



# Gezielte Therapie für Cannabisstörungen

## Ergebnisse und Erfahrungen aus der Transferstudie\*

\* Förderung: Bundesministerium für Gesundheit (Projekt-Nr. 040203-40)

„Cannabis reloaded“

Cannabis-Fachtagung anlässlich des 25. Jubiläums des Therapieladens  
Berlin, 25.06.2010

# 1. Hintergrund

---

# Entwicklung und Erprobung der CANDIS-Therapie

## Arbeitsprogramm 2004 – 2007 (Förderung: BMBF)

- Ziel:** Entwicklung einer Behandlung, die speziell auf die Probleme und Bedürfnisse von älteren Jugendlichen ( $\geq 16$  Jahre) und Erwachsenen mit Cannabisstörungen zugeschnitten ist.
- Intervention:** 3 Module: Motivationsförderung, Verhaltenstherapie, Problemlösen, 10 Sitzungen Einzeltherapie (à 90 Minuten, 2 x pro Woche), Dauer: 5 – 8 Wochen.
- Studie:** Wirksamkeitsüberprüfung der Therapie im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Interventionsstudie an der TU Dresden.
- Ergebnisse:** Gute Akzeptanz bei Patienten & Therapeuten, Abstinenzrate: 49% (Selbstaussagen), 41% (neg. Urintests), Konsumreduktion: 30%, stabile Effekte in Nachuntersuchungen.

# Therapieziele des CANDIS-Programms

Dauerhafte Abstinenz  
in Zufriedenheit

Adäquates und effizientes Lösen  
von psychischen und sozialen Problemen

Konsumveränderung anstreben, Abstinenz,  
Rückfallprophylaxe

Therapie akzeptieren und  
regelmäßig an der Behandlung teilnehmen

Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum erkennen und verstehen

Therapiezielhierarchie

# Die drei Behandlungsmodule

## 1. Motivationsförderung (MET)

- nach Rollnick und Miller (2002)
- Interventionen zur Stärkung der Therapiemotivation
- speziell für den Einstieg in die Behandlung hilfreich

## 2. Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)

- Erarbeiten eines ätiologischen Modells der Cannabisabhängigkeit (bio-psycho-sozial)
- Verhaltensanalyse, Erkennen der Funktionalität, Ableitung eines Veränderungsmodells
- Konsummuster erkennen (Selbstbeobachtung) und verändern
- Training von Fertigkeiten zur Beendigung des Konsums (Auslösekontrolle, Alternativverhalten)
- Rückfallprophylaxe (Strategien im Umgang mit Verlangen, Bewältigung von Risikosituationen)
- Aufbau sozialer Kompetenzen
- Aufklärung über komorbide Störungen (Angst, Depression, Substanzstörungen, Suchtverlagerung) und Behandlungsmöglichkeiten

## 3. Training zum Umgang mit psychischen und sozialen Problemen

- nach D'Zurilla und Goldfried (1971)
- Behandlung von Problemen, die nicht direkt mit Cannabiskonsum in Verbindung stehen, aber indirekt eine mögliche Barriere bei der Konsumveränderung darstellen

## 2. Fragestellung

---

## 2. Fragestellung

# Ist das Programm in der Suchthilfe effektiv und einsetzbar?

## CANDIS I<sup>1</sup>

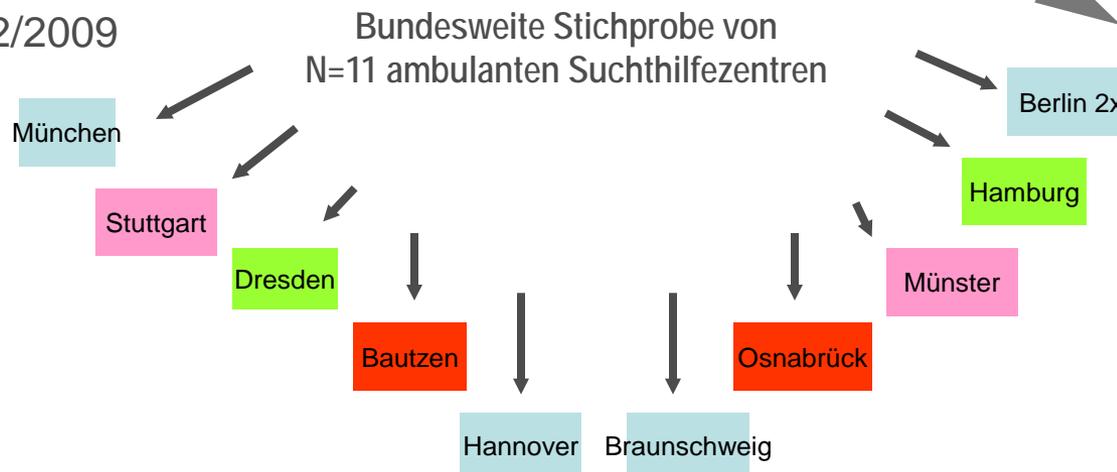
11/2004 – 10/2007



Frage:  
1. Ist die Therapie wirksam?

## CANDIS II<sup>2</sup>

11/2007 – 12/2009



Frage:  
1. Ist die Therapie in der Praxis wirksam?

2. Welche Chancen und Barrieren zeigen sich?

<sup>1</sup> Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

<sup>2</sup> Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

# 3. Design und Methode der Transferstudie

---

### 3. Design und Methode

# Die multizentrische, randomisiert-kontrollierte Transfer-Studie

## I. Vorbereitungsphase (2007/2008)

Revision des Behandlungsmanuals, Auswahl der Erhebungsinstrumente, Auswahl der Studienzentren, Durchführung des Therapeutentrainings etc.

## II. Implementierungsphase (5/2008 - 4/2009)

Stufe 1: Charakterisierung von Patienten, Therapeuten & Setting (Basiserhebung)

Stufe 2: Randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie in  $n=11$  Studienzentren

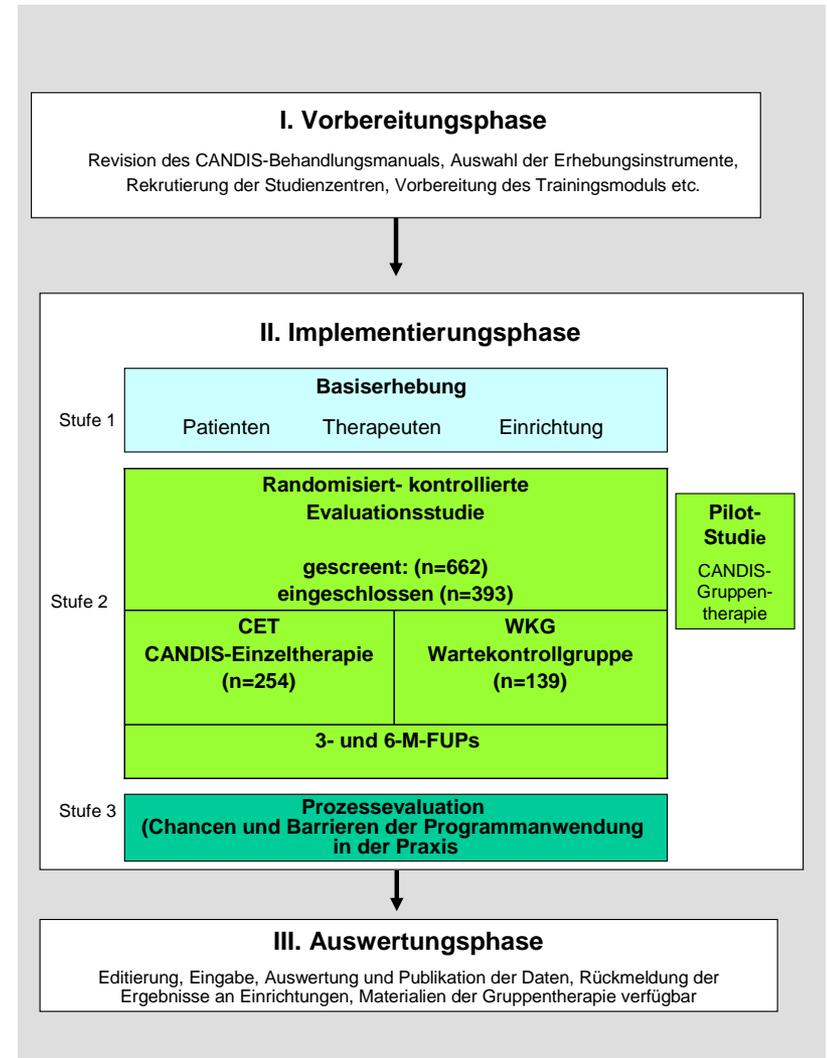
- 10 Sitzungen CET (2 x 90 Minuten pro Woche)
- Wartekontrollgruppe (8 Wochen) (WKG)
- Überprüfung der Effektstabilität (3- und 6-M-FUP)

Stufe 3: Prozessevaluation

Pilotstudie: Entwicklung der CANDIS-Gruppentherapie

## III. Auswertungsphase (5/2009-12/2009)

Datenauswertung, Rückmeldung der Ergebnisse & Materialweitergabe der CGT an Studienzentren





## 4. Ergebnisse

---

Patienten- und Therapeutenmerkmale

## 4. Ergebnisse

# Charakteristika der Therapeuten ( $n=22$ )

### Geschlecht:

Frauen:	72,7% ( $n=16$ )
Männer:	27,3% ( $n=6$ )

### Beruf:

Dipl.-Soz.arbeiter/-pädagog: e	52,2% ( $n=12$ )
Dipl.-Psychologe:	43,5% ( $n=10$ )
Psychiater:	4,3% ( $n=1$ )

Berufserfahrung (Jahre): MW=14,5  
(Range: 3–35)

Patienten (Woche): MW=24  
(Range: 12-100)

Cannabispatienten (Woche): MW=9  
(Range: 1-24)

### Weiterbildungen zum Thema "Cannabis" (letzte 12 Monate)

Keine Weiterbildung:	56,5%
Allgemeine Weiterbildung:	30,4%
Spezif. Weiterbildung (mit Übungen):	13%

## 4. Ergebnisse

# Charakteristika der Patienten

<u>Geschlecht:</u>	87% Männer
<u>Alter (M):</u>	26,3
<u>Altersrange:</u>	16 - 63 Jahre
<u>Lebenssituation:</u>	
Alleine:	37,1%
Bei Eltern:	30,3%
Mit Partner:	14,1%
Mit Kindern:	17,0%
Anderes:	1,5%

### Soziale Schicht:

<b>Unterschicht/</b>	
<b>untere Mittelschicht:</b>	<b>44,7%</b>
Mittlere/obere Mittelschicht:	54,3%
Oberschicht:	1,1%

### Ausbildung

<b>Hauptschulabschluss:</b>	<b>24,2%</b>
Realschulabschluss:	32,5%
(Fach-)Hochschulabschluss:	32,1%
<b>Kein Abschluss:</b>	<b>10,4%</b>

### Cannabiskonsum

Erster Cannabiskonsum:	15,2 Jahre (SD=3,5)
Reg. Cannabiskonsum:	18,7 Jahre (SD=5,8)

### Cannabisstörung

Cannabisabhängigkeit (DSM-IV, Lt.):	86,8%
Cannabismissbrauch (DSM-IV, Lt.):	12,2%

### Drogenkonsum

Reg. Konsum anderer Drogen (Lt.):	64,1%
Reg. Konsum anderer Drogen (4 W):	9,6%
Reg. Zigarettenkonsum (Lt.):	92,9%
Reg. Zigarettenkonsum (4 W):	79,6%

Bisherige Aufhörversuche (%/M): 84,4%/ 8,6

### Behandlungsziel (Mehrfachnennungen):

Abstinenz:	62,3%
Längere Zeit „clean“ sein:	19,0%
Kontrollierter Konsum:	32,7%
Ziel unklar:	9,4%

## 4.1 Ergebnisse

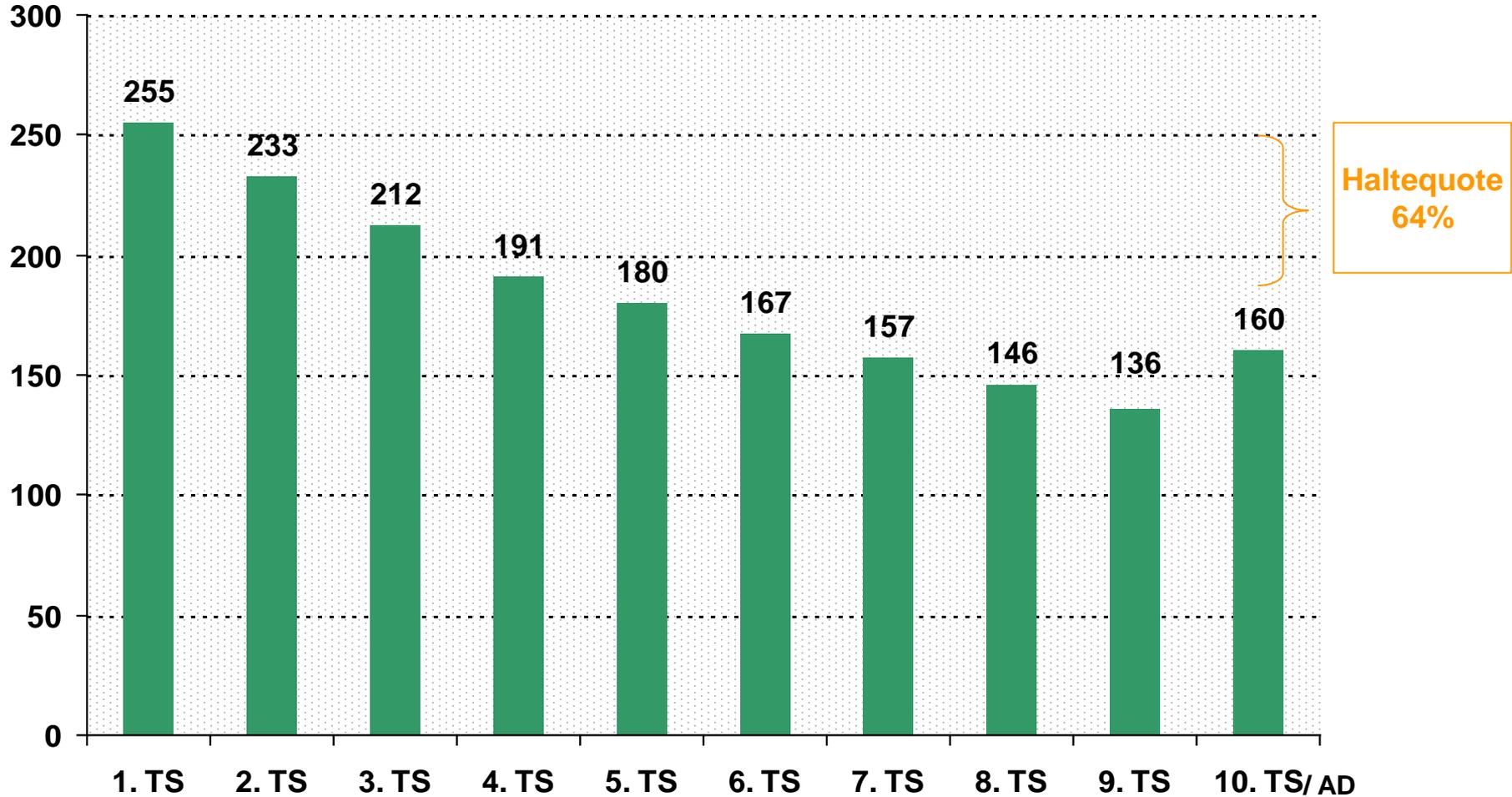
---

Randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie

## 4.1 Ergebnisse

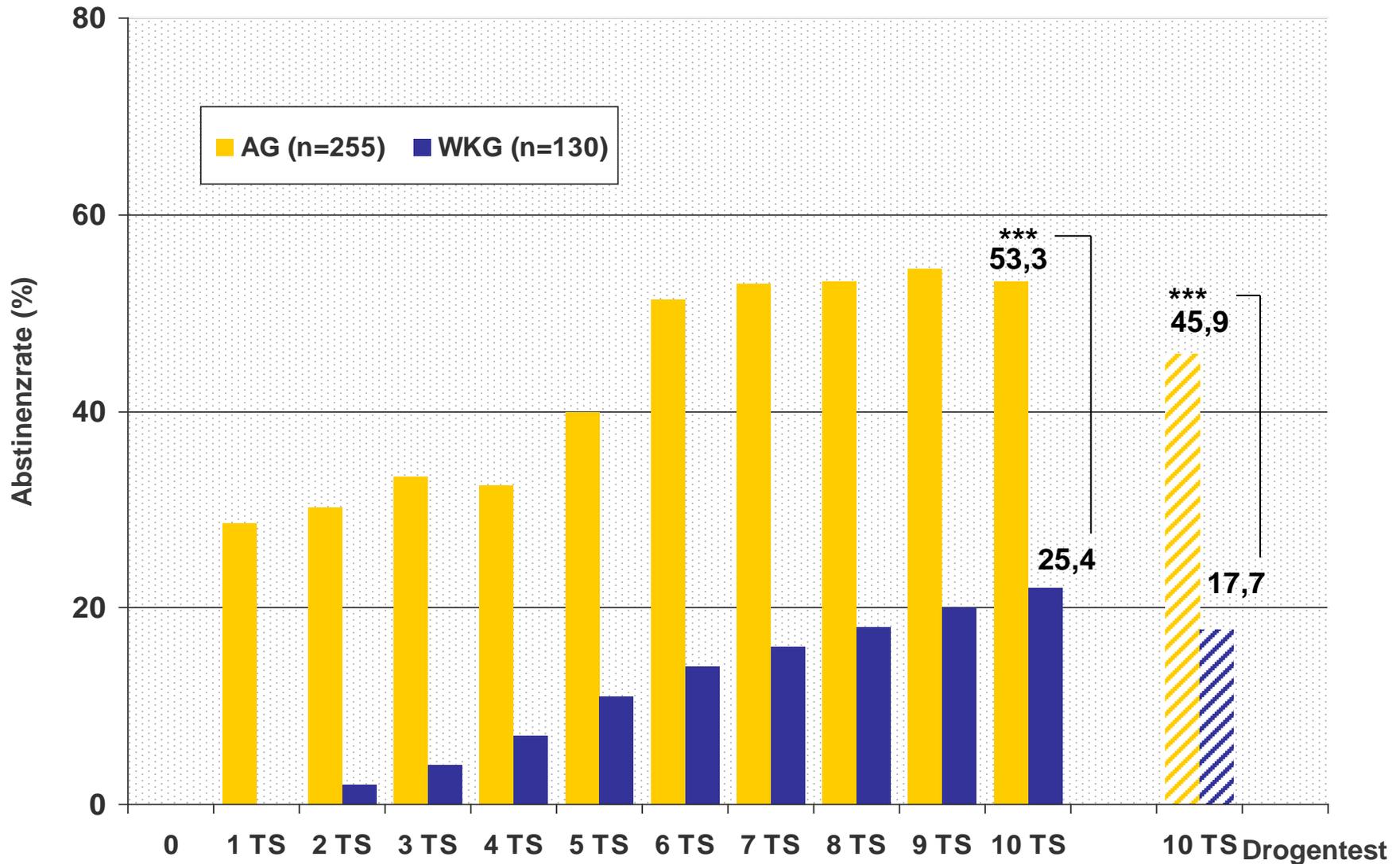
# Anzahl der Therapieteilnehmer / Haltequote

Anzahl  
der Patienten



## 4.1 Ergebnisse

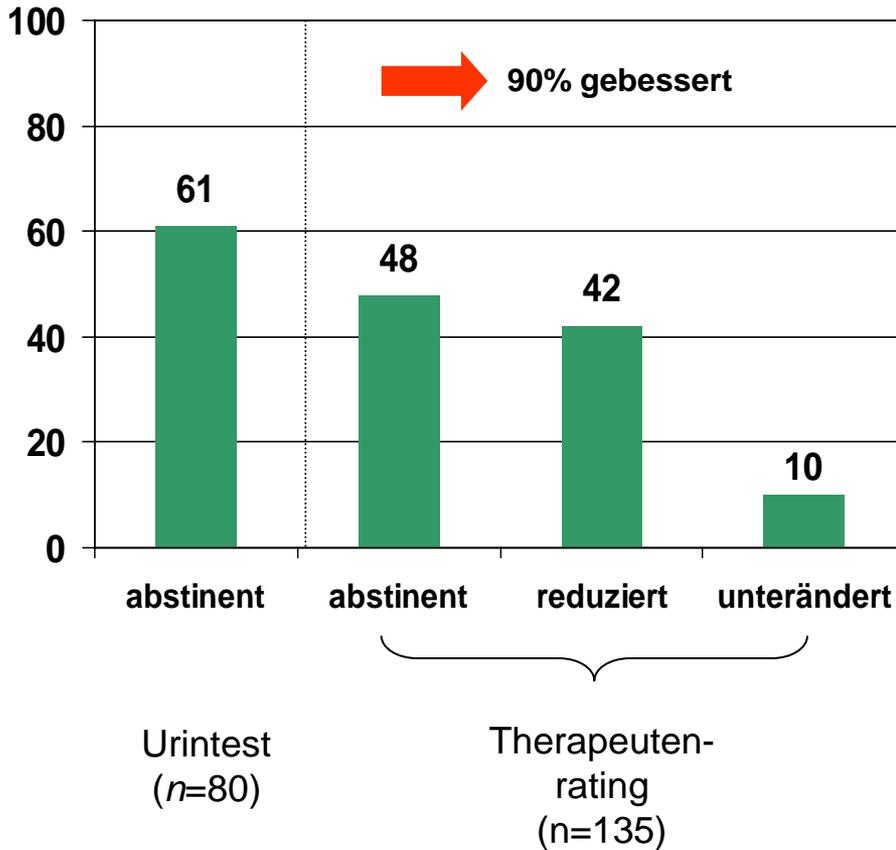
# Abstinenzraten im Therapieverlauf (LOCF, n=385)



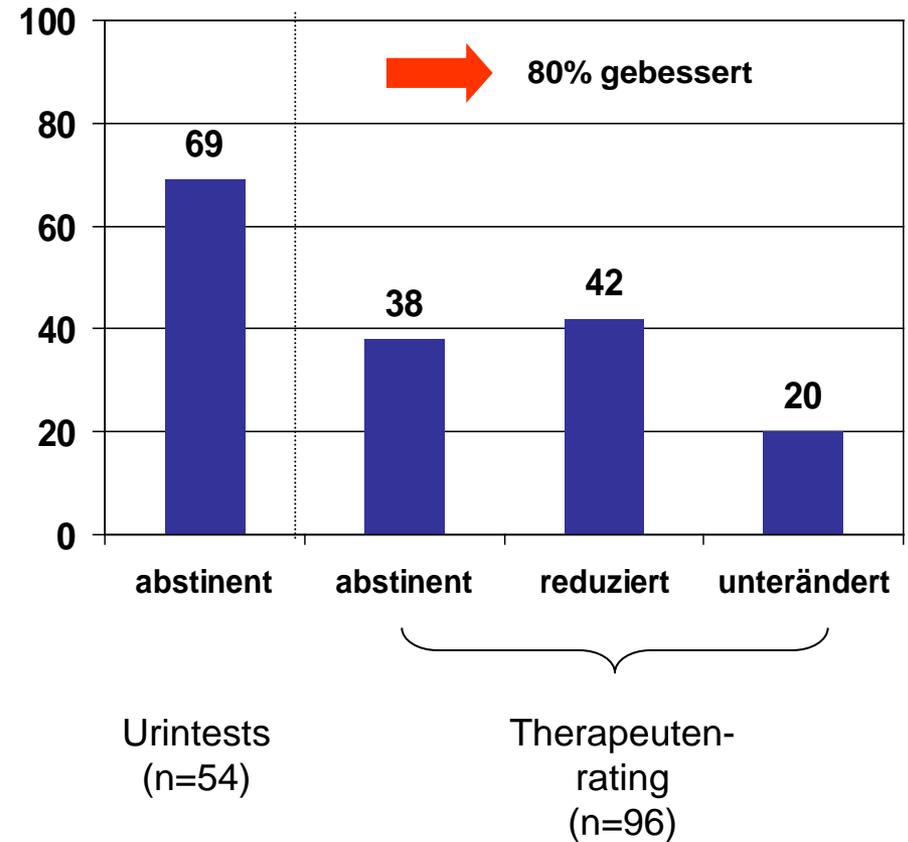
Ergebnisse für WKG basieren auf Schätzungen in Sitzung 1-9,  
Abstinenz ist definiert als vollständige Abstinenz (letzte 7 Tage), \*\*\*  $p < .001$  für WKG vs ST-Differenz

# Abstinenzraten in den Katamnesen

3-Monate



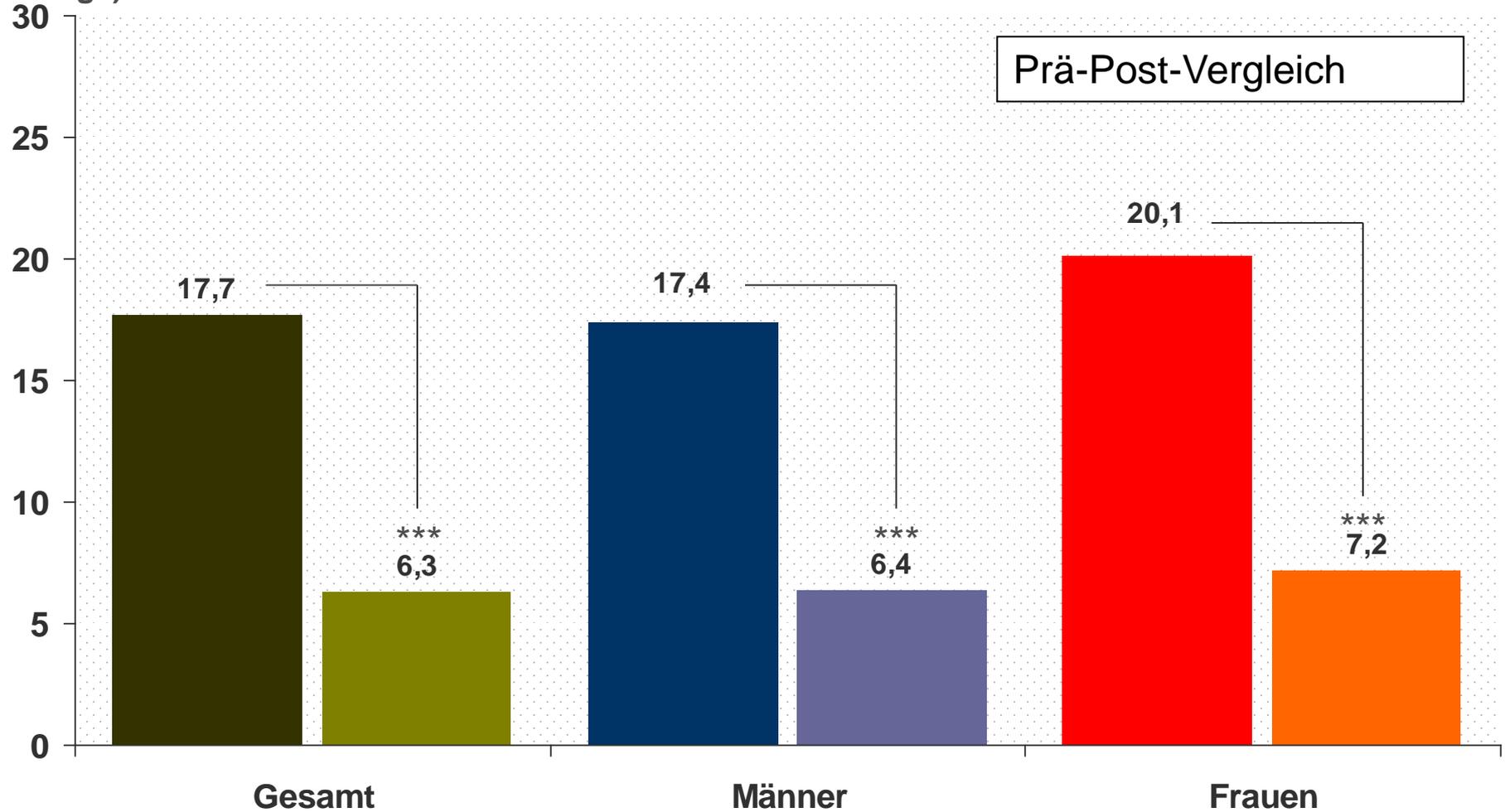
6-Monate



## 4.1 Ergebnisse

# Reduktion des Cannabiskonsums (Konsumprotokoll, n=166 Beender)

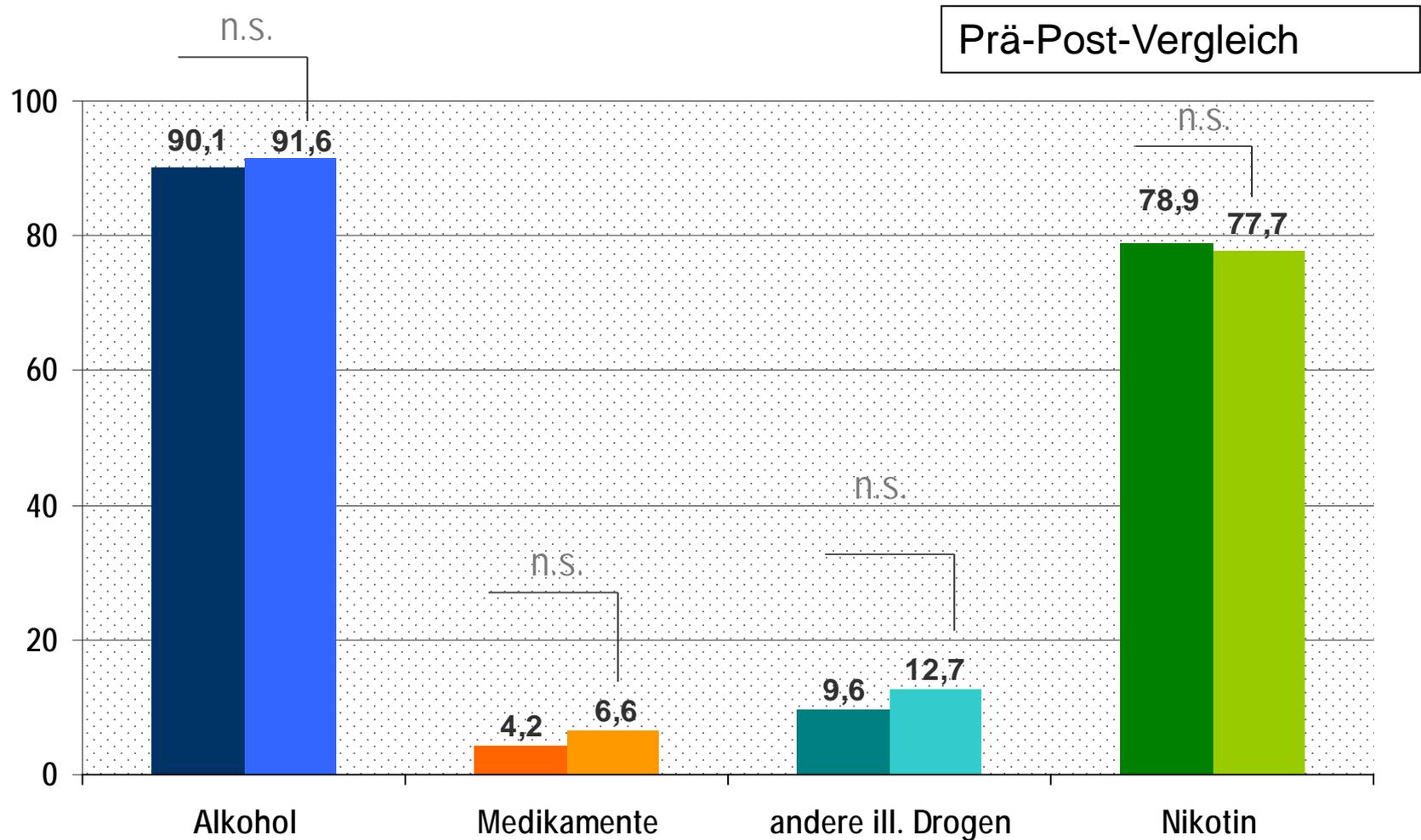
Cannabiskonsum  
(28 Tage)



\*p<.05; \*\* p<.01; \*\*\* p<.001

## 4.1 Ergebnisse

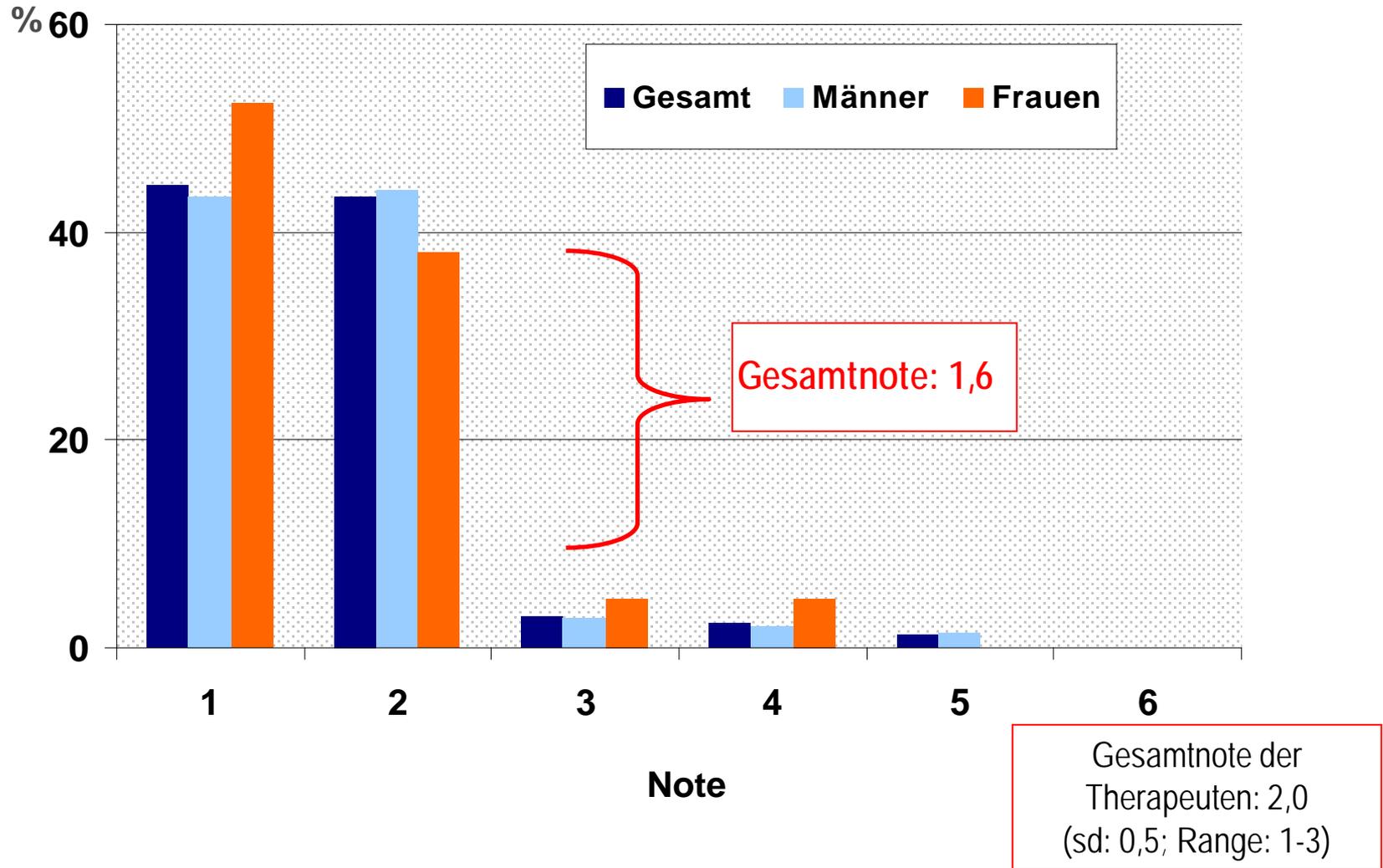
# Substanzbeigebrauch (letzte 4 Wochen) (Patientenfragebogen, n=166 Beender)



\*p<.05; \*\* p<.01; \*\*\* p<.001

## 4.1 Ergebnisse

# Noten für die CANDIS-Therapie (n=166 Beender)



## 4.2 Ergebnisse

---

### Prozessevaluation

# „Welche Faktoren *erschweren* den Transfer?“

1. Hohe zeitliche Arbeitsbelastung in den Einrichtungen erschwert den Umgang mit Unstrukturiertheit und Unzuverlässigkeit der Patienten (Termine werden verpasst, nicht abgesagt).
2. Massive Komorbidität (v.a. Persönlichkeitsstörungen) erschwert die Durchführung einer manualisierten Therapie und erfordert eine individuellere Anpassung an die Klienten.
3. Vorurteile von Kollegen, die das Manual als zu „starr“ und das CANDIS-Programm als zu kurz bzw. nicht individuell genug empfinden.

# „Welche Faktoren *fördern* den Transfer?“

1. **Manual ist eine gute inhaltliche Orientierungs- und Strukturierungshilfe in der Behandlung:**
  - Es erleichtert, den „roten Faden“ zu behalten, stringenter zu behandeln.
  - Therapieplanung, Vorbereitungs- und Dokumentationszeiten werden verkürzt, zeitliche und personelle Ressourcen werden frei.
2. **Geklärte Finanzierung / Kostenübernahme**
3. **Training: Vermittlung von Inhalten und Einübung von Interventionen. Supervision / Fallbesprechungen von schwierigen Patienten oder Therapiesituationen.**

# „Welche Chancen sehen Sie bei einem Transfer in die Praxis?“

1. Erweiterung des bestehenden Behandlungsangebots.
2. Es werden neue Klientengruppen angesprochen:
  - Solche, die vorher Vorurteile gegenüber der Suchtberatungsstelle hatten, aber etwas verändern wollten.
  - Klienten, die sich zusammen mit Alkoholikern oder Abhängigen anderer illegaler Drogen, nicht verstanden fühlten.
  - Klienten, die sich noch nicht sicher sind, ob sie überhaupt aufhören wollen.
  - Ältere, sozial etablierte Klienten.

# 5. Zusammenfassung und Fazit

---

# 5. Zusammenfassung

## I. Wirksamkeitsüberprüfung

1. Jeder zweite Teilnehmer war zu Therapieende abstinent (Selbstaussage: 53%; Urinscreenings: 46%).
2. Die Abstinenzraten in der aktiven Therapiegruppe sind signifikant höher als in der Wartekontrollgruppe (25%,  $p=0,000$ ).
3. Die Effekte sind in den 3- und 6-Monats-Katamnesen weitgehend stabil.
4. Hochsignifikante Verbesserungen in den sekundären Ergebnismaßen:
  - Reduktion der Konsumtage
  - Anzahl der Konsumeinheiten pro Konsumtag (Prä: 6,1, Post: 3,5;  $p=0,003$ ).
  - Anzahl der cannabisbedingten Probleme (CPQ-Wert; Prä: 6,3, Post: 2,8;  $p=0,001$ ).
  - Anzahl der Patienten mit einer Abhängigkeitsdiagnose in den letzten 4 Wochen reduzierte (Prä: 55,6%, Post: 12,7;  $p=0,001$ ).
5. Drogenbeigebrauch: Minimal höhere Werte zu Therapieende.
6. Gute Akzeptanz bei Patienten (Note: 1,6) und Therapeuten (Note: 2,0).

# 5. Zusammenfassung

## II. Chancen und Barrieren beim Praxistransfer

### 1. Faktoren, die den Transfer *erschweren*:

1. Mangel an zeitlichen Spielräumen und hohe Arbeitsbelastung erschwert bei schwierigen Klienten (Unstrukturiertheit, Komorbidität, mangelnde Veränderungsmotivation) Manualanwendung
2. Vorurteile der Kollegen gegenüber manualisierter Therapie
3. Mangelnde Kooperation mit anderen regionalen Diensten

### 2. Faktoren, die den Transfer *fördern*:

1. Manualisiertes Vorgehen (klare Struktur, inhaltliches Konzept, Dokumentationshilfen)
2. Geklärte Kostenübernahme
3. Schulungen zur Vermittlung von Inhalten und Aufbau von Kompetenzen & Regelmäßige Fallbesprechungen

### 3. *Chancen* der CANDIS-Therapie:

1. Erweiterung des Behandlungsangebots
2. Erreichung neuer Klientengruppen

## 5. Fazit

1. Das Programm kann in der ambulanten Suchthilfe erfolgreich zu Behandlung von Cannabisstörungen eingesetzt werden.
2. Regelmäßige Fortbildung, Supervision und Fallbesprechungen sind zur Sicherung der Behandlungsqualität hilfreich.
3. Erneute Überarbeitung des CANDIS-Programms nach Studienende: das Thema „Suchtverschiebung“ wird verstärkt aufgegriffen und bearbeitet (Patienten: Therapiesitzung 9 „Cannabis und Komorbidität“, Therapeuten: Therapiemanual).

## Vielen Dank an:

**Bautzen:** Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle

**Berlin:** LogIn Drogen- und Suchtberatung

**Berlin:** Therapieladen e.V.

**Braunschweig:** „Clear“ Jugend- und Drogenberatung Braunschweig

**Dresden:** Jugend- und Drogenberatung Dresden

**Hamburg:** Die Boje, Suchtberatung und –behandlung

**Hannover:** Drobs Hannover

**München:** Caritas-Fachambulanz für junge Suchtkranke

**Münster:** Suchtambulanz der LWL-Klinik Münster

**Osnabrück:** Caritas Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation

**Stuttgart:** Release e.V. & Klinikum Stuttgart



# CANDIS- PROJEKTGRUPPE

---

Dr. Eva Hoch (Leitung)  
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Technische Universität Dresden  
Chemnitzer Straße 46  
D - 01187 Dresden

Email: [hoch@psychologie.tu-dresden.de](mailto:hoch@psychologie.tu-dresden.de)  
URL: <http://www.candis-projekt.de>



# Kurzer Überblick...

1. Hintergrund: Entwicklung und Erprobung des CANDIS-Programms
2. Fragestellungen:
  - 2.1 Wie wirksam ist CANDIS, wenn es in Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe angewendet wird?
  - 2.2 Welche Faktoren erschweren bzw. erleichtern die Anwendung in der Praxis?
3. Design und Methode der Studie "Implementierung der gezielten Therapie für Cannabisstörungen „CANDIS“ in das ambulante deutsche Suchthilfesystem“
4. Ergebnisse
5. Zusammenfassung und Fazit