

Zitierbar als: Dau, W., Schmidt, A., Schmidt, A. F., & Banger, M. (2009). Sind gemeinsame Therapieangebote für Partydrogen- und Cannabiskonsumenten sinnvoll? Ergebnisse zum stationären Behandlungsangebot des "Bonner Modells - Junge Sucht". *Sucht*, 55, 339-346. [doi:10.1024/2009.06.03](https://doi.org/10.1024/2009.06.03)

**Deutscher Titel der Arbeit:**

**Sind gemeinsame Therapieangebote für Partydrogen- und Cannabiskonsumenten sinnvoll? Ergebnisse zum stationären Behandlungsangebot des „Bonner Modells – Junge Sucht“**

**Deutscher Kurztitel:**

**Ergebnisse zum stationären Behandlungsangebot des „Bonner Modells – Junge Sucht“ für Cannabis- und Partydrogenkonsumenten.**

**Englischer Titel der Arbeit:**

**Are common therapy programs for users of partydrugs and cannabis reasonable? Results of the inpatient modul of the “Bonn Model – Youth Addiction”**

**Englischer Kurztitel der Arbeit:**

**Results of the inpatient modul of the “Bonn Model – Youth Addiction” for young patients of cannabis-/partydrug addiction**

Wolfgang Dau<sup>1</sup>

Axel Schmidt<sup>1</sup>

Dr. phil. Alexander F. Schmidt<sup>2</sup>

Prof. Dr. Markus Banger<sup>1</sup>

<sup>1</sup> LVR Klinik Bonn, Abteilung für Suchterkrankung und Psychotherapie

<sup>2</sup> Psychologisches Institut der Universität Bonn, Abteilung Sozial- und Rechtspsychologie

**Korrespondierender Autor**

Dipl.-Psych. Wolfgang Dau

Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie

LVR Klinik Bonn

Kaiser-Karl-Ring 20

53111 Bonn

Telefon: 0228-551-2363

Fax: 0228-551-2966

Email: [Wolfgang.Dau@lvr.de](mailto:Wolfgang.Dau@lvr.de)

**Schlüsselwörter:** Cannabis, Partydrogen, stationäre Therapie, Wirksamkeit, Bonner Modell, Komorbidität,

**Keywords:** Cannabis, partydrugs, in-patient treatment, effectiveness, Bonner Modell, comorbid mental disorders

Anzahl der Worte und der Anschläge (ohne Tab. und Abb.): 2798  
Wörter und 22316 Anschläge

Erstellung der Arbeit: 15.06.2009, Version 1.3

**Deutscher Titel der Arbeit:**

**Sind gemeinsame Therapieangebote für Partydrogen- und Cannabiskonsumenten sinnvoll? Ergebnisse zum stationären Behandlungsangebot des „Bonner Modells – Junge Sucht“**

**Deutscher Kurztitel:**

**Ergebnisse zum stationären Behandlungsangebot des „Bonner Modells – Junge Sucht“ für Cannabis- und Partydrogenkonsumenten.**

**Englischer Titel der Arbeit:**

**Are common therapy programs for users of partydrugs and cannabis reasonable? Results of the inpatient modul of the “Bonn Model – Youth Addiction”**

**Englischer Kurztitel der Arbeit:**

**Results of the inpatient modul of the “Bonn Model – Youth Addiction” for young patients of cannabis-/partydrug addiction**

**Schlüsselwörter:** Cannabis, Partydrogen, stationäre Therapie, Wirksamkeit, Bonner Modell, Komorbidität,

**Keywords:** Cannabis, partydrugs, in-patient treatment, effectiveness, Bonner Modell, comorbid mental disorders

**Fragestellung:** Krankenhausabteilungen und psychiatrische Versorgungskliniken im Bereich der suchtmmedizinischen Erwachsenenpsychiatrie werden, entsprechend dem allgemein steigenden Behandlungsbedarf, zunehmend auch mit dem Problem des exzessiven Konsums von Cannabis und Partydrogen konfrontiert. Gleichzeitig besteht ein Mangel an überprüften therapeutischen Konzepten. Es wurde daher ein speziell für junge Erwachsene mit Cannabis-/Partydrogenkonsum entwickeltes stationäres Behandlungsprogramm untersucht. Insbesondere wurde der Frage nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Konsumentengruppe nachgegangen, sowie überprüft, ob ein gemeinsames Behandlungsangebot sinnvoll ist.

**Methodik:** Untersucht wurden soziodemographische und klinische Merkmale von Pat. mit problematischen Partydrogen- und Cannabiskonsum ( $n_1 = 27$ ,  $n_2 = 69$ ), die im Zeitraum vom 01.06.2005 bis 01.06.2008 in unserer Einrichtung stationär behandelt wurden. Die Symptombelastungen wurden mittels Selbstbeurteilungsskalen sowie eines semistrukturierten Interviews zu Beginn und zum Ende der stationären Behandlung erfasst und über Gruppenvergleiche ausgewertet.

**Ergebnisse:** Es ergeben sich zu beiden Messzeitpunkten keinerlei signifikante Gruppenunterschiede bei den substanzbezogenen und psychischen Merkmalen. Angst und interpersonale Probleme stellen die größten Belastungsfaktoren dar. Insgesamt ergeben sich für allgemeine psychische Faktoren

höhere Belastungen als für substanzbezogene. Beide Gruppen profitieren in hohem Ausmaß von der stationären Behandlung. Es ergeben sich über alle untersuchten abhängigen Variablen hohe Effektstärken.

**Schlussfolgerungen:** Gemeinsame Behandlungsangebote für Partydrogen- und Cannabiskonsumenten sind sinnvoll. Komorbide psychische Störungen, insbesondere Angststörungen und interpersonale Probleme sollten bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden.

**Aims:** In light of the generally increasing need for professional aid, psychiatric clinics and other professional institutions for the treatment of adult substance abuse disorders are confronted with the problem of excessive use of cannabis and partydrugs among young adolescents. In contrast to this development, there is a lack of controlled therapeutic programs.

For these reasons, the study investigates in-patient treatment program created for the needs of young users of cannabis and partydrugs. Moreover, the study addresses the issue of similarities and differences between the users of partydrugs or cannabis and the issue of the effectiveness of a common inpatient treatment for these patients.

**Methods:** Sociodemographic and clinical characteristics of two groups of patients with a problematic use of partydrugs or cannabis ( $n_1 = 27$ ,  $n_2 = 69$ ) taking part in an inpatient treatment were compared. Psychopathological symptoms were measured with standard self-rating scales in a repeated measures design and a semistructured interview.

**Results:** Both groups consistently show the same pattern regarding the severity of the psychopathological symptoms and the sociodemographic background. There are no significant differences in terms of psychological distress. Interpersonal problems and anxiety are especially high and seem to be more important than substance related problems. Both groups respond equally high to the treatment as quantified by high effect sizes.

**Conclusions:** A common inpatient therapy program for users of partydrugs and cannabis is reasonable. Comorbid psychological problems – particularly anxiety disorders and interpersonal problems – should be considered in therapy case conceptions.

## **1. Einleitung:**

Cannabis ist inzwischen die weltweit am häufigsten konsumierte illegale Droge (Baumann & Phongsavan, 1999), wobei auch in Deutschland in den letzten 10 Jahren ein deutlicher Anstieg der Prävalenzzahlen zu verzeichnen war (Kraus, Orth & Kunz-Ebrecht, 2003). Beim Konsum von Amphetaminen lässt sich ebenfalls eine Zunahme in der Prävalenz (Sonntag, Welsch & Kraus, 2005) und der Behandlungsnachfrage nachweisen (EBDD, 2006). Obwohl die Prävalenzzahlen zumindest für den Konsum von Cannabis in der Altersgruppe der 12 bis 25-jährigen einen rückläufigen Trend aufweisen (BzGA,2008), ist die Behandlungsnachfrage wegen cannabisbezogener Störungen im ambulanten und stationären Bereich als Folge der aktuellen Trends stark angestiegen (Strobl, Klapper, Pelzel, Bader, Zahn & Lange, 2006; Holzbach et al., 2006). Als Reaktion hierauf entwickelte die Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR Klinik Bonn in Zusammenarbeit mit der Fachstelle für Suchtprävention von Caritas und Diakonie „up date“ ein spezielles Behandlungskonzept zur integrierten Versorgung für junge Cannabis- und Partydrogenabhängige, das sogenannte „Bonner Modell – Junge Sucht“. Das Therapieangebot enthält sowohl ein ambulantes als auch ein stationäres Angebot.

Bei der Konzeptentwicklung wurde davon ausgegangen, dass der exzessive Konsum von Cannabis und Partydrogen auch als Lösungsversuch für die Bewältigung von altersspezifischen

Entwicklungsaufgaben verstanden werden kann (Havighurst, 1972, Dreher & Dreher, 1985). Zum Zusammenhang zwischen Reifung und Substanzkonsum fanden bereits Magnusson et al. (1986), dass je früher die Geschlechtsreife bei Mädchen eintritt, die Gebrauchsraten von Haschisch umso höher liegen. Da unter dieser Perspektive dem exzessiven Substanzmittelkonsum für beide Stoffklassen ähnliche Problemkonstellationen zugrunde liegen können, wurde für beide Konsumentengruppen ein gemeinsames Behandlungsangebot etabliert. Unter praktischen Gesichtspunkten bietet sich hierdurch auch der Vorteil, der deutlich kleineren Gruppe der Partydrogenkonsumenten – die Lebenszeitprävalenz liegt für den Konsum von Amphetaminen und Ecstasy bei den 12 bis 25-Jährigen bei 4-5% (Kraus et al., 2004; BZgA, 2004) – ein Peer-Gruppen orientiertes Angebot machen zu können, sollte sich die gemeinsame Behandlung als effektiv erweisen.

In der Literatur wird weiterhin häufig auf den Zusammenhang zwischen Substanzmittelkonsum und psychischen Störungen verwiesen, wobei das Phänomen im Hinblick auf Kausalität und Ätiologiemodelle kontrovers diskutiert wird (Schneider, 2004; Bonnet & Scherbaum, 2005; Petersen & Thomasius, 2007; Essau & Conradt, 2009).

Bei der Entwicklung von Interventionsprogrammen kommt der Komorbidität hohe Bedeutung zu (Weisz, Rudolph, Granger & Sweeny, 1992; Bonnet & Scherbaum, 2005). Insbesondere für die

Umsetzung eines gemeinsamen Behandlungsangebots spielt die Frage eine Rolle, ob und inwieweit sich Konsumenten von Cannabis und Partydrogen hinsichtlich psychischer Symptomatik unterscheiden.

Im Rahmen dieser Studie werden erste Ergebnisse des stationären Behandlungsangebots dargestellt. Dabei soll den Fragen nachgegangen werden, ob sich Konsumenten von Partydrogen oder Cannabis hinsichtlich psychischer Belastungen unterscheiden und ob beide Gruppen von einem gemeinsamen stationären Angebot profitieren.

## **2. Methodik**

### **2.1 Design**

Das „Bonner Modell – Junge Sucht“ wurde seit seinem Bestehen kontinuierlich evaluiert. Die vorliegende Untersuchung nutzte ein quasi-experimentelles Gruppendedesign, wobei die Einteilung in die Untersuchungsgruppen „Partydrogen“ und „Cannabis“ nach den Angaben der Patienten im halbstrukturierten Interview des European Addiction Severity Index (EuropASI) erfolgte (Gsellhofer, Kufner, Vogt & Weiler, 1999). Die Diagnosestellung selbst war nicht Teil dieser Untersuchung. Sie erfolgte nach ICD-10-Kriterien durch die Therapeuten auf der Suchtstation.

### **2.2 Hypothesen**

Es wird erwartet, dass das Treatment insgesamt eine Reduktion der erhobenen psychischen Belastung bewirkt, wobei beide

Konsumentengruppen in gleichem Maße vom Behandlungsprogramm profitieren.

### **2.3 Setting**

Die Untersuchung wurde an stationären Patienten mit problematischem Konsum von Cannabis und/oder Partydrogen der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR Klinik Bonn durchgeführt. Hierzu wurden auf einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Station der Abteilung 5 Behandlungsplätze für junge Cannabis-/Partydrogen-Patienten vorgehalten. Die Aufnahme in das Behandlungsprogramm erfolgte elektiv entweder über die Institutsambulanz der Abteilung oder als Übernahme von einer Akutstation der Abteilung.

### **2.4 Intervention**

Das Therapieangebot umfasste allgemeine Angebote, die von allen Patienten der Station gemeinsam genutzt wurden und spezifische Bausteine nur für die jungen Cannabis-/Partydrogenpatienten. Die allgemeinen Angebote bestanden aus der Ergotherapie und Sportangeboten. Speziell wurden drei Gruppen angeboten: eine psychoedukative Informationsgruppe (60 Min./Woche), eine Motivationsgruppe (90 Min./W.) sowie eine Trainingsgruppe für soziale Kompetenzen und Freizeitgestaltung (90 Min./W.). Pro Woche fand weiterhin ein therapeutisches Einzelgespräch von 50 Minuten Dauer statt. Zusätzlich erhielten

die Patienten jeden Tag eine lösungsorientierte Kurzintervention von maximal 5 Minuten, den sogenannten „Kompass“. Hier wurde für jeden Tag eine kurze, verhaltensbezogene Aufgabe mit entsprechender Erfolgskontrolle formuliert. Beispielsweise setzte sich ein Pat. das Ziel, einen bislang aus Angst vermiedenen Gang zur ARGE zu erledigen, mit seiner Freundin über seine Problematik zu sprechen oder einen Wohnungsbesichtigungstermin in Angriff zu nehmen. Am Ende jeder Woche erfolgte weiterhin eine Rückmeldung der Pat. über bislang erreichte Ziele (siehe Abbildung 1). Je nach Fallkonstellation gehörte zu den Kompasszielen auch die Umsetzung von Konfrontationsübungen bei der Behandlung von Angststörungen (Angsthierarchie) oder der Aufbau angenehmer Aktivitäten bei affektiven Störungen. Die stationäre Behandlung war auf 4 Wochen ausgelegt. Flankierend zu den psychotherapeutischen Interventionen wurde im Bedarfsfall auch eine medikamentöse Behandlung, entweder in Form der Weiterführung einer vorbestehenden oder Neueinstellung einer antidepressiven Medikation durchgeführt. Eine weitere, dezidiertere Darstellung des Behandlungsprogramms ist in Vorbereitung.

**Bitte Abbildung 1 einfügen.**

## **2.5 Stichprobe**

Behandelt wurden im Zeitraum vom 01.06.2005 bis zum 31.07.2008 insgesamt 142 Patienten wegen cannabis- oder stimulanzenbezogener Störungen.

Einbezogen in die Studie wurden zunächst alle komorbiden Diagnosen. Aufgrund unvollständiger Datensätze, z. B. wegen Behandlungsabbruchs (n = 11) und des Ausschlusses von Patienten mit der Diagnose einer psychotischen Störung (n = 4) oder dem gleichzeitigen Vorliegen einer Kokain-/Opiatabhängigkeit (n = 4), wurden 19 Probanden aus der Studie ausgeschlossen. Zur Vermeidung einer geschlechtsbedingten Konfundierung wurden die im fraglichen Zeitraum behandelten weiblichen Patienten (n = 27) ebenfalls aus der Studie ausgeschlossen, sodass die Datensätze von 96 Patienten in die Untersuchung aufgenommen werden konnten.

Einzelne Fragebögen oder Fragebogenteile wurden nicht von allen Patienten oder nicht in einer auswertbaren Weise ausgefüllt. Daher stand nicht für alle Auswertungen die volle Stichprobengröße zur Verfügung.

## **2.6 Instrumente**

Soziodemographische Daten wurden entsprechend den Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001) dokumentiert. Abhängigkeitsmerkmale wurden mittels des semistrukturierten

EuropASI (EuropASI; Gsellhofer et al., 1999) erhoben und die entsprechenden Composite-Scores der 9 Problembereiche „Körperlicher Zustand“ (MED), „Arbeit und Unterhalt“ (ECON), „Zufriedenheit“ (SAT), „Alkoholgebrauch“ (ALC), „Drogengebrauch“ (DRU), „Rechtliche Situation“ (LEG), „Familiäre Situation“ (FAM), „Soziale Situation“ (OTH) und „Psychischer Zustand“ (PSY) errechnet. Da die Composite-Scores Werte zwischen 0 und 1 annehmen können, wurde folgende Einteilung der Problemausprägung vorgenommen: bis 0.44 gering, 0.45-0.74 mittel und 0.75-1.00 schwer. Zur Erfassung der psychischen Belastung und Merkmale kamen das Beck-Depressions-Inventar (BDI; Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995), das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme in der Kurzversion (IIP-C; Horowitz, Strauß & Kordy, 2000), die Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Franke, 2005) und der Trait-Fragebogen des State-Trait-Angst-Inventars (STAI; Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981) zum Einsatz.

Zur Lösung des Problems fehlender Daten wurden für jedes Testverfahren die Testrohwerte durch die Anzahl beantworteter Items dividiert. Dieses Verfahren fand sowohl für die Gesamtwerte als auch die Skalen des IIP-C und des SCL-90 R trotz des damit verbundenen Varianzverlustes Anwendung, da die Häufigkeit fehlender Item-Werte bei beiden Messungen für alle Fragebögen unter 10% lagen (Roth, 1994). Dementsprechend wurden die

errechneten Testwerte bei der Verwendung der Normtabellen zuvor mit der Anzahl der Itemzahl multipliziert.

## **2.7 Durchführung**

Im Zeitraum von bis zu einer Woche nach der stationären Aufnahme erfolgte die Eingangserhebung ( $t_1$ ), bei der die Patienten die Fragebögen erhielten. Das semistrukturierte Interview wurde nur zu  $t_1$  an einem gesonderten Termin von geschulten Diplom-Psychologen durchgeführt. Der Erhebungszeitraum ( $t_2$ ) lag jeweils in der Entlassungswoche. Aufgrund der unterschiedlichen Behandlungsdauer variierte der zeitliche Abstand zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung zwischen 4 und 6 Wochen.

Anwendung fanden inferenzstatistische Verfahren ( $\chi^2$ -Test,  $t$ -Test,  $U$ -Test) zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen. Die Prüfung der Normalverteilungsannahme erfolgte über den Kolmogorov-Smirnov-Test. Zur Quantifizierung der Effektstärken und deren inferenzstatistischen Absicherung wurden zwei Veränderungskenngrößen berechnet:  $V_{\text{deskript}}$  und  $V_{\text{infer}}$ . Erstere diente zur Beschreibung der Größe einer Veränderung, die zweite ermöglichte die Überprüfung der statistischen Signifikanz der Veränderung, wobei die Unreliabilität psychologischer Messungen und situationale Effekte berücksichtigt wurde (Steyer, Hannover, Telser & Kriebel, 1997). Die Berechnung erfolgte dabei über die Formeln:

$$V_{\text{deskript}} = \frac{(\text{Posttestwert} - M_{\text{Prätest}}) - \text{Cronbachs } \alpha * (\text{Prätestwert} - M_{\text{Prätest}})}{SD_{\text{Prätest}}}$$

und analog hierzu:

$$V_{\text{infer}} = \frac{(\text{Posttestwert} - M_{\text{Prätest}}) - \text{Cronbachs } \alpha * (\text{Prätestwert} - M_{\text{Prätest}})}{SD_{\text{Prätest}} * \sqrt{1 - \alpha^2}}$$

Als Signifikanzniveau wurde ein  $\alpha$  von 5% festgesetzt.

### 3. Ergebnisse

Die Normalverteilungsannahme wurde mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft. Lediglich die Werte der Subskalen „ALC“, „MED“, „ECON“, „SAT“, „LEG“ und „OTH“ des EuropASIs erfüllten die Voraussetzungen nicht, weshalb hier zur Auswertung auf ein nonparametrisches Testverfahren zurückgegriffen wurde (siehe Tabelle 3).

#### 3.1 Soziodemographische und konsumbezogene Merkmale

Die beiden Konsumentengruppen unterschieden sich hinsichtlich der untersuchten Merkmale nicht signifikant voneinander. Lediglich der Anteil von bereits im Erwerbsleben stehenden Patienten war bei den Amphetaminkonsumenten überzufällig höher. Jeweils knapp die Hälfte der Patienten beider Konsumentengruppen lebte noch bei der Familie und verfügte jeweils über einen mittleren Bildungsabschluss. Der Anteil von Familienangehörigen, die ein Drogenproblem aufwiesen, war in beiden Gruppen mit ca. 60% bzw. ca. 40% relativ hoch. Überdies verfügte die überwiegende Mehrheit der Cannabiskonsumenten mehrheitlich über Sozialkontakte, die ebenfalls Drogen

konsumierten. Der Anteil von bereits mindestens einmal straffällig gewordenen Patienten war bei den Cannabiskonsumenten fast doppelt so hoch und verfehlte nur knapp das Signifikanzniveau (Tabelle 1).

**Bitte Tabelle 1 einfügen.**

Zeigten sich hinsichtlich des Alters beim Erstkonsum von Cannabis und Amphetaminen sowie der langfristigen Dauer des Cannabiskonsums keine signifikanten Unterschiede, so ergaben sich deutliche Differenzen bezüglich des langfristigen Konsums von Amphetaminen sowie der Konsumfrequenz beider Substanzen im Monat vor der stationären Aufnahme. Die Gruppeneinteilung war demnach valide. Ein interessantes Ergebnis war, dass beide Konsumententypen etwa im gleichen Alter erste Erfahrungen mit Cannabis machten, sich aber offensichtlich im weiteren Verlauf vergleichsweise dauerhaft für eine Substanz entschieden (Tabelle 2).

**Bitte Tabelle 2 einfügen!**

### **3.2 Symptome psychischer Belastung und Merkmale der substanzbezogenen Probleme**

Auf den Skalen des EuropASI und den vier Selbstbeschreibungsinstrumenten ergaben sich hingegen keinerlei

signifikanten Unterschiede (Tabelle 3). Auch auf den Unterskalen des SLC-90-R bzw. des IIP-C konnten keine Unterschiede gefunden werden. Nach der standardisierten Bewertung der Ergebnisse anhand der Normgruppenvergleiche der vier Selbstbeschreibungsinstrumente waren jedoch beide Konsumentengruppen als psychisch auffällig einzustufen (Hautziner et al., 1995; Horowitz et al., 2000; Franke, 2005; Laux et al., 1981).

Beide Konsumentengruppen zeigten eine hohe Belastung im Bereich der Trait-Angst sowie im Ausmaß interpersoneller Probleme. Signifikante Unterschiede waren über die auf den Substanzkonsum bezogenen Merkmale hinaus zwischen den Gruppen nicht feststellbar. Insgesamt lagen bei den Patienten hinsichtlich der mit dem EuropAsi erhobenen Auffälligkeiten fast nur Probleme geringen Ausmaßes vor. Eine Ausnahme hiervon zeigte sich in der Cannabis-Gruppe: die „Arbeits-Unterhaltssituation“ (ECON) sowie die „Zufriedenheit“ (SAT) wurden als mittelgradig problematisch erlebt.

### **3.3 Treatment-Effekte**

Die messfehlerbereinigten und inferenzstatistisch überprüften Effektstärken zeigten, dass beide Konsumentengruppen von der stationären Behandlung profitierten (Tabelle 4). Die mittels des Cronbach's  $\alpha$  ermittelten Reliabilitäten fielen gut bis sehr gut aus, wodurch die Interpretierbarkeit der Ergebnisse und die

Berechnung der Effektstärkemaße gut abgesichert werden konnten.

**Bitte Tabelle 4 einfügen !**

Die Effekte bewegten sich für die Gesamtstichprobe in der Größenordnung von etwa einer Streuungseinheit des Vortests, wobei sich die schwächste Veränderung für die interpersonalen Probleme und die stärkste für die Depressivität zeigte. Die schwächsten Effekte ergaben sich bei den Amphetaminkonsumenten für den Gesamtsymptomindex und in der Gruppe der Cannabispatienten bei den interpersonalen Problemen. Der stärkste Effekt konnte für die Trait-Angst der Partydrogenkonsumenten errechnet werden (Tabelle 4).

**Bitte Tabelle 5 einfügen!**

Ein Vergleich der z-standardisierten Werte erbrachte zeigte zum 2. Messzeitpunkt, dass die Konsumenten von Partydrogen im Bereich der interpersonalen Probleme am stärksten und bezüglich der Ängstlichkeit am schwächsten belastet waren. Bei den Cannabiskonsumenten war jeweils die Trait-Angst der stärkste und die interpersonalen Problematik der schwächste Belastungsfaktor (Tabelle 5). Zwischen den Konsumentengruppen zeigten sich zum Entlassungszeitpunkt keinerlei signifikante

Unterschiede, auch nicht bezüglich der stationären Behandlungsdauer, wobei das Merkmal Trait-Angst die Signifikanzgrenze lediglich knapp verfehlte (Tabelle 5).

Alle Symptome lagen bei  $t_2$  außerhalb des klinisch relevanten Bereichs (Hautzinger et al., 1995; Horowitz et al., 2000; Franke, 2005; Laux et al., 1981).

#### **4. Diskussion**

Die vorliegende Studie ist die erste im deutschen Raum, mit der differentielle Effekte stationärer Behandlung von Partydrogen- und Cannabiskonsumenten untersucht werden. In dem hier untersuchten Setting wiesen beide Konsumentengruppen hinsichtlich der Depressivität, des Ausmaßes interpersonaler Probleme, der psychischen Belastung und der dispositionellen Ängstlichkeit klinisch relevante Belastungen auf, unterscheiden sich jedoch nicht wesentlich.

Allgemein gilt, dass das gezielte Aufsuchen von Risiken, wozu allgemein auch der exzessive Konsum psychoaktiver Substanzen gezählt werden kann, für das Jugendalter typisch ist (Resch, Parzer & Brunner, 1999). Dies ist mit den Ergebnissen dieser Studie gut in Einklang zu bringen. Hinweise auf allgemeines Risikoverhalten finden sich bei den hier untersuchten Probanden im Bereich der Delinquenz, die insbesondere bei den Cannabis-Konsumenten deutlich erhöht ist. Eine Erklärung für dieses Ergebnis könnte in einer unterschiedlichen Bewertung bezüglich der „Illegalität“ beider Substanzen bzw. Substanzklassen liegen,

die sich aus der Legalisierungsdebatte für Cannabis und einer lange Zeit vielfachen Bewertung von Cannabis als „harmlose Substanz“ ergeben könnte (vgl. Täschner, 2005). Möglicherweise bemühen sich die Konsumenten von Partydrogen um ein verdeckteres Konsumverhalten und fallen hierdurch weniger auf.

Weiterhin fällt auf, dass die Probanden insgesamt über wenig „Clean-Kontakte“ verfügen, was als negativer, sozialer Peer-Effekt verstanden werden kann. Die familiäre Häufung des Drogenkonsums ist in beiden Gruppen hoch. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass das Erlernen von Kontrolle und Selbststeuerung, das bei der überwiegenden Mehrheit von Jugendlichen zu einer Beendigung oder Reduktion des Konsums führt (Kleinmanns, Junggaberle, Weinhold & Verres, 2008), bei den hier untersuchten Probanden noch nicht in ausreichendem Maße erfolgreich war. Die Ergebnisse der Studie zeigen weiterhin, dass beide Konsumentengruppen gemeinsam erfolgreich stationär behandelt werden können.

Die Behandlungseffekte können insgesamt als stark bewertet werden (Bortz & Döhring, 1995), berücksichtigt man insbesondere, dass die Ergebnisse erwartungswert- und messfehlerbereinigt sind und nicht wie herkömmliche Auswertungsverfahren die Effektstärken tendenziell überschätzen (Steyer, et al., 1997). Positiv zu bewerten ist die hohe Effektstärke im hauptsächlichen Problembereich der Ängstlichkeit. Zu diskutieren ist jedoch, ob es sich bei dem im Verhältnis geringeren Behandlungseffekt in der

PD-Gruppe bei der allgemeinen psychischen Belastung um einen Artefakt oder einen Effekt mit praktischer Relevanz handelt. Eine weitergehende Differenzierung der personalen und interpersonalen Belastungsfaktoren und der entsprechenden Treatmenteffekte scheint sinnvoll. Darüber hinaus wäre weitere Forschung zu den längerfristigen Therapieerfolgen bezüglich des Substanzmittelkonsums und der psychischen Belastung in Form von katamnestischen Untersuchungen wünschenswert. Gleichmaßen weisen auch die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass das hohe Ausmaß an Psychopathologie zumindest für die hier untersuchte Patientengruppe „Erhaltungs-Interventionen“ im Anschluss an die initiale stationäre Behandlung notwendig macht, wie dies auch für die Behandlung von Cannabispatienten allgemein vorgeschlagen wurde (Bonnet, 2007). Bemerkenswert ist weiterhin, dass sich die Probanden in dieser Studie offenbar wesentlich stärker durch psychische als durch substanzbezogene Faktoren belastet fühlen. Dies legt weiterhin die Frage nahe, ob Interventionsstrategien zur Behandlung dieser Patienten eher vorrangig abstinenzorientiert oder auf die Behandlung der psychischen Komorbidität gerichtet sein sollte. Da ein experimentelles Kontrollgruppendesign in einer Versorgungseinrichtung nur schwer zu realisieren ist, ergeben sich v. a. aus dem Fehlen einer Kontrollgruppe Einschränkungen bezüglich der Validität dieser Studie. Spezifische Aussagen über die beobachteten Treatmenteffekte können daher nicht getroffen

werden. Darüber hinaus erlaubt die Art der Rekrutierung und der Zusammensetzung der Stichprobe lediglich Aussagen über eine spezielle Subgruppe der Partydrogen- und Cannabiskonsumenten. Dies bezieht sich in der vorliegenden Studie auch insbesondere nur auf männliche Patienten, aber natürlich sind auch junge Frauen von dem Problem betroffen. In diesem Zusammenhang ist natürlich die Fragestellung relevant, ob und inwieweit sich Frauen und Männer bezüglich psychischer Belastungen, des Suchtverlaufs und den Therapieergebnissen unterscheiden. Hierzu konnten in der vorliegenden Studie aufgrund der sehr geringen Fallzahlen leider noch keine Aussagen getroffen werden. Aufgabe weiterer Forschung sollte daher die Entwicklung und Überprüfung spezifischer Interventionsmethoden für die Gruppe der Partydrogen- und Cannabiskonsumenten sein, bei der das hohe Ausmaß an Komorbidität in dieser Patientengruppe berücksichtigt wird.

Längsschnittstudien könnten über die spezielle Entwicklung von substanzbezogenen Störungen, Komorbidität und die spezifischen Zusammenhänge Aufschluss geben.

### **Schlussfolgerungen für die Praxis:**

- **hohe psychische Belastungen machen stationäre Angebote notwendig**
- **gemeinsame stationäre Angebote können für beide Gruppen effektiv sein**
- **Angebote können/sollten sich an der Lebensphase orientieren**
- **Angst und interpersonale Konflikte sind zentrale Themen für die therapeutische Behandlung**
- **rechtliche und familiäre Probleme müssen in der Therapieplanung berücksichtigt werden**

### **Danksagungen:**

Wir möchten uns an dieser Stelle bei der Stadt Bonn bedanken, die durch ihre Unterstützung die Verwirklichung des Projektes möglich gemacht hat. Weiterhin danken wir dem Stationsteam für die hervorragende Arbeit sowie Frau Dipl.-Psych. Tatjana Kontetzki und Frau Dipl.-Psych. Stefanie Läßle für die Mitarbeit. Die Unterstützung durch die Stadt Bonn war mit keinerlei Auflagen hinsichtlich der hier vorgelegten Studie verbunden.

## Literatur

Baumann A. & Phongsavan, P. (1999). Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug Alcohol Dependence*, 187-207.

Bonnet U., Scherbaum N. (2005). Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 48, 2816-2822.

Bonnet U., (2007) Moderne Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Suchttherapie* 2007, 8, 33-40.

Bortz J.& Döring N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. 2. vollst. überarb. und aktualisierte Auflage*. Berlin: Springer.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2004). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Teilband Illegale Drogen. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum. Erste Ergebnisse zu aktuellen Entwicklungen und Trends*. www.bzga.de . S. 11.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (Hrsg.). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht* 2001; (Sonderheft 2), 47.

Dreher, E. & Dreher, M. (1985). Wahrnehmung und Bewältigung von Entwicklungsaufgaben im Jugendalter: Fragen, Ergebnisse und Hypothesen zum Konzept einer Entwicklungs- und Pädagogischen Psychologie des Jugendalters. In: Oerter, R. (Hrsg.): *Lebensbewältigung im Jugendalter* (S. 30-61). Weinheim: Edition Psychologie.

EBDD – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2006). *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in Europa*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

Essau C. A., Conradt J. (2009). Komorbidität. In: Thomasius, R, Schulte-Markwort M, Küstner U J, Riedesser P. (Hrsg.): *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 67-74).

Franke, G. H. (2005). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version: Manual*. Weinheim: Beltz.

Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index. EuropAsi. Manual für Training und Durchführung*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.

Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. 3. rd. ed. New York: MeckKay.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch. (2. überarbeitete Auflage)*. Bern: Hans Huber.

Holzbach, R., Behrendt, K., Maylath, E., Küstner, U., Schreyer, D., von Berghes, A., Fuchs, E., Brack, J., Steenblock, R., Gabriel, K., Haasen, C., Thomasius, R. (2006). Positionspapier zum stationären qualifizierten Entzug von Cannabispatienten. *Suchtmedizin*, 1, 187-207.

Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme. Deutsche Version. 2. überarbeitete und neunormierte Auflage*. Göttingen: Beltz.

Kleinmanns, J.U., Junggaberle, H., Weinhold, J., Verres, R. (2008). Muster und Verlauf des Konsums psychoaktiver Substanzen im Jugendalter. Die Bedeutung von Kohärenzsinn und Risikowahrnehmung. *Suchttherapie*, 9, 12-21.

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

Kraus L., Heppekausen K, Barrera A, Orth B. (2004). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen: Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen*. IFT-Berichte, Bd. 141. München: IFT.

Kraus, L., Orth B., Kunz-Ebrecht S.R. (2003). Alter des Erstkonsums von Cannabis: Altersverschiebung oder mehr Einsteiger? In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht 2004*. (S. 124-136). Geesthacht: Neuland.

Lapsley, D. K., Murphy, M. N. (1985). Another look at the theoretical assumptions of adolescent egocentrism. *Developmental Review*, 5, 201-217.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz Test.

- Magnusson, D., Stattin, H. & Allen, V. L. (1986). Differential maturation among girls and its relation to social adjustment: A longitudinal perspective. In: Baltes, P. B., Featherman, D. L. & Lerner, R. M. (Eds.): *Life-span development, Vol. 7*. New York: Academic Press.
- 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. Lengerich: Papst Science Publishers.
- Resch F., Parzer, P., Brunner R.M. et al. (1999). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch. 2. Aufl.* Weinheim: Beltz.
- Roth, P. L. (1994). Missing Data: A conceptual review for applied psychologists. *Personnel Psychology, 47*, 537-560.
- Schmidt, B. (1999). Wie kommt es zum Konsum und Missbrauch von illegalen Substanzen? In: Freitag, M., Hurrelmann K. (Hrsg.). *Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter* (S. 65-79). Weinheim: Juventa.
- Schneider, M. (2004). Langfristige Folgen des chronischen Cannabiskonsums. *Sucht, 50, 5*, 309-319.
- Sonntag, D., Welsch, K. & Kraus, L. (2005). Haben Amphetaminkonsum und amphetaminbezogene Störungen zugenommen? *Suchtmedizin, 2*: 147.
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn H. & Lange N. (2006). Suchthilfestatistik 2005 für Deutschland. Tabellenband für die ambulante Suchtkrankenhilfe. [www.suchthilfestatistik.de](http://www.suchthilfestatistik.de)
- Steyer, R., Hannover, W., Telser, C. & Kriebel, R. (1997). Zur Evaluation intraindividuelle Veränderung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26*, 291-299.
- Täschner, K.-L. (2005). Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung. 4. erweiterte und aktualisierte Auflage. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Weisz, J. R., Rudolph, K. D., Granger D. A. & Sweeny, L. (1992). Cognition, competence, and coping in child and adolescent depression; research findings, developmental concerns, therapeutic implications. *Development and Psychopathology, 4*, 627-653.



**Tabelle 1:**

Merkmal	PD (n = 27)		CB (n = 69)		$\chi^2$	df	p
	n	%	n	%			
<b>Geschlecht männlich</b>	19	70	59	85	2.92	1	n. s.
<b>Staatsangehörigkeit deutsch</b>	25	93	63	91	0.04	1	n. s.
<b>hFamilienstand</b>							
ledig	25	93	64	97	2.51	2	n. s.
<b>Wohnsituation</b>							
bei Familie	13	48	34	55			
allein	12	44	21	34	1.01	2	n. s.
mit Lebensgefährten	2	7	7	11			
Wohnpartner der Drogen konsumiert	2	7	8	13	0.52	2	n. s.
<b>Soziales Umfeld</b>							
keine verlässliche Bezugsperson	2	7	9	15	0.87	1	n. s.
Drogenprobleme Familienangehöriger	16	59	23	38	3.30	1	n. s.
Cleankontakte	18	69	21	38	6.82	2	0.009
<b>Bildungsabschluss</b>							
mindestens Realschule	12	44	32	49	0.18	1	n. s.
<b>Arbeits- und Unterhaltssituation</b>							
Beschäftigungsverhältnis	16	59	19	29			
Schüler, Student, Azubi	8	30	35	53	7.59	2	0.022
Erwerbslos	3	11	12	18			
<b>Delinquenz<sup>a</sup></b>	6	23	26	43	3.19	1	n. s.

**Tabelle 2:**

	PD		CB		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Alter	23.1	2.6	22.17	3.7	1.21	94	n. s.
Einstiegsalter Alkohol	15.2	2.5	14.0	3.3	1.58	72	n. s.
Jahre Konsum Alkohol	3.39	3.7	3.8	3.7	-0.44	90	n. s.
letzte 30 Tage Alkohol	3.8	5.8	4.3	7.7	-3.32	94	n. s.
Einstiegsalter Cannabis	14.8	1.9	14.6	2.4	0.37	92	n. s.
Jahre Konsum Cannabis	5.7	3.8	6.7	2.8	-1.42	94	n. s.
letzte 30 Tage Cannabis	10.3	12.0	19.8	12.6	-3.38	94	0,001
Einstiegsalter Amphetamine	17.1	2.1	17.0	3.1	0.08	70	n. s.
Jahre Konsum Amphetamine	5.0	2.6	2.2	2.6	4.50	83	0,000
letzte 30 Tage Amphetamine	13.5	11.1	4.3	8.3	4.44	94	0,000

**Tabelle 3:**

	PD		CB		df	t	Signifikanz
	M	SD	M	SD			(zweiseitig)
							p
BDI	0.74	0.40	0.87	0.44	87	-1.22	n. s.
IIP-C	1.53	0.57	1.52	0.58	92	0.10	n. s.
autokratisch	1.56	0.91	1.11	0.65			n. s.
streitsüchtig	1.49	0.66	1.31	0.64			n. s.
abweisend	1.44	0.67	1.48	0.81			n. s.
introvertiert	1.70	0.81	1.61	0.90			n. s.
selbstunsicher	1.61	0.89	1.66	0.91			n. s.
ausnutzbar	1.55	0.76	1.61	0.84			n. s.
fürsorglich	1.77	0.75	1.88	0.78			n. s.
expressiv	1.42	0.59	1.53	0.71			n. s.
SCL-90-R	0.90	0.62	1.13	0.60	89	-1.61	n. s.
Somatisierung	0.60	0.60	0.85	0.61			n. s.
Zwanghaftigk.	1.20	0.77	1.40	0.70			n. s.
Unsicherheit	1.14	0.76	1.37	0.86			n. s.
Depressivität	1.10	0.59	1.41	0.78			n. s.
Ängstlichkeit	0.83	0.79	1.13	0.75			n. s.
Aggressivität	1.00	1.05	1.01	0.76			n. s.
Phobische A.	0.45	0.64	0.66	0.69			n. s.
Paranoides D.	1.04	0.82	1.14	0.80			n. s.
Psychotizismus	0.68	0.73	0.88	0.63			n. s.
STAI (Trait)	1.50	0.45	1.64	0.51	94	-1.34	n. s.
EuropASI:							
DRO <sup>a</sup>	0.22	0.10	0.19	0.09	1	0.74	n. s.
FAM	0.27	0.23	0.33	0.27	1	0.52	n. s.
PSY	0.39	0.18	0.37	0.21	1	0.27	n. s.
					Mann-Whitney-U	Z	
ALC <sup>b</sup>	0.10	0.17	0.14	0.19	596,0	-0.98	n. s.
MED <sup>b</sup>	0.19	0.29	0.28	0.31	567.5	-1.29	n. s.
ECON <sup>b</sup>	0.51	0.41	0.68	0.37	545.0	-1.56	n. s.
SAT <sup>b</sup>	0.37	0.38	0.49	0.36	564.0	-1.30	n. s.
LEG <sup>b</sup>	0.20	0.21	0.22	0.25	664.5	-0.18	n. s.
OTH <sup>b</sup>	0.12	0.13	0.21	0.21	544.5	-1.41	n. s.

**Tabelle 4:**

	Cronbach $\alpha^a$	Gesamt		PD		CB	
		$V_{\text{infer}}$	$V_{\text{deskript}}$	$V_{\text{infer}}$	$V_{\text{deskript}}$	$V_{\text{infer}}$	$V_{\text{deskript}}$
BDI	0.75	-1.81*	-1.20	-2.00**	-1.33	-1.77*	-1.10
IIP-C	0.95	-1.71*	-0.87	-1.89*	-0.96	-1.66*	-0.84
SCL-90-R, GSI	0.97	-2.15*	-0.94	-1.75*	-0.76	-2.20*	-0.99
STAI (Trait)	0.89	-2.73**	-1.19	-3.32**	-1.45	-2.59**	-1.13

**Tabelle 5:**

	PD		CB		df	t	Signifikanz
	M	SD	M	SD			(zweiseitig)
							p
BDI t <sub>2</sub>	0.24	0.22	0.35	0.24	63	-1.20	n. s.
z-Werte	-0.27	0.67	0.08	1.07			
IIP-C t <sub>2</sub>	1.08	0.51	0.99	0.55	64	0.50	n. s.
z-Werte	0.12	0.94	-0.03	1.02			
SCL-90-R t <sub>2</sub>	0.41	0.35	0.52	0.46	65	-0.85	n. s.
z- Werte	-0.21	0.80	0.06	1.05			
STAI (Trait) t <sub>2</sub>	0.82	0.29	1.03	0.55	44.69 <sup>a</sup>	-1.97	n. s.
z-Werte	-0.32	0.57	0.09	1.08			
Behandlungs- dauer (Tage)	35.12	24.30	35.72	18.83	95	-0.14	n. s.

# Abbildung 1:



Patient:

Datum: 28.04.08	Verhalten: niedergeschlagen
Ziel: zur Ange gehen	Zielerreichung: 100%
Datum: 29.04.08	Verhalten: müde
Ziel: Freundin zum Gespräch abholen	Zielerreichung: 100%
Datum: 05.05.08	Verhalten: angespannt
Ziel: Wohnung besichtigen	Zielerreichung: 90%
Datum: 06.05.08	Verhalten: nervös
Ziel: Ziel finden	Zielerreichung: _____

Tabelle 1: Häufigkeitsvergleiche zu soziodemographischen und klinischen Daten. N = 96. <sup>a</sup> = Anzahl erfolgter Verurteilungen ohne BTM-Delikte. PD = Partydrogenkonsumenten; CB = Cannabiskonsumenten.

Tabelle 2: Mittelwertvergleiche (*t*-Test) zu Merkmalen des Substanzkonsums.

Tabelle 3: Mittelwertvergleiche (*t*-Test) zu SCL-90-R, BDI, IIP-C, STAI, DRO, FAM und PSY sowie Mann-Whitney-U-Test für MED, ECON, SAT, LEG und OTH. <sup>a</sup> = Zur besseren Übersichtlichkeit ist der Mittelwert der beiden Skalen Dru und Dru2 des EuropAsis angegeben. <sup>b</sup> = Mann-Whitney *U*-Test aufgrund verletzter Normalverteilungsannahme.

Tabelle 4: Deskriptive und inferentielle Effektstärken der Gesamtstichprobe sowie der Konsumentengruppen. \* =  $p < 0.05$ , \*\* =  $p < 0.01$ . <sup>a</sup> = Berechnet an den Items zu  $t_1$ .

Tabelle 5 : Psychische Belastung bei Entlassung zwischen den Gruppen. *t*-Test für unabhängige Stichproben, stationäre Behandlungsdauer in Tagen und z-standardisierte Werte zum zweiten Messzeitpunkt. <sup>a</sup> = Varianzgleichheit verletzt.

Abbildung 1: Beispiel des Verlaufs einer „Kompass“-Einheit über vier Tage.