



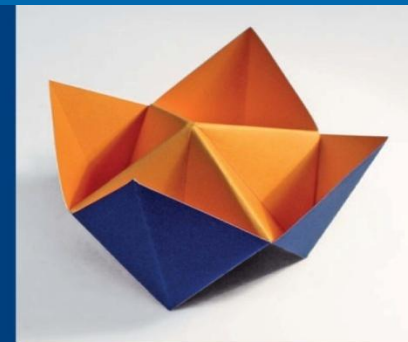
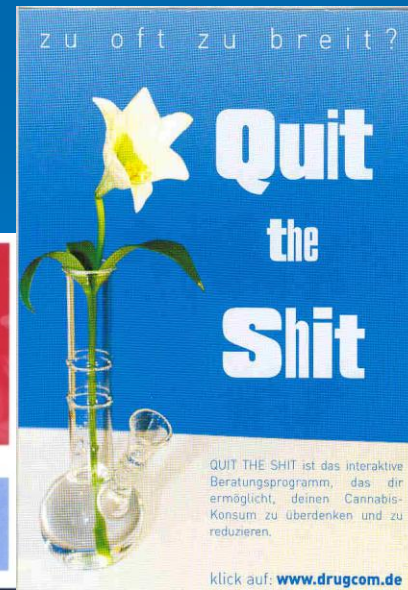
Beratung und und Therapie von CannabiskonsumentInnen

Dipl. Psych. Andreas Gantner
Therapieladen e.V.

Impulse – Fachtagung für innovative
Drogenarbeit“. ISKA/MUDRA Nürnberg,
19.11.2018

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)



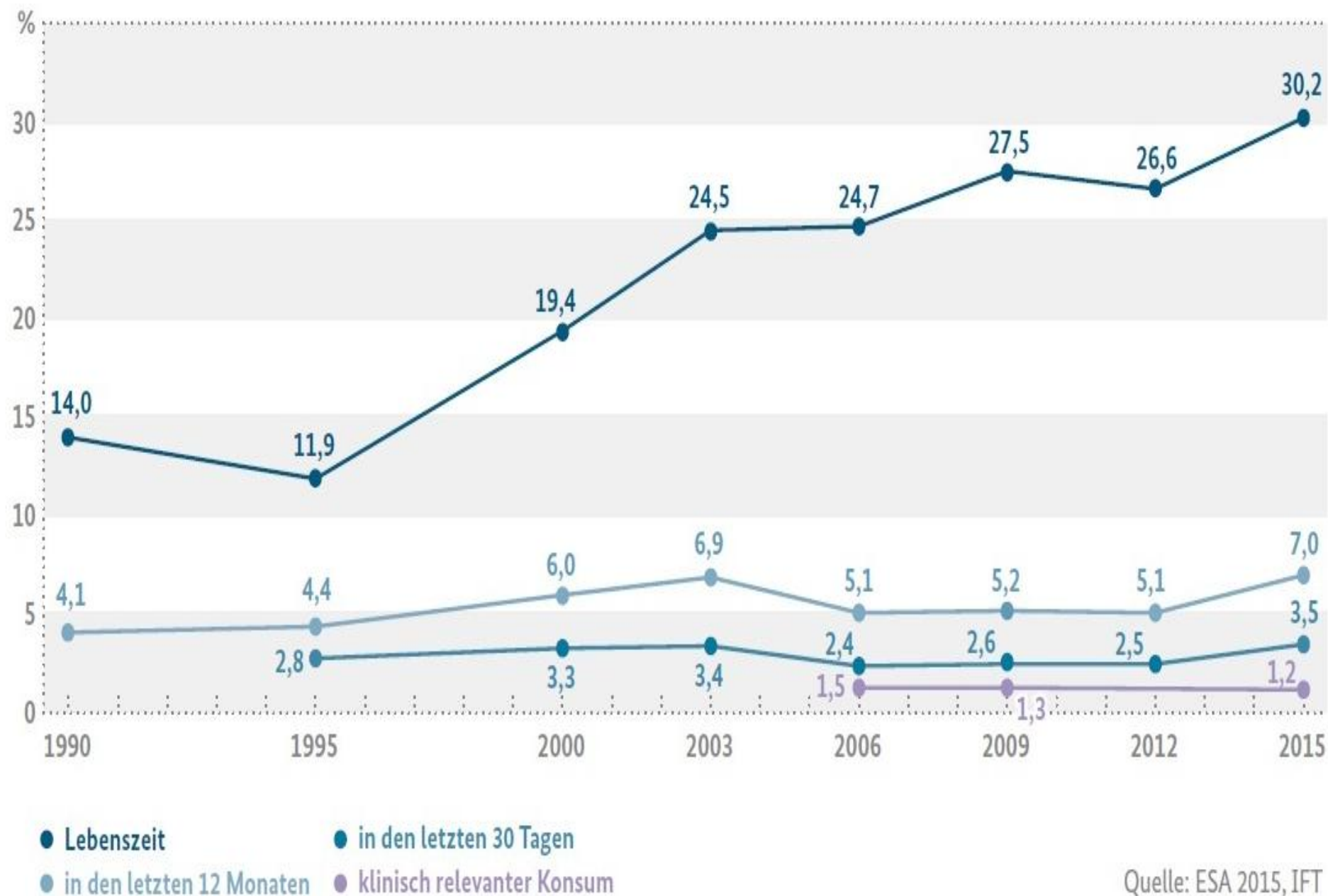
Spohr / Gantner / Bobbink / Liddle

Multidimensionale Familientherapie

Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln

Vandenhoeck & Ruprecht

Konsum von Cannabis bei Erwachsenen (18–59 Jahre)



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 !

Cannabis-Prävention

zwischen Verbot und Risikokompetenzentwicklung

Abstinenzorientierte Drogenprävention wird zunehmend abgelöst/ergänzt von Konzepten der Gesundheitsförderung, **Risikokompetenz und Harm Reduction**

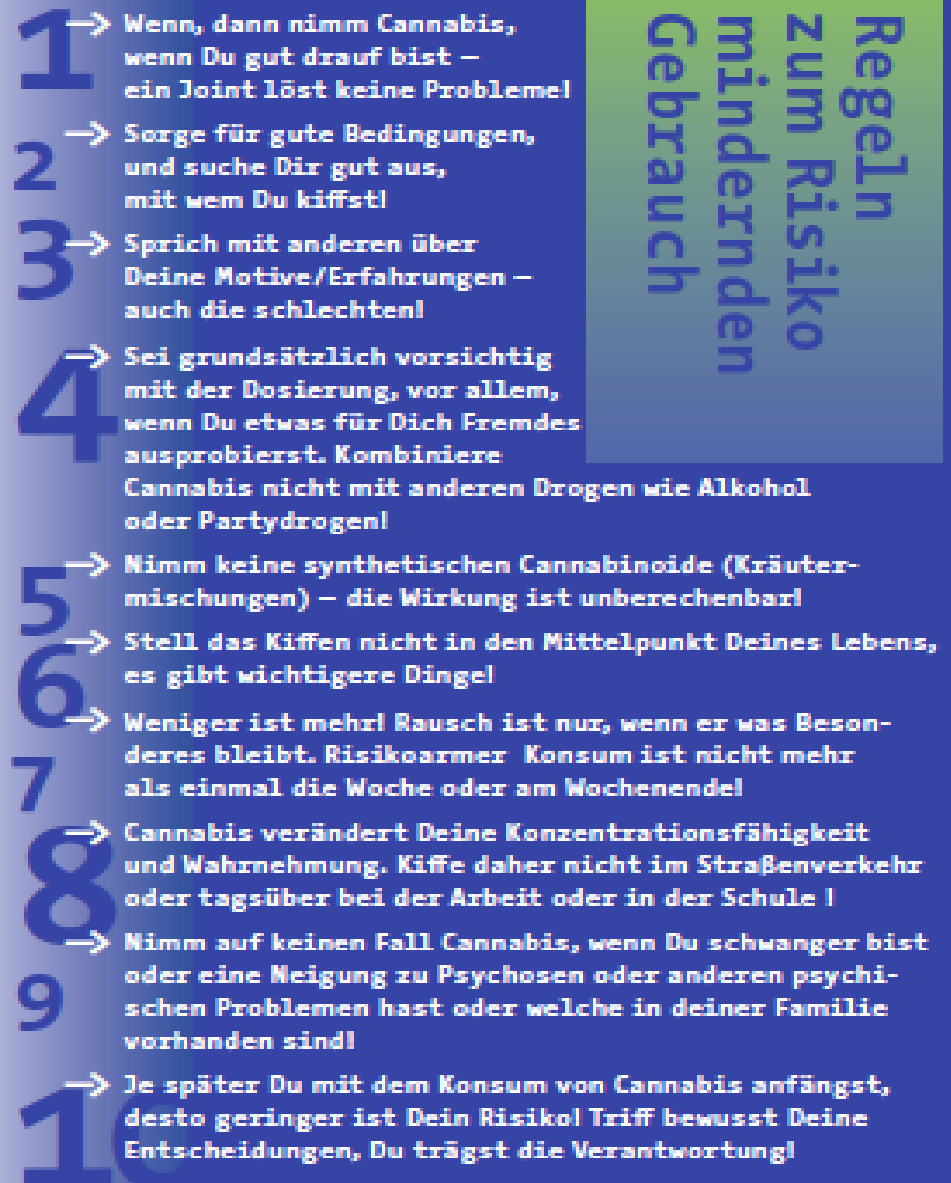


Erlebte Rauschwirkung Positiv	CANNABISFUNKTIONSSPEKTRUM	Erlebte Rauschwirkung negativ
Übliche Denkmuster verblassen, neuartige Ideen und Einsichten, hinter die Oberfläche schauen, kreativ sein	Denken	Sich in fixe Ideen reinsteigern, von Gedanken besessen sein, geistige Selbstüberschätzung, Größenwahn
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

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

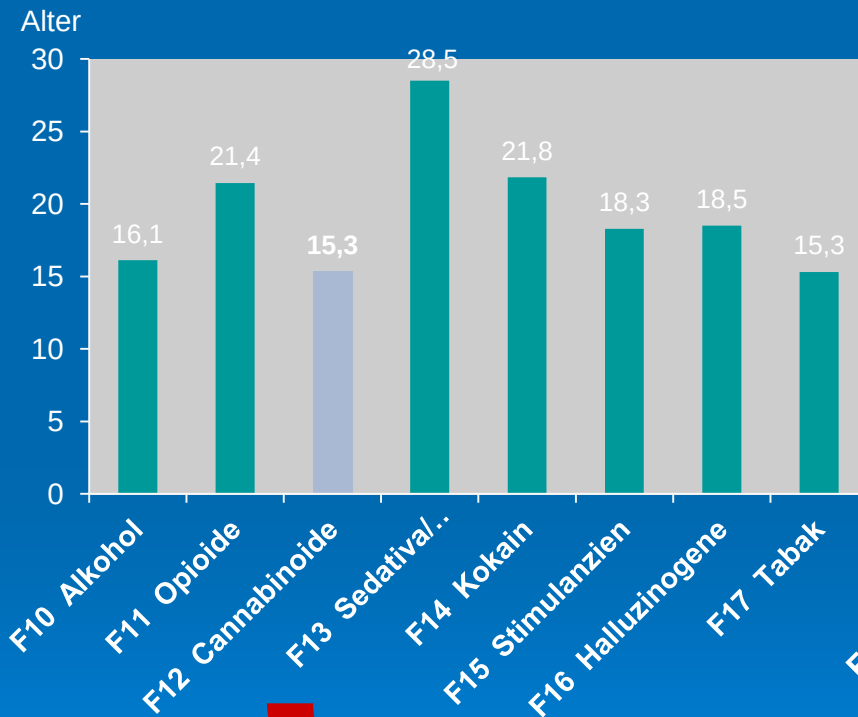
- 
- Regeln zum Risiko mindern den Gebrauch**
- ➔ Wenn, dann nimm Cannabis, wenn Du gut drauf bist – ein Joint löst keine Probleme!
 - ➔ Sorge für gute Bedingungen, und suche Dir gut aus, mit wem Du kiffst!
 - ➔ Sprich mit anderen über Deine Motive/Erfahrungen – auch die schlechten!
 - ➔ Sei grundsätzlich 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!

Evaluierte Cannabisprogramme im Überblick

	Frühintervention / Beratung				Behandlung	
Programm						
Zielgruppe	14-21 Jahre Erstauffällige Drogenkonsumenten	14-21 Jahre Junge Cannabiskonsumenten in verschiedenen Hilfesystemen	15-30 Jährige Cannabissmissbraucher /abhängige	15-30 Jährige Jugendliche und Erwachsene Cannabis- konsumentInnen	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
Programm- merkmale	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	Einzels psychotherapie Kognitive-behaviorale Therapie. Problemlösetraining Einzelsetting 10 Sitzungen	Multidimensionale Familientherapie Flexible Settings 4-12 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

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

DRV Entwöhnungen

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

Stationäre Behandlung in Krankenhäusern

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

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)

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

Cannabis und Abhängigkeit

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

Zum Vergleich das Abhängigkeitsrisiko bei anderen Substanzen (*W. Hall 2014*):

Cannabis 9%	Kokain 17%
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
- ☐ Eingeeengtes 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.

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)

Cannabisstörungen

Cannabisentzugssyndrom (F12.3)

- Bei wiederholtem Cannabiskonsum über längere Zeit in hoher Dosis können nach dem Konsumstopp in einem Zeitraum von 7 – 21 Tagen folgende Symptome auftreten.
- ☐ Craving, Appetitminderung, Schlafstörungen, Schwitzen
- ☐ Affektlabilität, Angst, Hyperalgesie, allgemeine Irritabilität und Reizbarkeit, Aggressivität, innere Unruhe, merkwürdige Träume

➤ Amotivationales Syndrom (F12.72)

- Im Zusammenhang mit langjährigem und intensiven Cannabiskonsum zeigen sich folgende Symptome
- ☐ Lethargie
- ☐ Passivität
- ☐ Verflachter Affekt
- ☐ Mangelndes Interesse

Es konnte bislang nicht nachgewiesen werden, dass die Symptome spezifisch für Cannabis sind. Eventuell beschreibt das Syndrom chronische Intoxikationszustände, Defektzustände von Schizophrenien (Negativsymptomatik) oder Symptome depressiver Erkrankungen.



Siehe CaPRIs Studie von Eva Hoch!!

Merkmale von Behandlungssuchenden

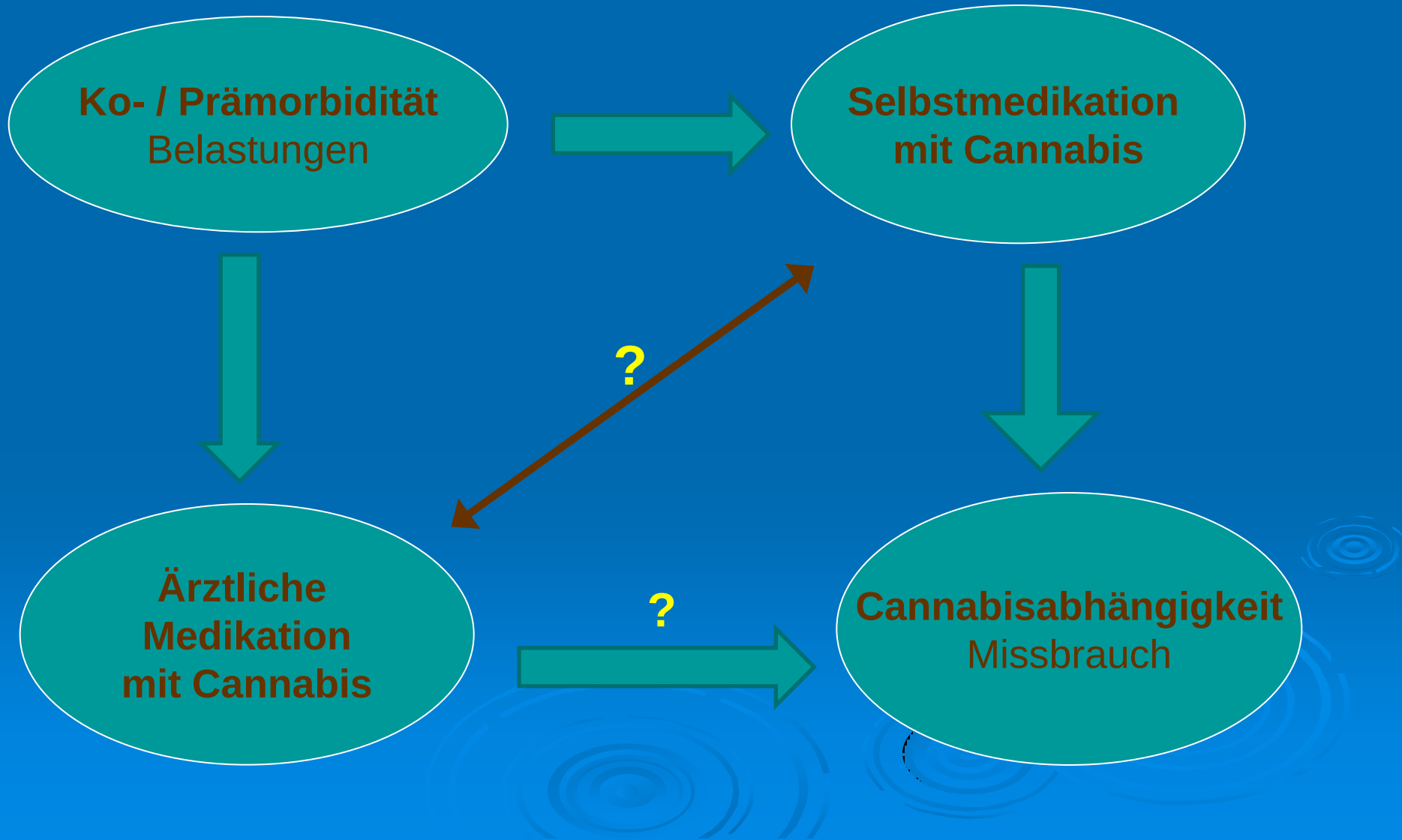
Psychische Komorbidität

- **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)**



Kausalität?

Medikation und Selbstmedikation von Cannabis



Cannabis und Psychose

Metaanalyse Marconi et.al 2016

zit. aus Eva Hoch Vortrag (CaPRIs Studie)

- Cannabiskonsumern erkranken häufiger an einer psychotischen Störung (OR =1,97)
- Auftretenswahrscheinlichkeit steigt mit Intensität des Konsums an (OR=3,4)
- Vorverlagerung des erstmaligen Auftretens durch Cannabiskonsum um 2,7 Jahre
- Weiterhin gilt: Korrelative Befunde sind keine Kausalitätsbeziehungen

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
- Genetische Faktoren
- Gehalt an THC und dem antipsychotischen Cannabidiol
- Problem: fehlende Differenzierung transienter Intox.-Symptome versus Psychose

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**.

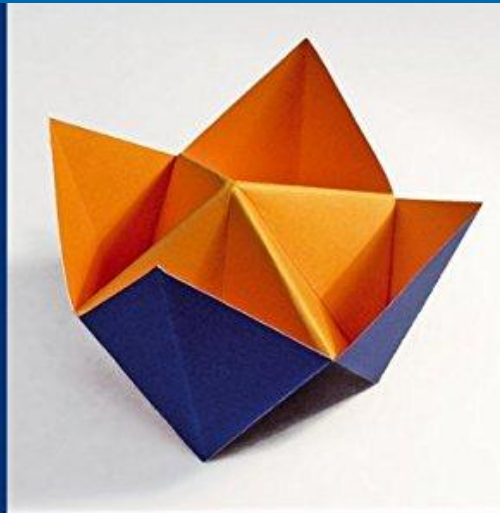
Herausforderungen in der Arbeit mit jugendlichen CannabiskonsumentInnen

- 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“.

Herzlichen Dank für ihre Aufmerksamkeit !

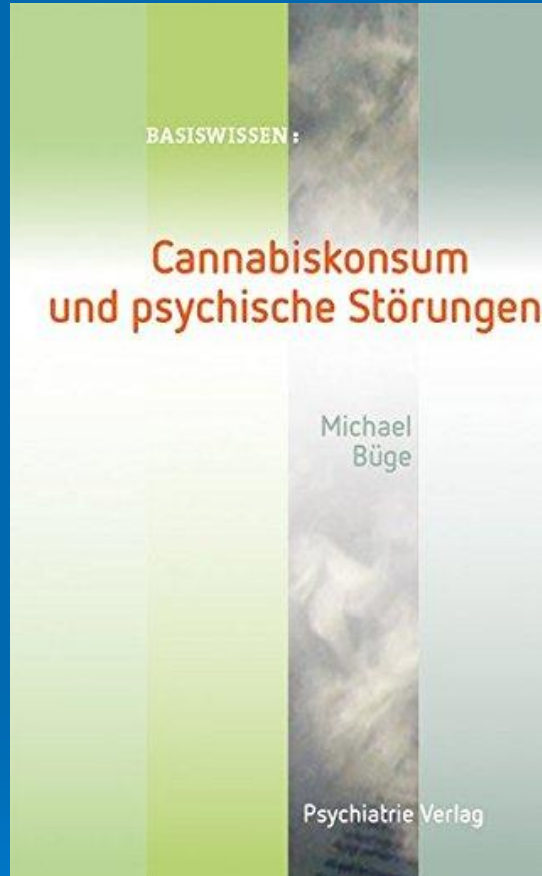


B. Spohr / A. Gantner / J. A. Bobbink / H. A. Liddle

Multidimensionale Familientherapie

Jugendliche bei Drogenmissbrauch und
Verhaltensproblemen wirksam behandeln

Vandenhoeck & Ruprecht



BASISWISSEN :

Cannabiskonsum und psychische Störungen

Michael
Büge

Psychiatrie Verlag



Cannabis denn Sünde sein?

Eine Broschüre rund ums Kiffen

Mit
Kiffertest



Therapieladen

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