

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:
© 2015 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Frühintervention, Beratung und Behandlung bei Cannabisstörungen

Early Intervention, Counseling and Treatment Programs for Clients with Cannabis Use Disorders

Autoren

P. Tossmann¹, A. Gantner²

Institute

¹Delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin
²Therapieladen e. V., Berlin

Schlüsselwörter

- Cannabismissbrauch
- Frühintervention
- Beratung
- Behandlung von Cannabisstörungen
- Forschungs-Praxis-Transfer

Key words

- cannabis use disorder
- early intervention
- counseling
- cannabis addiction treatment
- implementation

Zusammenfassung

In den vergangenen 15 Jahren wurden in Deutschland mehrere cannabispezifische Interventionsprogramme entwickelt, evaluiert und in die Praxis implementiert. Infolgedessen konnten Cannabisklienten deutlich besser erreicht und behandelt werden als noch in den 80er oder 90er Jahren. Cannabisklienten sind eine sehr heterogene Gruppe, die differenzierte und hinsichtlich der Betreuungs- bzw. Kontaktintensität unterschiedlich abgestufte Beratungs- und Behandlungskonzepte erfordern. Ob eine Etablierung von Interventionsprogrammen in den Strukturen der Suchtprävention und Suchthilfe gelingt, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Insbesondere die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen und mit Cannabisabhängigen mit komorbiden Störungen stellt eine Herausforderung für die Weiterentwicklung des Hilfesystems dar.

Abstract

Over the past 15 years, several cannabis-specific intervention programs have been developed, evaluated and implemented in Germany. As a result, cannabis clients are reached and treated significantly better, than they were in the 1980s or 1990s. Cannabis users are a very heterogeneous group of clients, which requires differentiated and differently graded counseling and treatment concepts. Whether the integration of intervention programs in the structures of drug prevention and addiction treatment succeeds, depends on various factors. In particular, the therapeutic work with adolescents and with cannabis addicts with comorbid disorders represents a challenge for the further development of the help system.

Einleitung

In den Einrichtungen der deutschen Suchtkrankenhilfe spielte Cannabis bis spät in die 90er Jahre eine eher untergeordnete Rolle. Sowohl die Drogenberatungsstellen als auch die stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger waren hauptsächlich mit Heroinabhängigen und nur vergleichsweise selten mit Cannabiskonsumenten befasst. Dies zeigte sich auch in der Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe aus dem Jahr 2000 [1], wonach Cannabis als Hauptdiagnose mit 6% im ambulanten und mit 1% im stationären Setting nur einen kleinen Anteil der Gesamtfallzahl ausmachte. Erst im Jahr 2013 überstieg der Anteil der Klienten mit Hauptdiagnose Cannabismissbrauch erstmals den mit der Hauptdiagnose Missbrauch von Opioiden und machte somit die größte Einzelpopulation unter den Konsumenten illegaler Drogen aus [2]. Nach einer Zunahme des

Konsums von Cannabis insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der zweiten Hälfte der 90er Jahre hat das Bundesministerium für Gesundheit mehrere Modell- und Forschungsprojekte initiiert bzw. gefördert, die eine Verbesserung von Präventions- und Hilfemaßnahmen zum Ziel hatten.

Nach den Ergebnissen einer Studie des *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) verfügt Deutschland heute über ein vergleichsweise differenziertes Angebot an professionellen Interventionen für Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten [3].

Nachfolgend findet sich ein grober Überblick über Interventionsprogramme, die in den letzten 15 Jahren entwickelt und evaluiert wurden. Der Anspruch auf Vollständigkeit wird hierbei nicht verfolgt, vielmehr sollen einige jener Maßnahmen skizziert werden, die zum einen unterschiedliche Zielgruppen ansprechen und zum anderen eine vergleichsweise weite Verbreitung

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-101001>
Online-Publikation: 2.3.2016
Suchttherapie 2016; 17: 85–89
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Dr. Peter Tossmann
Delphi-Gesellschaft
für Forschung, Beratung und
Projektentwicklung mbH
Kaiserdamm 8
14057 Berlin
tossmann@delphi-gesellschaft.de

in Deutschland erfahren haben. Unterschieden wird dabei zwischen Maßnahmen zur Frühintervention, Beratungs- und Behandlungsangeboten (◉ Tab. 1).

Frühintervention bei Cannabiskonsum

Im Jahr 2000 hat das Bundesministerium für Gesundheit das Modellprogramm „FreD - Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten“ initiiert, das bis heute in mehr als 100 Sucht- und Drogenberatungsstellen durchgeführt wird [4]. Ziel dieses Programms ist es, junge Drogenkonsumentinnen und -konsumenten zu einem möglichst frühen Zeitpunkt über die Risiken des Substanzkonsums zu informieren, zu einer Reflexion des eigenen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen anzuregen und zu einer Verhaltensänderung zu motivieren.

Theoretische Basis von FreD ist die „Motivierende Gesprächsführung“, die Miller und Rollnick [5] für die Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden Menschen entwickelt haben. Die Intervention besteht aus einem Einzelgespräch (In-Take-Gespräch) und einem 8-stündigen Kursangebot (4-mal 2 Stunden bzw. 2-mal 4 Stunden), das in Gruppen umgesetzt wird.

Mit dem Projekt „CAN Stop“ wurde ein Gruppentrainingsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene mit problematischem Cannabiskonsum im Alter zwischen 14 und 21 Jahren entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Das Projekt wurde von Februar 2008 bis Ende 2011 vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) in Hamburg gemeinsam mit der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock durchgeführt. Das manualisierte Gruppenprogramm „CAN Stop“ wurde in Settings der ambulanten Jugend- und Suchthilfe, der ambulanten und stationären medizinische Versorgung sowie in Jugendstrafanstalten eingeführt und von Laietrainern erfolgreich umgesetzt [6].

Beratungsprogramme für Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten

„realize it“

Das Beratungsprogramm „realize it“ wurde im Rahmen eines binationalen Modellprojekts (2004–2006) in Kooperation mit

jeweils 3 Beratungsstellen aus Baden-Württemberg und der Nordwest-Schweiz entwickelt und vom Bundesamt für Gesundheit (Bern) und dem Bundesministerium für Gesundheit gefördert [7]. Nach Abschluss der Modellphase wurde das Programm in mehr als 150 Sucht- und Drogenberatungsstellen in Deutschland transferiert. Gemeinsam mit den etwa 15- bis 30-jährigen Klientinnen und Klienten soll eine signifikante Reduktion des Cannabiskonsums erreicht werden. Angezielt werden konsumfreie Tage, Konsumpausen oder die Cannabisabstinenz.

Die konzeptionellen Grundlagen des „realize it“-Programms bilden zum einen die „Theorie zur Selbstregulation“ [8,9] und das „Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“ [10] und zum anderen die Interventionskonzepte des „Motivational Interviewing“ und der „Kurzintervention“ bei substanzspezifischen Problemen [11].

Das „realize it“-Programm wird vorwiegend in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in der Beratung eingesetzt. Ab 2016 wird eine Kombination der persönlichen Vor-Ort-Beratung mit einer webbasierten Variante des „realize it“-Programms verfügbar sein. Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden dann über ihr Smartphone Zugang zu ihrem persönlichen Begleitbuch haben und mit ihren Beraterinnen bzw. Beratern in Kontakt treten können.

„quit the shit“

Das Onlineprogramm „quit the shit“ ist eine Maßnahme der indikativen Prävention und wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA im Jahr 2004 etabliert. Es richtet sich an Cannabiskonsumierende im Alter zwischen 15 und 30 Jahren, die ihren Konsum einstellen, zumindest aber reduzieren wollen. Nach dem Aufnahmegespräch wird das Online-Tagebuch von „quit the shit“ freigeschaltet. In diesem passwortgeschützten, persönlichen Bereich des Beratungsprogramms können die Teilnehmer über einen Zeitraum von 50 Tagen alle relevanten Aspekte ihres Cannabiskonsums festhalten. Regelmäßig – d. h. einmal pro Woche – erhalten alle Teilnehmer hierauf qualifizierte Feedbacks, in denen neben dem Konsum (aktuell, im Verlauf) auch die psychosoziale Situation der teilnehmenden Person oder der Beratungsprozess thematisiert werden. Das Abschlussgespräch findet ebenfalls im Chat von „quit the shit“ statt. Konzeptionelle Grundlage der Programmstruktur und der Beratung von „quit the shit“ sind die lerntheoretischen Prinzipien der Selbstregulation und der Selbstkontrolle [9] und die Interven-

Tab. 1 Evaluierte Cannabisprogramme im Überblick.

	Frühintervention/Beratung			Behandlung		
	FreD	CAN Stop	Realize-it	Quit The Shit	Candis	MDFT
Zielgruppe	14–21 Jahre Erstaufrällige Drogenkonsumenten	14–21 Jahre Junge Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten in verschiedenen Hilfesystemen	15–30 Jährige Cannabismisbrauch- er/-abhängige	15–30 Jährige Jugendliche und Erwachsene Cannabismisbrauch- er/-abhängige	18–30 Jahre Cannabisabhän- gige	13–18 Jährige Jugendliche mit Cannabisstörun- gen und Eltern
Programm- merkmale	Information Motivierende Gesprächsführung 1 In-Take-Gespräch Gruppensitzung 8 Std. in 1–2 Tagen	Psychoedukation Rückfallprävention Motivierende Gesprächsführung 8 Gruppensitzungen 4–8 Wochen	Selbstregulation Motivierende Gesprächsführung Lösungsorientierte Kurzzeittherapie Tagebuch 10 Wochen 5 Einzelberatungen 1 Gruppensitzung	Online –Beratungsprogramm Motivierende Gespräch- führung Lösungsorientierte Kurzzeittherapie 50 -Tageprogramm Einstiegs- und Abschlusschat	Einzelpsychothe- rapie Kognitive-beha- viorale Therapie. Problemlösetrain- ing Einzelsetting 10 Sitzungen	Multidimen- sionale Familientherapie Flexible Settings 4–9 Monate 2–4 Kontakte wöchentlich
Evaluation	Görgen, Hartmann & Oliva, 2003	Baldus, Thomasius & Reis, 2011	Tossmann & Kasten, 2010	Tossmann, Jonas, Tensil, Lang & Strüber, 2011	Hoch, Zimmer- mann, Henker et al., 2007	Tossmann, Jonas, Rigter & Gantner, 2012

tionskonzeption des lösungsorientierten Ansatzes [11]. Die Wirksamkeit dieses Beratungsansatzes wurde im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie überprüft [12].

Behandlung der Cannabisabhängigkeit

Die Entscheidung, in welchem Behandlungsumfang und Rahmen eine Therapie mit Cannabisabhängigen stattfinden soll und welche therapeutischen Interventionen angemessen sind, ist abhängig von verschiedenen diagnostischen Aspekten. Je nach Alter, Schweregrad der Abhängigkeit und akutem komorbidem Störungsbild kann eine Behandlung im Kontext der Jugendhilfe, der Suchthilfe, der ambulanten Psychotherapiepraxis oder der Psychiatrie stattfinden. Neben den schon beschriebenen Beratungskonzepten im Rahmen von Früh- und Kurzinterventionen wurden in Deutschland ab 2006 mit *Candis* und *MDFT 2* spezifische Therapieprogramme für Cannabisabhängige im Rahmen von RCT-Studien evaluiert.

„Candis“

Das modulare, kognitiv-behaviorale *Candis* Programm [13, 14] besteht aus 10 Behandlungseinheiten und adressiert gezielt das motivationale, psychische und soziale Problemprofil von älteren Jugendlichen (≥ 16 Jahre) und Erwachsenen mit Cannabismissbrauch und -abhängigkeit. Die 3 wesentlichen Behandlungsmodule sind die motivierende Gesprächsführung, die kognitiv-behaviorale Therapie und ein psychosoziales Problemlösetraining. Die 10 Therapiesitzungen sind thematisch vorgegeben und unterstützen den Therapieablauf mit Arbeitsbögen und edukativen Informationselementen. Es werden 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 daraufhin Verhaltensänderung geplant und durchgeführt. 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. Zum Abschluss werden komorbide Störungen und soziale Kompetenzen thematisiert. Vorliegende begleitende psychische Störungen werden diagnostiziert und benannt zurückgemeldet, die Funktionalität des Cannabiskonsums in diesem Zusammenhang analysiert und Lösungs- bzw. weiterführende Behandlungsansätze aufgezeigt.

„MDFT“ (Multidimensionale Familientherapie)

Die Multidimensionale Familientherapie wurde im Rahmen der transnationalen INCANT Studie (2005–2009) vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert, wissenschaftlich evaluiert [15] und in 5 europäischen Ländern eingeführt. Im Anschluss an die Studie wurde der Ansatz in 4 weitere Einrichtungen der Jugend und Suchthilfe transferiert [16]. MDFT wurde von der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle als „Best Practice“ - Ansatz für jugendliche Cannabis Konsumenten eingestuft [17]. MDFT ist als ambulantes Behandlungssystem in unterschiedlicher Kontaktfrequenz erprobt. Es hat sich für stark cannabismissbrauchende Jugendliche unter 18 Jahren als intensive ambulante Alternative zu stationären Angeboten bewährt. In der MDFT werden Einzelsitzungen mit Jugendlichen und Eltern verbunden mit Familiensitzungen, in denen es um die Veränderung familiärer Interak-

tionsmuster geht. Ergänzend wird das relevante außerfamiliäre soziale Umfeld mit einbezogen. Das Pendeln zwischen verschiedenen Subsystemen ist grundlegendes Kennzeichen therapeutischer Interventionen. Therapiesitzungen umfassen telefonische Kontakte, Sitzungen in den Therapieeinrichtungen und zu Hause in den Familien sowie in kommunalen Institutionen (Schule, Jugendgericht, Freizeitbereich). Die Behandlungsdauer der MDFT wurde im Studiendesign auf maximal 6 Monate festgelegt. Auf unterschiedlichen Ebenen sind 2, manchmal 3 Kontakte pro Woche der Normalfall. Eine festgelegte Gesamtanzahl von Sitzungen ist nicht vorgesehen, diese ist vielmehr flexibel und fallspezifisch entsprechend der individuellen Fallplanung zu bestimmen [18].

Die Modellprogramme und ihr Weg in die Versorgungspraxis

Die Mehrzahl der oben skizzierten Interventionsprogramme für Cannabiskonsumierende wurde zunächst ausschließlich als Modellprogramme durchgeführt. Ob evaluierte Programme nachhaltig in eine regelhafte Alltagspraxis überführt werden können, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Die Programme „FreD“ und „realize it“ hatten in relativ kurzer Zeit einen hohen Verbreitungsgrad in der ambulanten Suchthilfe erlangt, was verschiedene Gründe haben dürfte: Zum einen waren die Programme vergleichsweise schnell erlernbar und ohne großen Aufwand in die Alltagsroutine von Beratungsstellen zu integrieren, zum anderen stießen sie bei Professionellen ebenso wie bei der Zielgruppe auf große Akzeptanz. Da die Frühintervention und Beratung (ohnehin) zu den zentralen Aufgaben kommunal geförderter Sucht- und Drogenberatungsstellen gehören, sind mit dem Transfer der Programme in das Regelangebot auch keine zusätzlichen Kosten verbunden.

Deutlich schwieriger gestaltet sich der Transfer bei den Behandlungsprogrammen *Candis* und der Multidimensionalen Familientherapie MDFT. *Candis* versteht sich als psychotherapeutisches Angebot und wendet sich mit dem Therapiemanual eher an Kassenpsychotherapeuten [14] als auf Professionelle in Suchtberatungsstellen. Ob der Transfer in die psychotherapeutische Versorgung gelungen ist, kann hier nicht eingeschätzt werden. Entsprechend den Regularien der Suchtrehabilitation, wonach eine Suchtbehandlung in die Interventionsphasen Motivierung, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge untergliedert wird, liegt *Candis* jedoch „quer“ zu diesen formalrechtlich abgegrenzten Behandlungskonzepten. Erfahrungen aus der Praxis zeigen auch, dass für Cannabisabhängige mit (teilweise schweren) komorbiden Störungen das 10-Stunden-Behandlungsprogramm keinen nachhaltigen Behandlungserfolg ermöglicht. Neben affektiven und Angststörungen wie bspw. der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), sind die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie verschiedene Persönlichkeitsstörungen und Psychoseerkrankungen häufige Begleitstörungen des chronischen Cannabismissbrauchs. Die gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung von Sucht und komorbiden Störungen erfordert ein individualisiertes und störungsspezifisches differenziertes Behandlungskonzept, welches im Rahmen der ambulanten Rehabilitationstherapie geleistet werden kann [19]. Beispielhaft sei das im Therapieladen e.V. in 2005 entwickelte „Double Trouble“ Gruppentherapieprogramm für Cannabisabhängige mit Psychosestörungen genannt [20]. Auch der Transfer der jugendspezifischen Multidimensionalen Familientherapie in die Versorgungspraxis steht vor großen Herausforderungen. Obgleich sich dieser systemische Behand-

lungsansatz in mehreren internationalen Studien als evident erwiesen hat, ist eine regelhafte Finanzierung der Multidimensionalen Familientherapie derzeit nicht gesichert. Eine Herausforderung sind hier die längerfristigen strukturellen und organisatorischen Bedingungen, die erforderlich sind, um MDFT entsprechend den festgelegten Qualitätskriterien in den Einrichtungen zu verankern. Hierbei spielen personelle und finanzielle Ressourcen sowie notwendige Vernetzungsstrukturen zwischen Jugend- und Suchthilfe, wie auch der Kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung eine Rolle. MDFT konnte in Berlin mit einer Regelfinanzierung durch die Jugendhilfe etabliert werden, in Hamburg und Köln werden derzeit entsprechende Finanzierungsmodelle für die MDFT entwickelt [16].

Obgleich nicht alle Modellprojekte zur Intervention bei Cannabiskonsum nachhaltig in die bestehenden Versorgungsstrukturen überführt werden konnten, haben sie dennoch eine große Bedeutung für deren Weiterentwicklung. Die Modellprojekte für die Zielgruppe der Cannabiskonsumenten haben den Zugang zu den Einrichtungen der Suchthilfe eröffnet, Fachdiskussionen über einen professionellen Umgang mit dieser Zielgruppe initiiert und die Qualität der Arbeit in der Suchthilfe verbessert.

Schlussfolgerungen

In der vergangenen Dekade konnten in Deutschland Cannabisklienten mit Hilfe cannabisspezifischer Interventionsprogramme deutlich besser erreicht und behandelt werden als noch in den 80er oder 90er Jahren. In der ambulanten und stationären Suchthilfe sind Klienten mit Cannabisdiagnosen mittlerweile die am häufigsten behandelte Klientengruppe aus dem Spektrum illegaler Drogen. Dennoch werden von den Konsumenten mit Cannabisstörungen lediglich ca. 5% durch die Suchthilfe erreicht. Cannabisklienten sind eine sehr heterogene Gruppe, die differenzierte und unterschiedlich abgestufte Beratungs- und Behandlungskonzepte erfordert. Diese sind jedoch noch längst nicht in der Breite etabliert. Insbesondere minderjährige Cannabismissbrauchende bzw. -abhängige werden derzeit noch sehr unzureichend erreicht und adäquat behandelt. Hierzu bedarf es einer Verstärkung von systemisch-familientherapeutischen Angeboten wie der MDFT, da für diese Konzepte die höchste Wirksamkeit für Jugendliche Cannabismissbraucher nachgewiesen ist. Ein rein individuumszentrierter Ansatz ohne Einbezug der Eltern und des sozialen Umfelds kann ambivalent motivierte Jugendliche nur schwer erreichen. Für erwachsene Cannabisklienten stehen teilweise ambulante und stationäre Entwöhnungsangebote zur Verfügung. Während in der Cannabistherapieforschung Evidenz für MDFT, Motivational Interviewing und kognitiv verhaltenstherapeutische Konzepte vorliegt, wissen wir noch wenig über die Wirksamkeit von methodenintegrativen Therapieprogrammen in der Suchtrehabilitation. Manualisierte Cannabisprogramme sind hilfreich für den Einstieg und die Initiierung von Abstinenzphasen, stoßen jedoch an ihre Grenzen, wenn es um die Versorgung von hoch komorbiden Patienten geht, die ein störungsspezifisches, flexibles, multidisziplinäres therapeutisches Vorgehen erfordern. Neben dem Transfer von evidenzbasierten Cannabisprogrammen in die Praxis bedarf es deshalb in Zukunft einer stärkeren Versorgungsforschung, um multimodale bzw. methodenintegrative Angebote für Cannabisabhängige zu evaluieren und nachhaltig zu implementieren.

Fazit für die Praxis

In den vergangenen Jahren sind in Deutschland mehrere Maßnahmen zur Frühintervention, Beratung und Behandlung von Menschen mit cannabisassoziierten Störungen entwickelt und in Angebote der Suchthilfe und Jugendhilfe integriert worden. Eine nach wie vor große Herausforderung stellt die (Finanzierung der) Arbeit mit jugendlichen Cannabisabhängigen dar. Auch im Hinblick auf eine gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung von Sucht und komorbiden Störungen muss ein Weiterentwicklungsbedarf konstatiert werden.

Zur Person



Dr. Peter Tossmann ist Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und seit 2001 Geschäftsführer der Delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH. Arbeitsschwerpunkte sind zum einen Forschungsarbeiten zu Fragen der Prävention, Beratung und Behandlung suchtspezifischer Störungen und zum anderen die Entwicklung, Umsetzung und wissenschaftliche Begleitung von Modellprojekten.



Andreas Gantner, ist Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, MDFT-Therapeut/ -Trainer und Fachgruppensprecher Sucht in der DGFS. Seit 1989 ist er im Therapieladen e.V. tätig, seit 1992 Geschäftsführer. Verantwortlich für den Forschungs-Praxis-Transfer cannabisspezifischer Interventionsprojekte (u. a. INCANT/ MDFT, CANDIS, Quit the shit)

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Welsch K. Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren DHS., (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2002 Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft; 2001: 151–168
- 2 Brand H, Steppan M, Künzel J et al. Suchthilfe in Deutschland 2013. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München: IFT Institut für Therapieforchung; 2014
- 3 Schettino J, Leuschner F, Kasten L et al. Treatment of cannabis-related disorders in Europe. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2015
- 4 Görgen W, Hartmann R, Oliva H. Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten – FreD. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Forschungsbericht 299, Sozialforschung. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; 2003
- 5 Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing – preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press; 1991

- 6 *Baldus C, Thomasius R, Reis O.* CAN Stop-Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum – Entwicklung und Evaluation eines Gruppenbehandlungsprogramms. Abschlussbericht an das BMG 2011; Im Internet http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Cannabis/Downloads/CAN_Stop_Abschlussbericht.pdf
- 7 *Tossmann HP, Kasten L.* Realize it. Abschlussbericht des Bundestransfers 2010; Im Internet http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Cannabis/Downloads/Realize_it-TransferAbschlussbericht.pdf
- 8 *Kanfer FH.* Self-regulation: Research issues and speculations. In: Neuringer C, Michael JL (eds.). Behavior modification in clinical psychology. New York: Appleton-Century; 1970: 178–220
- 9 *Kanfer FH.* Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In: Miller WR, Heather N. (Eds.). Treating addictive behaviors. Process of change. New York: Plenum Press; 1986: 29–47
- 10 *Prochaska JO, DiClemente CC.* The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones/Irwin; 1984
- 11 *Berg IK, Miller SD.* Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag; 2000
- 12 *Tossmann HP, Jonas B, Tensil MD et al.* A Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Program for Cannabis Users. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011; 14: 673–679
- 13 *Hoch E, Zimmermann P, Henker J et al.* Modulare Therapie von Cannabisstörungen: Das CANDIS-Programm. Reihe: Therapeutische Praxis. Göttingen: Hogrefe; 2007
- 14 *Hoch E, Noack R, Rohrbacher H et al.* Behandlung von Cannabisstörungen – Eine Aufgabe für Psychotherapeuten in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal* 2011; 4: 362–367
- 15 *Tossmann HP, Jonas B, Rigter H et al.* Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *Sucht* 2012; 58: 157–166
- 16 *Gantner A.* Nationaler Transfer der in der INCANT Studie evaluierten MDFT als familienbasierter Frühintervention in die Jugendsuchthilfe. Sachbericht. Bundesministerium für Gesundheit 2014; Im Internet http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Cannabis/Downloads/Sachbericht_MDFT_Transfer-INCANT.pdf
- 17 *EMCCDA Papers* Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review. 2014; Im Internet: <http://www.emccda.europa.eu/best-practice/treatment/cannabis-users>
- 18 *Gantner A.* Multidimensionale Familientherapie. In: Batra A, Bilke-Hentsch O. (Hrsg.). Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart: Thieme; 2011: 61–64
- 19 *Therapieladen e.V.* 2015; <http://www.therapieladen.de/01scripts/01files/download.php?fileid=87>
- 20 *Spohr B, Steffen R, Jockers-Scherübl MC.* „Double Trouble“: Eine integriertes psychotherapeutisch-psychoedukatives Gruppenprogramm für Patienten mit der Doppeldiagnose Schizophrenie und Cannabismissbrauch. *Gemeindenaher Psychiatrie* 2006; 1/2: 17–30