

Gezielte Behandlung von Cannabisstörungen – Das modulare, kognitiv-behaviorale Entwöhnungsprogramm „CANDIS“

Eva Hoch, René Noack, Heike Rohrbacher, Anja Pixa, Jana Henker, Gerhard Bühringer, Hans-Ulrich Wittchen

1. Größe des Cannabisproblems in Deutschland

Cannabis ist die in der westlichen Welt am häufigsten konsumierte illegale Droge (Essau, Stigler & Scheipl, 2002). Während in den letzten 15 Jahren die Konsumprävalenz in fast allen Europäischen Ländern stark angestiegen ist, zeigt sich mittlerweile eine Stabilisierung der Raten auf hohem Niveau (EMCDDA, 2006). In Deutschland haben 25% aller Erwachsenen zwischen 18 und 59 Jahren im Lebenszeitraum mindestens einmal Cannabis konsumiert (Kraus, Augustin & Orth, 2005), bei den Jugendlichen sind es 15% (BZgA, 2007). Aktuelle Befragungen liefern Hinweise darauf, dass der Probier- und Gelegenheitskonsum von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einem Höchststand in den letzten Jahren wieder leicht zurückgehen könnte, die Zahl der regelmäßigen Konsumenten scheint jedoch weitgehend konstant zu bleiben (BZgA, 2007).

Lange Zeit wurde in Frage gestellt, ob sich durch Cannabiskonsum überhaupt eine Abhängigkeitssymptomatik entwickeln kann. Epidemiologische Studien zeigen, dass in Deutschland ca. 5% aller Cannabiskonsumanten und 29% aller starker Konsumenten ein klinisch relevantes Abhängigkeitssyndrom nach DSM-IV entwickeln (Wittchen et al., 2003). Mehr als 240.000 erwachsene Cannabiskonsumanten gelten nach diesen Kriterien als cannabisabhängig, 140.000 erfüllen die Kriterien für Cannabismissbrauch (Kraus & Augustin, 2001). Dies entspricht ca. 1% der deutschen Gesamtbevölkerung. Unter den jungen Erwachsenen (Alter: 18 bis 28 Jahre) liegt die Lebenszeitprävalenz der Cannabisabhängigkeit bei 2,2% (Perkonig et al., 2004; Sydow et al., 2001). Insbesondere ein früher Konsumbeginn scheint die Wahrscheinlichkeit einer schnellen Abhängigkeitsentwicklung deutlich zu erhöhen (Chen et al., 2005). Empirisch ebenfalls gut belegt ist, dass auch die körperlichen Leitsymptome einer Abhängigkeit, nämlich Toleranzentwicklung und Entzugssymptome, keineswegs selten ausgebildet sind (Cofey et al., 2002; Nocon et al., 2006).

In den letzten 10 Jahren hat eine wachsende Zahl wissenschaftlicher Studien neurokognitive, psychische und soziale Auswirkungen für Jugendliche und junge Er-

wachsene durch regelmäßigen Cannabiskonsum untersucht (Petersen & Thomasius, 2007): Er führt zu Beeinträchtigungen im Bereich des Lernens und Gedächtnisses, ist mit einem erhöhten Risiko für Psychosen assoziiert und tritt gehäuft mit anderen Substanzstörungen, Angststörungen und Depressionen auf. Auch Einbußen in der kognitiven Funktionsfähigkeit, in schulischen Leistungen und vorzeitigem Schulabbruch sind belegt. Seit Mitte der 90er Jahre hat sich europaweit die Behandlungsnachfrage wegen Problemen aufgrund des Cannabiskonsums mehr als verdoppelt (EMCDDA, 2005). In Deutschland nehmen cannabisbezogene Störungen nach Alkohol und Opiaten den dritten Platz in der ambulanten Suchthilfe ein (Sonntag, Bauer & Hellwich, 2006). Der „typische“ Cannabisklient ist nach Angabe der deutschen Suchthilfestatistik männlich, deutscher Staatsbürger und zwischen 20 und 25 Jahre alt (Simon et al., 2004). Trotz der gestiegenen Behandlungsnachfrage existierten lange Zeit keine evidenzbasierten Behandlungsprogramme. Erst seit Mitte der 90er Jahre wurden in den USA und in Australien einige wenige Behandlungsprogramme speziell für Cannabisabhängige entwickelt und evaluiert (Zimmermann et al., 2004). In Deutschland wurde erst in jüngster Zeit mit der Konzeption und empirischen Erprobung von solchen Behandlungs- und Beratungsansätzen begonnen. Die Ansätze variierten dabei hinsichtlich ihres Umfangs, Inhalte, Methodik und Zielgruppen. Das internetbasierte Programm „Quit the Shit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt beispielsweise ein besonders niederschwelliges Beratungsangebot dar (Jordan, 2005). Es wird derzeit in die kommunalen Strukturen der ambulanten Suchthilfe integriert. Die Kurzintervention „Realize It“ besteht aus fünf Einzelberatungen und einer Gruppensitzung und wird seit 2004 an problematischen Cannabiskonsumanten im Alter von 15 und 30 Jahren in Deutschland und der Schweiz evaluiert (www.realize-it.org). Ein deutlich höherschwelliger Ansatz wird derzeit im Rahmen der multizentrischen Studie INCANT erprobt. In fünf europäischen Studienzentren erfolgt die Evaluation eines integrativen, systemischen Familientherapieansatzes für 13- bis 18jährige Jugendliche mit Cannabisproblemen (www.incant.de). In diesem Kurzbeitrag soll die Konzeption des modularen kognitiv-behavioralen Entwöhnungsprogramms CANDIS für Jugendliche (ab 16 Jahre) und

Erwachsene vorgestellt werden. Es besteht aus 10 Behandlungseinheiten und richtet sich gezielt auf das motivationale, psychische und soziale Problemprofil von Menschen mit problematischem Cannabiskonsum und deren spezifische Bedürfnisse.

2. Die CANDIS-Studie: Design und Methode

2.1 Ziele der Studie

Im November 2004 startete die Studie „CANDIS – modulare Therapie für Cannabisstörungen“ am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden. Das Ziel der CANDIS-Studie war es, ein Therapieprogramm für cannabisbedingte Störungen zu entwickeln und zu evaluieren. Die Wirksamkeit dieses Behandlungsprogramms sollte gegenüber einer Wartekontrollgruppe (Delayed Treatment Control, DTC; Wartezeit: 8 Wochen) belegt werden. Es wurden zwei parallele Interventionen entwickelt: eine voll standardisierte Therapie (Standardized Treatment, ST) und eine gezielte standardisierte Therapie (Targeted Standardized Treatment, TST). Die standardisierte Behandlung integriert motivationssteigernde, kognitiv-verhaltenstherapeutische sowie psychosoziale Problemlösungskomponenten. Die gezielte, standardisierte Behandlung setzt sich inhaltlich aus denselben drei Komponenten wie das ST-Programm zusammen, ist jedoch in der therapeutischen Vorgehensweise noch individueller auf das spezifische Problemprofil (Veränderungsmotivation, psychosoziale Probleme und Komorbidität) eines Patienten ausgerichtet. Die Effektivität der standardisierten Therapie sollte gegenüber der individualisierten, standardisierten Therapie getestet werden, wobei eine Überlegenheit der TST-Gruppe erwartet wurde.

2.2 Das Studiendesign

Die Wirksamkeitsprüfung des Behandlungsprogramms CANDIS erfolgte im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns. Von Januar bis Dezember 2006 wurden n=159 Interessenten aus dem Großraum Dresden für eine Teilnahme gescreent. Insgesamt 122 waren schließlich zu einer Behandlung bereit und wurden per Zufallsauslosung zu einer der drei Studienbedingungen zugeordnet: 1.) Der standardisierten Behandlung (ST;

1 Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

n=51), 2.) der gezielten, standardisierten Behandlung (TST; n=39) oder 3.) der Wartekontrollgruppe (DTC; n=32). Vor Studienbeginn wurden die Teilnehmer in einem ca. 30-minütigen Infogespräch über die Inhalte und Ziele der Studie aufgeklärt und um ihr Einverständnis zu einer Teilnahme gebeten. Anschließend erfolgte eine ausführliche Diagnostiksitzung, in der die Patienten in einem standardisierten computerisierten Interview (M-CIDI) zu einer Vielzahl von Merkmalen befragt wurden (soziographische Charakteristika, Konsum bzw. Abhängigkeit von Cannabis und anderen Substanzen, cannabisbedingte Probleme, Veränderungsmotivation, komorbide psychische Störungen etc.). Auch der Therapieverlauf wurde ausführlich sowohl durch Patienten, als auch durch Therapeuten dokumentiert (u.a. therapeutische Beziehung, Umsetzung der Therapieinhalte, Einschätzung der Veränderungsmotivation). Die wichtigsten primären Ergebnisvariablen, die im Therapieverlauf und zu Therapieende erfasst wurden, sind: Abstinenzrate (Selbstaussagen, Urinscreenings), Häufigkeit des Cannabiskonsums in den letzten vier Wochen, Abfall in den ASI-Werten (Addiction Severity Index, ASI) und die Haltequote. Der ASI dient zusätzlich zur Bildung des Allokationsalgorithmus in der TST-Gruppe. Sekundäre Ergebnisvariablen waren u.a.: Anzahl von „Ausrutschern“, Rückfallrate, Häufigkeit des Konsums von legalen und anderen illegalen Drogen (Selbstaussagen, Urinscreenings), Abnahme in Anzahl und Schwere von psychischen Syndromen (CIDI). Um die Stabilität der Behandlungseffekte zu überprüfen, wurden die Teilnehmer drei und sechs Monate nach Therapieende zu einem Nachgespräch eingeladen und hinsichtlich der wichtigsten Ergebnisvariablen befragt.

2.3 Inhalte der Therapie

Das CANDIS-Therapieprogramm basiert auf verhaltenstheoretischen und neurobiologischen Grundlagen der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Cannabisstörungen. Es umfasst 10 Doppelsitzungen mit Einzelgesprächen, die sich über einen Zeitraum von fünf bis acht Wochen erstrecken. Die drei wesentlichen Behandlungsmodule sind die motivierende Gesprächsführung, die kognitiv-behaviorale Therapie und ein psychosoziales Problemlösetraining. Zunächst werden die Ergebnisse einer einführenden Diagnostiksitzung ausführlich zurückgemeldet. Es wird die Wirkweise von Cannabis im Gehirn erklärt und individuelle Mechanismen des Weges in die Abhängigkeit identifiziert. Zur Entwicklung bzw. Stärkung von Therapie- und Veränderungsmotivation werden die Vorteile des Konsums gegen die Vorteile einer Veränderung abgewogen und Ambivalenzen identifiziert und disputiert. Außerdem erfolgt eine gezielte Selbstbeobachtung derzeitiger Konsummuster. In den Sitzungen vier, fünf und sechs soll eine Verhaltensänderung geplant und durchgeführt werden. Dazu werden Fer-

tigkeiten eingeübt, die helfen sollen, den Cannabiskonsum zu beenden. Darunter fallen z.B. Strategien für den Umgang mit Situationen, die eine Rückfallgefahr bergen und Bewältigungstechniken, wenn das Verlangen zu konsumieren besonders stark ist. Weitere Inhalte sind der Aufbau von Alternativverhalten und das Einholen von sozialer Unterstützung. Im Rahmen eines Problemlösetrainings lernen Patienten schließlich, Probleme aus unterschiedlichen Lebensbereichen zu bewältigen. In den letzten beiden Therapiesitzungen werden komorbide Störungen und soziale Kompetenzen thematisiert. Vorliegende begleitende psychische Störungen werden zurückgemeldet, die Funktionalität von Cannabiskonsum in diesem Zusammenhang analysiert und Lösungs- bzw. weiterführende Behandlungsansätze aufgezeigt. In einem kurzen Training zum Aufbau sozialer Kompetenzen werden mittels Rollenspiel Strategien zum Ablehnen von Cannabisangeboten eingeübt.

Charakteristisch für die CANDIS-Therapie sind zum einen die spezifischen Therapieinhalte, zum anderen die klar strukturierte Anleitung zur Veränderung und Behandlung der Cannabisproblematik. Die Therapie wurde im Rahmen der Evaluationsstudie von speziell trainierten Psychologen durchgeführt.

3. Erste Erfahrungen

Erste Studienergebnisse belegen eine hohe Akzeptanz der Therapie bei den überwiegend männlichen Teilnehmern, aber auch bei den behandelnden Therapeuten. Im Vergleich zu ähnlichen Stu-

dien zur Evaluation von Programmen zur Cannabisentwöhnung aus anderen Ländern zeigte sich in der CANDIS-Studie eine sehr gute Halterate von knapp 70%. Etwa die Hälfte der Patienten war zum Abschluss der Therapie abstinent, weitere 30% reduzierten ihren Cannabiskonsum deutlich. Diese Effekte blieben auch in der 3-Monats-Katamnese stabil. Beide aktiven Therapiebedingungen zeigten sich hinsichtlich der Abstinenzraten gegenüber der Wartekontrollgruppe als überlegen. Eine statistisch signifikante Überlegenheit der individualisierten Behandlungsbedingung gegenüber der standardisierten Therapie konnte nicht nachgewiesen werden.

4. Ausblick

Wegen der ermutigenden Ergebnisse wird im November 2007 eine neue Studie zur Implementierung und Evaluierung der CANDIS-Therapie in der ambulanten Suchthilfe starten (Förderung: Bundesministerium für Gesundheit). Ziel dieses bundesweiten Modellprojekts ist der Transfer (Training und Supervision) des Behandlungsansatzes in die Routineversorgung sowie die Überprüfung seiner Wirksamkeit unter realen Behandlungsbedingungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung. Teilnehmen können insgesamt 10 ambulante Suchthilfezentren aus unterschiedlichen Bundesländern (Abbildung 1). Interessenten können sich für weitere Informationen gerne an die CANDIS-Projektgruppe wenden (Email: candis@psychologie.tu-dresden.de; Hotline: 0351/46332000). Bewerbungsschluss ist der 1.12.2007.

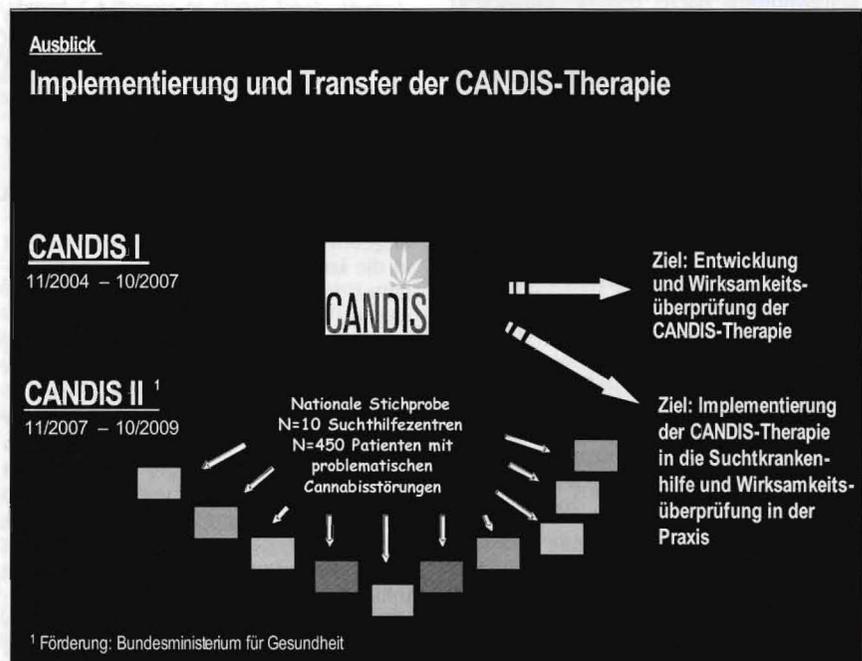


Abbildung 1: Neues Modellprojekt zum Transfer der CANDIS-Therapie in die ambulante Suchtkrankenhilfe

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und Jungen Erwachsenen in Deutschland – Kurzbericht. www.bzga.de.

Chen, C.Y., O'Brien, M.S. & Freed, W., J. (2005). Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 11-22.

Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Lynskey, M., Sanci, L. & Patton, G.C. (2002). Cannabis dependence in young adults: an Australian population study. *Addiction*, 97, 187-194.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2007). *Drogen- und Suchtbericht: Mai 2007*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Essau, C.A., Stigler, H. & Scheipl, J. (2002). *Epidemiology and comorbidity*. In E.A. Essau (Ed.). Substance abuse and dependence in adolescence (pp. 63-85). Hove (UK): Brunner-Routledge.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2005). Annual Report 2004. The State of the drugs problem in Europe. *Lisbon: EMCDDA*.

European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2006). Annual Report 2005. The State of the drugs problem in Europe. *Lisbon: EMCDDA*.

Jordan, S. (2005). www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54 (2005) 9, 742-754.

Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Illegale Drogen, Einstiegsalter und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51 (Sonderheft 1), 19-28.

Nocon, A., Wittchen, H.-U., Pfister, H., Zimmermann, P. & Lieb, R. (2006). Dependence symptoms in young cannabis users? A prospective epidemiological study. *Journal of Psychiatric Research*, 40 (5), 394-403.

Perkonig, A., Pfister, H., Lieb, R., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. (2004). Problematischer Konsum illegaler Substanzen, Hilfesuchverhalten und Versorgungsangebote in einer Region. *Suchtmedizin*, 6 (1), 22-31.

Petersen, K. U., Thomasius, R. (2007). *Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch – Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein Systematisches Review der international publizierten Studien von 1996 – 2006*. Pabst Science Publishers.

Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G. & Kraus, L. (2004). *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland*. München: IFT-Institut für Therapieforschung.

Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwich, A.K. (2006). Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen. *Sucht*, 52, Sonderheft 1, 7-43.

Sydow, K. von, Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (2001). The natural course of cannabis use, abuse, and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence* 64, 347-361.

Wittchen, H.-U., Sydow, K. von, Lieb, R., Zimmermann, P. & die Mitarbeiter der ANEPSA-Gruppe (2003). *Sonderbericht über den Projektverbund »Analytical Epidemiology of Substance Abuse« (ANEPSA)*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.

Zimmermann, P., Mühlig, St., Sonntag, D., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. (2004). Review on psychotherapeutic interventions for cannabis disorders. *Sucht*, 50 (5), 334-342.

Korrespondenzadresse

Dr. Eva Hoch, Leitung der CANDIS-Projektgruppe
 Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Chemnitz Str. 46, 01187 Dresden
 Tel.: 0351/463-36592, Fax: 0351/463-36984
 E-mail: hoch@psychologie.tu-dresden.de

Literaturhinweise

Roth, G.: Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten, Stuttgart 2007, ISBN 978-3-608-94490-7, 24,50 €

Der Autor beschreibt auf der Grundlage neuer psychologischer und neurologischer Kenntnisse, wie wir zu einem vertieften Verständnis von Entscheidungsprozessen und der Veränderbarkeit des Menschen kommen können. Er beschreibt, wie innerhalb der Individualentwicklung die Persönlichkeit auf unterschiedlichen unbewusst-bewussten und emotional-rationalen Ebenen des Gehirns entsteht. Die damit verbundene Dynamik bestimmt den Ablauf von Entscheidungen sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Verhaltensänderungen. Das Buch stellt grundsätzliche Fragen nach unserem Selbstverständnis und betrifft damit nicht nur den Bereich der Erziehung, sondern auch der Personalführung und Psychotherapie.

Döpfner, M., Schürmann, S., Frölich, J.: Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellen Problemverhalten THOP, 4. völlig überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel 2007, ISBN 978-3-621-27604-7, 69,90 €

Hyperkinetische und oppositionelle Verhaltensauffälligkeiten sind die häufigsten psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter. Hauptmerkmal einer hyperkinetischen Störung ist ein durchgehendes Muster von Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität, das häufiger auftritt und stärker ausgeprägt ist, als es bei Kindern auf vergleichbarer Entwicklungsstufe typischerweise zu beobachten ist. THOP ist

ein verhaltenstherapeutisches Programm, welches das Ergebnis einer langjährigen Forschungsarbeit ist und auf internationalen Erfahrungen aufbaut. Die Wirksamkeit des multi-modal angelegten Therapieprogramms wurde mittlerweile von unabhängigen Forschergruppen in Deutschland bestätigt. Die Autoren erläutern zunächst Störungsbild und Behandlungsansätze und stellen darauf hin das Therapieprogramm mit seinen 21 Bausteinen anschaulich und verständlich dar. Fallbeispiele und die Vorstellung von Studien zur Wirksamkeit runden die Publikation ab. Darüber hinaus sind auf einer CD-ROM Arbeitsblätter zu diagnostischen Verfahren, zur Therapieplanung, zur Verlaufskontrolle und Intervention enthalten.

Peichl, J.: Innere Kinder, Täter, Helfer & Co. – Ego-State-Therapie des traumatisierten Selbst, Stuttgart 2007, ISBN 978-3-608-89047-1, 24,50 €

Früh und komplex traumatisierte Menschen fühlen sich häufig als „multiple“ Persönlichkeiten. Ihr Selbst zerfällt – bewusst oder unbewusst – in unterschiedliche Teilpersönlichkeiten. Der Autor geht vom Konzept des multidimensionalen Selbst aus und beschreibt den von John und Helen Watkins entwickelten Ansatz der Ego-State-Therapie. Hierbei geht er darauf ein, wie sich trauma-basierte Ego-States bilden und welche Funktion sie haben, beschreibt Grundprinzipien der Behandlung und erläutert allgemeine und spezielle Behandlungstechniken dieser Therapieform.

Salameh, W. A.: Humor in der Integrativen Kurzzeittherapie – Ein interaktives Übungsbuch, Stuttgart 2007, ISBN 978-3-608-93754-1, 24,50 €

Im Rahmen der integrativen Kurzzeit-Psychotherapie verwendet der Autor eine Fülle von humoristischen Material, das sozusagen die Funktion eines psychodynamischen Katalysators erfüllen soll. In sieben Schritten wird das gesamte Spektrum der humorthrapeutischen Interventionsmöglichkeiten vorgestellt. Jeder einzelne Schritt besteht dabei aus Lern- und Praxis-elementen sowie interaktiven Übungen.