

Psychotherapie mit jugendlichen Drogenkonsument*innen

Dipl.-Psych. Andreas Gantner

Fortbildung: „Alkohol- und Drogenkonsum von Patient*innen – welche
Implikationen hat dies für die psychotherapeutische Behandlung?“

Berliner Psychotherapeutenkammer
17.02.2021 Berlin

Praxishintergrund Therapieladen e.V.

- Kostenträger: **Sen-Ges/Drogenreferat** (IGPP Projekt) seit 1985
Ambulante Sucht-Reha (DRV/Kassen/SGB VI) seit 1994
Ambulante KJHG-Therapie (Jugendämter/SGB VIII) seit 2000
- Evaluierte evidenzbasierte **cannabisspezifische Therapieprogramme**
 - **MDFT** (Multidimensionale Familientherapie)
(RCT-Studie BMG/Erasmus/delphi)
 - **CANDIS** (Kognitiv-Verhaltenstherapeutisches Manual)
Transfer (RCT-Studie(BMG/ TU Dresden))
 - **QUIT THE SHIT** (*Onlinebasierte Intervention*)
Transfer (RCT-Studie/ BZGA/delphi)
 - **DOUBLE TROUBLE** (*Edukatives Gruppenprogramm
Psychose und Sucht*)
(intern/ FU Berlin)

Verteilung der Hauptdiagnosen bei Kinder und Jugendlichen (incl. prozentualer Anteil an allen Behandlungsfällen)

Quelle: DBDD Jahresbericht 2020 (IFT München)

Hauptdiagnose	Ambulant			Stationär	
	-14	15-17	18-19	15-17	18-19
F11 Opiate	0,81% (0,03)	0,81 (0,03)	2,1% (0,7)	6,06% (0,3)	3,4% (1,0)
F12 Cannabis	83,25% (1,8)	88,9% (15,7)	81,5% (14,9)	83,33 (1,9)	54,6% (7,1)
F13 Sedativa	0,16% (0,1)	0,24% (1,1)	0,6% (3,1)		0,3% (0,4)
F14 Kokain		0,48% (0,6)	1,5% (1,9)		3,7% (1,6)
F15 Stimulantien	10,95% (0,7)	6,71% (3,7)	8,5% (4,9)	6,06% (0,2)	16,7% (3,3)
F16 Halluzinogen		0,16 (12,9)	0,2% (12,9)		0,5 (22,2)
F18 Lösungsmittel	0,16% (4,5)	0,08% (18,2)	0,0% (4,5)		
F19 Polytoxikomanie	4,67% (0,5)	3,43% (3,2)	5,6% (5,4)	4,55% (0,1)	20,9% (3,4)

Safer use- Risikokompetenz Präventionsangebote



Cannabis denn Sünde sein?

Eine Broschüre rund ums Kiffen

Mit
Kiffertest



> Drogen und Du

Eine Broschüre rund um den Drogenkonsum
Mit dem Test: CHECK DICH!

Therapiepladen
RIEDRICH
77

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

Störungen aufgrund von Substanzkonsum nach ICD 11

Riskanter Konsum

Die Störungskategorie "Riskanter Konsum" ist abgegrenzt vom „schädlichen Konsum“ oder dem „abhängigen Konsum“ dem Bereich „Probleme in Verbindung mit dem Gesundheitsverhalten“ zugeordnet. Der „riskante Konsum“ psychoaktiver Substanzen oder anderer spezifischer Substanzen stellt eine Konsumform dar, aus der heraus durch die Menge oder die Konsumfrequenz, der Konsumart oder im Rahmen eines bestimmten Kontextes schädliche physische oder psychische Konsequenzen für den Konsumenten oder andere Personen resultieren können, ohnedass bereits schädliche Konsequenzen entstanden sind.

Schädliche Gebrauchsform


Ein über einen Monat kontinuierlich auftretendes oder innerhalb eines Jahres episodisch auftretendes Gebrauchsmuster, das einen tatsächlichen Schaden der psychischen oder physischen Gesundheit infolge der Intoxikation, der direkten und indirekten toxischen Effekte oder der schädlichen Art der Substanzaufnahme verursacht hat oder zu einem Verhalten geführt hat, das die körperliche oder psychische Gesundheit anderer geschädigt hat, aufgrund dessen aber keine Abhängigkeit infolge des Substanzkonsums vorliegt

Abhängigkeit

Eine Abhängigkeit liegt vor, wenn die folgenden Kriterien im Verlauf der letzten 12 Monate oder bei kontinuierlichem Konsum innerhalb eines Monats vorliegen:

1. Ein starker innerer Drang, Substanzen zu konsumieren
2. Eine eingeschränkte Fähigkeit zur Kontrolle des Konsums
3. Priorität des Konsums gegenüber anderen Tätigkeiten
4. Anhaltender Konsum trotz einer eingetretenen Schädigung oder negativer Folgen
5. Eine Toleranz gegenüber den Auswirkungen der Substanz
6. Entzugssymptome nach Beendigung oder Verringerung des Konsums oder der anhaltende Konsum, um Entzugssymptome zu verhindern oder zu lindern.

Kriterien zur Einschätzung cannabisbezogener Risiken

- 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

Ausprägung der Konsummuster Cannabis

Kriterien	Geringeres Risiko <i>„weiches Konsummuster“</i>	Hohes Risiko <i>„hartes Konsummuster“</i>
Dosis	geringe Dosis (THC/CBD)	Hohe Dosis, mehrere Konsumeinheiten an einem Tag
Frequenz des Konsums	gelegentlicher Konsum, nicht jedes Wochenende	regelmäßiger Konsum, mehrmals in der Woche über einen längeren Zeitraum
Mischkonsum	Keine anderen Drogen/Medikamente, mäßiger Alkoholkonsum	zusätzlicher Konsum von anderen Drogen und/oder regelmäßiger Alkoholkonsum
Situation des Konsums	Nur zu besonderen Anlässen, nicht in Schule oder Arbeit, nicht im Straßenverkehr, nicht alleine	Konsum in jeder beliebigen Situation

<p>Diagnostischer Blickwinkel</p>	<p>Funktionen und Motive des Cannabiskonsums</p>
<p>Substanzspezifisch/ Biochemisch</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, Impulse, Stimmungen</i> Anregung von Gedanken und Phantasien Stressreduktion/Entspannung Milderung von Ängsten Reduktion von depressiven Stimmungen Craving</p>
<p>„Heilmittel“, (THC/CBD) Cannabis als Medizin</p>	<p>z.B. Appetitsteigerung, Schmerzlinderung, Glaukom, Epilepsie, Tourette 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, Entwicklungskrisen
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

Cannabiskonsum in der Adoleszenz

Frühe A. (10-13J.), mittlere A. (13-17J.), späte Adoleszenz (18-22 J.)

Entwicklungsaufgaben

Autonomie
Ablösung/
Individuation

Identität
Geschlechts-
rolle

Reife
Beziehung zu
Gleichaltrigen

Entwicklung
eigenen
Wertesystems

Zukunfts-
perspektive
Berufswahl

Adoleszente Reifung des Gehirns

- Ausreifung des Frontalhirns
- Änderung der strukturellen und funktionellen Konnektivität v. präf. Kortex, Amygdala u. Nucleus Accumbens
- Reifung des Endocannabinoidsystems

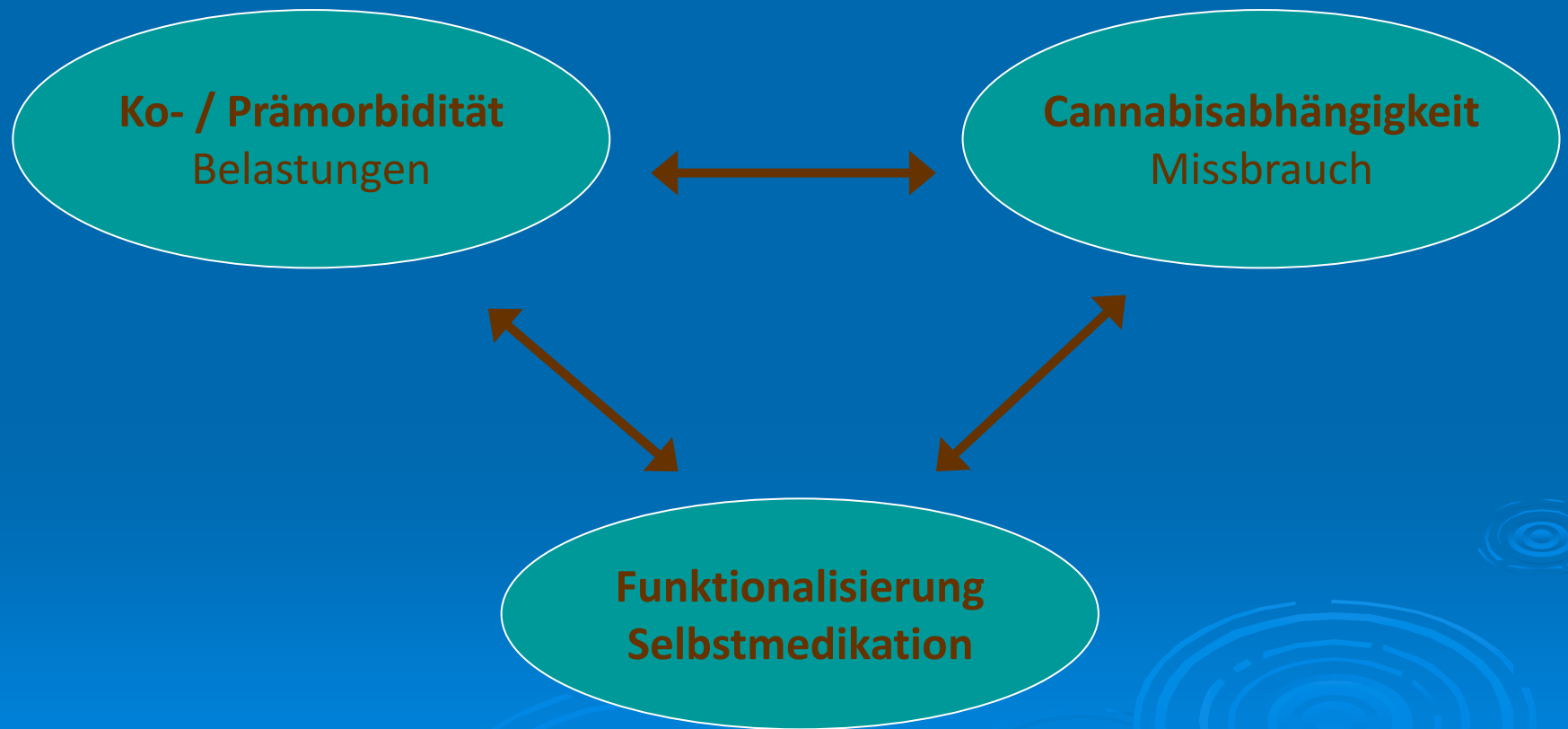
Aufgrund adoleszenter Umbauprozesse und reifungsbedingter Imbalance besteht eine **erhöhte Vulnerabilität für Suchtentwicklung** bei entsprechender Disposition und „triggernden“ Umwelteinflüssen

Früher Einstieg und regelmäßiger Konsum erhöht das Risiko für

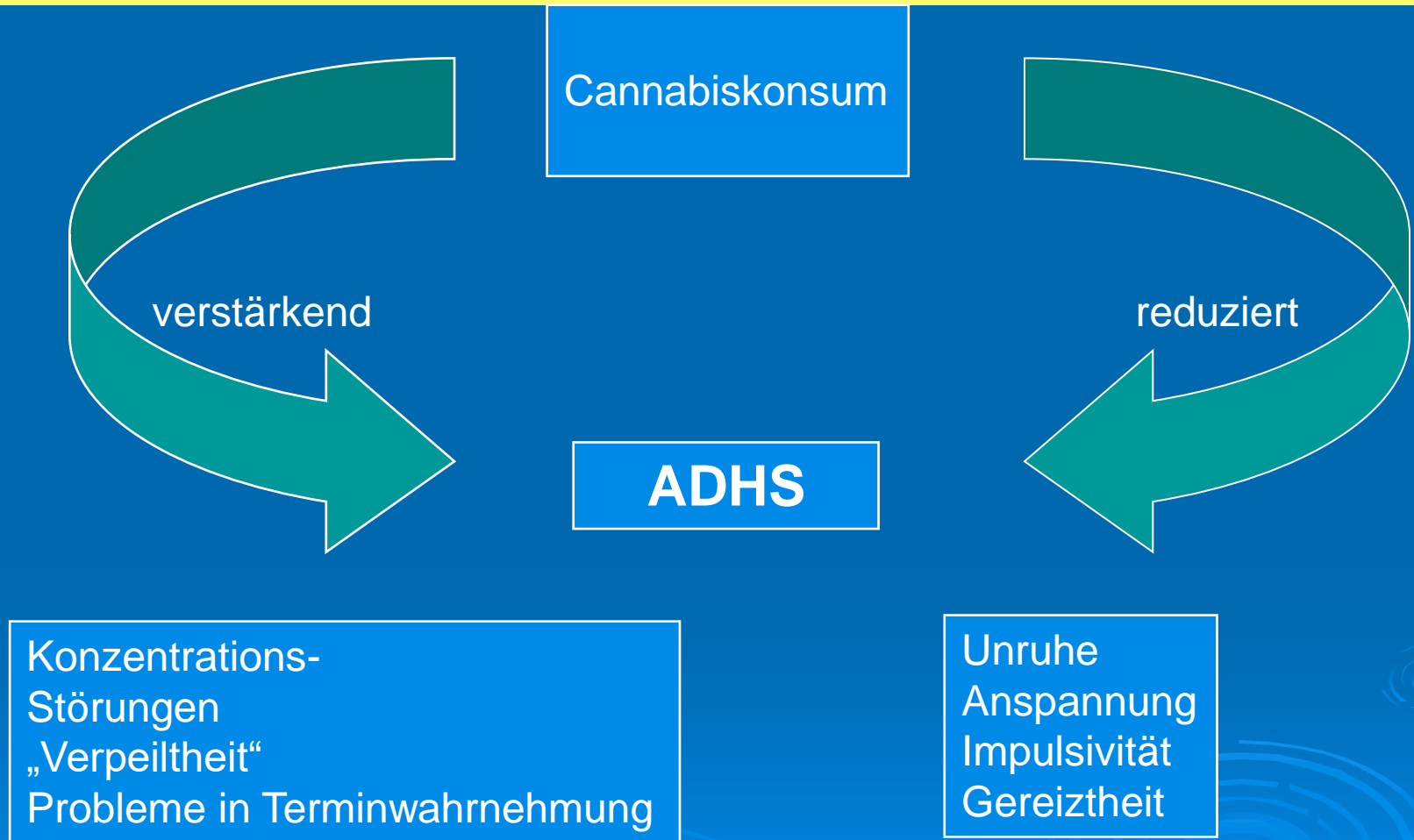
- Neurokognitive Beeinträchtigung
- Familiäre Probleme
- Schulische/ Ausbildungsprobleme
- Finanzielle/juristische Probleme

(Hoch et al. 2019, CaPRis-Studie)

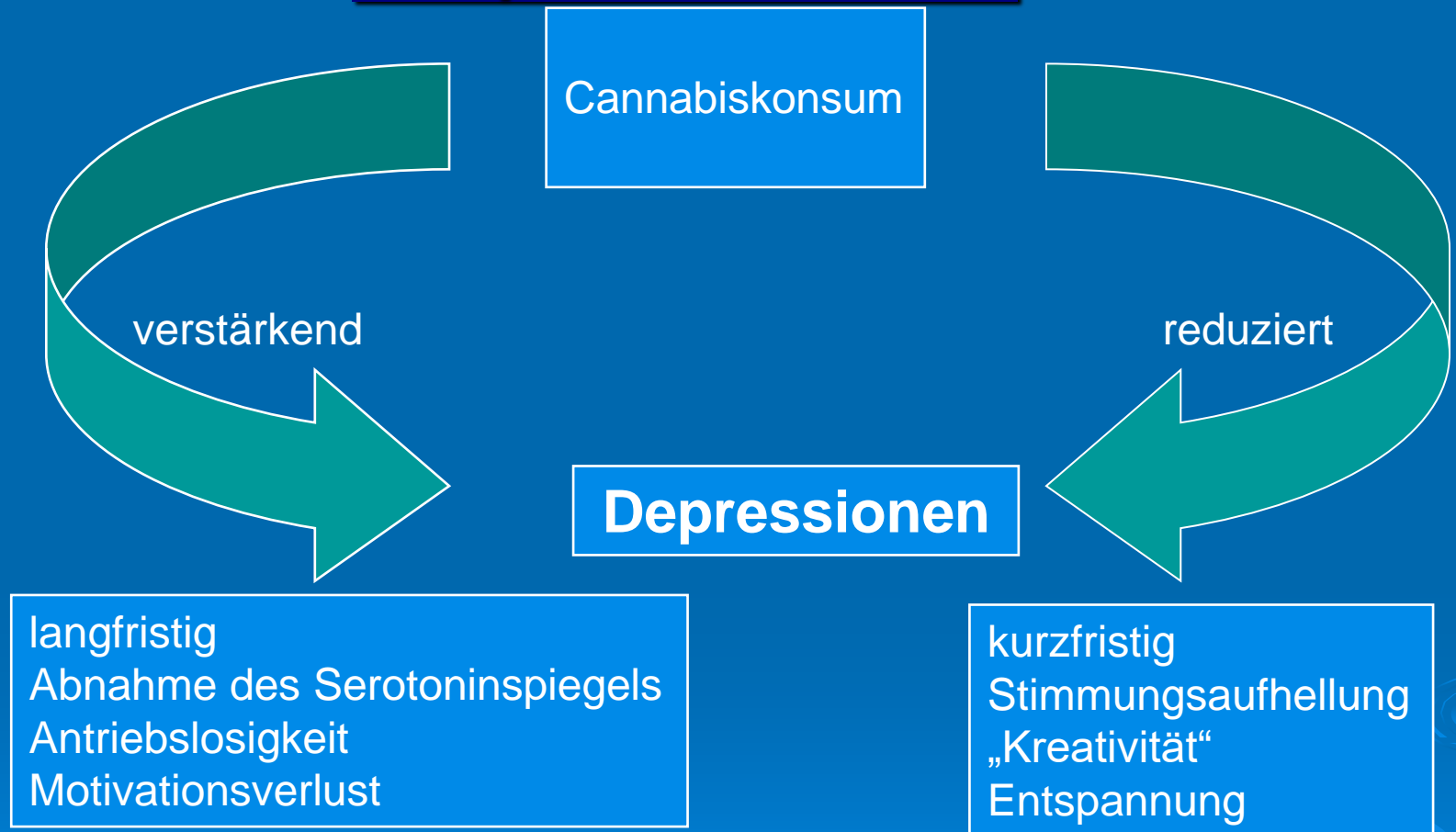
Suchtentwicklung und Komorbidität am Beispiel Cannabis



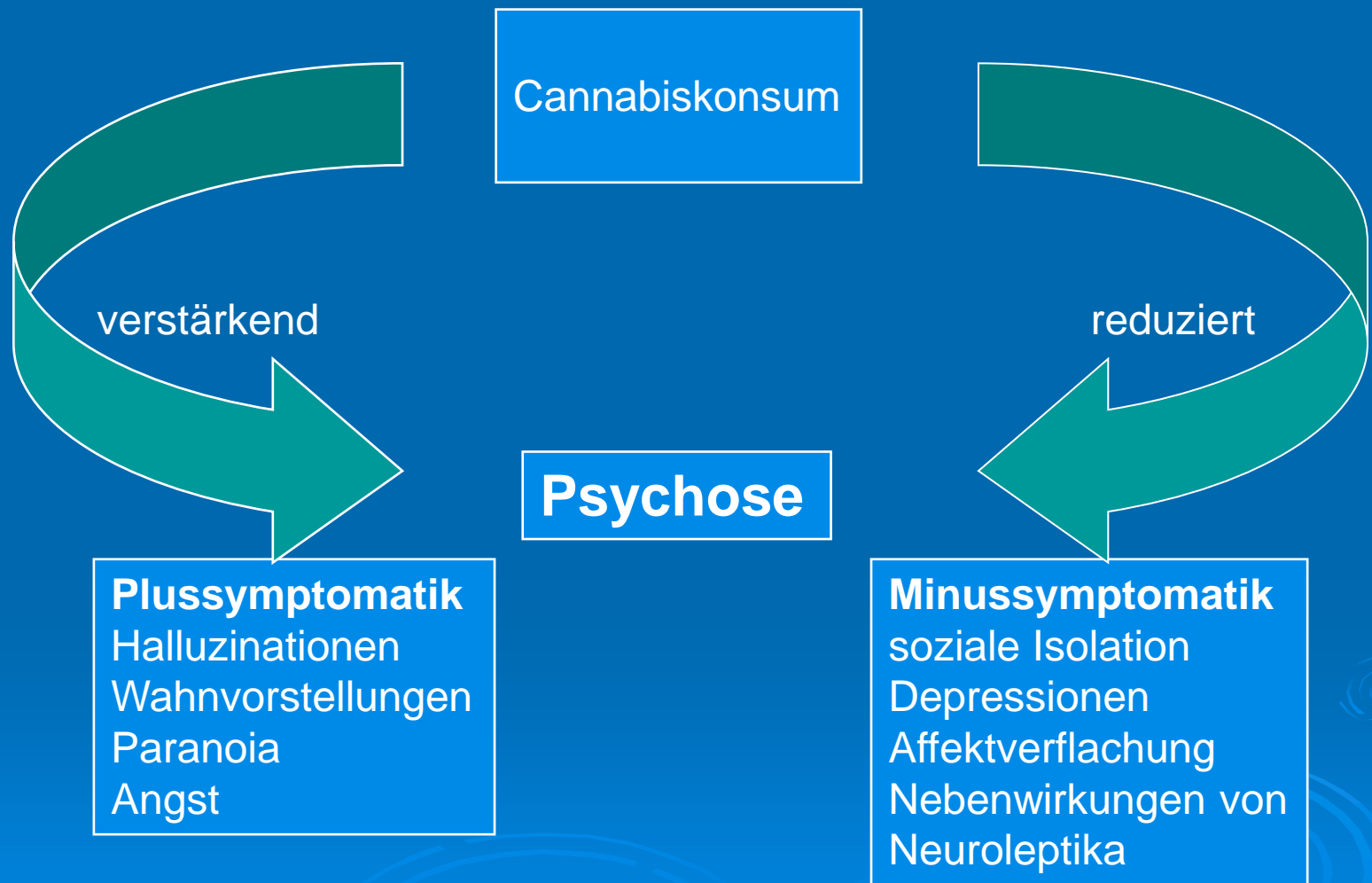
Cannabiskonsum und ADHS



Cannabiskonsum und Depressionen




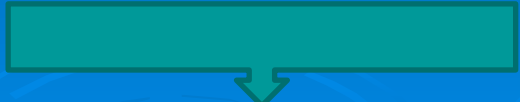


Cannabiskonsum und Psychose



Komorbidität/ Doppeldiagnose

Zusammenhänge und Erklärungsmodelle (Gouzoulis-Mayfrank)

1. Psychische Störung  Suchtverhalten
2. Drogenkonsum  Induktion der Störung
3. Bidirektionale Modelle  (Teufelskreis)
4. Gemeinsame Ätiologie und prädisponierende Faktoren 

Verlaufsdagnostik = Differentialdiagnostik

Um in **substanzinduzierte** und **substanzunabhängig** auftretende Störungen unterscheiden zu können sollte eine **komorbide Störung** erst nach mehrwöchiger Abstinenz (in der Regel 6 Wochen) diagnostiziert werden

Phasenorientierte Intervention bei Substanzkonsum

Motivationsstadien	Interventionsangebote	Interventionsziele
Sorglosigkeit	<i>Sekundärprävention</i> <i>Harm reduction/ Riskmanagement</i> Information, Broschüren, internet	Wissensvermittlung Sensibilisierung Wertorientierung
Bewußtwerdung	<i>Sekundärprävention</i> Motivierung, MI Präventionsprojekte, Gespräche, (Gruppen-) Kurse	Entwicklung von Problembewusstsein kritische Selbstreflexion Ambivalenz verstehen
Vorbereitung	Motivierung MI, Drogenspezifische Beratung/Begleitung/Clearing	<i>Veränderungsabsicht stärken</i> <i>Zielklärung</i> Entscheidungsfindung (MI)
Handlung	Konsumreduktionsprogramme Qual. Entgiftung/ Suchtspezifische Therapie, Rehabilitation / Psychotherapie/Familientherapie	Kontrollierter Konsum Abstinenzfähigkeit entwickeln, Behandlung der Komorbidität Schulische / berufliche Integration
Aufrechterhaltung	Suchtspezifische Nachsorge Selbsthilfe, Psychotherapie	Stabilisierung der Abstinenz und psychischer Problematik / Rückfallprävention

Prozessparadigma

Veränderungsprozesse bei der Bewältigung einer Substanzabhängigkeit sind:

- multidimensional
- verlaufen nicht linear
- ziehen sich über längere Zeiträume
- häufig ist die Aufrechterhaltung der erreichten

Veränderung die kritischste Phase der Behandlung

(Prochaska & DiClemente 1986)

Motivierende Gesprächsführung



William R. Miller | Stephen Rollnick

Motivierende Gesprächsführung

Motivational Interviewing:
3. Auflage des Standardwerks in Deutsch

LAMBERTUS

„Motivational Interviewing“ ist eine

- klientenzentrierte, direkte Methode
- zur Verbesserung der intrinsischen Motivation für eine Veränderung
- mittels der Erforschung und
- Auflösung von Ambivalenz

Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung

1. Empathie zeigen
2. Diskrepanz erzeugen
3. Beweisführung vermeiden
4. Den Widerstand aufnehmen
5. Selbstwirksamkeitserwartung fördern

“Entscheidungswippe” für (Nicht)-Veränderung

Pro Fortsetzung

- **Nutzen des Konsums von Tabak, Alkohol und Cannabis** „Was für Vorteile bringen Ihnen Rauchen, Trinken, Kiffen etc.?“
- **Nachteile einer Änderung** „Welche unangenehmen Folgen befürchten Sie, wenn Sie für eine Weile aufhören oder reduzieren würden?“

Pro Veränderung

- **Nachteile des Konsums von Tabak, Alkohol und Cannabis** „Welche Probleme sind schon durch Tabak, Alkohol, Cannabis entstanden?“
- **Nutzen einer Änderung** „Was würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie das Rauchen, Trinken, Kiffen reduzieren oder stoppen könnten?“

Indikation ambulante vs. stationäre Entwöhnung

Änderungsmotivation
vorhanden?



Ja



Ressourcen?

Fähigkeit zur Abstinenz im
Umfeld
unterstützende soziale Kontakte
Berufstätigkeit / Tagesstruktur



Probleme,
aber keine
ausreichende
Änderungsmotivation



Motivierende Suchtberatung



ggf. **Entgiftung**
ambulant oder stationär

gut

mangel-
haft

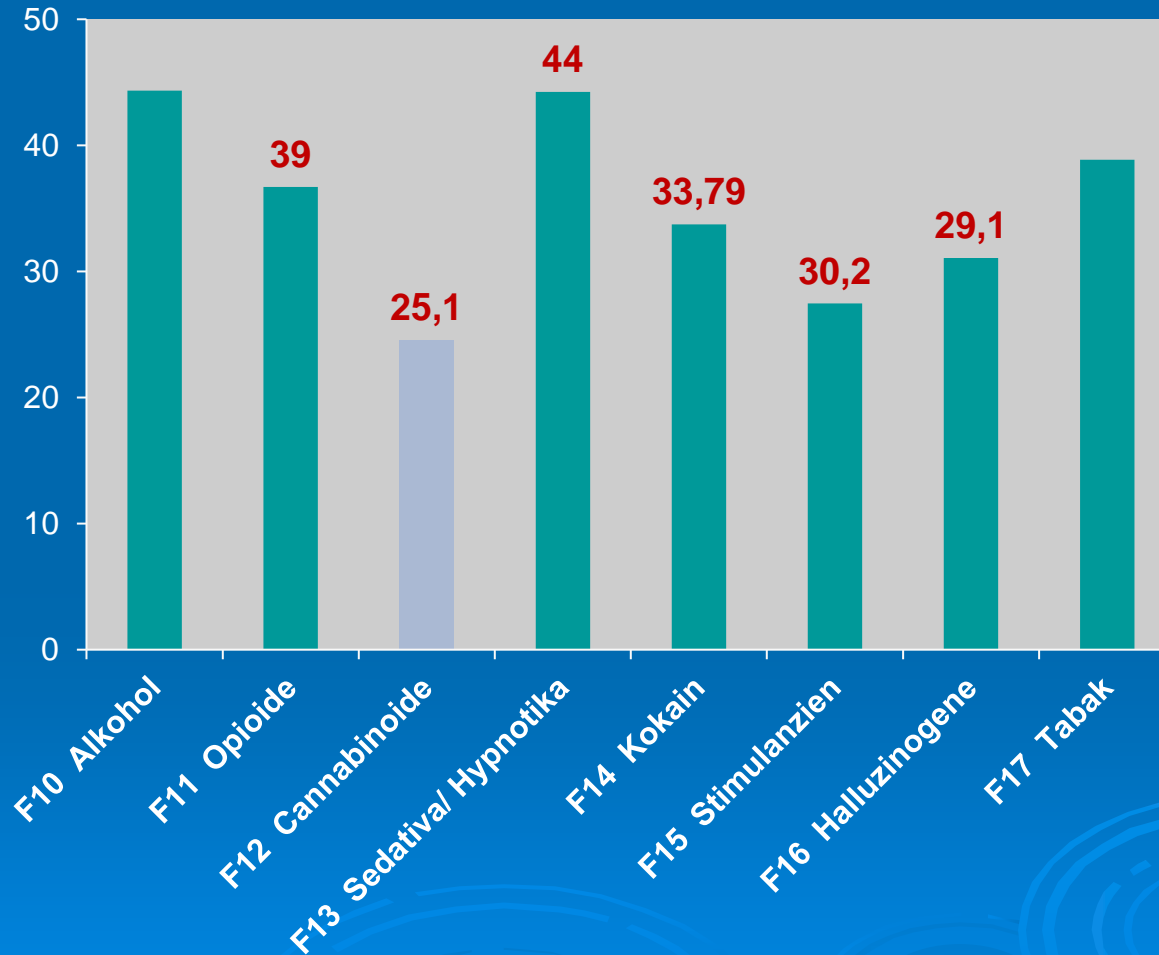
ambulante
Therapie

stationäre
Therapie


Änderung der Psychotherapie-Richtlinie durch G-BA 14. April 2011

- der **Missbrauch** von Alkohol, Medikamenten oder Drogen zählt künftig zu den **Indikationen für ambulante Psychotherapie**
- **Patienten müssen zu Behandlungsbeginn nicht mehr abstinent** sein, wenn der Verzicht auf Suchtmittel **kurzfristig auch ohne Entgiftungsbehandlung** zu erreichen ist
- **Abstinenz** ist durch spezifische **Laborparameter** nachzuweisen

Durchschnittsalter der ambulant behandelten Patienten bei Behandlungsbeginn nach Hauptdiagnose in Jahren



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	Görgen, Hartmann & Oliva, 2003	Weymann, Baldus, Miranda et al., 2010	Tossmann & Kasten, 2010	Tossmann, Jonas, Tensil Lang & Strüber, 2011	Hoch, Zimmermann, Henker et al., 2007	Tossmann, Jonas, Rigter & Gantner, 2012

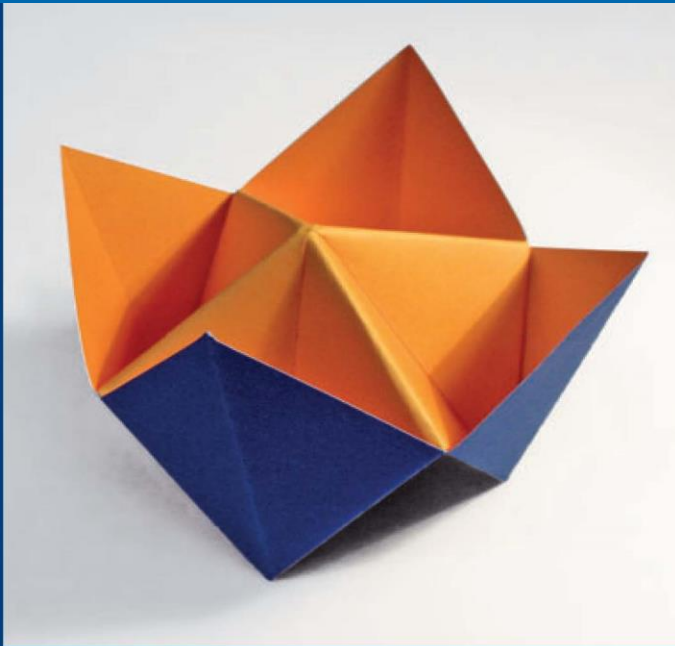
Motivation bei Jugendlichen?

- „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



MDFT ist wirksamste Therapie für Jugendliche mit Cannabismissbrauch



Spoehr / Gantner / Bobbink / Liddle

Multidimensionale Familientherapie

Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln

Vandenhoeck & Ruprecht

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 Studienergebnisse

- Signifikante Reduktion des Cannabismissbrauchs MDFT vs. TAU
- Verbesserung psychischer Belastungsfaktoren (YSR/CBCL)
- Hohe Akzeptanz und signifikante Haltequote MDFT vs. TAU

Tossmann, P., Jonas, B., Rigter, H. and Gantner, A. (2012), Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen', *Sucht* 53

Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V. and Rowe, C. (2010), 'INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder', *BMC Psychiatry*

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

KJHG-Therapie

MDFT ist integriert in ein **jugendsuchtspezifisches Behandlungskonzept** auf der Grundlage der Leistungsvereinbarung (BRJV) mit den Berliner Jugendämtern (SGB VIII, §27,3 oder §35a)

Kooperation:

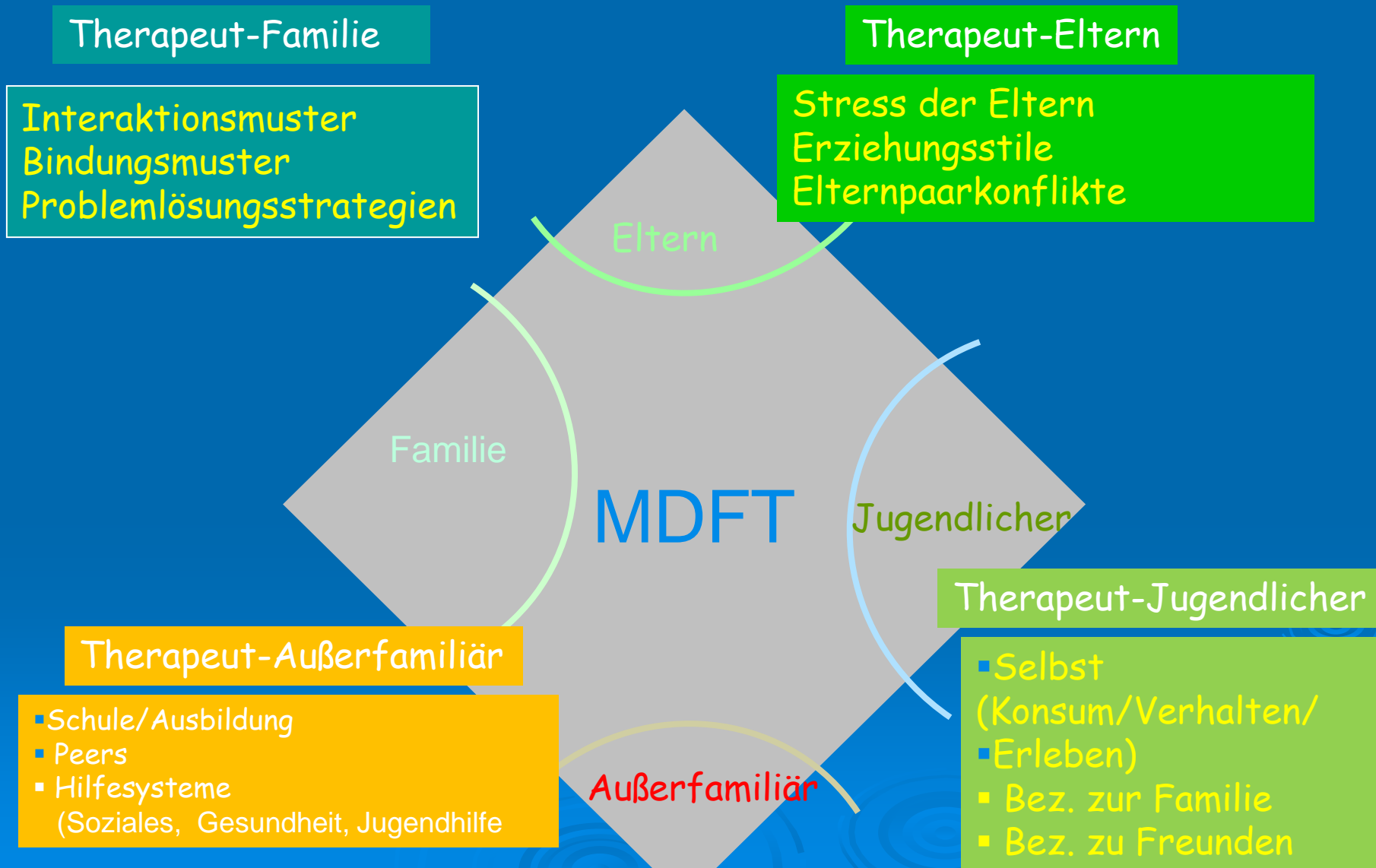
- KJPD/ Jugendämter
- Drogenberatungsstellen
- Entgiftungsstationen/KJP

Durchführung der Therapie in fallspezifischen flexiblen Settings:

- Beginn mit erweiterter Probatorik (25 FLS)
- Einzeltherapie
- Elternberatung/-coaching
- Familiensitzungen/-therapie
- Außerfamiliäres Umfeld (Jugendhilfe/Schule)
- Hilfekonferenzen/Schulkonferenzen

2-5 Fachleistungsstunden pro Woche je nach Problemkonstellation

Bestandteile von MDFT-Interventionen



Diagnostische Blickwinkel der MDFT

Risiko und Ressourceneinschätzung

Jugendliche/r: Konsumverhalten/ Psychosoziale Situation

Eltern: Persönlichkeitsressourcen / Eltern als Team, Erziehungsstile/Praktiken

Familie: Bindung, Kommunikation, Hierarchie, Grenzen

Außerfamiliäres Umfeld: Sozioökonomische Status
Nachbarschaft/ Peers/ Hilfesystem

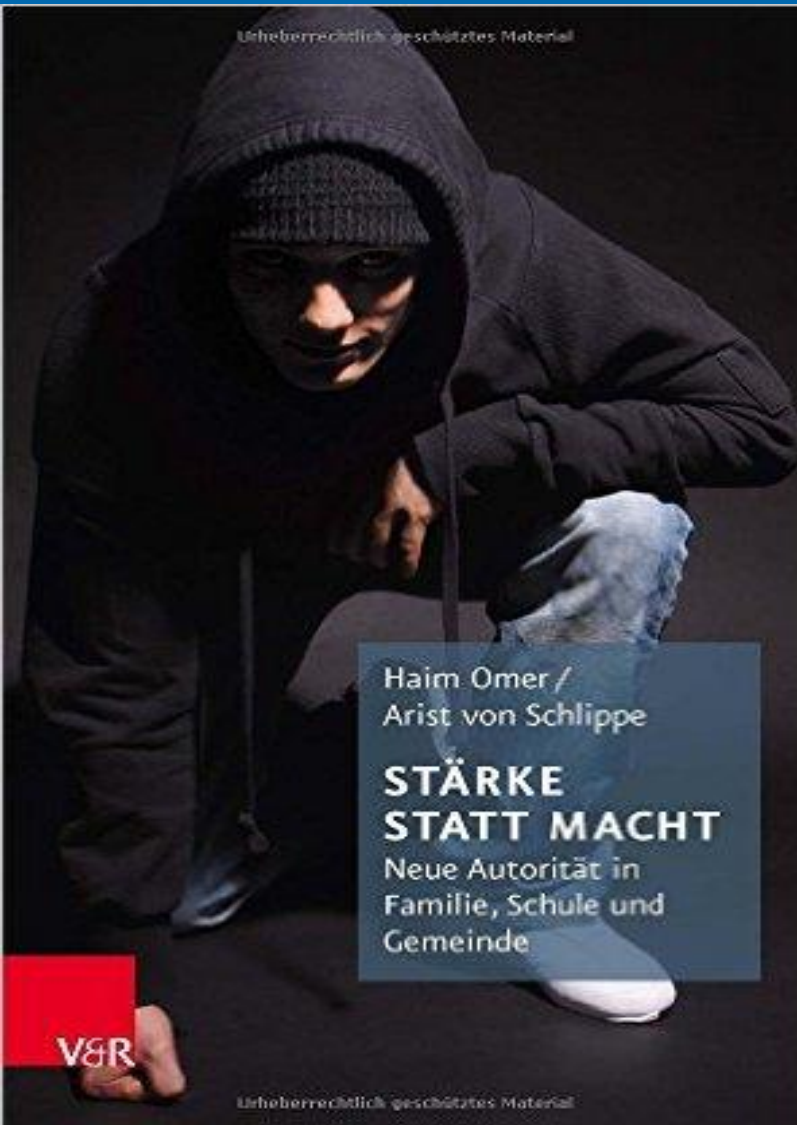
Risiko- und Ressourcenbogen - Subsystem Jugendliche/r		
Risikofaktoren	Lebensbereich	Schutzfaktoren/Ressourcen
<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensauffälligkeiten in Kita und Schule • körperliche oder psychische Störungen • war bereits in Beratung oder Behandlung, Strafverfahren 	Bisherige Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • unauffällig in Kita und Schule • überwiegend körperlich psychisch gesund
Hohes Risiko -2 (sehr stark) -1 (stark)	Konsumverhalten	Geringes Risiko 1 (gut) 2 (sehr gut)
<ul style="list-style-type: none"> • Einstieg vor dem 16. Lj. • regelmäßiger Konsum • kiffte vor der Schule • konsumiert auch alleine • kiffte, um Spannungen los zu werden • kiffte, um Unangenehmes erträglicher zu machen • zeigt Entzugssymptome 	Cannabiskonsum Konsummuster Kriterien für Missbrauch/Abhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Einstieg nach 16. Lj. • Probier- und Gelegenheitskonsum, d.h. nur: • zu Freizeitanlässen • um Schönes schöner zu machen • nur in Gruppe • mit wenig negativen Auswirkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Mischkonsum • Rauschtrinken • unangemessene Situationen 	Alkohol- und anderer Drogenkonsum	<ul style="list-style-type: none"> • Probierkonsum • nur zu Freizeitanlässen • sozial eingebunden
<ul style="list-style-type: none"> • Kriterien für Missbrauch erfüllt, z.B. • übermäßige Nutzungsdauer • Vernachlässigung von Aufgaben • Stress im sozialen Umfeld 	Internet- und Mediengebrauch Spiele	<ul style="list-style-type: none"> • nutzt Medien auch zum Lernen kann gut offline sein
Risikofaktoren -2 (sehr stark) -1 (stark)	Psychosoziale Situation	Schutzfaktoren/Ressourcen 1 (gut) 2 (sehr gut)
<ul style="list-style-type: none"> • zeigt aggressives Verhalten • klaut, stiehlt • lügt, betrugt • dealt mit Drogen • läuft weg, kommt nicht nach Hause • schwänzt Schule • mobbt oder wird gemobbt • verhält sich sehr schüchtern • verhält sich in der Freizeit passiv konsumierend 	Verhalten angemessen? vs. auffällig? delinquent? prosozial? Regelkonform? Altersadäquat ?	<ul style="list-style-type: none"> • ist hilfsbereit • kümmert sich • übernimmt Verantwortung • hält Absprachen ein • zeigt aktives Freizeitverhalten, z.B. treibt Sport, spielt Musik • engagiert sich in Gruppen • ist kontaktfreudig

Risiko- und Ressourcenbogen – Subsystem Eltern

Risikofaktoren	Bereich	Schutzfaktoren/ Ressourcen
Risikofaktoren -2 (sehr stark) -1(stark)	Elternpersönlichkeiten	Geringes Risiko/Ressourcen 1 (gut) 2 (sehr gut)
<ul style="list-style-type: none"> psychische Beeinträchtigung emotionale Instabilität körperliche Erkrankung aktueller Stress u. Belastung (z.B. Arbeit, finanzielle Situation) Strafverfahren 	Mutter Vater Stiefeltern Lebensgefährte	<ul style="list-style-type: none"> psychische Stabilität stabiler Selbstwert gute Selbstfürsorge Kontrollüberzeugung/ Selbstwirksamkeit Arbeitszufriedenheit Offenheit gute, hilfreiche soziale Kontakte
Risikofaktoren -2 (sehr stark) -1(stark)	Eltern als Team	Geringes Risiko/Ressourcen 1 (gut) 2 (sehr gut)
<ul style="list-style-type: none"> alleinerziehend und wenig Unterstützung ein Elternteil ausgegrenzt Eltern hoch zerstritten reden schlecht übereinander verbünden sich mit einem Kind gegen den Partner sehr unterschiedliche Werthaltungen/Erziehungsstile 	Wahrnehmen der Erziehungsverantwortung	<ul style="list-style-type: none"> sind in Partnerschaft oder „befreundet“ in guter Elternschaft haben miteinander abgestimmte Haltung reden wertschätzend/neutral übereinander vor den Kindern akzeptieren und nutzen Unterschiede in elterlichen Sichtweisen stärken sich gegenseitig
Risikofaktoren -2 (sehr stark) -1(stark)	Erziehungsstile/ Erziehungspraxis	Geringes Risiko/Ressourcen 1 (gut) 2 (sehr gut)
<ul style="list-style-type: none"> schwache elterliche Aufsicht Vernachlässigung körperliche, verbale Gewalt elterliche Überfürsorge Verwöhnung Laisser-faire Haltung Regellosigkeit Überkontrolle/Rigidität kaum adäquate Konsequenzen inkonsistente Haltung zu Alkohol u. Drogenkonsum 	Autoritärer Stil Permissiver Stil Vernachlässigender Stil Autoritativer Stil	<ul style="list-style-type: none"> angemessene elterliche Aufsicht/Kontrolle Vertrauen und Offenheit sensibel hinsichtlich jugendlicher Autonomiebedürfnisse äußern Erwartungen und Anforderungen klare Regeln und Absprachen Aushandeln von Regeln mit dem Kind Übertragung von Aufgaben und Verantwortung klare Haltung zu Alkohol und Drogen



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 Konsum und Suchtverhaltens verstanden.

Dabei wird in der Arbeit mit einzelnen/getrennten Eltern die Bedeutung der **elterlichen Teamarbeit, sowie eine klare Haltung zum Konsum** 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.

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 der Eltern
- Stärkung „systemischer Grundhaltungen“ in der Arbeit mit Jugendlichen und Eltern

Psychotherapeut*innen diagnostizieren systematisch Drogenkonsum und kennen die Chancen und Grenzen einer Psychotherapie bei Drogenmissbrauch

Herzlichen Dank für ihre Aufmerksamkeit ! www.therapieladen.de

