

Mai, 2005

Projekt-Skizze

Kurzinterventionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit riskantem Cannabiskonsum

Zielsetzung

Ziel des geplanten Projektes ist es, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13 bis 20 Jahren mit einem potentiell oder manifest risikoreichen Cannabiskonsum zu identifizieren und im Rahmen von Kurzinterventionen über die Risiken des Cannabiskonsum aufzuklären sowie professionelle Unterstützung anzubieten bei der Planung und Durchführung der Verhaltensänderung.

Das Projekt basiert auf dem Konzept von Salutogenese und Empowerment und soll die Zielgruppe bei der positiven Bewältigung von Problemen im Zusammenhang mit dem eigenen Cannabiskonsum unterstützen und darüber hinaus günstige Voraussetzungen schaffen für eine möglichst erfolgreiche Lebensgestaltung und Lebensbewältigung.

Ausgangslage

Cannabispräparate wie Marihuana und Haschisch gehören in den westlichen Gesellschaften – und damit auch in der Schweiz – zu den meistkonsumierten illegalen Drogen (von Sydow et al., 2002; Watson et al., 2000). Dabei haben die Prävalenzraten des Cannabiskonsums in den vergangenen 10 Jahren vorwiegend bei Jugendlichen stark zugenommen. Die europäische Schulstudie ESPAD zeigt, dass in der Schweiz bereits rund ein Drittel der 15 bis 16-Jährigen Erfahrung mit Cannabiskonsum haben (Gmel et al., 2004; Hibell et al., 2004). Obwohl Handel und Konsum von Cannabis illegal sind, geniesst diese Substanz insbesondere bei der jungen Generation ähnliche Toleranz und Akzeptanz wie die legalen Substanzen Tabak und Alkohol (Kuntsche et al., 2002).

Das Einstiegsalter weist kohortenbezogen in der Schweiz seit den 90er Jahren eine sinkende Tendenz auf (Müller & Geml, 2002) und liegt gemäss dem laufenden schweizerischen Cannabis-Monitoring bei den 13- bis 18-Jährigen mittlerweile unter 15 Jahren gegenüber gut 16 Jahren bei den 19- bis 29-Jährigen (Neuenschwander et al., submitted).

Das Einstiegsalter ist von grosser Bedeutung, weil verschiedene negative Folgen mit einem frühen Einstieg verbunden sind. So ist ein tiefes Einstiegsalter mit einem erhöhten späteren Konsum verbunden (Pudney, 2002); bei Personen mit einem frühen Konsum erfolgt mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine Ausweitung auf andere Drogen (Coffey et al., 2000; Höfler et al., 1999); bei frühem Einstieg sinkt die Chance, später mit dem Cannabiskonsum wieder aufzuhören (Perkonigg et al., 1999).

Diverse Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum in der Adoleszenz und einem erhöhten Risiko, später an psychischen Störungen wie Depression, Angststörungen, Schizophrenie und Suizidalität zu leiden (Andreasson et al., 1987; Patton et al., 2002; Rey & Tennant, 2002; Zammit et al., 2002). Überdies mehren sich wissenschaftlich abgesicherte Daten, wonach früher und regelmässiger Cannabiskonsum die psychosoziale Reifung und damit die soziale Integration von Jugendlichen gefährdet (Ameri, 1999; Wallmichrath & Szabo, 2004).

Bedarf nach Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen

Gemäss ersten Resultaten aus dem laufenden schweizerischen Cannabis-Monitoring hat knapp die Hälfte der 13- bis 29-Jährigen bereits Cannabis konsumiert und 13% dieser Altersgruppe sind aktuell Gebrauchende. Bei einem Drittel der aktuell Gebrauchenden muss der Konsum als riskant eingestuft werden.

Aufgrund der erwähnten epidemiologischen Befunde besteht ein Bedarf nach geeigneten Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen. Wegen des stark gestiegenen Kostendruckes im Gesundheitssystem stehen dabei möglichst kosteneffiziente Massnahmen im Vordergrund. Das Konzept der Kurzintervention (brief intervention) dürfte sich dafür eignen. Langjährige positive Erfahrungen aus dem Alkoholbereich legen diesen Schluss nahe (Moyer et al., 2002; Poikolainen, 1999; Stoll et al., 1999; WHO, 1996).

Obschon es bei einem Grossteil der Jugendlichen bei einem vorübergehenden Probierkonsum bleibt, sprechen die nachweislich erhöhten Risiken im Zusammenhang mit frühem Cannabiskonsum dafür, präventive und gesundheitsförderliche Massnahmen bereits mit Jugendlichen ab Alter 13 durchzuführen. Wird auf solche Massnahmen verzichtet, besteht das Risiko, dass bei Jugendlichen mit frühem Cannabiskonsum psychosoziale Probleme und Folgeschäden zu einem späteren Zeitpunkt weniger erfolgreich angegangen werden können.

Geplante Massnahme, gewählte Methodik und Strategie

Die geplante Massnahme ist zweistufig und besteht aus einem Screeningprozess sowie der eigentlichen Kurzintervention.

Die Identifizierung von Personen, mit denen Kurzinterventionen durchgeführt werden soll, erfolgt mit dem "Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT)" (Adamson & Seliman, 2003). Dabei handelt es sich um ein international validiertes Screening Instrument. Der erzielte Testwert gibt Hinweise für die durchzuführende Massnahme.

Bei Kurzinterventionen handelt es sich um zielgerichtete Interventionen von 1 bis maximal drei Sitzungen, in denen an die Klienten wesentliche auf den Problembereich bezogene Informationen abgegeben werden, die Motivation zur Verhaltensveränderung abgeklärt wird und Unterstützung geboten wird beim Erreichen von neu gesteckten Zielen und Verhaltensänderungen. Der Aufbau von personalen und sozialen Ressourcen sowie die Sensibilisierung für mehr Eigenverantwortung ist dabei zentral (Rist et al., 2004).

Die Durchführung dieser niederschweligen und kosteneffektiven Massnahme eignet sich besonders für Professionelle der medizinischen und psychosozialen Grundversorgung (Hausärzte, schulärztliche und schulpsychologische Dienste, Drogen und Jugendberatung). Kurzinterventionen können in hohem Masse auf die Lebenswelt und die Lebensweise der Zielgruppe abgestimmt werden.

Kurzinterventionen basieren auf der Methodik des Motivational Interviewing. Beim Motivational Interviewing (deutsche Bezeichnung: Motivierende Gesprächsführung) handelt es sich um eine klientenzentrierte Gesprächsführung, die von Miller und Rollnick entwickelt wurde (M. Miller & Rollnick, 1991; W. R. Miller & Rollnick, 2002; Rollnick & Miller, 2005). Diese Art von Intervention eignet sich zur Klärung und Erhöhung der Eigenmotivation, ein problematisches Verhalten (z.B. problematischer Konsum von legalen und illegalen Suchtmitteln) zu ändern. Die Grundpfeiler von Motivational Interviewing sind Empathie, das Bewusstmachen von Ambivalenzen, flexibler Umgang mit Widerstand und die Förderung von Veränderungsabsichten. Die Beziehung der Gesprächspartner soll möglichst partnerschaftlich sein. Die Eigenverantwortung der Klienten wird ausdrücklich betont.

Motivierende Gesprächsführung ist keine Überredungstechnik. Der Berater ist lediglich direktiv in Bezug auf die Klärung der Ambivalenzen des Klienten und beim Monitoring der Bereitschaft von Verhaltensänderungen. Kognitiv-behaviorale Elemente wie die situations- und sachgerechte Aufnahme von Informationen und die adäquate Handlungsplanung sind implizit enthalten und werden je nach Situation explizit thematisiert.

Als Zielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 13 und 20 Jahren vorgesehen. Es ist bekannt, dass Personen aus diesem Altersspektrum auch bei Vorliegen von (Früh-) Symptomen wie z.B. Konzentrationsproblemen, morgendlichem Konsum oder Angst vor Kontrollverlust im Zusammenhang mit dem eigenen Cannabiskonsum, kaum von sich aus professionelle Hilfe suchen (Marzinzik, 2004). Für die Umsetzung der geplanten Intervention sollen gezielt bestehende Strukturen der Basisversorgung (Hausärzte, schulärztliche und schulpsychologische Dienste inkl. Einbindung der Schulen selbst) sowie Institutionen für Freizeit und Sport (Jugend- und Sportverbände) und Jugendberatungsstellen benutzt werden. Denn es sind Vertreterinnen und Vertreter dieser Versorgungsstrukturen, die bevorzugt in Kontakt geraten mit gefährdeten Personen der gewählten Zielgruppe.

Salutogenese und Empowerment

Die Methodik der Kurzinterventionen basiert auf einem salutogenetischen Ansatz, bei dem der Aufbau von Protektivfaktoren zentral ist. Die Motivierende Gesprächsführung ist darauf ausgelegt, nebst der Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum eine kritische Reflexion über eigene Verhaltensweisen und das eigene soziale Umfeld anzuregen, sowie personale und soziale Ressourcen aufzubauen und zu stärken. Dazu zählen die Enttabuisierung und die selbstkritische Wahrnehmung des eigenen Konsums und dessen Folgen, der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen, die Stärkung der Kompetenzerwartung und Selbstverantwortung, aber auch die Befähigung zu einer kritischen Beurteilung des sozialen Netzwerkes.

Die Förderung von Selbstwahrnehmung, Selbstverantwortung und Selbststeuerung soll gefährdete Zielpersonen dazu befähigen, an supportiven sozialen Strukturen (Familie, Peer-Group, Freizeit- und Sportangebot, Schule, Beruf) vermehrt und eigenverantwortlich zu partizipieren und dadurch die Chance auf eine erfolgreiche Lebensgestaltung und Lebensbewältigung zu erhöhen.

Verhaltensänderung ist kein einmaliges Ereignis, sondern ein Prozess, der in der Regel verschiedene Stadien durchläuft. Als Referenz dazu dient das transtheoretische Stadienmodell nach Prochaska und DiClemente (DiClemente et al., 2004; Prochaska & DiClemente, 1983, 1992). Je nach Motivationsstadium sind unterschiedliche Formen der Unterstützung erforderlich. Kurzinterventionen bieten für die Zielpersonen den Vorteil, dass ihnen auf ihre Person bezogene Hilfe angeboten wird und sie gleichzeitig ihre Autonomie in grösstmöglicher Weise wahren können.

Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Kurzinterventionen

Es besteht empirische Evidenz für die Wirksamkeit von Kurzinterventionen im Drogenbereich (McCambridge & Strang, 2004; Stephens et al., 2000). Die Langzeitwirkung wird noch kritisch diskutiert (McCambridge & Strang, 2005), da der Erfahrungshorizont bei der Anwendung von Kurzinterventionen im Drogenbereich vorläufig noch nicht so gross ist wie im Alkoholbereich.

Referenzprojekt MOVE

Im Bundesland Nordrhein-Westfalen (Deutschland) läuft seit einigen Jahren das Projekt "Motivierende Kurzintervention mit konsumierenden Jugendlichen" (MOVE), das auf riskant konsumierende Jugendliche abgestimmt ist, wobei im Zentrum der Massnahme Kurzinterventionen mit der Methodik des Motivational Interviewing steht. Das Programm wird von der Universität Bielefeld wissenschaftlich begleitet und evaluiert. MOVE stösst bei den Jugendlichen auf eine sehr gute Akzeptanz und die Evaluation des Programms fällt bisher positiv aus (Marzinzik, 2004; www.drogenberatung-bielefeld.de; www.ginko-ev.de). Insbesondere kann ein Transfer von Selbstkompetenz in den Schul- und Berufsalltag nachgewiesen werden.

Bestehende Erfahrungen mit dem explizit auf Kosteneffektivität ausgelegte Konzept der Kurzinterventionen lässt ein günstiges Kosten-Nutzen Verhältnis erwarten. Hauptfaktoren, die eine gute Wirtschaftlichkeit versprechen, sind die kurze Dauer von Kurzinterventionen und die Integration der Massnahme in bestehende Settings der medizinischen und psychosozialen Grundversorgung (Arztpraxen, schulärztliche und schulpyschologische Dienste, Jugendberatung).

Grobplanung für die Umsetzung

Die nachfolgend skizzierten Etappen markieren Meilensteine und werden in der Feinplanung weiter differenziert.

Etappe 1:

Verbreitung von Informationen über das Projekt "Kurzinterventionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit riskantem Cannabiskonsum" unter geeigneten Anwendergruppen. Nutzung vorwiegend bestehender Informationskanäle (d.h. Verbandsorgane der medizinischen und psychosozialen Grundversorgung, vom Projekt unabhängige Fachmeetings u.a.).

Etappe 2:

Durchführung von Fokusgruppen mit Keyplayern aus den jeweiligen Bereichen mit dem Ziel, die Fortbildung in Kurzintervention optimal auf die spezifischen Bedürfnisse der Anwender abzustimmen.

Etappe 3:

Organisation und Durchführung der Fortbildung "Kurzintervention und Motivierende Gesprächsführung". Erarbeitung von Indikatoren für die Qualitätsentwicklung und Evaluation.

Etappe 4 (Feldphase):

Die Anwender führen bei den Zielpersonen Kurzinterventionen durch.

Parallel dazu werden bei den Zielpersonen mittels schriftlicher Befragung Daten für den Nachweis von Akzeptanz und Wirksamkeit der Massnahme.

Durchführung von Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern von Kurzinterventionen zwecks Evaluation der Massnahme.

Etappe 5:

Datenauswertung, Berichterstattung/Publikation, Projektabschlussbericht. Anschliessend Wissens- und Erfahrungstransfer gemäss Zielsetzung des Projektes.

Transfer und Valorisation

Externer Transfer

- Publikation und Bekanntmachung der Methode "Kurzintervention/Motivierende Gesprächsführung" im Bereich der Cannabisprävention und Gesundheitsförderung in

Fachorganen, Fachmeetings und allenfalls in der Presse. Internet basierte Publikation von Hauptergebnissen.

- Das Konzept der Kurzintervention soll einem breiteren Kreis von Professionellen aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich bekannt gemacht werden. Chancen, Risiken und Beschränkungen von Kurzinterventionen bei Cannabiskonsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen können kritisch diskutiert und beurteilt werden.
- Stufe Anwender von Kurzinterventionen: Die gemachten Erfahrungen werden im Rahmen von Fokusgruppen ausgetauscht, informelle Netzwerke von Professionellen dienen als Wissenstransfer, es besteht die Chance eines Multiplikatoreffektes.
- Unter der Voraussetzung positiver Erfahrungen mit Kurzinterventionen besteht die Möglichkeit, entsprechende Fortbildungen in bestehende Weiterbildungscurricula aufzunehmen.
- Stufe Zielpersonen: Falls die Massnahme eine gewünschte Wirkung zeigt, darf erwartet werden, dass dadurch der Peer-Effekt positiv beeinflusst wird und ebenfalls bestehende soziale Netze (Familie, Schule, Nachbarschaft) davon profitieren.

Vernetzung

Um eine gute Breitenwirkung zu erzielen, soll das Projekt mit verschiedenen Partnern durchgeführt werden. Verhandlungen über die Ausgestaltung der Kooperation laufen mit folgenden Partnerorganisationen und Sponsoren:

- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände SAJV
- Schulärztliche und schulpsychologische Dienste Kanton Zürich
- Gesundheitsförderung "Radix"
- Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM)
- Schweizerische Vereinigung der Allgemeinärzte
- Berufsschulen ZH (KV)
- Suchtprävention Kanton Zürich

Literatur

- Adamson S, Seliman J* (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review* 22: 309-15.
- Ameri A* (1999). The effects of cannabinoids on the brain. *Progress in Neurobiology* 58: 315-48.
- Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U* (1987). Cannabis and Schizophrenia: A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 2: 1483-86.
- Coffey C, Lynskey M, Wolfe R, Patton GC* (2000). Initiation and progression of cannabis use in a population-based Australian adolescent longitudinal study. *Addiction* 95(11): 1679-90.
- DiClemente C, Schlundt D, Gemmel L* (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addiction* 13: 103-19.
- Gmel G, Rehm J, Kuntsche E, Wicki M, Grichting E* (2004). European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse 2003 und aktuelle Empfehlungen. Lausanne & Zürich: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al.* (2004). The ESPAD Report 2003 - Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: The

- Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).
- Höfler M, Lieb R, Perkonig A, Schuster P, Sonntag H, Wittchen H-U (1999). Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction* 94(11): 1679-94.
- Kuntsche E, Delgrande JM, Schmid H (2002). Wird Cannabis von 15-Jährigen in der Schweiz wie Tabak und Alkohol konsumiert? Ein faktorenanalytischer Ansatz. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 25(4): 17-25.
- Marzinzik K (2004). Wissenschaftliche Begleitung des NRW-Modellprojektes MOVE.
- McCambridge J, Strang J (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction* 99(1): 39-52.
- McCambridge J, Strang J (2005). Deterioration over time in effect of Motivational Interviewing in reducing drug consumption and related risk among young people. *Addiction* 100(4): 470-78.
- Miller M, Rollnick S (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller WR, Rollnick S (2002). *Motivational Interviewing: Prepare People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergun P (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 97(279-292).
- Müller S, Gmel G (2002). Veränderungen des Einstiegsalters in den Cannabiskonsum: Ergebnisse der zweiten Schweizer Gesundheitsbefragung 1997. *Soz Präventivmed* 47(1-10).
- Neuenschwander M, Frick U, Gmel G, Rehm J (submitted). Cannabiskonsum in der Schweiz: Prävalenz und Determinanten für Risikokonsum. *Suchttherapie*.
- Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 325(7374): 1195-98.
- Perkonig A, Lieb R, Höfler M, Schuster P, Sonntag H, Wittchen H (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction* 94(11): 1663-78.
- Poikolainen K (1999). Effectiveness of Brief Interventions to Reduce Alcohol Intake in Primary Health Care Populations: A Meta-analysis. *Preventive Medicine* 28(5): 503-09.
- Prochaska J, DiClemente C (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 390-95.
- Prochaska J, DiClemente C (1992). Transtheoretical Therapy: Towards a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19: 276-88.
- Pudney S (2002). *Keeping off the Grass? An econometric model of cannabis consumption by young people in Britain*. Leicester: University of Leicester.
- Rey JM, Tennant CC (2002). Cannabis and mental health. *BMJ* 325(7374): 1183-84.
- Rist F, Demmel R, Hapke U, Kremer G, Rumpf H (2004). Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. *Sucht* 2: 102-12.
- Rollnick S, Miller W (2005). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 23: 325-34 (reprint 2005: www.motivationalinterview.org).
- Stephens R, Roffman R, Curtin L (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 898-908.
- Stoll B, Daepfen J, Decrey Wick H (1999). Die Kurzintervention: eine gezielte Beratung von Patienten mit übermäßigem Alkoholkonsum. *Praxis* 88: 1699-704.
- von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Wittchen H-U (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence?: A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence* 68(1): 49-64.
- Wallmichrath I, Szabo B (2004). Cannabinoide und neurale Signalübertragung. *Sucht* 50(5): 297-308.
- Watson S, Benson J, Joy J (2000). Marijuana and medicine: assesseing the science base: a summary of the 1999 Institute of Medicine report. *Archives of General Psychiatry* 57: 547-52.
- WHO (1996). A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health* 86: 948-55.
- Zammit S, Allebeck P, Andreasson B, Lundberg I, Lewis G (2002). Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *Br Med J* 325: 1199-201.