

Andreas Gantner

Frühintervention und Behandlung von Jugendlichen mit Cannabisproblemen.

Zusammenfassung

Die Ankündigung der Bundesregierung Cannabis zu Genußzwecken zu legalisieren, soll den Jugend- und Gesundheitsschutz verbessern. Der Anstieg des Cannabiskonsums und die stärkere Inanspruchnahme von Hilfen für Menschen mit Cannabiskonsumstörungen sind, trotz Prohibition, seit längerer Zeit zu beobachten. In der beratenden und therapeutischen Arbeit mit Jugendlichen sind systemische Ansätze insbesondere die Multidimensionale Familientherapie, die Eltern aktiv miteinbeziehen wirksamer als einzeltherapeutische Ansätze. Mit der geplanten Cannabisregulierung besteht ein deutlicher Bedarf präventive, beratende und therapeutische Angebote für Jugendliche mit Cannabisproblemen auszubauen und weiterzuentwickeln.

Einleitung

Die Ankündigung der Bundesregierung Cannabis zu Genußzwecken zu legalisieren, wird in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert. Bei den Suchtfachverbänden wird das Vorhaben einer kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene eher von einer breiten Mehrheit unterstützt. Kritisches Stimmen bzw. Ablehnung gibt es insbesondere unter Kinder- und Jugendpsychiater:innen. Die Zeit der „Pro und Contra“ Legalisierungsdebatten scheint jedoch vorbei. Es liegen nun zahlreiche Positionspapiere von Fachgesellschaften vor, die Vorschläge für die konkrete Umsetzung einer regulierten Abgabe von Cannabis beinhalten. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Juni 2022 in einem Konsultationsprozess zahlreiche Akteure eingeladen, um die Regularien für die gesetzliche Veränderung zu beraten und vorzubereiten. Es wurde signalisiert, dass Verbraucherschutz und Jugendschutz in der Cannabisregulierung eine hohe Priorität erhalten sollen.

Die bestehende Cannabisprohibition und Strafverfolgung konsumbezogener Delikte konnten den leicht steigenden Trend des Cannabiskonsums der letzten 10 Jahre nicht wesentlich beeinflussen. Viele Befürworter einer zukünftig geplanten Cannabislegalisierung gehen eher davon aus, dass die Prohibition zur Problemverschärfung beigetragen habe, indem z.B. durch das Verbot und die drohende Kriminalisierung nicht rechtzeitig Hilfe aufgesucht würde und der Konsum und das Reden darüber tabuisiert bliebe. Ebenso seien unter den Bedingungen des Schwarzmarktes Verbraucherschutz und Jugendschutz erschwert.

Unabhängig davon, wie eine Legalisierung von Cannabisprodukten in Deutschland ausgestaltet und rechtlich umgesetzt wird, gehen wir davon aus, dass es auch in Zukunft viele Personen geben wird, die mit und wegen des Konsums von Cannabis Problemen haben werden. Vor dem Hintergrund des geplanten “Paradigmenwechsels” in der Suchtpolitik sollte jetzt die Chance genutzt werden, Präventions- und Hilfsangebote auszubauen und weiterzuentwickeln.

Entwicklung von Hilfsangeboten für Cannabiskonsumierende

Cannabiskonsumierende haben bis spät in die 1990er Jahre nur in einem eher geringen Umfang die Hilfen von Sucht- und Drogenberatungsstellen in Anspruch genommen. Seit dieser Zeit jedoch nimmt der Anteil dieser Gruppe am Gesamtklientel der Beratungsstellen kontinuierlich zu. Lag der Anteil der Nutzerinnen von Suchtberatungsstellen mit Cannabisproblemen im Jahr 2001 noch bei etwa 7%, so lag er im Jahr 2020 bei 20% (Schwarzkopf, Künzel, Murawski et al., 2021, S. 19). Seit Mitte der 90er Jahre hat sich Cannabiskonsum als „illegale Alltagsdroge“ in der Gesellschaft etabliert. Im Kontext der Verbreitung des Konsums sind Menschen mit einer Hauptdiagnose Cannabis seit 2014 in der deutschen Suchthilfestatistik im Bereich der illegalen Drogen an die Spitze der Betreuungsfälle gerückt (DBBD, 2015).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat das Bundesministerium für Gesundheit ab Anfang der 2000er Jahre mehrere Modell- und Forschungsprojekte gefördert, die eine Verbesserung von Präventions- und Hilfemaßnahmen für Cannabiskonsumierende zum Ziel haben.

Cannabisklient:innen kommen durchschnittlich im Alter von 25 Jahren in die ambulante Suchthilfe. Ein Blick in die Ergebnisse bisheriger Cannabisinterventionsprojekte zeigt, dass die Klient:innen in aller Regel frühestens zum 18. Lebensjahr (z.B. *FreD*), aber häufig auch erst ab dem 25. Lebensjahr erreicht werden (*realize it/ Quit the shit, Candis*). Lediglich mit dem Angebot der *Multidimensionalen Familientherapie* (MDFT) konnten Jugendliche (12 -17Jahre) mit starken Cannabisproblemen schon in diesen Altersgruppen erreicht werden. (Tossmann et al., 2021, Gantner & Stickel, 2016)

Insgesamt ist davon auszugehen, dass mit der Implementierung von cannabisspezifischen Hilfeangeboten sich der Zugang der Cannabisklientel zur Suchthilfe deutlich verbessert hat. Dabei hat sich in der Suchthilfe das Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ (Miller & Rollnick, 1991) als gemeinsame Grundlage und Arbeitshaltung der angebotenen Programme erfolgreich etabliert. Auf der Grundlage dieses Ansatzes werden in einer „zieloffenen Suchtberatung“ mit den Klient:innen Ambivalenzen besprochen, Motivation gefördert und die nächsten Veränderungsschritte bestimmt.

Die Projekte „FreD“ und „realize it“ haben als Beratungsangebote mit ca. 150 bis 200 Standorten dabei die stärkste Verbreitung in der ambulanten Suchthilfe gefunden. Das internetbasierte Beratungsprogramm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Quit the shit“ ist seit 2005 etabliert und wird aktuell von zehn Beratungseinrichtungen in mehreren Bundesländern vorgehalten.

Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Programm CANDIS wurde nach der Hauptstudie in 10 Einrichtungen der Suchthilfe transferiert. CANDIS ist als Therapieangebot für abstinenzwillige Klient:innen auch für niedergelassene Psychotherapeut:innen relevant, vorausgesetzt es wird nach 10 Sitzungen Abstinenz erreicht (Hoch et al., 2011)

Die Multidimensionale Familientherapie (MDFT) gilt für jugendliche Cannabisabhängige als die effektivste Therapieform (EMCCDA,2014, IQWiG,2021). Nach der multizentrischen Hauptstudie „INCANT“ in 2009 (Tossmann et al., 2012) konnte die MDFT im darauffolgenden Transferprojekt lediglich in vier Einrichtungen in Deutschland implementiert werden. Eine flächendeckende Implementierung ist u.a. an Finanzierungsfragen und Zuständigkeitsfragen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe gescheitert (Gantner, 2014). Es zeigt sich zum einen, dass wir in Deutschland ein Transferproblem mit hochwirksamen und sehr gut beforschten Therapiekonzepten haben. Zum anderen besteht vor allem ein Versorgungsproblem für minderjährige Cannabisklient:innen, die allein mit individuumszentrierten Angeboten nur selten oder gar nicht erreicht werden.

Herausforderung in der Arbeit mit jugendlichen Konsument:innen

Wenn wir gemäß dem sogenannten „Eckpunktepapier zur kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genußzwecken“ der Bundesregierung das Thema Jugendschutz ernst nehmen, stehen wir hier vor einer der größten Herausforderungen. Die kontrollierte Abgabe für Erwachsene in zukünftigen Cannabisfachgeschäften wird experimentierfreudige Jugendliche nicht davon abhalten, Cannabis weiterhin unter illegalen Bedingungen zu erwerben. Bisherige Erfahrungen aus den Ländern, in denen Cannabis legalisiert wurde, zeigen zwar, dass es keinen Anstieg des Cannabiskonsum bei Minderjährigen gibt. Angesichts der schon bestehenden hohen Prävalenz bei Minderjährigen können wir uns aber nicht damit zufriedengeben, dass es mit der Legalisierung „nicht schlimmer“ wird. Denn wir haben ja bereits unter den Bedingungen der Cannabisprohibition einen Zuwachs des Konsums zu verzeichnen und vor allem einen deutlichen Anstieg der Behandlungsnachfrage.

Der formulierte Anspruch eines verbesserten Jugendschutzes muss jetzt also mit evtl. neuen bzw. verstärkten Angeboten der Prävention und Frühintervention umgesetzt werden.

Da in diesem Beitrag der Schwerpunkt auf Frühintervention und Behandlung liegt, soll hier nur grob skizziert werden, was im Bereich der Prävention zu entwickeln ist.

Zunächst ist davon auszugehen, dass ca. 80% der jugendlichen Cannabiserfahrenen über gute persönliche und soziale Ressourcen und Schutzfaktoren verfügen und im Kontext von Entwicklungsaufgaben den kompetenten Umgang mit Cannabis und ggfls. anderen psychoaktiven Substanzen erlernen. Eingebettet in positive familiäre und soziale Unterstützungssysteme machen sie in der Adoleszenz ihre Lern- und Grenzerfahrungen mit Substanzen und integrieren in aller Regel den Konsum in ihre Alltagspraxis oder stellen den Konsum wieder ein, wenn die Nachteile des Konsums überwiegen. Das Erlernen von Risikokompetenz, bzw. Konsumkompetenz ist auf der individuellen Ebene eine Entwicklungsaufgabe, die aber soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen zur Voraussetzung hat. Somit ist die Entwicklung von Konsumkompetenz auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, welche von Familie, Schule und anderen gesellschaftlichen Akteuren mitverantwortet wird und suchtpreventiv unterstützt werden muss. Dies ist ein weites Feld für die universelle und selektive Suchtprevention, die vor dem Hintergrund der geplanten Cannabisregulierung in verschiedenen Settings und zielgruppenspezifisch deutlich

gestärkt werden muss. Als Beispiele für Rausch- und Risikokompetenzansätze seien hier die Präventionskonzepte „Rebound“ (Finder e.V.) und „Risflecting“ (Risflecting.eu) genannt

Im Feld der Prävention gibt es darüber hinaus einige gut entwickelte Cannabispräventionsprogramme (DBDD, 2022). Es wird zukünftig darauf ankommen, qualitätsgesichert die wirksamsten Projekte in einem evtl. auch bundesweit abgestimmten Vorgehen flächendeckend in den verschiedenen Settings umzusetzen und dafür den Präventionsfachstellen und den ambulanten Suchtberatungsstellen wesentlich mehr personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Wenn die durch die Kriminalisierung entstandene Tabuisierung und Stigmatisierung entfällt, bietet das die Chance eines offeneren Umgangs mit dem Cannabiskonsum in allen Bereichen der Gesellschaft. Ein enttabuisierter Umgang erfordert aber auch ein kritischeres Hinsehen bei Jugendlichen, um vor allem die vulnerablen Gruppen früher anzusprechen und besser zu unterstützen.

Wie kann die Gruppe von jugendlichen Problemkonsument:innen früher erreicht werden?

Die Wahrscheinlichkeit einer Suchtentwicklung mit Cannabis ist im Jugendalter generell und bei zusätzlichen Kontext- und Risikofaktoren deutlich erhöht: früher Konsumeinstieg, regelmäßiger Konsum, familiäre Konflikte, das Entdecken selbstmedikativer Funktionen des Kiffens, die Drift in eine drogenbezogene Peergroup, zeigen sich bereits in der mittleren Adoleszenz (14-16 Jahren).

Es ist offensichtlich, dass wir mit rein individuumszentrierten Konzepten der Frühintervention, welche „nur“ das Konsumverhalten der Jugendlichen im Blick haben und beeinflussen wollen, zu kurz greifen.

Das in der Suchthilfe und in den spezifischen Cannabisprojekten etablierte Beratungskonzept der *Motivierenden Gesprächsführung* ist für den Zugang zu den Minderjährigen nicht ausreichend. Jugendliche definieren sich in dieser Situation sehr selten als süchtig oder abhängig und vermeiden es, sich hilfsbedürftig zu zeigen. Es stellt sich also die Frage, welche anderen Möglichkeiten und Hilfen sich anbieten. Neben der schon etablierten Arbeit an der Veränderungsmotivation und den zahlreichen Ambivalenzen benötigen wir insbesondere für Jugendliche eine

Ergänzung von systemisch orientierten Beratungskonzepten für Eltern, Angehörige und professionelle Helfer:innen der Jugendhilfe.

Unsere langjährigen therapeutischen Praxiserfahrung mit cannabiskonsumierenden Jugendlichen an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe zeigen, dass Eltern selbst viel zu wenig Unterstützung erhalten. Eltern werden noch immer eher als „Teil des Problems“, und nicht als „Teil der Lösung“ wahrgenommen.

Dabei wäre aus unserer Sicht ein wesentlicher Aspekt eines guten „Jugendschutzes“, Eltern in ihrer Kompetenz zu stärken, wenn Unsicherheiten in der Adoleszenzphase ihrer Kinder erlebt werden. Mit dem eingeleiteten Paradigmenwechsel einer Legalisierung müssen sich Eltern auch auf veränderte Debatten mit Ihren heranwachsenden Kindern einstellen. Die betroffenen Eltern und Angehörige mit ihrer erlebten Hilfslosigkeit und Orientierungslosigkeit zu unterstützen und wieder mehr Selbstwirksamkeit als Eltern erfahren zu lassen, sind wesentliche Ziele eines systemisch-orientierten Beratungs- oder Therapieprozesse für Jugendliche mit Suchtproblemen, die im Folgenden beispielhaft skizziert werden sollen.

Systemisch orientierte Beratungs- und Therapiekonzepte für Cannabis konsumierende Jugendliche am Beispiel von MDFT und FriDA

Wie schon beschrieben, gilt im internationalen Forschungskontext die Multidimensionale Familientherapie als die derzeit effektivste Behandlungsform für Jugendliche mit Cannabiskonsumstörungen. Die hohen Hürden einer breiten Praxisimplementierung der MDFT haben uns dazu motiviert, die multisystemische Perspektive der MDFT in einen niedrighschwelligem systemischen Beratungsansatz zu adaptieren, um die Zugänge und Versorgung für Jugendliche und deren Eltern in der ambulanten Suchthilfe zu verbessern. Damit einher geht auch das Ziel Suchthilfe und Jugendhilfe besser zu vernetzen und intensiver systemübergreifend zu kooperieren. Im Folgenden werden zunächst einige theoretische Grundlagen der MDFT skizziert (ausführlich: Spohr et al. 2011) und im Anschluss die methodische Umsetzung im FriDA-Projekt (ausführlich: Gantner, Spohr, Bobbink 2021) beschrieben. Die Ergebnisse der Evaluation des vom BMG geförderten FriDA-Projekts sind im Juli 2023 zu erwarten.

Grundzüge der Multidimensionalen Familientherapie

Entwicklungspsychologische Perspektive

Das Zusammenspiel von individuellen, familiären und gesellschaftlichen Risiko- und Schutzfaktoren bildet die Grundlage, um normale bzw. abweichende Entwicklung im Jugendalter zu erklären. Entwicklungspsychologische und entwicklungspsychopathologische Aspekte sind gleichermaßen bedeutsam für das Verständnis von Substanzkonsum/missbrauch im Jugendalter. Während Substanzkonsum im Jugendalter zunächst als passageres Risikoverhalten, d.h. als funktional zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben zu sehen ist, kann die Entwicklung des Jugendlichen in eine Schiefelage geraten, wenn der Substanzkonsum vor dem Hintergrund einer schwierigen Konstellation von Risikofaktoren stattfindet. Dann können sich Substanzstörungen und komorbide psychische Störungen ausbilden.

Systemisches Verständnis von „Substanzkonsumstörungen“ im Jugendalter

Aufgrund der vielen, sich wechselseitig bedingenden Einflüsse, die Substanzkonsum/missbrauch im Jugendalter und damit verbundene Entwicklungsprobleme begünstigen und aufrechterhalten, kann jugendliches „dysfunktionales“ Verhalten nur in einer systemischen Sichtweise angemessen verstanden werden. Dies beinhaltet nicht nur, den Fokus auf Ressourcen innerhalb der beteiligten Systeme zu legen, sondern auch, einseitige kausale Erklärungen für die Problemstellung zu vermeiden. In der Konsequenz wird aus einer MDFT-Perspektive eine komplexe Strategie verfolgt: Die Berater*innen bzw. Therapeut*innen forschen gemeinsam mit relevanten Akteuren (Jugendliche, Eltern, andere Familienmitglieder, außerfamiliäre Bezugspersonen) nach den „wechselseitigen Bedingungen“ von Problemen und regen die Beteiligten zu Veränderungen in ihrem jeweiligen Einflussbereich an.

Im Unterschied zu anderen systemischen Konzepten hat der MDFT-Ansatz dabei keine „Scheu“, sich auf störungsspezifische, entwicklungspsychopathologische Erkenntnisse zu beziehen und diese ausdrücklich für die therapeutische Arbeit zu nutzen. So werden z.B. die Abhängigkeitsproblematik ebenso wie evtl. bestehende komorbide Störungen bei den Jugendlichen (z.B. ADHS, depressive Störungen) in ihrer „Eigendynamik“ verstanden und spezifisch behandelt bzw. eine entsprechende Behandlung initiiert und gefördert. Dies gilt gleichermaßen für psychische Störungen oder Suchtprobleme der Eltern,

Entscheidend für die Einhaltung der systemischen Sichtweise bleibt die Betonung der Wechselseitigkeit von Einflussfaktoren und das Vermeiden von kausalen (Schuld-) Zuschreibungen hinsichtlich der Problementstehung und Aufrechterhaltung.

Diagnostik und Fallverständnis sind multidimensional

Um in der Komplexität systemischen Denkens den Überblick und den roten Faden im Therapieprozess zu behalten, ist die therapeutische Arbeit in MDFT anhand eines Modells von vier parallelen Subsystemen bzw. Interventionsebenen strukturiert, für die jeweils spezifische Fragestellungen relevant sind:

Bezogen auf das **Jugendlichen-Subsystem** geht es um das aktuelle Verhalten und Erleben von konkreten jungen Menschen, um deren Sichtweisen, Einschätzungen, Wünsche und Nöte, Auffälligkeiten und Stärken, aber auch deren Zukunftsvisionen, Interessen, Ziele.

- Im **Subsystem Eltern** richtet sich das diagnostische Interesse auf die persönliche Situation der Elternpersönlichkeiten und ihre Ressourcen und Belastungen im Hinblick auf die Erziehungsverantwortung. Erziehungspraktiken sind hier ebenso relevant wie die Frage, ob die Eltern als Team an einem Strang ziehen und sich gegenseitig stärken oder in ihrem elterlichen Einfluss schwächen.
- Im **Subsystem Familie** liegt der Fokus auf der Qualität der familiären Bindungen und Interaktionsmuster. Die Frage nach gemeinsam verbrachten Zeiten, festen Ritualen ist hier ebenso bedeutsam wie die, ob die Stimmung in der Familie eher von positiven oder negativen Emotionen bestimmt wird.
- Im vierten Subsystem, dem **sozialen Umfeld** sind alle Einflussfaktoren bedeutsam, die aktuell zu einer Verbesserung oder auch Verschlechterung der familiären Situation beitragen.

MDFT geht davon aus, dass für eine Verbesserung der familiären Kommunikation und Beziehungen als wichtigstem Schutzfaktor in der Entwicklung Jugendlicher die Verbesserung der Situation der einzelnen Familienmitglieder komplementär notwendig ist. Die vier verschiedenen Sichtweisen auf das jeweilige Familiensystem helfen den Fachkräften dabei, die Komplexität der Informationen aus dem Familiensystem zu strukturieren und die jeweiligen Aufträge der Beteiligten mit

entwicklungspsychologischem Hintergrundwissen zu verknüpfen. Einige Aspekte dieses Hintergrundwissens sind im Folgenden skizziert.

Substanzkonsum und Suchtentwicklung im Jugendalter

Der Konsum psychoaktiver Substanzen im Jugendalter kann zunächst als jugendtypisches Experimentierverhalten im Rahmen der Entwicklungsaufgaben gesehen werden. Inwiefern sich altersadäquate, verantwortungsbewusste und kulturell akzeptierte Konsumformen oder Missbrauchs- und Abhängigkeitsformen herausbilden, ist von den Konstellationen der Schutz- und Risikofaktoren in unterschiedlichen Kontexten abhängig.

Als empirisch nachgewiesene Einflussfaktoren für Substanzmissbrauch im Jugendalter gelten:

- Biologisch-genetische Faktoren;
- Elterlicher Substanzkonsum und Eltern-Persönlichkeiten;
- Elterliche Paarbeziehung;
- Eltern-Adoleszenten-Beziehung;
- Adoleszenz-Persönlichkeiten;
- Konsum von psychoaktiven Substanzen;Peers;
- Soziale Kontextfaktoren.

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen gilt als ein Bindeglied: Für verschiedene Jugendliche, deren Lebenssituation von sehr unterschiedlichen Clustern von Risiko- und Schutzfaktoren gekennzeichnet sind, kann der experimentelle Konsum von Drogen sehr unterschiedliche Bedeutung und Folgen für die langfristige Entwicklung haben. Um einzuschätzen, wie riskant jemand Drogen konsumiert, ist jedoch nicht nur die Lebenssituation der*des Jugendlichen in all ihren Facetten, sondern vor allem das Konsummuster relevant. Damit ist eine Kombination folgender Variablen gemeint:

- Art und Anzahl der psychoaktiven Substanzen, die konsumiert werden;
- Dosis;
- Konsumfrequenz;

- Situativer Kontext.

Die Klärung der individuellen Konsummuster hat deshalb eine besondere Bedeutung, weil sie bei Jugendlichen in der Regel sehr heterogen sind. Als Faustregel für riskante und problematische Konsummuster gilt: Je früher der Einstieg (unter 16), je höher die Dosis, je regelmäßiger der Konsum, je mehr unterschiedliche Drogen konsumiert werden und je unangemessener die Situation (z.B. während der Schulzeit), desto größer ist das mittel- und langfristige Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsrisiko.

Neben der Ausprägung der Konsummuster ist eine Analyse der verschiedenen Funktionen des Substanzkonsums erforderlich für ein differenziertes Verständnis. Grundlegend lassen sich

- „jugendtypische psychosoziale Funktionen“ wie Neugier-, Experimentierverhalten, Gemeinschaftsgefühl, Selbsterfahrung, Grenzerfahrung und
- „psychodynamische Bewältigungsfunktionen“ wie Entspannung, Abschalten, Affektregulation, Impulsregulation

unterscheiden. Während die jugendtypischen Funktionen im Kontext von Entwicklungsaufgaben als altersadäquates (Risiko-)Verhalten zu verstehen sind und für alle jugendlichen Konsument:innen gelten, stehen die Bewältigungsfunktionen im Zusammenhang mit vorhandenen Belastungen bzw. Risikofaktoren.

Anders gesagt: Riskant ist Konsum vor allem dann, wenn er nicht nur dazu dient, Schönes schöner, sondern Unangenehmes erträglicher zu machen.

Das Verstehen der je individuellen Bewältigungsfunktionen, evtl. auch im Zusammenhang mit weiteren komorbiden Störungen im Sinne einer Selbstmedikation ist sowohl wichtig für eine sorgfältige suchtspezifische Diagnostik als auch zentraler Bestandteil des Beratungs- bzw. Therapieprozesses.

Frühintervention bei Drogenmissbrauch in der Adolsezenz: „FriDA“

Das FriDA-Projekt wurde im Auftrag der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung im Jahr 2019 im Rahmen des *Berliner Netzwerk Frühintervention* konzipiert und erprobt. (Gantner, 2021) Dabei wurden bisher

insgesamt 8 Berliner Drogenberatungsstellen mit je zwei Mitarbeiter:innen geschult. Die Ergebnisse zeigen eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer:innen mit dem *FriDA*-Schulungsprogramm. Das auf die Anforderungen in Suchtberatungsstellen zugeschnittene systemische Beratungskonzept wurde als sehr hilfreich und wirksam erlebt, insbesondere in der Arbeit mit Eltern und in Familiensitzungen.

Auf der Basis des in Berlin erprobten *FriDA*-Projekts wurde ab 2021 in einem vom BMG geförderten Projekt ein bundesweiter Transfer in weiteren 12 Beratungsstellen umgesetzt. Ergebnisse der Evaluation werden im Juli 2023 erwartet.

ZIELGRUPPE DES ANGEBOTES

Die Zielgruppe des Angebotes sind Familien, in denen Jugendliche durch ihren Substanzkonsum und damit assoziierte Verhaltensweisen aufgefallen sind. *FriDA* richtet sich vor allem auf die Altersgruppe der 12 bis 18-Jährigen, wobei auch 18 bis 21-Jährige bzw. deren Eltern beraten werden können, wenn diese jungen Erwachsenen noch bei den Eltern wohnen. Eltern und andere familiäre Bezugspersonen sind in der Regel die Rat- und Hilfesuchenden und werden auch ohne Teilnahme ihrer Kinder unterstützt.

METHODISCHER ANSATZ

FriDA orientiert sich am systemischen Konzept der *Multidimensionalen Familientherapie* (MDFT). Die in zahlreichen Therapiestudien beforschte MDFT erreicht Minderjährige mit Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit über den aktiven motivierenden Einbezug der Eltern, anderer Familienangehöriger und Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Familie. Der Beratungsprozess sowie die diagnostische Einschätzung erfolgt anhand vier paralleler Interventionsebenen: Der Fokus richtet sich zum einen auf das Verhalten und Erleben des bzw. der Jugendliche/n, zum anderen auf die Ebene der Eltern im Hinblick auf Erziehungspraxis, Belastungen und Selbstfürsorge. Der Fokus Familie richtet sich auf die Gestaltung von Kommunikation und Beziehung. Das soziale Umfeld ist hinsichtlich Risiko- und Schutzfaktoren für den Entwicklungsverlauf und die aktuelle Situation der Familie im Blick.

Im *FriDA-Konzept* wurden die Grundprinzipien, Haltungen und Ziele des MDFT-Ansatzes auf ein Beratungskonzept im Leistungsspektrum von Sucht- und Drogenberatungsstellen übertragen.

KONTAKTGESTALTUNG

Ressourcenorientierte, motivierende Beratung wird je nach Bedarf in verschiedenen Subsystemen und Settings angeboten, es werden jedoch Eltern als Ratsuchende im Mittelpunkt stehen. Die Berater*innen sind prinzipiell bereit, mit allen Familienmitgliedern und außerfamiliären Bezugspersonen Kontakt aufzunehmen, die zu einem günstigen Entwicklungsverlauf aller Beteiligten beitragen können. Sie arbeiten (mindestens) in einem Tandemteam mit kurzfristig möglichem kollegialem Austausch.

BERATUNGSHALTUNG

Grundlage der Beratungshaltung ist die Allparteilichkeit dem familiären System gegenüber. Die Berater*innen verbinden sich nach Möglichkeiten mit allen Teilnehmenden des familiären Systems und behalten zugleich eine Außenperspektive. Dadurch ermöglichen sie auch innerhalb des Systems den Wechsel von Perspektiven.

In den Beratungsgesprächen mit den Eltern werden diese in ihrer „Not“ gehört und verstanden, d.h. sie werden als Klient*innen mit eigenem Hilfebedarf anerkannt. Bedeutsam ist die Vermittlung von Respekt und Wertschätzung für das Elternengagement. Die (subjektiv oft nicht mehr wahrgenommene) Wirksamkeit soll hervorgehoben und der noch bestehende Elterneinfluss erlebbar gemacht und verstärkt werden.

In den Gesprächen mit Jugendlichen orientieren sich die Berater:innen am Konzept der Motivierenden Gesprächsführung. Die Sichtweise des Jugendlichen wird ernst genommen, dabei berücksichtigt die Gesprächsführung das jeweilige Alter und den Entwicklungsstand des/r Jugendlichen. Motivationslosigkeit und Nichtveränderungshaltung können von den Berater:innen akzeptiert und gewürdigt werden, da die Verantwortung für den Entwicklungsverlauf des Jugendlichen bei den Eltern belassen wird.

Im außerfamiliären System werden bei Bedarf Kooperationspartner*innen mit eigenen Interessen und Aufträgen einbezogen. Professionelle Ressourcen sollen genutzt bzw. der Einbezug verfügbarer Hilfen, insbesondere der Jugendhilfe gebahnt bzw. gefördert werden.

ZIELE UND PROZESS DER FRIDA-BERATUNG

Grundlegende übergeordnete Ziele jeder FriDA-Beratung sind:

- Eltern in Bezug auf das wahrgenommene Problemverhalten der Jugendlichen zu orientieren und in ihrer Erziehungs- bzw. Elternkompetenz stärken;
- Konsum- und Risikoverhalten bei Jugendlichen einzuschätzen
- Selbstverantwortung (mit Fokus Konsumverantwortung) des/der Jugendlichen zu stärken;
- Lösungen und praktische Empfehlungen für die spezifische familiäre Problemstellung zu erarbeiten.

Der FriDA-Beratungsprozess verläuft zielorientiert und strukturiert, jedoch eng an den Anliegen und Problemlagen der jeweiligen Familie ausgerichtet. Zur handlungsleitenden Orientierung werden Leitfäden und Dokumente zur Verfügung gestellt: Klient*innenbogen, Planungsbogen, Beratungskontakt, Risiko- und Ressourcenbogen und Beratungsskripte.

Der Prozess wird strukturiert anhand der

- Settingauswahl (zunächst wie angefragt, andere Settings werden angeregt);
- Formulierung von Beratungszielen (Einheit von Diagnostik und Intervention);
- Umsetzung in Fragen/Interventionen;
- Ergebnisse und Empfehlungen.

In jedem Beratungsprozess soll eine diagnostische Einschätzung der Risiko- und Schutzfaktoren erfolgen im Hinblick auf

- das Konsumverhalten des/der Jugendlichen;
- das psychosoziale Problemverhalten;

- die familiäre Situation;
- die elterlichen Kompetenzen;
- den sozialen Kontext (Schule/Ausbildung/Peer/etc.).

Diese Einschätzungen erfolgen strukturiert durch einen fallspezifischen *Risiko- und Ressourcenbogen* und sind die Grundlagen für die Ableitung weiterer Beratungsziele und Interventionen nach dem Erstkontakt. Im weiteren Beratungsverlauf werden je nach Anliegen, Problemausprägung und Ergebnissen der vorherigen Sitzung weitere Beratungsziele bestimmt.

Zur Einschätzung des Beratungsprozesses können zwei Leitfragen als Orientierung nützlich sein:

- Welche kurzfristigen Ziele können innerhalb des Beratungsprozess erreicht werden?
- Welche Ziele können/sollen mit weiterführenden Hilfen angestrebt werden?

EINE IDEALTYPISCHE KATEGORISIERUNG VON BERATUNGSPROZESSEN ZUR ORIENTIERUNG:

Typ A: Beratung für ressourcenstarke Familien/Jugendliche:

Hier kann innerhalb von ein bis drei Beratungskontakten mit Informationen, Aufklärung und Bestärkung vorhandener Ressourcen erfolgreich beraten werden.

Typ B: Beratung bei Suchtgefährdung und deutlichen Problemen im familiären System

Hier benötigt die Familie einen intensiveren Beratungsprozess, um Verhaltensänderungen in unterschiedlichen Dimensionen fokussieren bzw. erreichen zu können (5-10 Beratungskontakte). Der Beratungsprozess braucht entsprechend mehr Zeit und findet eventuell in Intervallen statt. Er beinhaltet die Option der Vermittlung in zusätzliche begleitende oder anschließende Hilfen.

Typ C: Beratung bei gravierenden psychischen-/Suchtproblemen bei Jugendlichen bzw. im familiären System

Hier ist die Initiierung einer längerfristigen Therapie erforderlich (stationär oder ambulant unter bestimmten Bedingungen). Auch die Vermittlung in Entzug und/oder Therapie benötigt mittelfristige beratende Begleitung. Die Arbeit an den Schnittstellen im Hilfesystem mit dem Ziel der Vernetzung von Hilfen ist dabei sehr wichtig.

Ausblick

Klinische Studien und die praktische Erfahrung zeigen, dass frühe Probleme mit Cannabiskonsum immer im Kontext von anderen psychischen und sozialen Problembereichen stehen. Im Sinne der „Frühintervention“ sollte es die Aufgabe sein, Jugendliche mit Cannabiskonsumstörungen problemadäquate beratende bzw. therapeutische Angebote zu machen, die diese Kontexte berücksichtigen. Trotz der Etablierung zahlreiche Cannabisinterventionsprogramme sind insbesondere für die jungen Klient:innen in Deutschland noch erhebliche Defizite zu verzeichnen. Es fehlt sowohl an ambulanten als auch stationären Therapieplätzen. Vor allem aber ist die oft mangelnde Abstimmung in den Hilfenetzwerken zu beklagen. Insbesondere ist die Zusammenarbeit der Suchthilfe mit der Jugendhilfe bzw. dem Jugendamt deutlich zu verbessern. Die Jugendämter stehen in der Pflicht, eine Hilfeplanung für diese Zielgruppe fachlich mit den beteiligten Netzwerken zu organisieren. Im Bereich der ambulanten Psychotherapie sind Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen gefordert, sich stärker als bisher mit frühen Konsumstörungen vertraut zu machen und in diesem Kontext unabhängig ihrer psychotherapeutischen Orientierung, die Eltern und Angehörige aktiver in den Therapieprozess miteinzubeziehen.

Literatur:

Eckpunktepapier „Abgabe Cannabis“

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/C/Kabinetttvorlage_Eckpunktepapier_Abgabe_Cannabis.pdf

DBBD, Reitox Jahresbericht 2015

DBBD, Reitox Jahresbericht 2022:

https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2022/REITOX_Bericht_2022_DE_WB_04_Praevention.pdf

Finder e.V. : <https://finder-akademie.de/rebound/>

Gantner A. (2014): Nationaler Transfer der in der INCANT Studie evaluierten MDFT als familienbasierter Frühintervention in die Jugendsuchthilfe. Sachbericht. Bundesministerium für Gesundheit.

Gantner, A. (2012): Ambulante Therapie bei Jugendlichen mit Suchtproblemen. Impulse aus einer systemischen Perspektive. PID 4/2012 · 13. Jahrgang

Gantner, A., Spohr, Bobbink, J. (2021): FriDA. Das Beratungsmanual. Therapieladen, Berlin

Gantner, A. (2021): Projektbericht FriDA. Therapieladen, Berlin

Miller, W. R., Rollnick, S. (1991): Motivational interviewing – Preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2021): Systemische Therapie als Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen. Berichtsplan N21-03. www.iqwig.de

Risflecting.eu <https://risflecting.eu/konzept/>

Schwarzkopf, L., Künzel, J., Murawski, M. & Specht, S. (2021): Suchthilfe in Deutschland 2020. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforschung.

Spohr, B.; Gantner, A.; Bobbink, J.; Liddle, H. (2011): Multidimensionale Familientherapie. Jugendliche bei Drogenmissbrauch und Verhaltensproblemen wirksam behandeln. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Tossmann, HP., Gantner, A. (2016): Frühintervention, Beratung und Behandlung bei Cannabisstörungen. In: Suchttherapie 2016.17; 1-5

Tossmann HP, Jonas B, Rigter H et al. (2012): Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *SUCHT* 58 (3): 157–166.

Gantner, A. Stickel, H. (2016): Die Quadratur des Kreises. Systemische Therapie für Jugendliche mit Suchtproblemen – Impulse aus der Praxis der Jugendsuchthilfe In: KONTEXT 47, 1, S. 11 – 21, ISSN (Printausgabe): 0720-1079, ISSN (online): 2196-7997. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht

Autor:

Dipl.-Psych. Andreas Gantner, Psychologischer Psychotherapeut ist seit 1992 Geschäftsführer im Therapieladen e.V.. In der auf Cannabisstörungen spezialisierten ambulanten Therapieeinrichtungen wurden unter seiner Verantwortung cannabisspezifische Präventionsprojekte und Therapiekonzepte (MDFT/CANDIS/FriDA/Quit he shit/Double Trouble) evaluiert und implementiert

www.therapieladen.de

www.frida-beratung.de

a.gantner@therapieladen.de