereller Anstieg von Psychosen**

Ist das Risiko für alle Menschen gleich groß, durch Cannabiskonsum eine Psychose zu entwickeln?

Faktoren, die das Auftreten einer Psychose unter Cannabis beeinflussen:

- Alter bei Beginn des Cannabiskonsums
- Positive Familienanamnese für Psychose
- Ausmaß der Schizotypie
- Psychische Traumata in der Kindheit
- Gehalt an THC und dem antipsychotischen Cannabidiol
- Genetische Faktoren
- **Dieselben Gene, die das Risiko für Psychose erhöhen, erhöhen auch die Wahrscheinlichkeit, überhaupt Cannabis zu konsumieren und größere Mengen Cannabis zu konsumieren**

Merkmale von Cannabisklienten

Psychische Komorbidität

- **70 bis 90% aller Menschen mit einer Cannabisabhängigkeit hatten die Diagnose einer weiteren Psychischen Störung im Lebenszeitraum** (Kessler et al, 2004; Stinson et al., 2006).
- **Am häufigsten: Affektive Störungen, Angststörungen, Alkohol- und andere substanzbezogene Störungen, Somatoforme Störungen** (Carroll et al., 2006; Hoch et al., 2013; Norberg et al., 2012)
- **Verschiedenste Zusammenhänge werden diskutiert (z.B. Suchtfolgemodell, Selbstmedikationshypothese, Vulnerabilität-Stress-Modell)**

Kriterien zur Diagnostik cannabisbezogener Probleme

- **Komplexes Wirkungsspektrum bei Cannabis**
 - **Ausprägung der Konsummuster**
 - **Funktionen und Motive des Konsums**
 - **Psychischer und sozialer Kontext des Konsums**
- 

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

<p>Diagnostischer Blickwinkel</p>	<p>Funktionen und Motive des Cannabiskonsums</p>
<p>Substanzspezifisch/ Neurobiologisch</p>	<p><i>Komplexes Wirkungsspektrum!</i> euphorisierend entspannend, beruhigend halluzinogen</p>
<p>Jugendtypisch, entwicklungs- und psychosoziale Perspektive</p>	<p><i>Entwicklungsaufgaben</i> Neugier und Risikoverhalten, Gemeinschaftsgefühl Selbsterfahrung, Cool sein, Anders sein Protestverhalten, Ablösung vom Elternhaus Autonomieentwicklung, Identitätsfindung</p>
<p>Bewältigungsstrategien Selbstmedikation Suchtdynamik</p>	<p><i>Regulierung innerer Spannung und Impulse</i> Anregung von Gedanken und Phantasien Milderung von Ängsten Reduktion von depressiven Stimmungen Vermeidung von Entzugssymptomen</p>
<p>Cannabis als Medizin</p>	<p>Appetitsteigerung Schmerzlinderung Tourette/ADHS/Depressionen/ etc....</p>

Psychischer und sozialer Kontext des Konsums

<i>Schutz und Risikofaktoren</i>	<i>Ausprägung</i>
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 in der Familie, Coabhängigkeit
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

Cannabisprävention: Quo Vadis?

Cannabispolitik: Maßnahmen zur Befähigung, zum Schutz und Hilfen für junge Menschen (DHS Papier 2018)

1. Weniger Menschen konsumieren Cannabis. Alle Menschen, die nicht konsumieren, werden in ihrer Entscheidung bestärkt, kein Cannabis zu sich zu nehmen.
2. Menschen, die Cannabis konsumieren, beginnen den Konsum möglichst spät, weisen **möglichst risikoarme Konsummuster** auf und konsumieren nur in Situationen und unter Bedingungen, in denen Risiken nicht zusätzlich erhöht werden.
3. Konsumierende, deren Cannabiskonsum zu Problemen führt, erhalten möglichst früh effektive Hilfen zur Reduzierung der mit dem Konsum verbundenen Risiken und Schäden.
4. Konsumierende, die ihren Konsum beenden möchten, erhalten uneingeschränkten Zugang zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation nach den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standards.

Cannabis-Prävention

zwischen Verbot und Risikokompetenzentwicklung

Abstinenzorientierte Suchtprävention wird zunehmend ergänzt von Konzepten der Gesundheitsförderung, **Risikokompetenz und Harm Reduction**



Risikoarmer Gebrauch

Risiko- Kontexte:

- Konsumalter
- Motive /Funktionen
- Persönliche Ressourcen/Kompetenzen
- THC Dosierung (8% /14% /“20%)
- Stoffkontrolle? (THC/CBD Anteil)
- Frequenz
- Mischkonsum
- Situativer Kontext
- Konsumform (Joint/Bong)
- z.B. Vaporizer

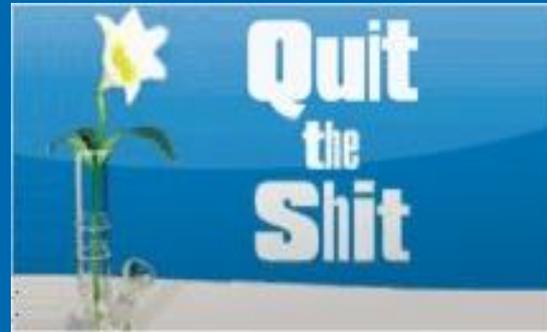
- ➔ Wenn, dann nimm Cannabis, wenn Du gut drauf bist – ein Joint löst keine Probleme!
- ➔ Sorge für gute Bedingungen, und suche Dir gut aus, mit wem Du kiffst!
- ➔ Sprich mit anderen über Deine Motive/Erfahrungen – auch die schlechten!
- ➔ Sei grundsätzlich vorsichtig mit der Dosierung, vor allem, wenn Du etwas für Dich Fremdes ausprobierst. Kombiniere Cannabis nicht mit anderen Drogen wie Alkohol oder Partydrogen!
- ➔ Nimm keine synthetischen Cannabinoide (Kräuter-mischungen) – die Wirkung ist unberechenbar!
- ➔ Stell das Kiffen nicht in den Mittelpunkt Deines Lebens, es gibt wichtigere Dinge!
- ➔ Weniger ist mehr! Rausch ist nur, wenn er was Besonderes bleibt. Risikoarmer Konsum ist nicht mehr als einmal die Woche oder am Wochenende!
- ➔ Cannabis verändert Deine Konzentrationsfähigkeit und Wahrnehmung. Kiffe daher nicht im Straßenverkehr oder tagsüber bei der Arbeit oder in der Schule!
- ➔ Nimm auf keinen Fall Cannabis, wenn Du schwanger bist oder eine Neigung zu Psychosen oder anderen psychischen Problemen hast oder welche in deiner Familie vorhanden sind!
- ➔ Je später Du mit dem Konsum von Cannabis anfängst, desto geringer ist Dein Risiko! Triff bewusst Deine Entscheidungen, Du trägst die Verantwortung!

Regeln
zum Risiko
mindernden
Gebrauch

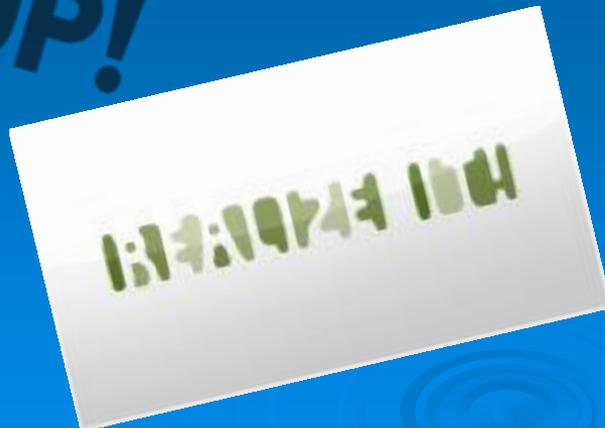
Aktuelle Probleme der Suchtprävention

- Schule thematisiert Cannabis spät oder gar nicht
- Eltern haben Angst vor Strafverfolgung ihrer Kinder und vor Stigmatisierung- Bereits möglicher Cannabiskonsum wird tabuisiert
- Besonders suchtgefährdete Zielgruppen – (zu) später Kontakt zum Hilfesystem
- Ganz andere gesetzliche Regelung für Alkohol und Tabak bringt zahlreiche kritische Nachfragen und auch aufgrund von Nichtnachvollziehbarkeit Probleme für die Prävention

Frühintervention/Behandlung von Cannabisstörungen



CAM
STOP!

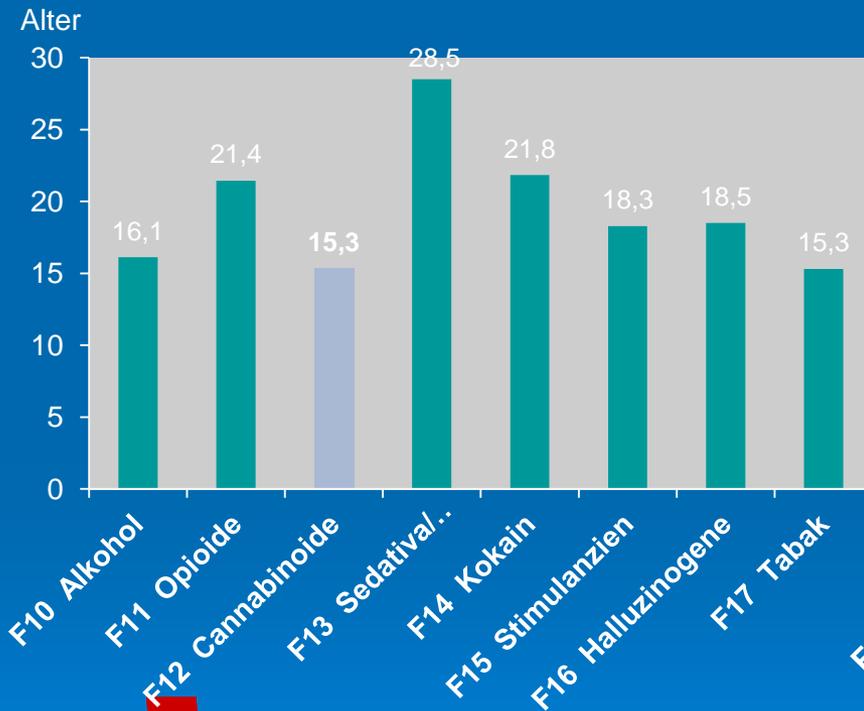


Evaluierte Cannabisprogramme im Überblick

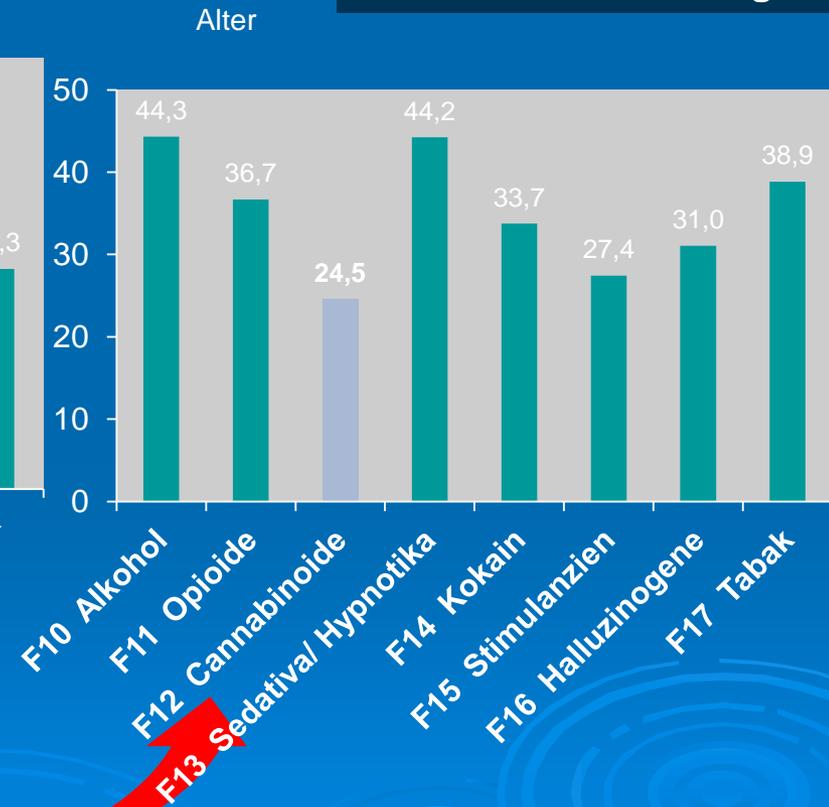
	Frühintervention / Beratung				Behandlung	
	FreD	CAN Stop	Realize-it	Quit The Shit	CANDIS	MDFT
Zielgruppe	14-21 Jahre Erstauffällige Drogenkonsumenten	14-21 Jahre Junge Cannabiskonsumenten in verschiedenen Hilfesystemen	15-30 Jährige Cannabismissbraucher/ -abhängige	15-30 Jährige Jugendliche und Erwachsene Cannabismissbraucher /abhängige	18-30 Jahre Cannabisabhängige	13-18 Jährige Jugendliche mit Cannabisstörungen und Eltern
	Ø 17,7 Jahre	Ø 18,6 Jahre	Ø 24 Jahre	Ø 25,6 Jahre	Ø 26,2 Jahre	Ø 16,2 Jahre
Programmmerkmale	Information Motivierende Gesprächsführung 1 In-Take-Gespräch 1. Gruppensitzung 8 Std. in 1-2 Tagen	Psychoedukation Rückfallprävention Motivierende Gesprächsführung 8 Gruppensitzungen 4-8 Wochen	Selbstregulation Motivierende Gesprächsführung Lösungsorientierte Kurzzeittherapie Tagebuch 10 Wochen 5 Einzelberatungen 1 Gruppensitzung	Online – Beratungsprogramm Motivierende Gesprächsführung Lösungsorientierte Kurzzeittherapie 50 -Tageprogramm Einstiegs- und Abschlusschat	Einzelpsychotherapie Kognitive-behaviorale Therapie. Problemlösetraining Einzelsetting 10 Sitzungen	Multidimensionale Familientherapie Flexible Settings 4-9 Monate 2-4 Kontakte wöchentlich
Evaluation	Görger, Hartmann & Oliva, 2003	Weymann, Baldus, Miranda et al., 2010	Tossmann & Kasten, 2010	Tossmann, Jonas, Tensil Lang & Strüber, 2011	Höch, Zimmermann, Henker et al., 2007	Tossmann, Jonas, Rígter & Gantner, 2012

Merkmale von Behandlungssuchenden (n=167.485; 809 Einrichtungen)

Alter bei Störungsbeginn



Alter bei Behandlungsbeginn



Dauer der Störung: Ø 9 Jahre

Trends in Behandlungsdaten DBDD Reitox 2017

Ambulante Betreuung Suchthilfe

	2011	2012	2013	2016
Opiate	44,9%	41,1%	37,6%	35,3%
Cannabis	36,5%	38,7%	40,2%	41,2% (N= 29.645)

Stationäre Behandlung in Krankenhäusern

	2010	2012	2013	2015	Steigerung
Cannabis	8.145	10.142	11.708	17.148	111%

DRV Entwöhnungsbehandlungen

Jahr	2012		2013		2016	
	stationär	ambulant	stationär	ambulant	stationär	ambulant
Alkohol	29.980	7.865	28.199	7.618	21.848	5.401
Drogen	12.242	1.322	13.225	1.535	9.824	1.181

Gründe für die sinkenden Suchtrehabehandlungen trotz steigender Cannabisklientel?

- Generelles Missverhältnis von ambulant zu stationär (1:10 bei DrogenpatientInnen)
- Strukturprobleme der Ambulanten Reha Sucht durch unterfinanzierte DRV Vorgaben
- Starre und rigide Vorgaben bei Therapiebeginn (z.B. Cannabis-Cleannachweise) **Hinweis auf CANDIS**

Heterogenität der Cannabisklientel

Es gibt nicht **den** oder **die** Cannabisklienten-/in!

Cannabisklienten unterscheiden sich nach verschiedenen Aspekten/Problemlagen:

- Differenzierung nach **Entwicklungsaspekten**
(unterschiedliche Bedeutung des Cannabiskonsums in verschiedenen Entwicklungsphasen) – vor allem bei jüngeren Klienten
- Differenzierung nach **psychischen Symptomen**
(Abhängigkeit, Missbrauch, unterschiedliche Konsummuster, affektive Symptome, Angst, Aggression, Spannungszustände, ADHS, kognitive Symptome, psychotische Symptome)
- Differenzierung nach **Therapiemotivation**
(Fremdmotivation, psychische Krisensituation, Klärungsanliegen, Selbstwertprobleme, Konsumveränderung)

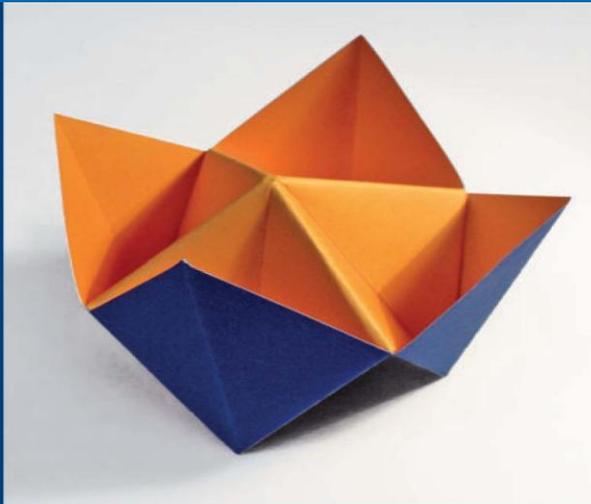
Flexibilität/Störungsspezifisch

- Angesichts der **Heterogenität** der CannabisklientInnen zeigt sich die Notwendigkeit einer stärkeren Berücksichtigung
 - unterschiedlicher **Konsummustern** und **Konsumfunktionen**,
 - sowie unterschiedlicher **psychischer Symptome**, **Therapiemotivationen** und **–anliegen**.
- Zentral für die Zielgruppe sind hierbei **methodenintegrative**, **flexible** und **multidisziplinäre** therapeutische Ansätze.
- Berücksichtigung und Integration **störungsspezifischer Aspekte in die Therapie**
- Bei den zunehmend jungen Klienten sollte die Behandlung eine **systemisch- entwicklungspsychologische** Perspektive einnehmen, die **Familie und Eltern stärker berücksichtigt**.

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, EMCCDA
Papers, Publications Office of the European Union*



Spohr / Gantner / Bobbink / Liddle

Multidimensionale Familientherapie

Jugendliche bei Drogenmissbrauch und
Verhaltensproblemen wirksam behandeln

Vandenhoeck & Ruprecht



Motivation bei Jugendlichen?

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

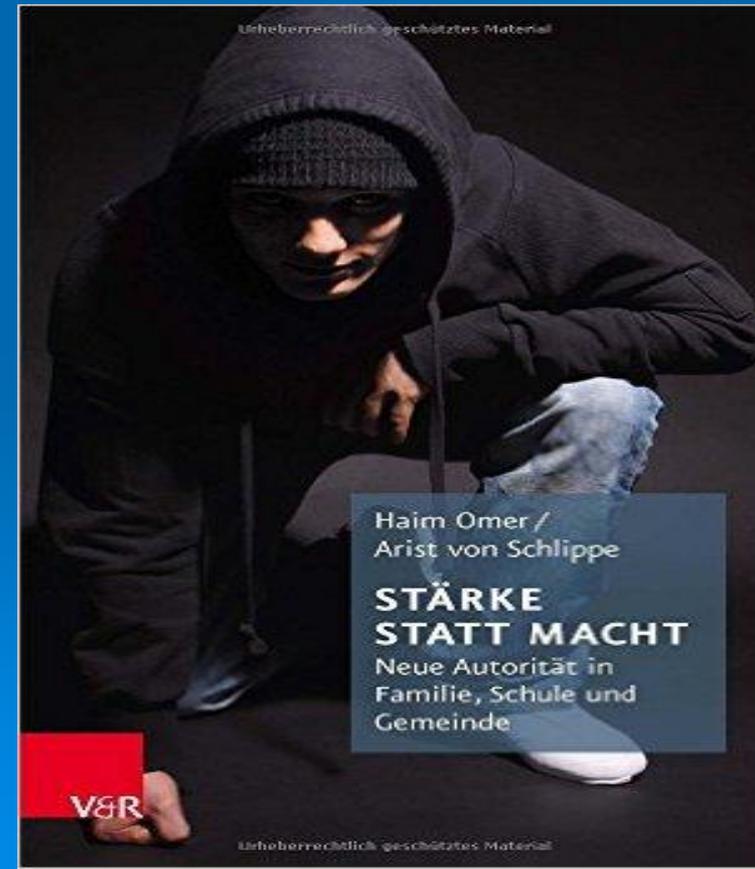


MDFT Sitzungen mit Eltern

Systemische Grundhaltung:

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

Elterliche Autorität/ Präsenz



Herausforderungen in der Arbeit mit jugendlichen CannabiskonsumentInnen

- 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 (familientherapeutische Konzepte wie z.B. MDFT über Jugendhilfeangebote nach SGB VIII)

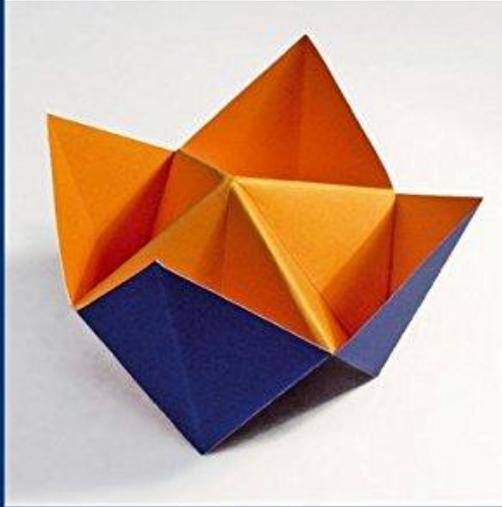
Ausblick und Perspektiven

- Weiterqualifizierung von Jugend-Sucht- und Drogenberatungsstellen: ◦ Cannabiskonsum & Komorbidität ◦ Systemisch orientierte Frühintervention. *MDFT* /Elterncoaching oder *CRAFT*
- Verstärkung der Suchtprävention, insbes. konsumbegleitender Angebote (incl. Drug-Checking). Entwicklung von Kriterien für „risikoarmen“ Cannabiskonsum, bzw. Risiko- und Konsumkompetenz“.

Ausblick

- Enttabuisierung, Entstigmatisierung
- Konsistente rationale Suchtpolitik durch zukünftige Regulierungsmodelle
- Differenzierung des Risikodialogs
- Erkennen und Ansprechen von Risikogruppen
- Verstärkung von Prävention und Frühintervention
- Öffnung und Vernetzung von Systemen
- Verbesserte Hilfsangebote für jugendliche Cannabismissbraucher und Eltern

Herzlichen Dank für ihre Aufmerksamkeit !



B. Spohr / A. Gantner / J. A. Bobbink / H. A. Liddle

Multidimensionale Familientherapie

Jugendliche bei Drogenmissbrauch und
Verhaltensproblemen wirksam behandeln

Vandenhoeck & Ruprecht

BASISWISSEN :

Cannabiskonsum und psychische Störungen

Michael
Büge

Psychiatrie Verlag



Therapieladen

a.gantner@therapieladen.de
www.therapieladen.de