

Cannabisabhängigkeit – Diagnostik und Therapie

08.02.2012

LWL-Klinik Paderborn

Psychiatrie – Psychotherapie – Psychosomatik

Kurzer Überblick über den Vortrag...

1. Aktuelle Größenordnung der Cannabis-Problematik

- Epidemiologie des Cannabiskonsums
- Mögliche Folgen problematischen Cannabiskonsums
- Cannabis und psychische Komorbidität

2. Cannabisstörungen: Eine diagnostische Herausforderung

3. Behandlungsmöglichkeiten bei Cannabisstörungen

- Pharmakologische Ansätze
- Psychosoziale Interventionen
- Das CANDIS-Programm: Zielgruppe, Interventionen, Wirksamkeit

4. Zusammenfassung, Fazit und Diskussion

1. Aktuelle Größenordnung der Cannabisproblematik

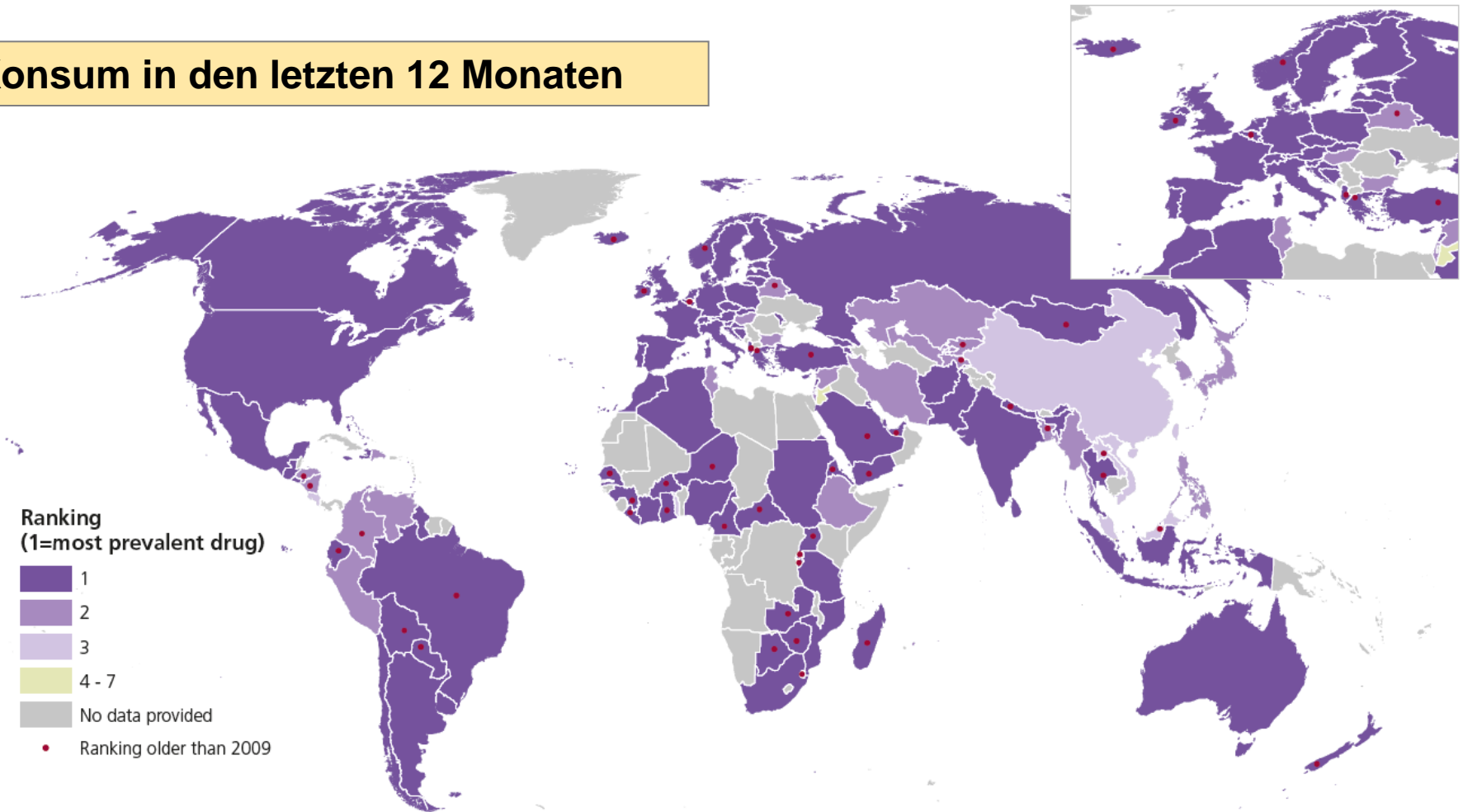
1.1. Cannabis

Epidemiologie des Cannabiskonsums

1.1 Cannabis: Epidemiologie

Ranking der Prävalenz des Cannabiskonsums – weltweit (2009*)

Konsum in den letzten 12 Monaten



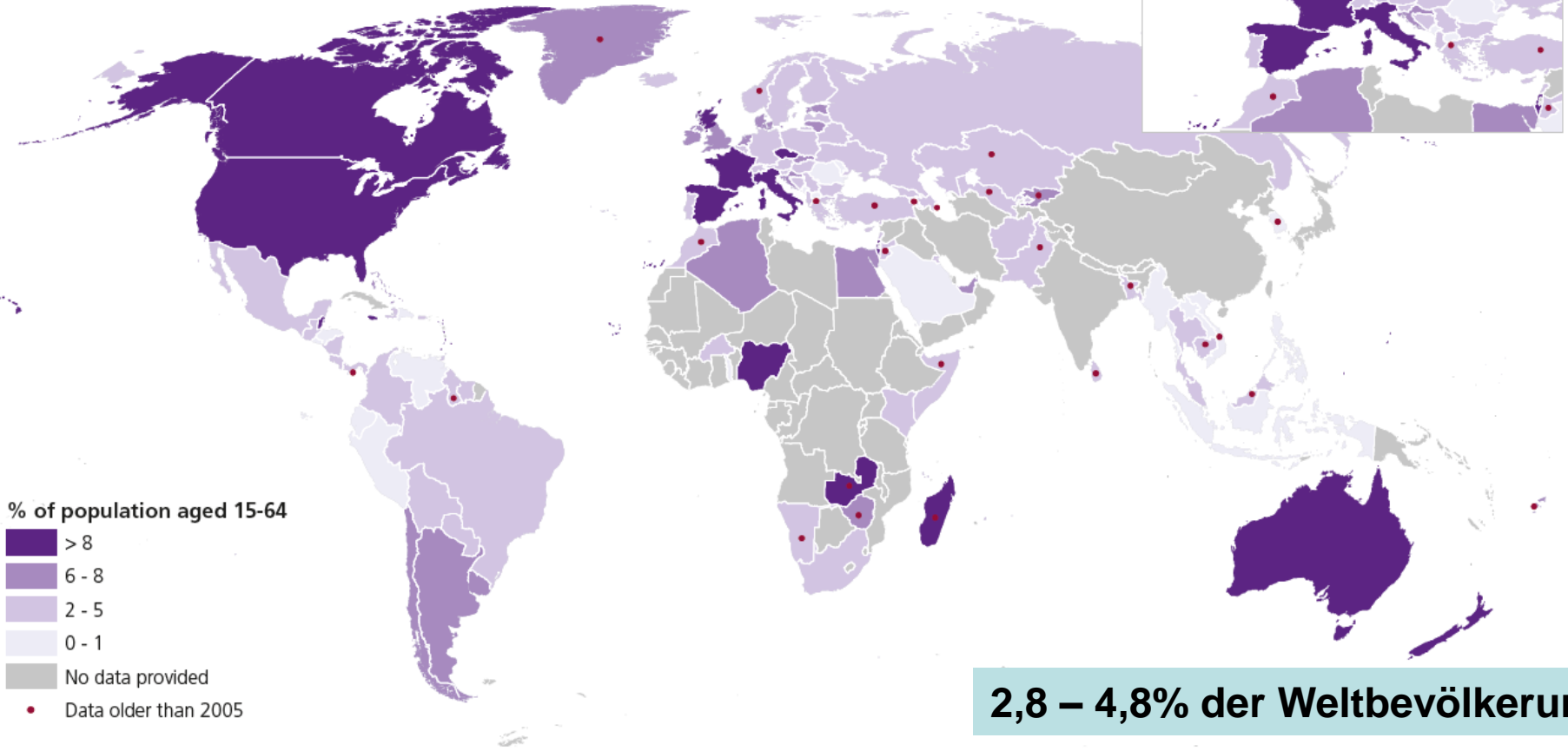
* Oder aktuellste verfügbare Daten

World Drug Report (2011)

1.1 Cannabis: Epidemiologie

Prevalenz des Cannabiskonsums - weltweit (2009*)

Konsum in den letzten 12 Monaten



Insgesamt: 124.810.000 bis 202.680.000 Konsumenten

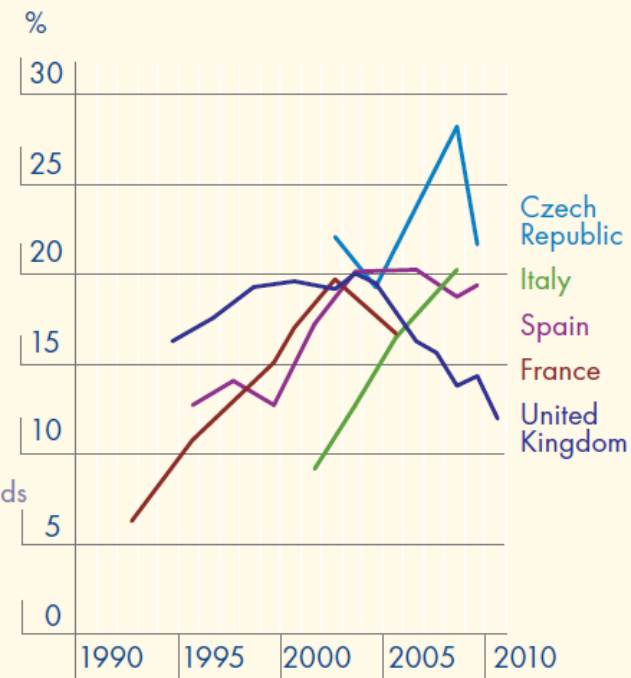
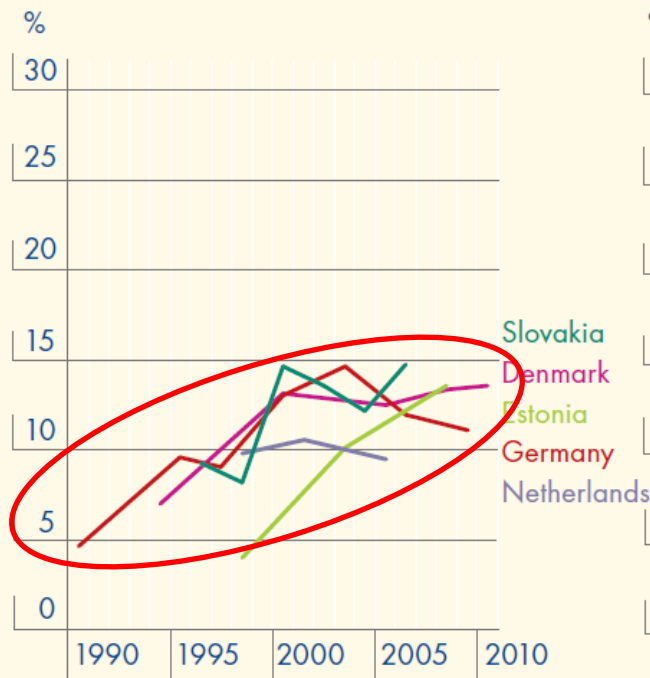
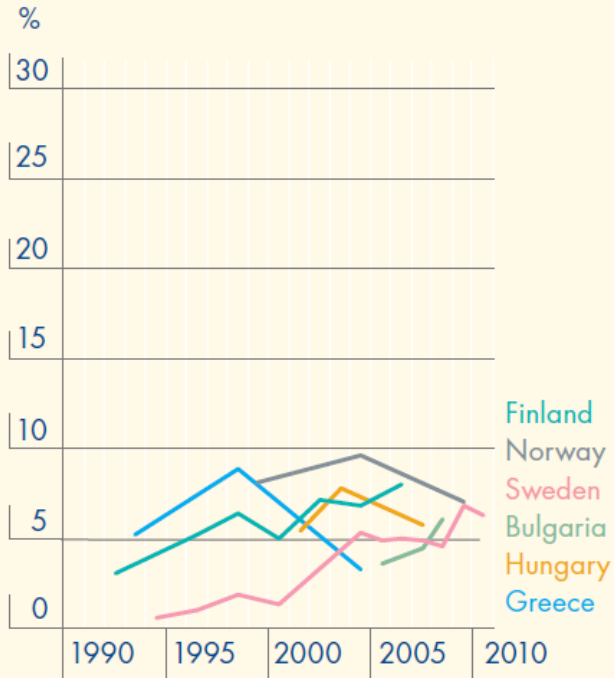
* Oder aktuellste verfügbare Daten

World Drug Report (2011)

1.1 Cannabis: Epidemiologie

Prävalenzen in der junger Bevölkerung (EU; 15-34 Jahre)

Konsum in den letzten 12 Monaten



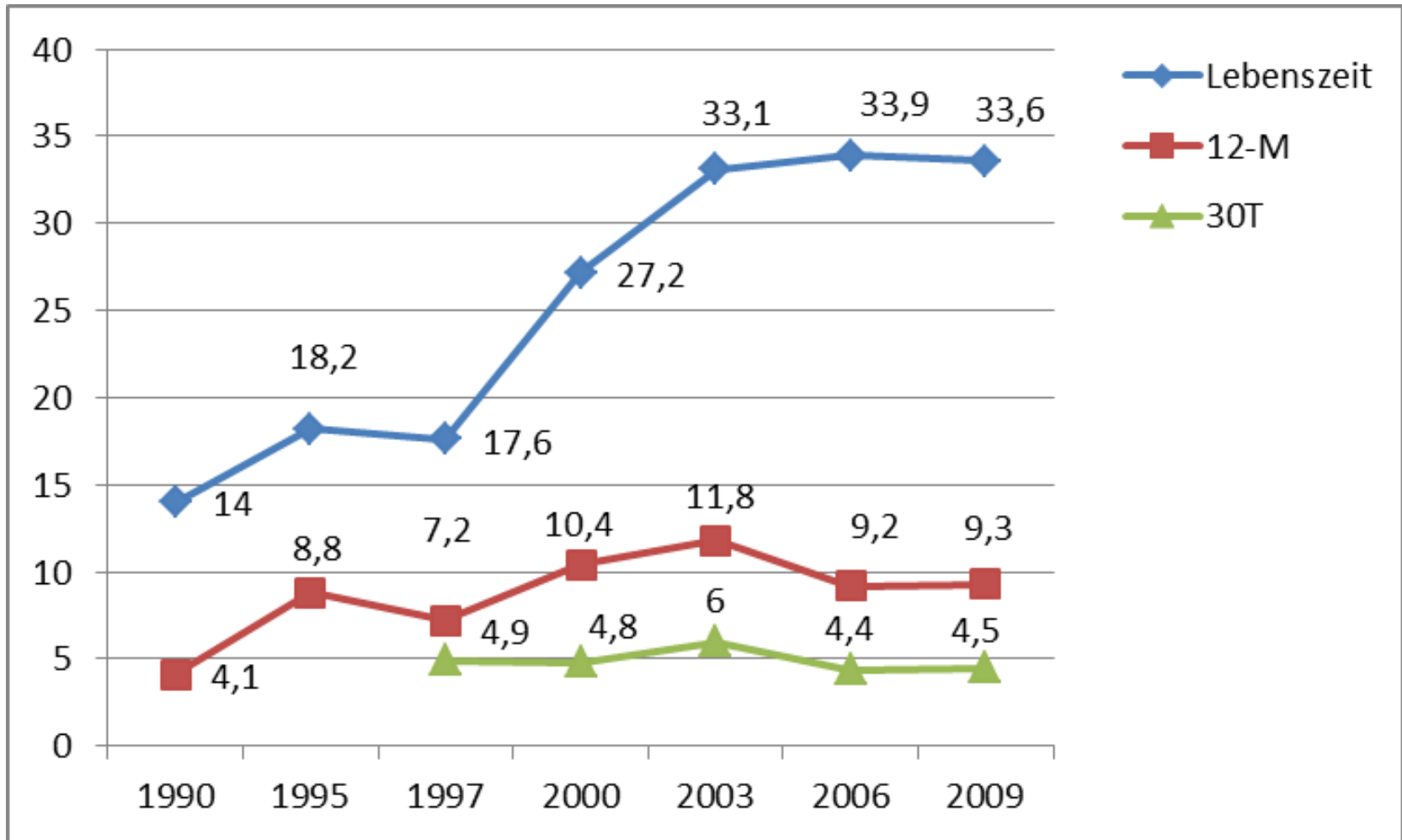
Prävalenzraten
< 10%

Prävalenzraten
10-15%

Prävalenzraten
> 15%

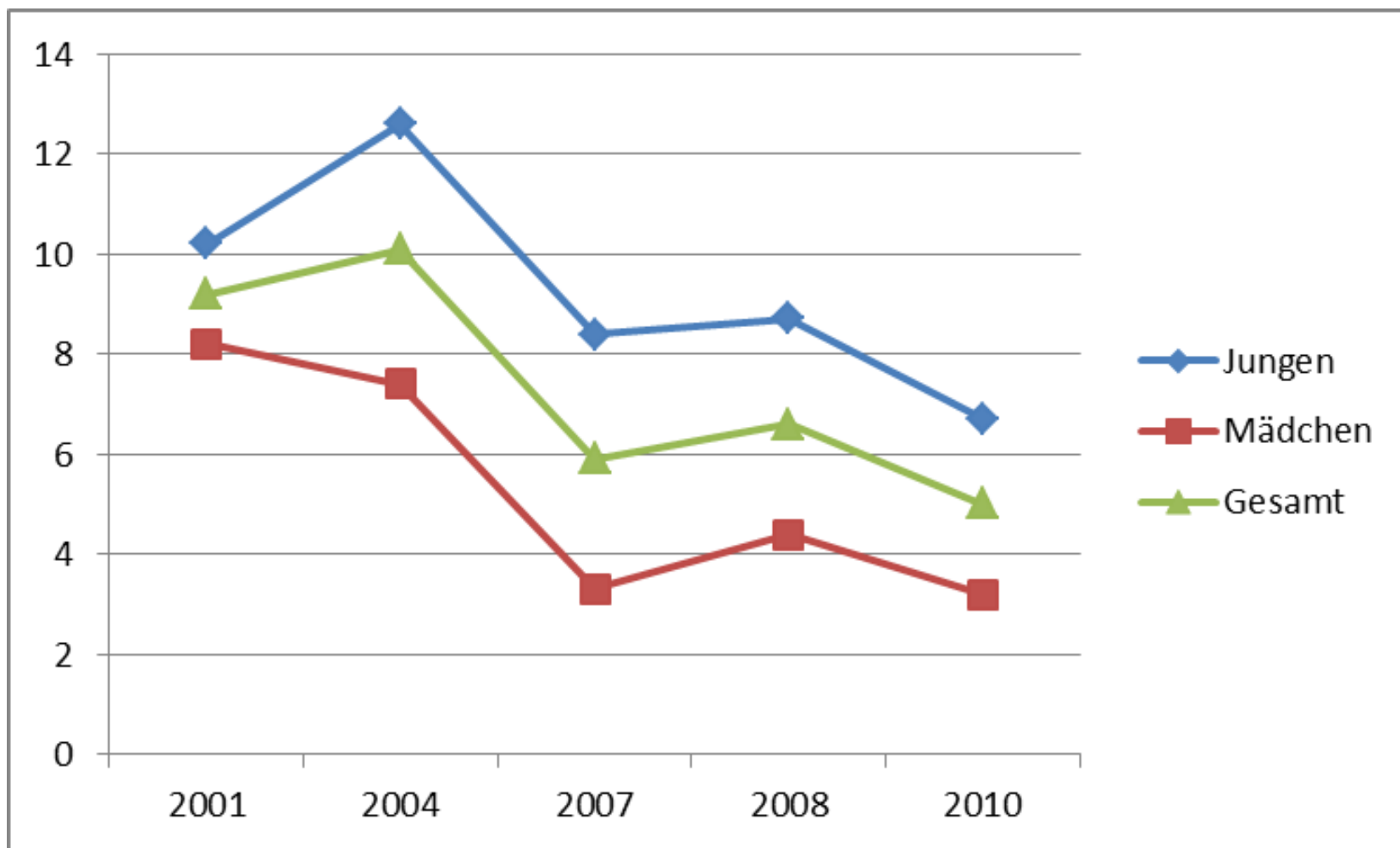
1.1 Cannabis: Epidemiologie

Prävalenz in der jungen erwachsenen Bevölkerung (D, 18-39J)



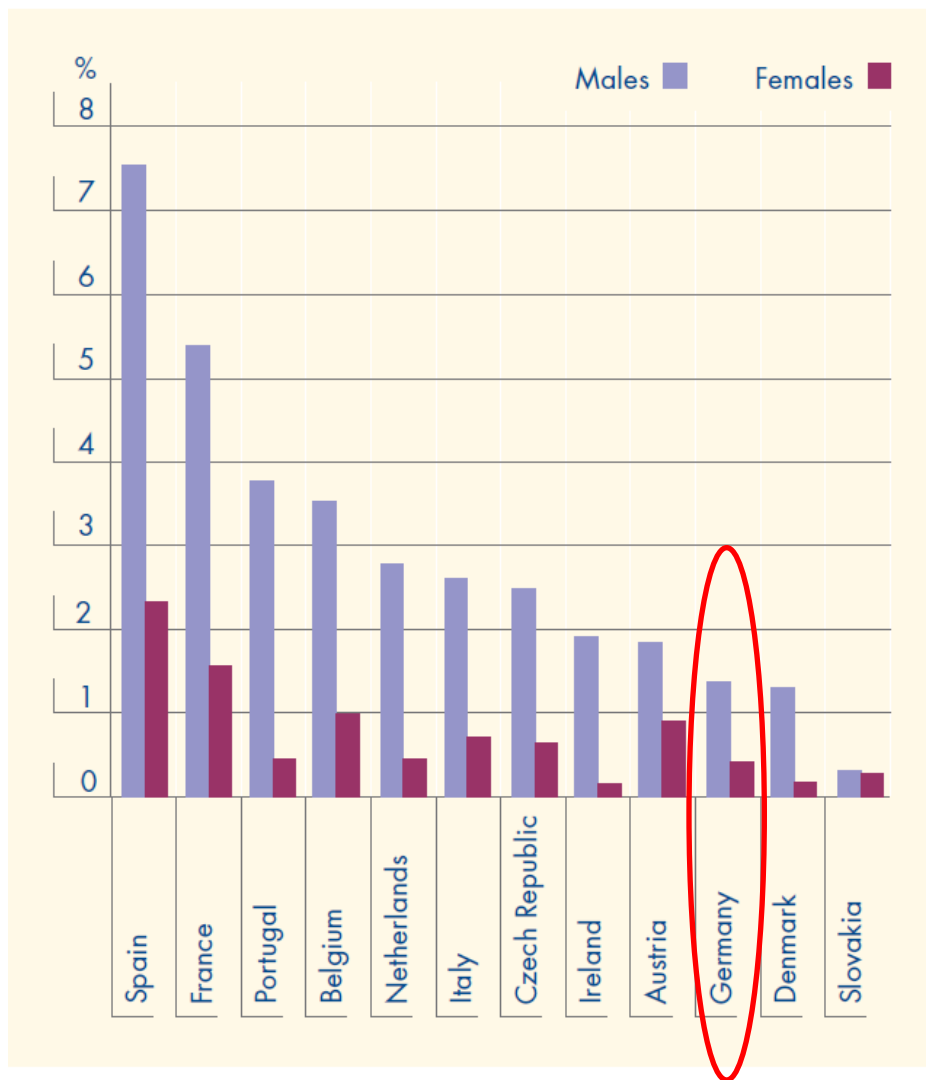
Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen (D; 12-17 Jahre)

Konsum in den letzten 30 Tagen



1.1 Cannabis: Epidemiologie

Prävalenz des täglichen* Cannabiskonsums (EU; 15-34 Jahre)

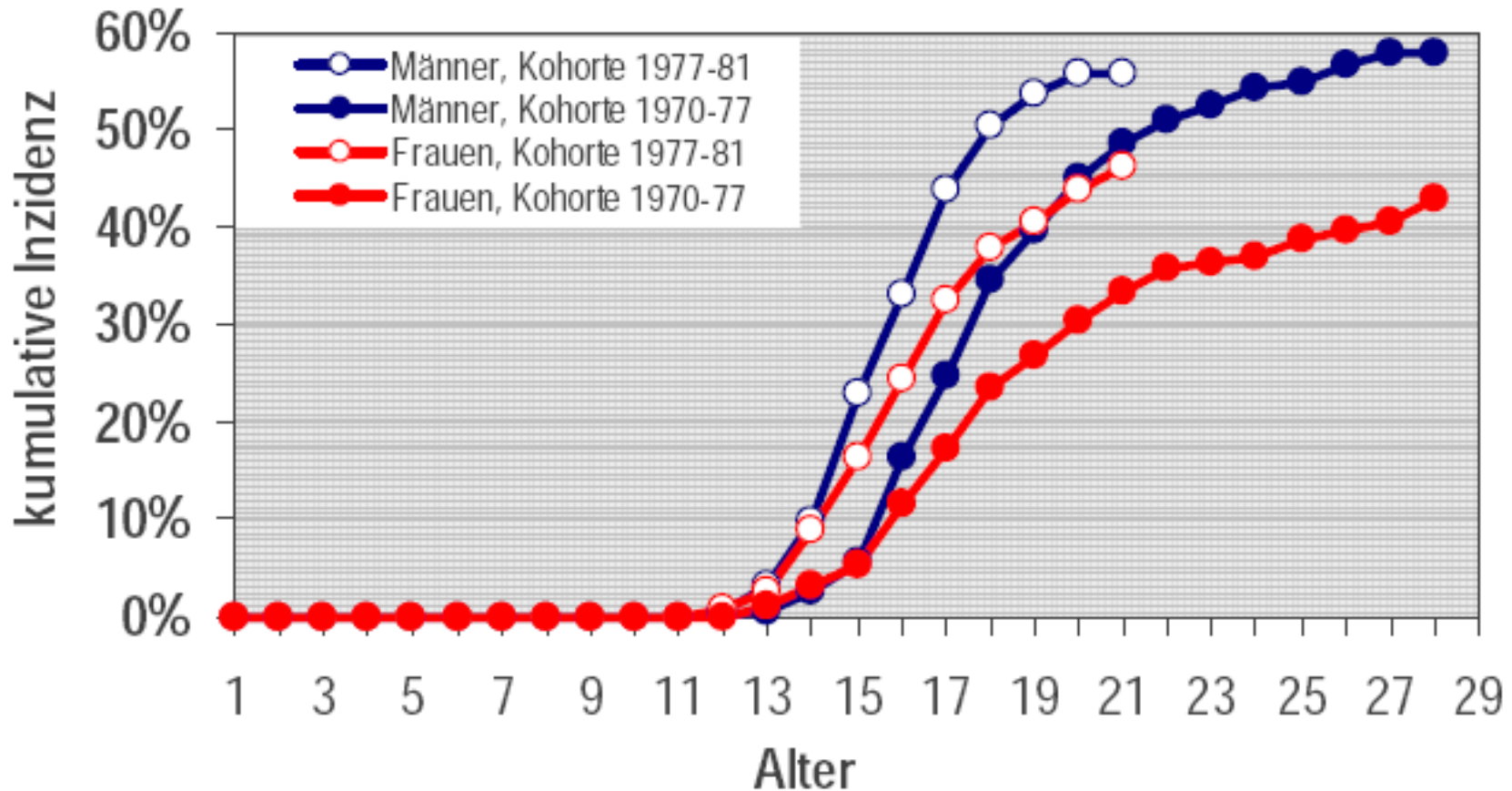


* Konsum an 20 Tagen oder mehr in den letzten 30 Tagen

EMCDDA (2011)

Erstkonsument bei Jugendlichen: Immer jünger beim ersten Joint!

Repräsentative Münchner Längsschnittstudie



1.1 Cannabis

Häufigste Gebrauchsformen von Cannabis



Marihuana

(umgangspr. Gras, Blüten):
Getrocknete Blüten und Blätter der Cannabispflanze (THC-Gehalt: 1-14%). Manche gezüchteten Sorten (Sinsemilla) können auch stärker sein!



Haschisch

(umgangspr. Dope, Shit, Platte...)
THC-haltiger Harz der Blütenstände wird zusammen mit Teilen der Pflanze und anderen Streckmitteln zu Platten gepresst. Haschisch hat meist eine bräunlich-grüne Farbe und eine feste bis bröckelige Konsistenz (THC-Gehalt: 4-12%)

1.1 Cannabis

Räuchermischungen (z.B. Spice)

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/synthetic-cannabinoids/de>

Räuchermischungen:

Pflanzliche und synthetische Bestandteile

- Die Hersteller bewerben die Produkte als „natürlich“ und bieten psychoaktive Produkte zweckentfremdet an (z.B. "Räuchermischung zur Raumluftaromatisierung“) => sogenannte „Legal Highs“
- Schwere, lebensbedrohliche Intoxikationen führten 2009 zum Verbot von Spice
- Wird der Hauptwirkstoff einer Räuchermischung dem BtMG unterstellt, erscheint bereits ein neues Produkt am Markt.



<http://mindzone.info/drogen/legal-highs/>

1.2 Cannabis

Mögliche Folgen von Cannabiskonsum

Akute Intoxikation

Akute Wirkungen

- Milde Euphorie, Heiterkeit, Entspannung, Wohlbefinden,
- Veränderungen der Sinneswahrnehmungen (Farben, Geräusche, Raum, Zeit),
- erhöhter Appetit,
- Gedächtnis- und Konzentrationsmängel, Apathie, Antriebsmangel,
- Pulsbeschleunigung, Blutdruckanstieg, Pupillenerweiterung.

Akute Komplikationen

- Übelkeit / Erbrechen, Dysphorie, Angst, gesteigerter Antrieb, Verwirrtheit,
- Panik, Paranoia, Depersonalisation/Derealisation,
- Erhöhtes Risiko für Verkehrs- oder andere Unfälle,
- Todesfälle durch reine Cannabisintoxikation sind bis heute nicht bekannt.

Intensiver, dauerhafter Cannabiskonsum

Risiko organmedizinischer Folgen ...

- **Leichte Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, des verbalen Gedächtnisses, der Exekutivfunktionen (Planungsfähigkeit, Problemlösen), der Organisation und Integration von komplexer Information (Reversibilität unklar).**
- **Xerostomie (Mundtrockenheit) und orale Gesundheitsprobleme.**
- **Herzerkrankungen (v.a. bei Menschen mit weiteren Risikofaktoren wie Übergewicht oder Tabakkonsum).**
- **Adverse respiratorische Probleme (Kurzatmigkeit, Brustenge, Sputumproduktion, chronische Bronchitis), Lungen- und Bronchialschäden, Karzinome des Mund-, Rachen- und Bronchialbereichs.**
- **Infertilität (Tierversuch: Reduzierte Spermienzahl und niedriger Testosteronspiegel).**

Intensiver, dauerhafter Cannabiskonsum

❖ Risiko für Kinder und Jugendliche

- Schlechte schulische Leistungen, erhöhte Rate an Schulabbrüchen
- Höhere Raten an Arbeitslosigkeit
- Niedrigere Lebenszufriedenheit
- Familiäre, finanzielle und juristische Probleme
- Frühere sexuelle Aktivität & Schwangerschaft in der Pubertät
- Entwicklung einer Cannabisstörung (schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit)
- Konsum /Abhängigkeit von anderen illegalen Drogen (Gateway-Hypothese)

❖ Risiko für schwangere Frauen

- Geringes Geburtsgewicht und Folgeschädigungen des Babys
- Einbußen in der späteren kognitive Leistungsfähigkeit des Kindes (Problemlösen, Aufmerksamkeit). Defizite können bis ins Erwachsenenalter reichen (Johnson, Phelbs & Cottler, 2004; Hurd et al., 2005)

❖ Risiko bei Vulnerabilität für psychische Störungen

- Depressionen, Angststörungen und Psychosen (5 Jahre früher)

Cannabisstörungen

❖ Cannabisabhängigkeit (F12.2)

Innerhalb eines Jahres sind 3 oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt:

- Craving (starker Wunsch/Zwang zu konsumieren)
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums
- Körperliches Entzugssyndrom; Konsum mit dem Ziel Entzugssymptome zu mildern
- Toleranz
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten oder Interessen
- Anhaltender Konsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen
- Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz (charakteristisch)

❖ Schädlicher Gebrauch von Cannabis (F12.1)

Wenn der Konsum zu einer Gesundheitsschädigung (körperliche oder psychische Störung, z.B. depressiven Episode) führt.

Cannabisstörungen

❖ **Cannabisentzugssyndrom (F12.3)**

Bei wiederholtem Cannabiskonsum über längere Zeit in hoher Dosis können nach dem Konsumstopp in einem Zeitraum von 7 – 21 Tagen folgende Symptome auftreten.

- Craving, Appetitminderung, Schlafstörungen, Schwitzen
- Affektlabilität, Angst, Hyperalgesie, allgemeine Irritabilität und Reizbarkeit, Aggressivität, innere Unruhe, merkwürdige Träume

❖ **Amotivationales Syndrom (F12.72)**

Im Zusammenhang mit langjährigem und intensiven Cannabiskonsum zeigen sich folgende Symptome

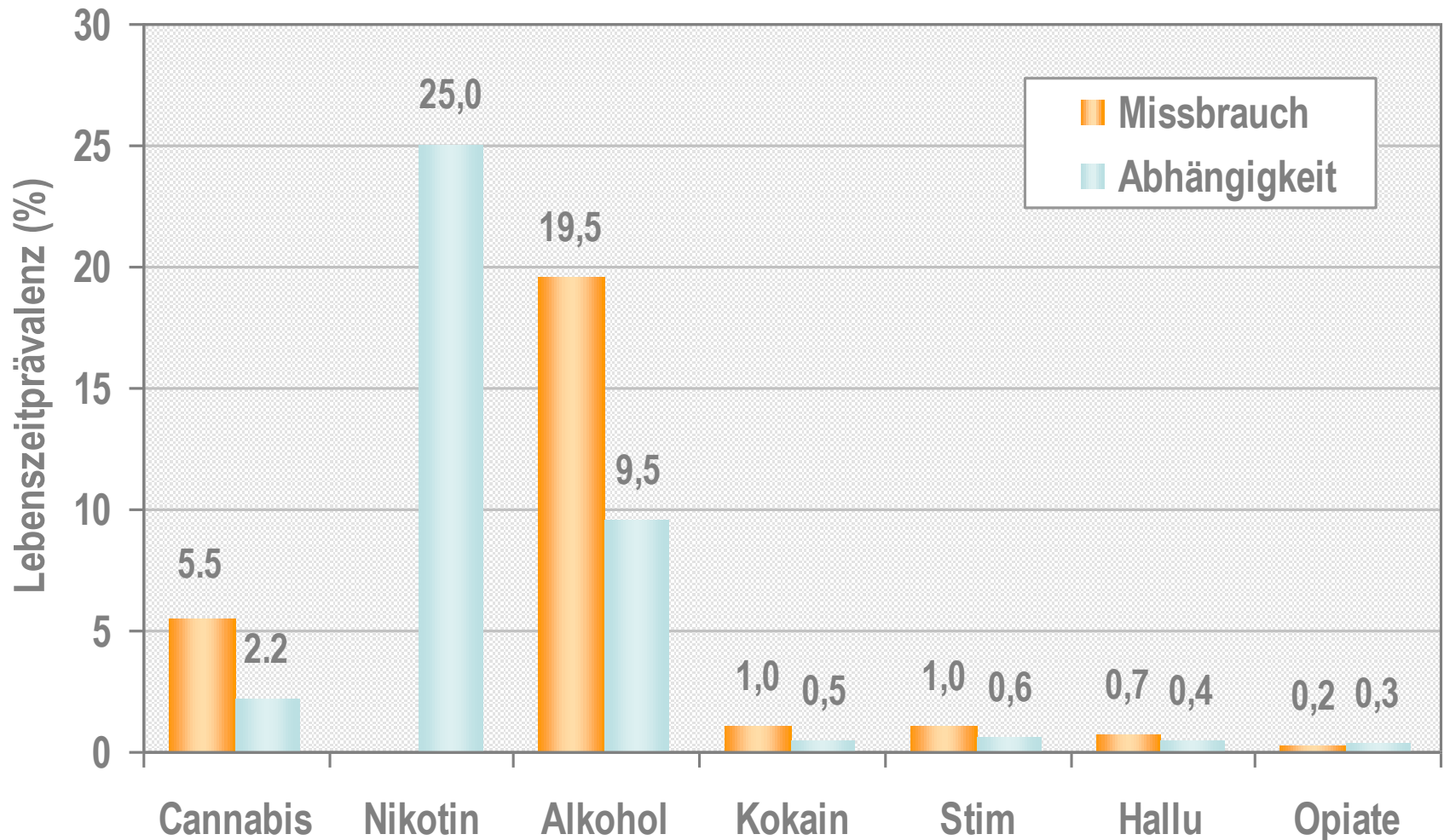
- Lethargie
- Passivität
- Verflachter Affekt
- Mangelndes Interesse

Es konnte bislang nicht nachgewiesen werden, dass die Symptome spezifisch für Cannabis sind. Eventuell beschreibt das Syndrom chronische Intoxikationszustände, Defektzustände von Schizophrenien (Negativsymptomatik) oder Symptome depressiver Erkrankungen.

1.2 Cannabis: Mögliche Folgen

Prävalenz der Cannabisstörungen (Jugendliche & junge Erwachsene)

Repräsentative Münchner Längsschnittstudie



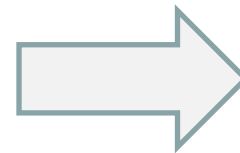
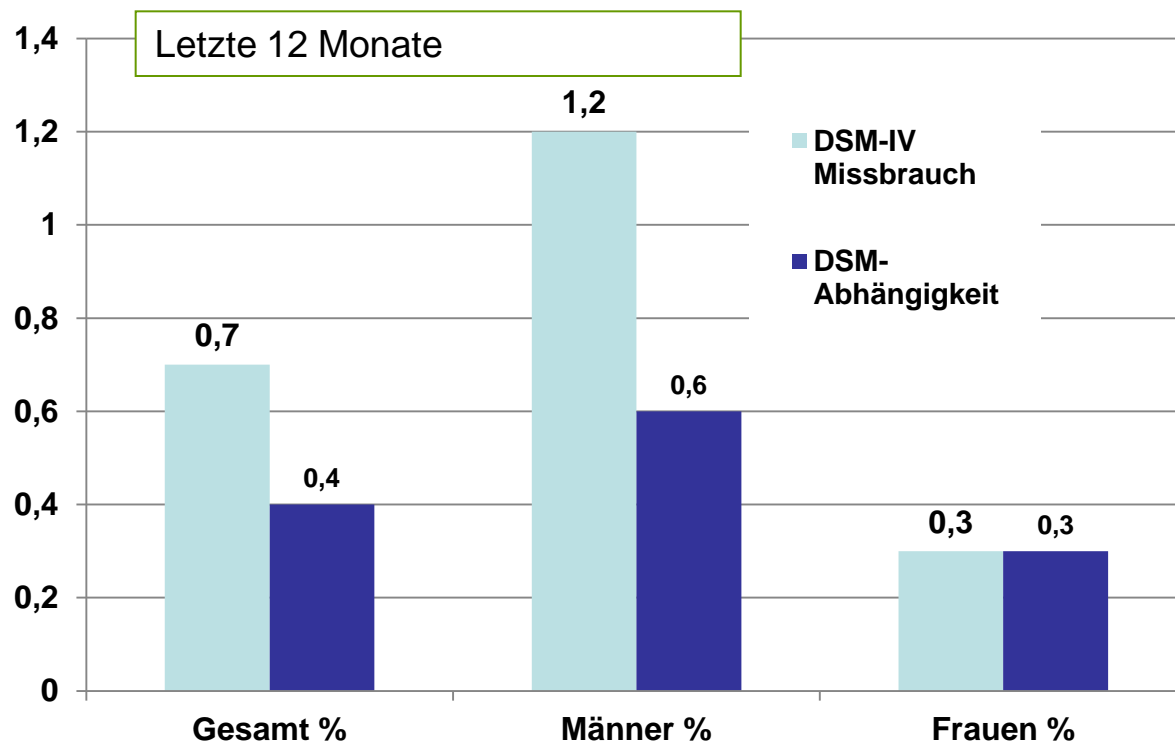
Alter: 14-24 Jahre

Sydow et al. (2001)

1.2 Cannabis: Mögliche Folgen

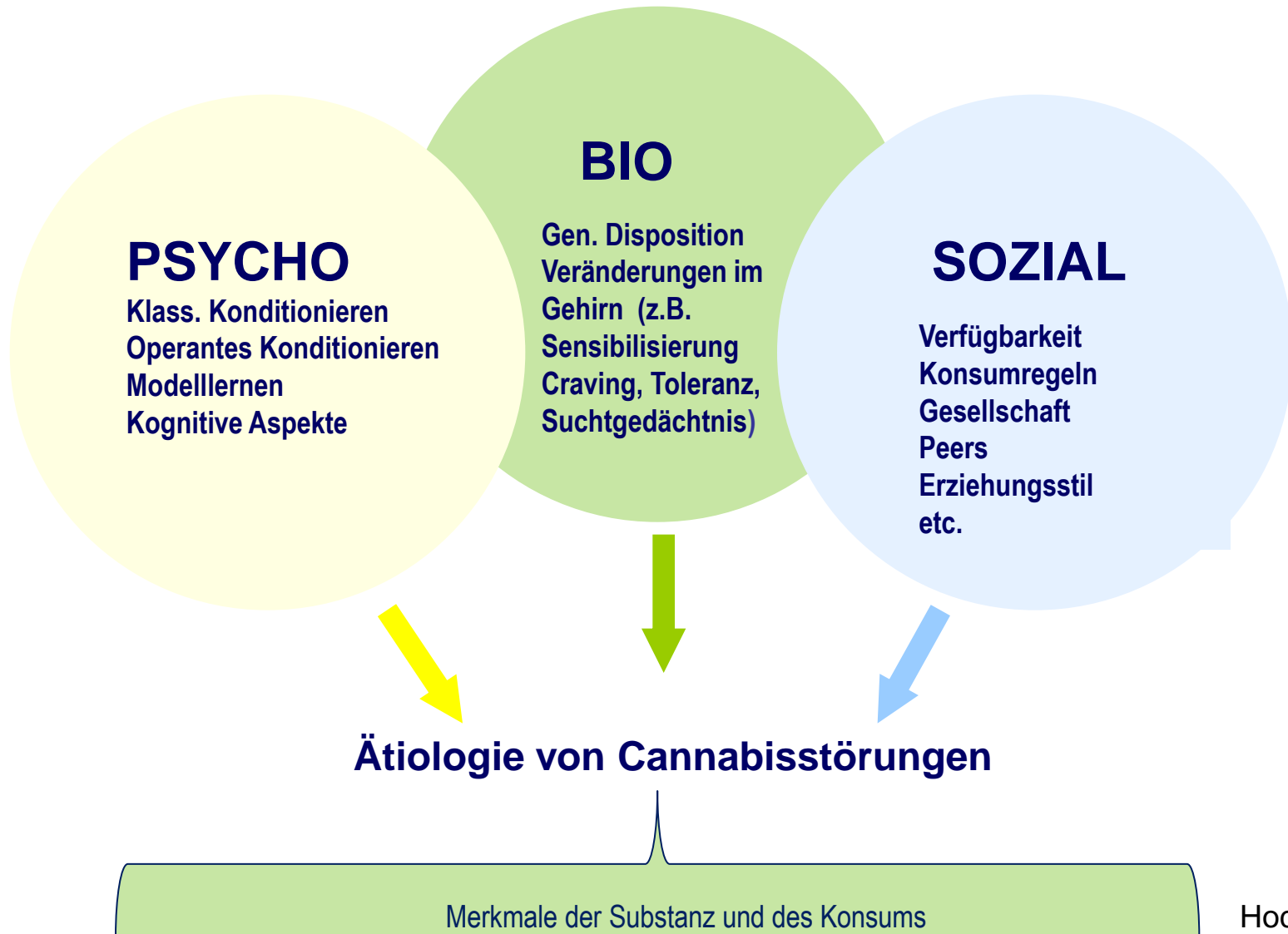
Prävalenz der Cannabisstörungen (Erwachsene, 18 – 64 Jahre)

Deutscher Suchtsurvey (2006)

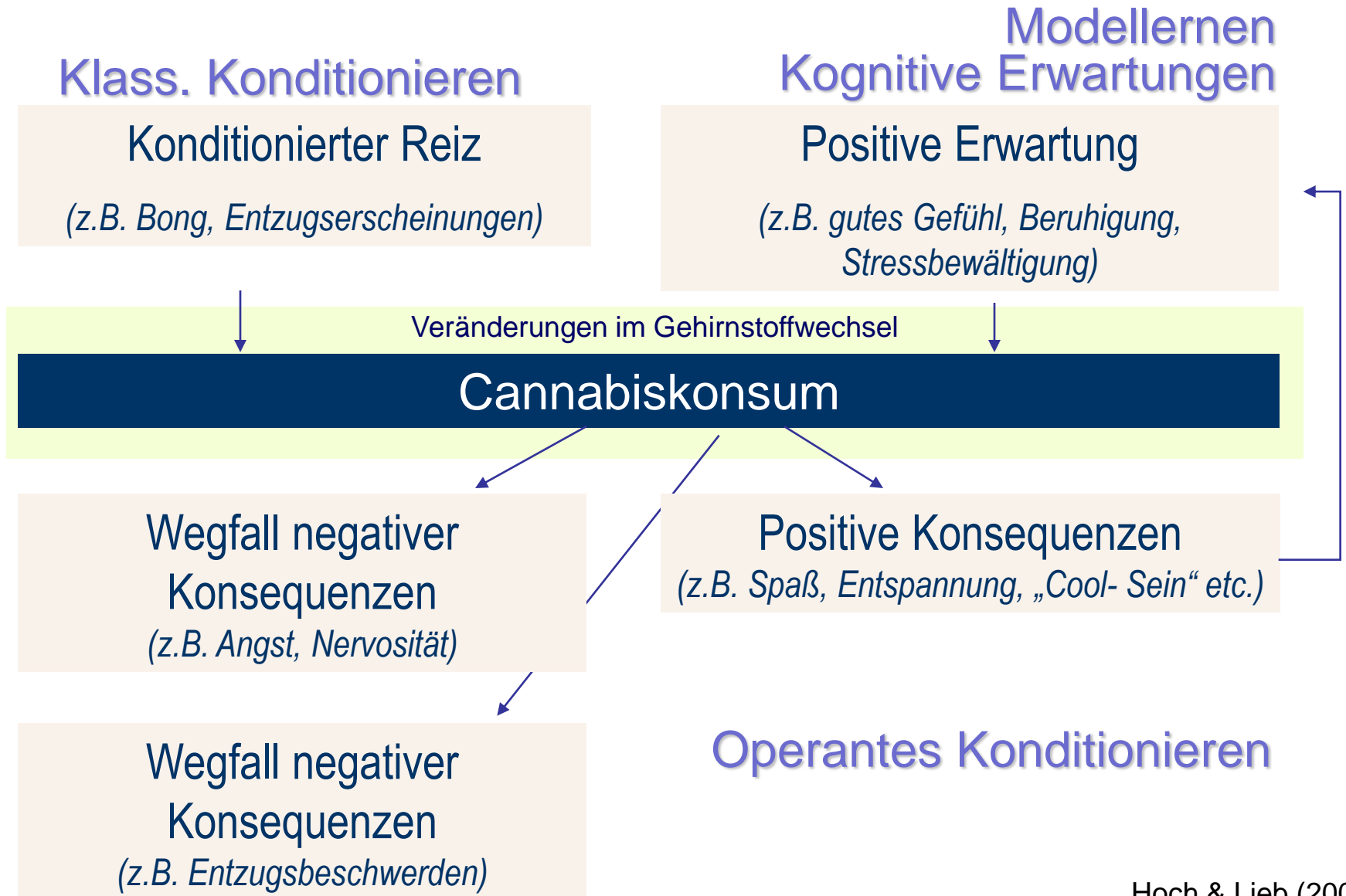


Gesamtzahl:
600.000 Menschen
(95% KI 450.000–810.000)

Cannabisstörungen: Bio-Psycho-Soziales Erklärungsmodell

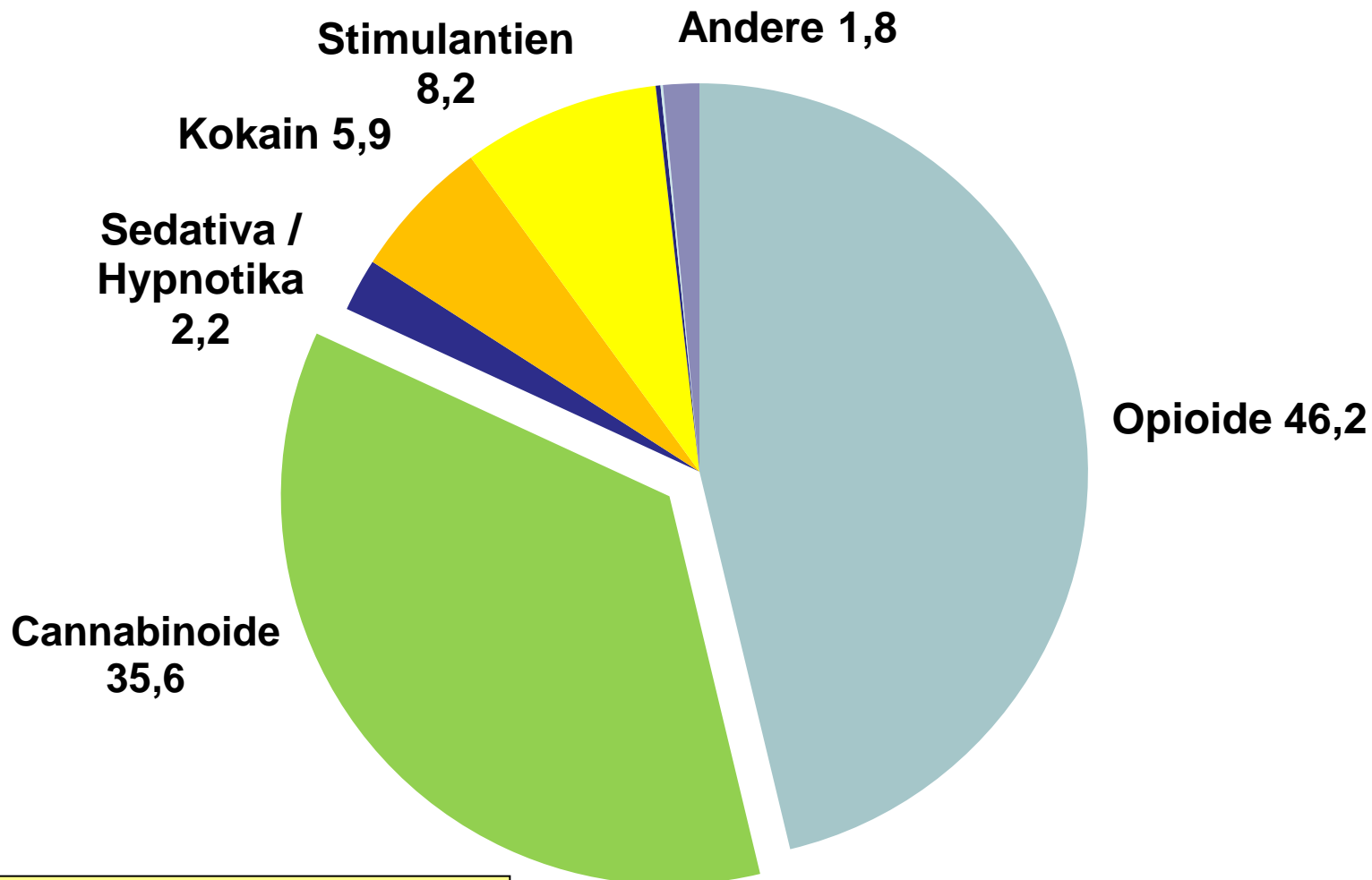


Cannabisstörungen: Psychologische Erklärungsmodelle



1.2 Cannabis: Mögliche Folgen

Hauptdiagnosen (ICD10: F1x1/F1x2x) in ambulanter Behandlung

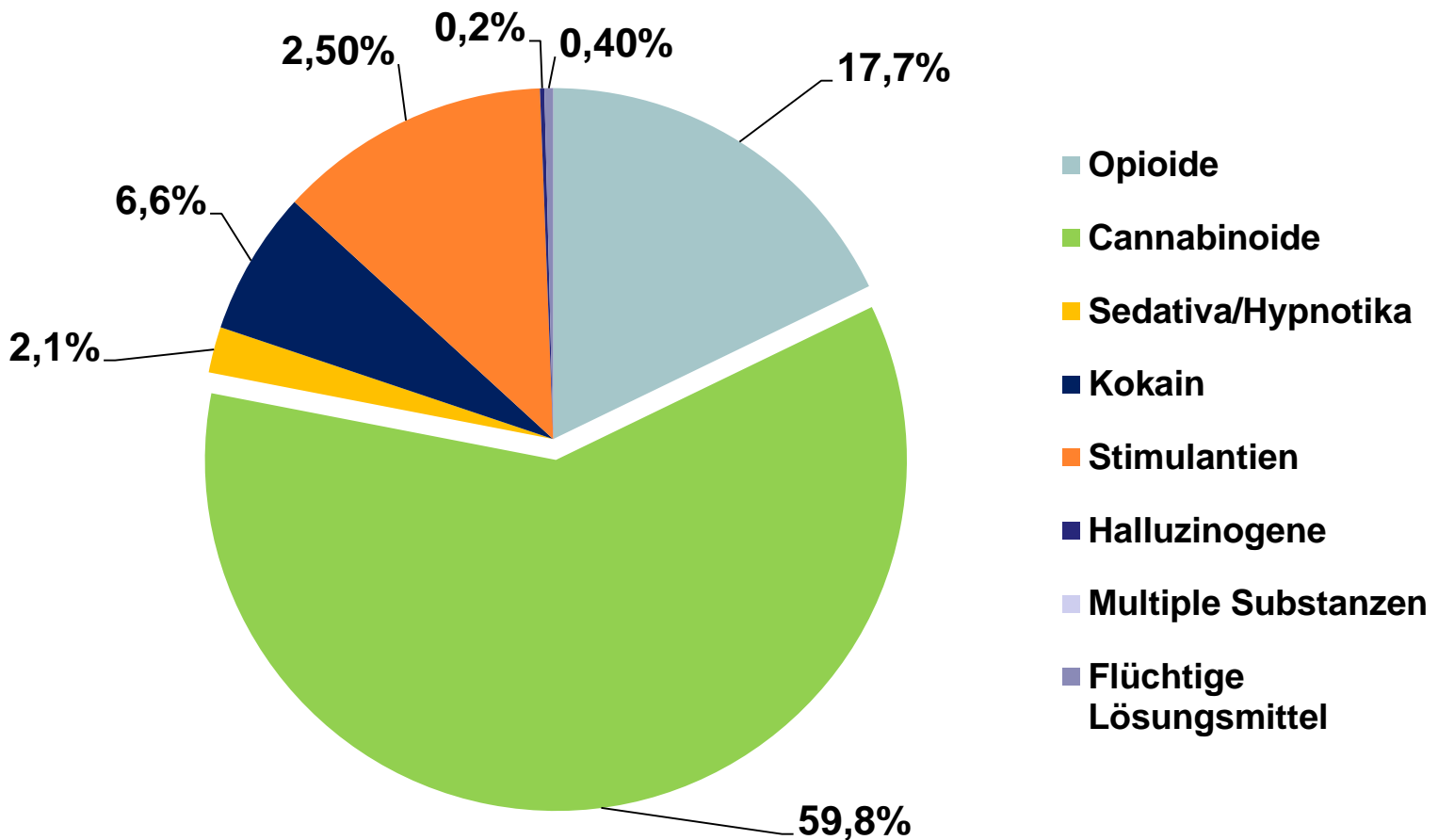


N=60.398 Behandelte

Deutsche Suchthilfestatistik (2010)
DBDD (2011)

1.2 Cannabis: Mögliche Folgen

Hauptdiagnosen (ICD10: F1x1/F1x2x) in ambulanter Behandlung

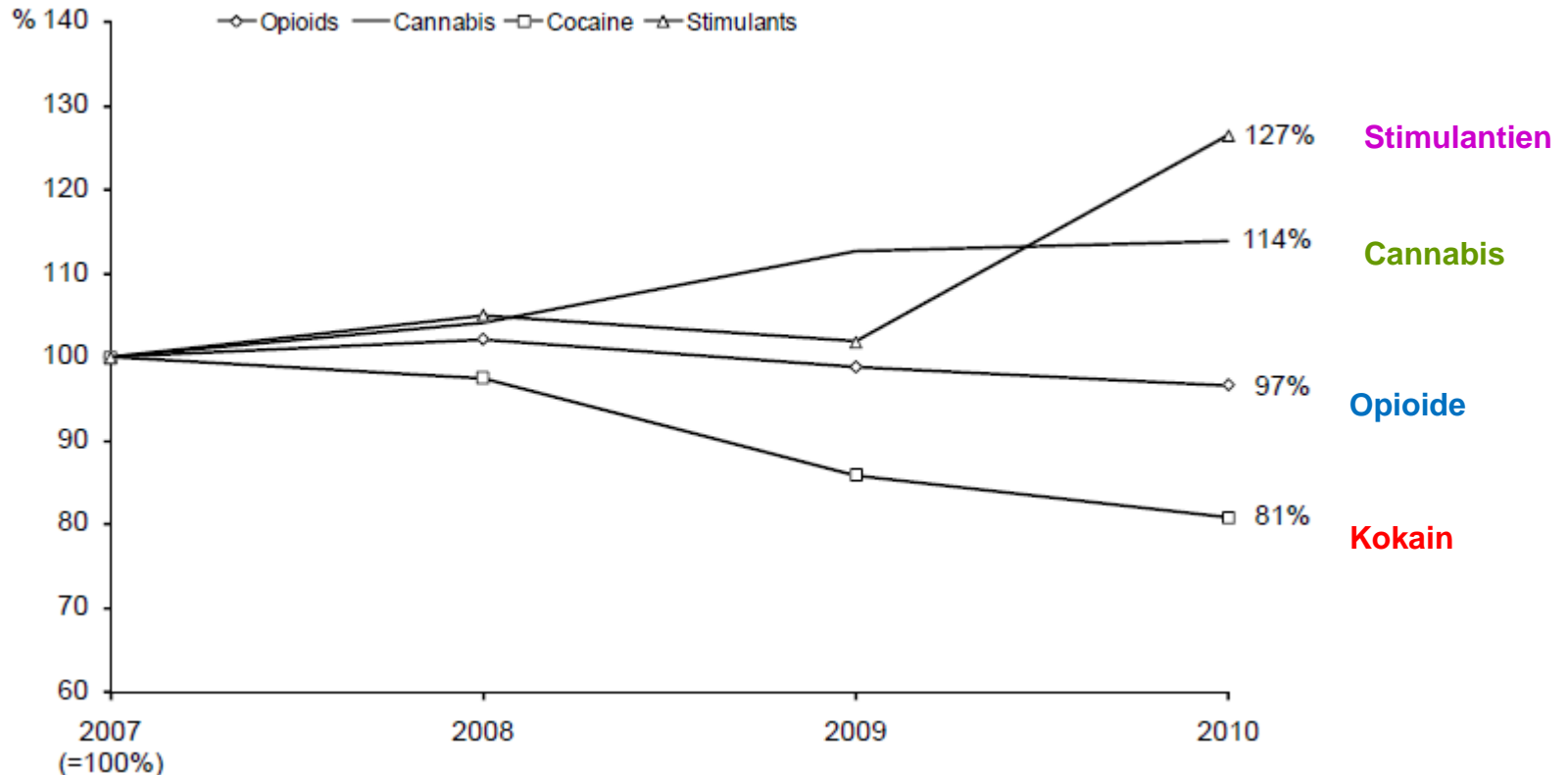


N=14.834 Erstbehandelte

Deutsche Suchthilfestatistik (2010)
DBDD (2011)

1.2 Cannabis: Behandlungszahlen

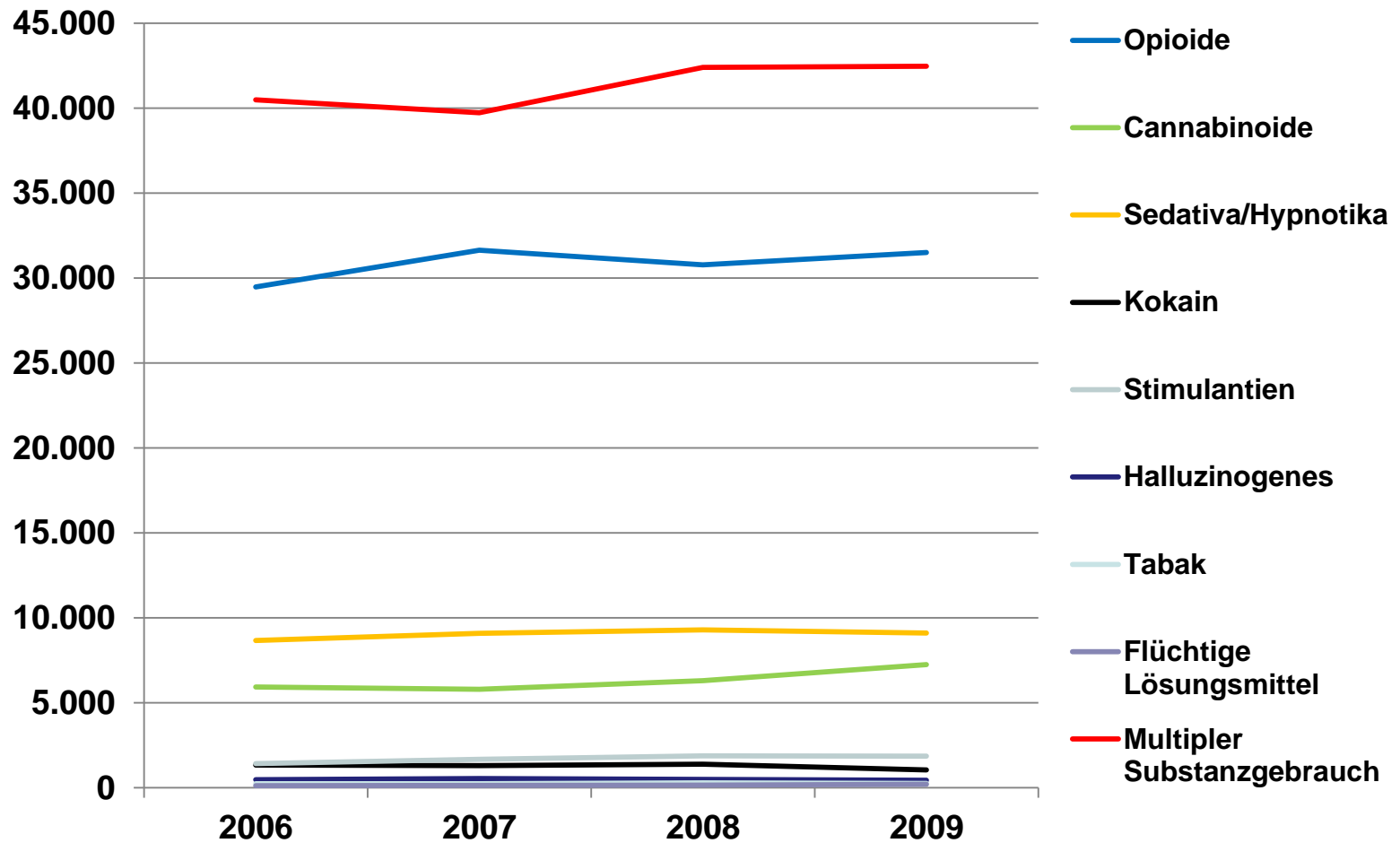
Hauptdiagnosen (ICD10: F1x1/F1x2x) in ambulanter Behandlung



DSHS (2011); DBDD (2011)

1.2 Cannabis: Behandlungszahlen

Stationäre Behandlung in Krankenhäusern

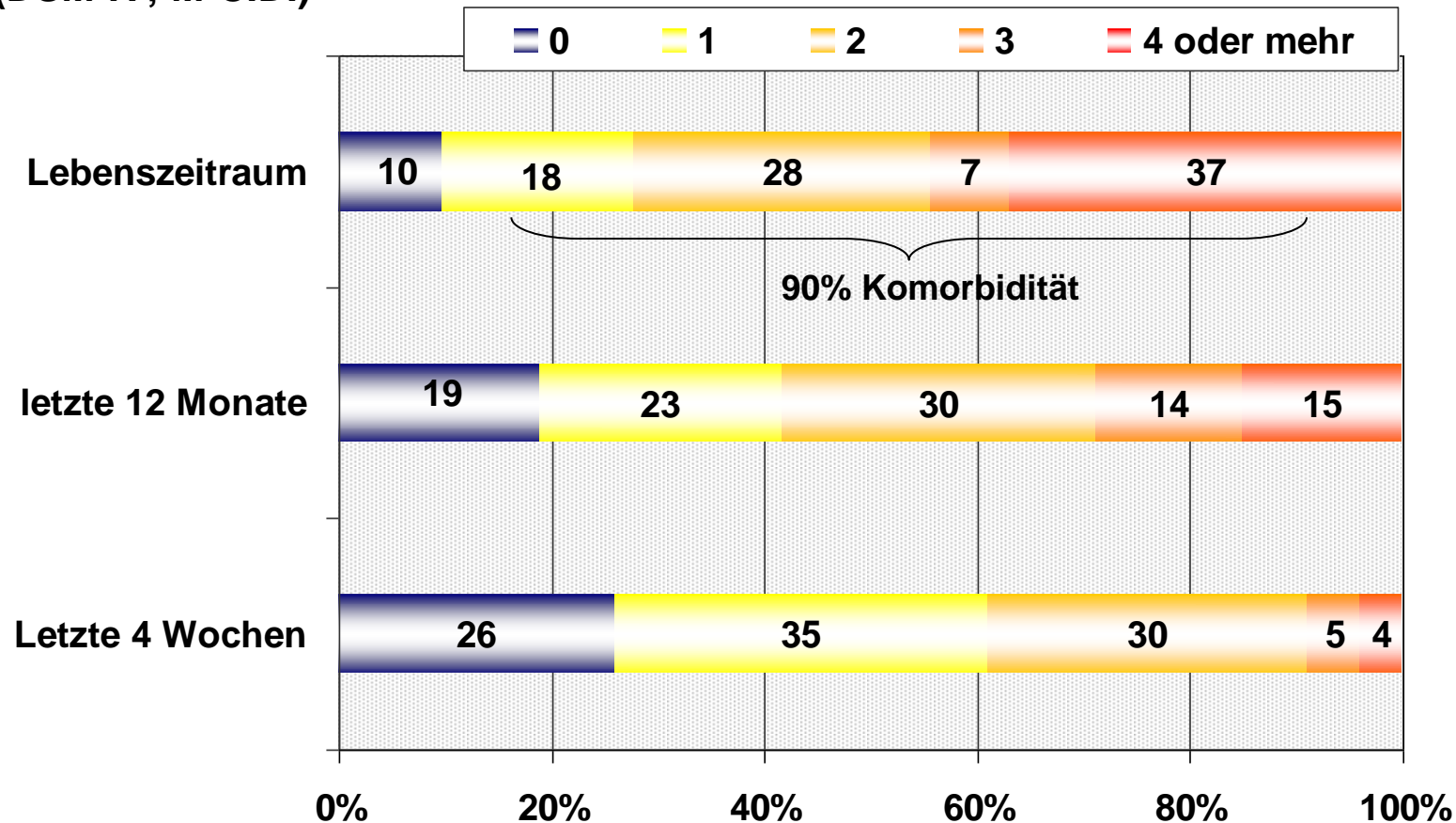


1.3 Cannabis und Komorbidität

1.3 Cannabis und Komorbidität

Komorbidität in der CANDIS-Studie (n=122 Patienten mit Cannabisstörung)

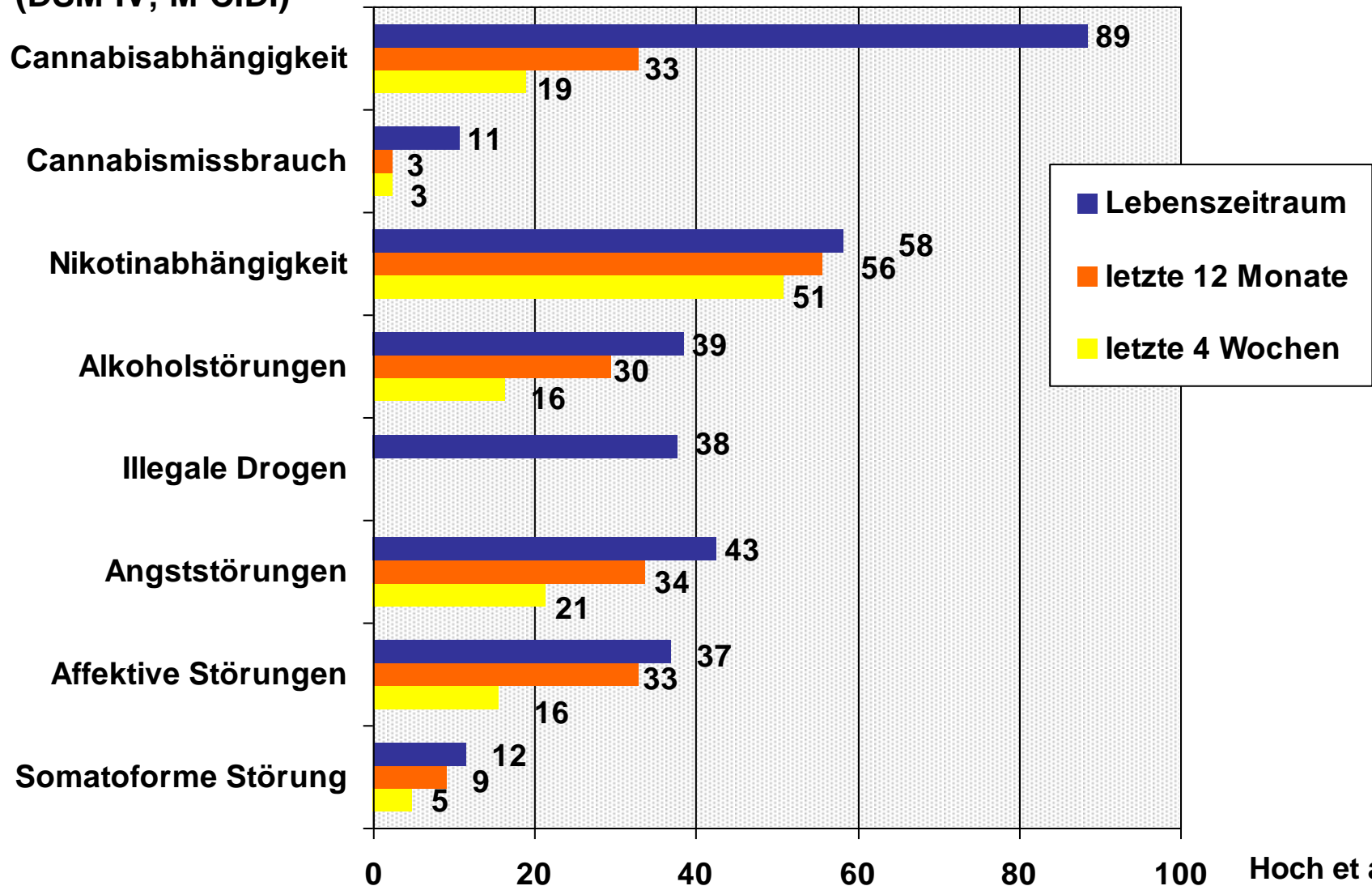
Anzahl komorbider psychischer Störungen
(DSM-IV; M-CIDI)



1.3 Cannabis und Komorbidität

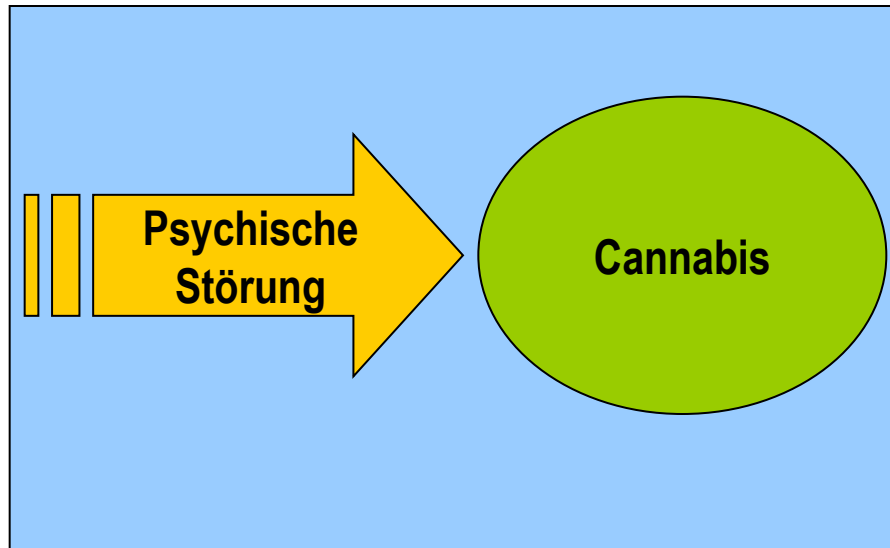
Komorbidität in der CANDIS-Studie (n=122 Patienten mit Cannabisstörung)

Häufigkeit psychischer Störungen
(DSM-IV; M-CIDI)



Störungsmodelle bei Doppeldiagnosen

Das Selbstmedikationsmodell

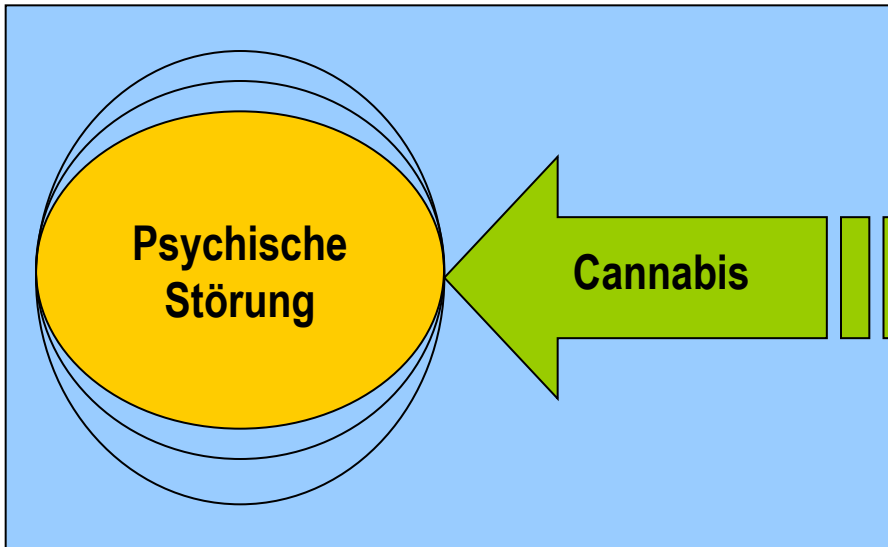


**Cannabiskonsum
als Folge einer psychischen Störung.**

**Selbstmedikationshypothese =
Cannabiskonsum soll psychische
Beschwerden, v.a. negative Gefühle
„lindern“**

Beispiel: Peter (28J., Maler), berichtet von mehreren schweren Schicksalsschlägen in der Biografie (Unfalltod des Vaters, Freitod der Schwester). Im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung der Mutter entwickelt er eine schwere depressive Episode (F 32.2) (Schuldgefühle, Traurigkeit, Interessenverlust, Inaktivität, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit). Cannabis „helfe“ ihm, sich abzulenken, die Stimmung zu verbessern, abends einzuschlafen und seinen Appetit zu steigern. Ein „Retter“ in der Not!

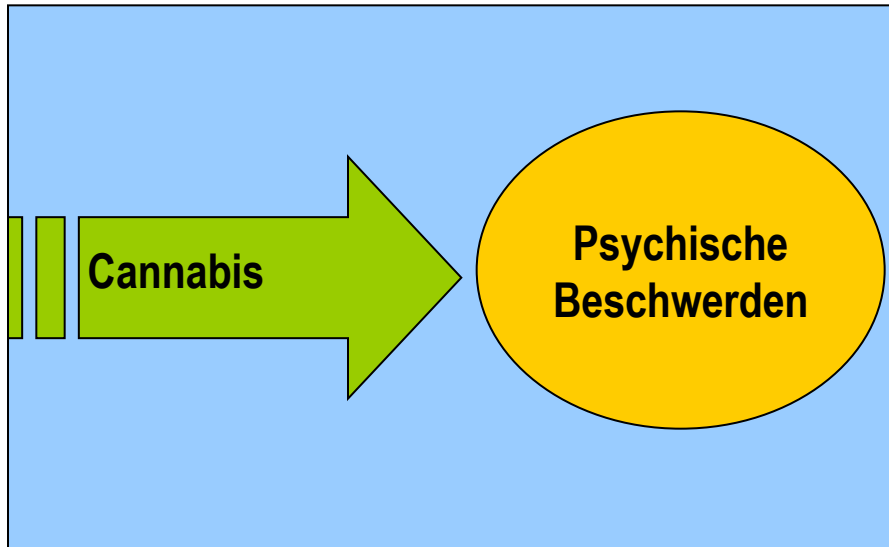
Das Exazerbationsmodell



**Cannabiskonsum
verschlechtert eine bereits bestehende
psychische Störung.**

Beispiel: Svenja (35 J., Diplom-Kauffrau) wird psychotherapeutisch wegen einer sozialen Phobie (F40.1) behandelt. Im Kontakt mit Kunden schwitze und erröte sie, könne keinen Blickkontakt halten, verspüre Übelkeit. Vor Besprechungen mit Vorgesetzten habe sie oft Angst, sich übergeben zu müssen. Der abendliche Cannabiskonsum beruhige sie dann, lindere ihre Ängste und lenke sie von „Katastrophengedanken“ ab. Am nächsten Morgen könne sie sich dann jedoch nicht richtig konzentrieren, sei „verspult“ und habe noch größere Angst, sich zu blamieren. Häufig melde sie sich krank. Die Ängste seien insgesamt deutlich stärker geworden.

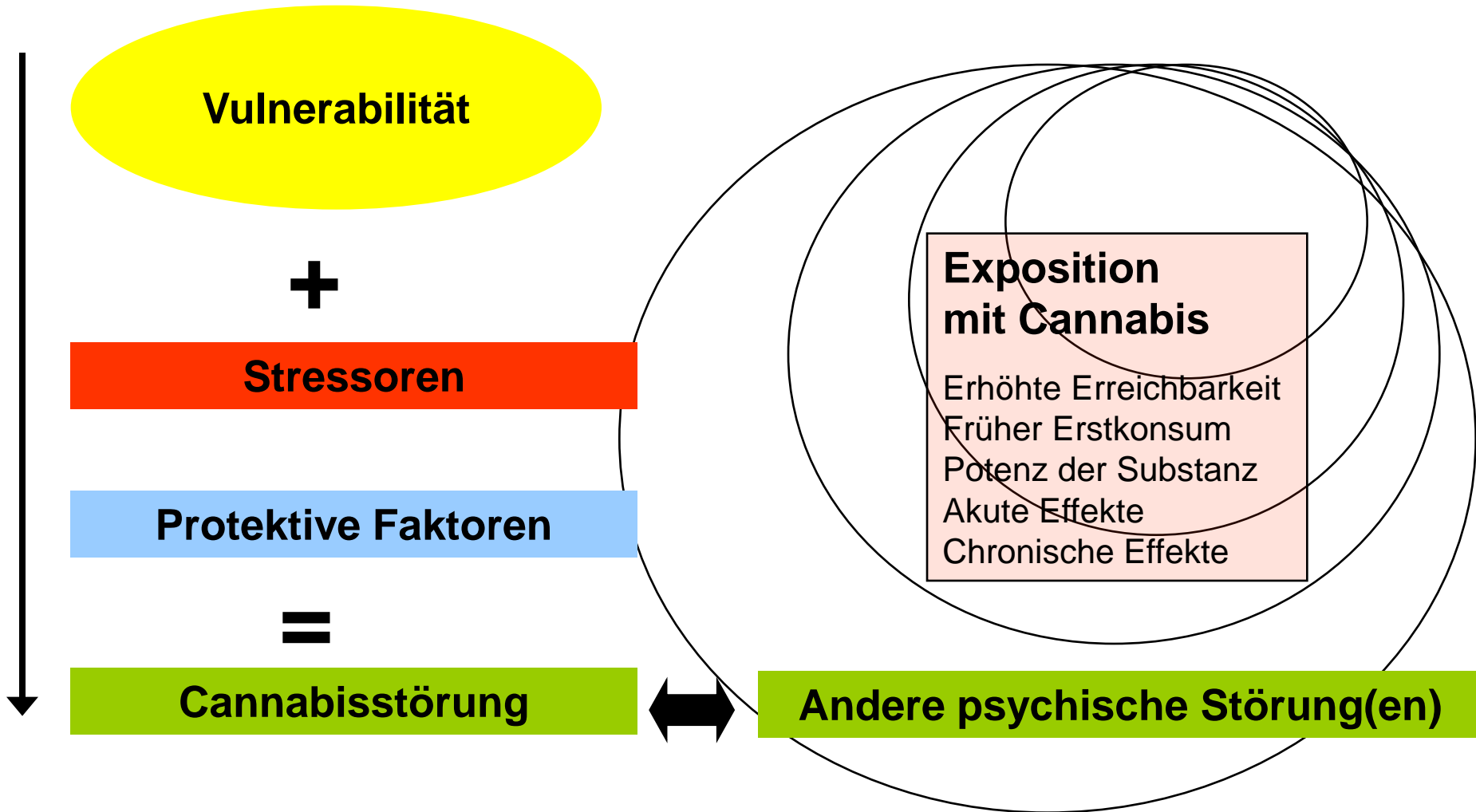
Das Suchtfolgemodell



Chronischer Cannabiskonsum bzw. Beendigung des Konsums löst psychische Beschwerden aus, die bei anhaltender Abstinenz vollständig remittieren.

Beispiel: Jan (18 J., Schüler) nimmt am CANDIS-Programm an der TU Dresden teil. Nach seinem Zieltag in Sitzung 4 stellt er den Cannabiskonsum (vorher 8-10 Bonges pro Tag) vollständig ein. Jan berichtet in der folgenden Sitzung von dysphorischer Stimmung, Antriebslosigkeit, Reizbarkeit und Ein- bzw. Durchschlafproblemen. Um den Beschwerden entgegenzuwirken, treibt Jan täglich Sport (Radfahren, Schwimmen, Fußball spielen). Seine Stimmung bessert sich darauf hin deutlich. Zwei Wochen später sind alle Beschwerden abgeklungen.

Komplexe Wechselwirkungen und multifaktorielle Modelle



Komplexe Wechselwirkungen und multifaktorielle Modelle

Beispiel: Miroslav (25 J., Abräumer in einer Diskothek) befindet sich seit fünf Jahren mit der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10, F20) in psychiatrischer Behandlung. Er berichtet aktuell folgende Symptome: Verfolgungswahn, Stimmenhören, Suizidgedanken, Antriebslosigkeit, innere Leere. Als Auslöser für die neue Krankheitsepisode sehen die Angehörigen den erneuten Cannabiskonsum des Patienten. Er selbst gibt an, dass er durch Cannabis mehr Klarheit im Denken bekomme. Es liegt keine Krankheitseinsicht bzw. Veränderungsmotivation vor.

2. Diagnostische Herausforderung

2. Diagnostische Herausforderung

Das Stellen der Diagnose bzw. Differentialdiagnose

- In den ersten Patientenkontakten kann es schwer sein, eine Diagnose bzw. Differentialdiagnose zu stellen: Akute Intoxikation? Entzugssymptome? Schädlicher Gebrauch? Abhängigkeit? Komorbide psychische Störung?
- Verleugnung oder Verharmlosung des problematischen Cannabiskonsums und seiner negativen psychosozialen Konsequenzen.
- Patienten vertrauen dem Therapeuten den Konsum illegaler Drogen häufig erst dann an, wenn eine gute therapeutische Allianz aufgebaut ist.
- Behandler verfügen oft über wenig spezifisches Störungswissen oder bagatellisieren Cannabiskonsum („Der Patient kifft zum Glück „nur“ ...“)



Zur sorgfältigen diagnostischen Abklärung mehrere Informationsquellen nutzen: Anamnese, Fremdanamnese, Drogentest, Fragebögen, diagnostische Interviews, Screenings!

2. Diagnostische Herausforderung

Die Anamnese

Themenbereiche	Fragestellungen
Anlass der Behandlung und Motivation	Gründe für Aufsuchen der Therapie
	Eigene Ziele, Motivation
Konsumgeschichte	Erstkontakt mit Cannabis, Erfahrungen
	Konsumverhalten (Einnahmeform, Frequenz, Menge, Wirkung, positive und negative Konsequenzen)
	Konsumfreie Zeiten (Anlass, Maßnahmen, Dauer, Verlauf, positive Erfahrungen)
	Rückfälle (Auslöser, Verlauf, Beschwerden)
Aktuelles Konsumverhalten	Frequenz, Menge, Situationen
Vorbehandlungen	Art und Dauer
	Verlauf (Erfolge, Abbruchgründe)
Allgemeine Lebenssituation	Berufliche Situation (Probleme, Erfolge, Ziele, Wünsche)
	Freizeit (Interessen, Hobbys, Talente, Stärken) – aktuell, früher
	Familie und andere wichtige Bezugspersonen (Kontakt, Probleme, Substanzkonsum, Einstellung zu Cannabiskonsum des Patienten, soziale Unterstützung)
	Gesundheitszustand (Beschwerden, Krankheiten, Zusammenhang mit Cannabiskonsum)

Instrumente zur Diagnostik und Differentialdiagnostik

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID) (Wittchen et al., 1997)

- **Strukturiertes Interview zur Erfassung der häufigsten psychischen Störungen**
- **DSM-IV Kriterien**
- **Explizite Auswertungsregeln liegen vor**
- **Anwendung dieses Interviews setzt klinisch-psychiatrische Erfahrungen sowie Kenntnis des zugrunde liegenden Klassifikationssystems (DSM-IV) voraus.**

Diagnostisches Interview für psychische Störungen (DIPS) (Schneider & Margraf, 2006)

- **Strukturiertes Interview nach DSM-IV-TR Klassifikationssystem**
- **Erfasst wichtigste psychische Störungen**
- **Fragen sind vorgegeben, können aber umformuliert werden**
- **Anwendung setzt klinische Erfahrungen voraus.**

Instrumente zur Diagnostik und Differentialdiagnostik

Checklisten

- **Merkmalslisten zur Erhebung psychischer Störungen**
- **Anwender steht es frei, mit welchen Fragen und Methoden er diese Merkmale erfasst**
- **Effiziente und umfassende Beurteilung des psychopathologischen Befunds**
- **Setzen jedoch umfangreiche klinische Kenntnisse und Erfahrungen voraus**
- **Bekannte Verfahren:**
Münchener Diagnose-Checkliste (MDCL, Bronisch et al., 1992) sowie die Internationalen Diagnose-Checklisten für ICD-10 und DSM-IV (ICDL, Hiller et al., 1995, 1997).

Instrumente zur Diagnostik und Differentialdiagnostik

European Addiction Severity Index (Europ-ASI)

- **Semistrukturiertes Interview zur Erfassung des aktuellen substanzbedingten Behandlungsbedarfs (alle Substanzklassen).**
- **7 Problembereiche**
Körperlicher Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, Alkohol- und Drogengebrauch, rechtliche Situation, Familie und Sozialbeziehungen, psychischer Status.
- **Schweregradrating der Behandlungsbedürftigkeit aus Sicht des Patienten und des Interviewers.**
- **Composite Scores: Zusammenfassendes Maß über Störungen in den einzelnen Lebensbereichen.**
- **Befriedigende psychometrischen Eigenschaften** (Weiler et al., 2000; Scheurich et al., 2000)

2. Diagnostische Herausforderung

Instrumente zur Diagnostik und Differentialdiagnostik

Fragebogen zu cannabisbedingten Problemen

- Übersetzung und Erweiterung der „Marijuana Problem Scale“ von Stephens et al. (2002)
- Erfasst 28 verschiedene Probleme im Zusammenhang mit Cannabiskonsum
- Dreistufige Ratingskala (kein, geringes oder ernstes Problem) zur Einschätzung

Fragebogen Cannabisbedingte Probleme

Im Folgenden sind verschiedene Probleme aufgelistet, die aufgrund des Cannabiskonsums entstanden sein könnten. Kreuzen Sie bitte an, ob die nachfolgenden Punkte im vergangenen Monat Probleme für Sie waren.

Cannabiskonsum hat folgende Probleme verursacht...	kein Problem	geringes Problem	ernstes Problem
1. Probleme zwischen Ihnen und Ihrem Partner (Freund, Freundin)			
2. Probleme in Ihrer Familie			
3. die Vernachlässigung Ihrer Familie			
4. Problemen zwischen Ihnen und Ihren Freunden			
5. das Versäumen von Schul- oder Arbeitstagen			
6. Verlust einer Arbeitsstelle			
7. geringere Produktivität			
8. körperliche Probleme			
9. Entzugssymptome			
10. Blackouts oder Flashbacks			
11. Gedächtnisschwierigkeiten			
12. Schlafstörungen			

2. Diagnostische Herausforderung

Instrumente zur Diagnostik und Differentialdiagnostik

Die Severity of Dependence Scale (SDS) (Gossop et al., 1995)

- Screeningverfahren zur Einschätzung der psychologischen Komponente der Abhängigkeit
- Dauer: 1 Minute
- Selbstbeurteilungsinstrument bestehend aus fünf Fragen
- Einschätzung auf 4-Punkte-Skala (0-3)
- Der Gesamtpunktwert kennzeichnet Schweregrad der Abhängigkeit (Addition der fünf Einzelwerte)
- hohe Werte kennzeichnen stärkeres Ausmaß der subjektiv eingeschätzten Abhängigkeit
- Validierung an verschiedenen Stichproben mit dem Nachweis guter psychometrische Eigenschaften

Die folgenden Fragen betreffen Ihren Drogenkonsum vor Beginn der CANDIS-Therapie. Schätzen

Sie bitte ein, welche Antwort am ehesten auf Sie zutrifft.

	Niemals oder fast niemals	manchmal	oft	Immer/ fast immer
1. Denken Sie, dass Ihr Cannabiskonsum außer Kontrolle war?				
2. Hat es Sie beunruhigt/verängstigt, wenn Ihnen Cannabis ausging und Sie merkten, dass Sie nicht so schnell an neuen Stoff herankommen würden?				
3. Haben Sie sich jemals Sorgen über Ihren Cannabiskonsum gemacht?				
4. Haben Sie sich gewünscht, aufhören zu können?				
	Nicht schwierig	Etwas schwierig	Sehr schwierig	unmöglich
5. Wie schwierig empfanden Sie es, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören oder für eine längere Zeit nichts zu nehmen?				

2. Diagnostische Herausforderung

Instrumente zur Diagnostik und Differentialdiagnostik

Fragestellung	Instrument
Abstinenzzuversicht	Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (Heisa-38, Heisa-16) dienen zur Erfassung der Zuversicht abhängiger Drogenkonsumenten <u>abstinenzgefährdende</u> Situationen ohne das bisherige Suchtmittel bewältigen zu können. (Gantner et al., 1998)
Veränderungsmotivation	Veränderungsstadien-Skala (VSS): Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsstadien nach <u>Prochaska und DiClemente</u> (Heidenreich et al., 2003)
Psychische Beschwerden	Symptom-Checkliste von <u>Derogatis</u> (SCL-90): Fragebogen misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person während der letzten 7 Tage. (Franke, 2002) Beschwerdeliste: Fragebogen zur quantitativen Abschätzung subjektiver Beeinträchtigungen va. körperlicher Art. (<u>Zersen</u> , 2002)
Depressivität	Beck Depressions-Inventar (BDI): Der Fragebogen bildet den aktuellen Schweregrad depressiver Symptome ab. (<u>Hautzinger</u> et al., 1995)

Zuverlässige Diagnosestellung durch Abstinenzsicherung

Abstinenz von Cannabis

```
graph TD; A[Abstinenz von Cannabis] --> B[Psychische Störung bildet sich spätestens nach mehrwöchiger Abstinenz von Cannabis zurück]; A --> C[Psychische Störung bestand vor der Cannabisproblematik und bildet trotz Abstinenz nicht zurück]; B --> D[Cannabisintoxikation, Cannabisentzug oder Cannabisinduzierte Störung]; C --> E[Doppeldiagnose];
```

Psychische Störung bildet sich spätestens nach mehrwöchiger Abstinenz von Cannabis zurück

Psychische Störung bestand vor der Cannabisproblematik und bildet trotz Abstinenz nicht zurück

Cannabisintoxikation,
Cannabisentzug oder
Cannabisinduzierte Störung

Doppeldiagnose

3. Behandlung von Cannabisstörungen

3.1 Behandlungsmöglichkeiten

Pharmakotherapie

Internationaler Kenntnisstand: Pharmakotherapie

Hintergrund:

- **Bisher existieren wenige Studien zur Pharmakotherapie bei Cannabisstörungen.**
 - Tierversuche
 - Wenige Laborstudien am Menschen
 - Wenige klinische Studien am Menschen
 - Kein RCT mit behandlingssuchenden Patienten veröffentlicht
 - Kein Medikament ist zur Behandlung von Cannabisstörungen zugelassen!
- **Es wurden Medikamente untersucht: a.) zur Reduktion von Entzugssymptomen, b.) zur Beeinflussung des Endocannabinoidsystems, c.) zur Therapie von Komorbidität oder d.) mit Wirksamkeit bei anderen Drogen** Copeland & Swift (2010), Hart (2005), Nordstrom (2008), Vandrey & Haney (2009), Weinstein & Gorelick (2011).
- **Erstes systematisches Review wird aktuell von der Cochrane Collaboration erarbeitet („Pharmacotherapies for cannabis withdrawal“; Kushani S Marshall, Linda Gowing, Robert Ali, Protocoll January 2011).**

3.1. Behandlungsmöglichkeiten

Beispiele für untersuchte Medikamente zur Pharmakotherapie

Autor, Jahr	Medikation	Ergebnisse
Cornelius et al. (1999) RCT am Menschen Klinische Studie	Fluoxetin (SSRI Behandlung von Entzugssymptomen)	Reduzierte in einer Stichprobe von alkohol- und cannabisabhängigen Patienten mit Depressionen Anzahl und Menge des Cannabiskonsums
Haney et al. (2001) RCT am Menschen Laborstudie	Bupropion RE (Antidepressivum zur Behandlung von Entzugssymptomen)	Verschlechterte Symptome wie Irritierbarkeit, Unruhe, Depressionen, Schlafstörungen
Huestis et al. (2001) RCT am Menschen Laborstudie	SR141716 Selectiver CB1 Cannabinoid Rezeptor Antagonist (Rimonabant) (zur Behandlung von Intoxikationseffekten)	Blockierte teilweise die akuten Effekte von Cannabis [Ursprünglich zur Gewichtsreduktion und Tabakentwöhnung entwickelt, wegen schweren Nebenwirkungen und Todesfällen 2008 vom Markt genommen!]
Hart et al. (2002) Placebo-kontrollierte Studie am Menschen	Orales THC (0-20mg, 4x/Tag, 3 Tage) (synthetisches Cannabinoid Dronabinol)	Keine Effekte auf die Selbstverabreichung von Cannabis
Haney et al. (2001) RCT am Menschen Laborstudie	Orales THC (10 mg, 5x/Tag, 6 Tage) (synthetisches Cannabinoid Dronabinol)	Reduktion von Craving, Anxiety, Unwohlsein, Schüttelfrost, Schlafstörungen, Anorexie und Gewichtsverlust

3.1 Behandlungsmöglichkeiten

Beispiele für untersuchte Medikamente zur Pharmakotherapie

Autor, Jahr	Medikation	Ergebnisse
Haney et al. (2003) RCT am Menschen Laborstudie	Nefazodon (Antidepressivum zur Behandlung von Entzugssymptomen)	Reduzierte Ängste und Muskelschmerzen, hatte jedoch keinen Einfluss auf die Cannabissymptomatik
Haney et al. (2003) RCT am Menschen Laborstudie	Naltrexon Opioid Rezeptor Antagonist	Erhöhte die angenehmen Effekte von hochdosiertem oralen THC ohne den Blutspiegel zu erhöhen
Tirado et al. (2008) RCT am Menschen Laborstudie	Atomoxetin (Selektiver Wiederaufnahme- hemmer von Noradrenalin -> ADHS) zur Behandlung der kognitiven Beeinträchtigungen durch chronischen Cannabiskonsum	Blockierte teilweise die akuten Effekte von Cannabis Mehrzahl der Probanden erlebte leichte bis mittelschwere unerwünschte Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit.
Winstock et al. (2008) Open-label Studie am Menschen	Lithiumcarbonat (Lithiumsalz zur Behandlung bipolarer Störungen, Manie, Depressionen, Phasenprophylaktikum, zur Steigerung der Wirksamkeit)	Gute Abstinenzraten, Reduktion bei depressiven und Angstsymptomen sowie cannabisbedingten Problemen
Haney et al. (2008) RCT am Menschen Laborstudie	Orales THC (Dronabinol) alleine (20mg, 3x/Tag, 8 Tage) oder in Kombination mit Lofexedin	Weniger Unruhe, Schüttelfrost und Anorexie; mehr Drogeneffekte, Verlangen nach Drogen, Irritabilität, Sedierung

3.2 Behandlungsmöglichkeiten

Psychosoziale Interventionen

Internationaler Kenntnisstand: Psychosoziale Interventionen

Hintergrund:

- Internationale und deutsche Suchthilfe war traditionell auf die Behandlung von Störungen durch Alkohol und „harte“ Drogen (Opiate!) ausgerichtet.
- Lange wurde diskutiert, ob Cannabiskonsum überhaupt zu einer Abhängigkeit (v.a. körperlichen Abhängigkeit mit Toleranz und Entzugssymptomen) führen kann (Farrell, 1999; Smith, 2002).
- Vielzahl von experimentellen, klinischen und epidemiologischen Studien belegt die Existenz der Cannabisabhängigkeit (Budney et al., 2001, 2004, 2006; Nocon et al., 2006; Sydow et al., 2003; Tanda & Goldberg, 2003).
- Die vermutlich erste cannabisspezifische Therapie wurde in Nigeria entwickelt (Morakinyo, 1983): Aversionstherapie (Kochsalzlösung & Foto vom eigenen Cannabiskonsum) bei 9 Männern mit Psychosen.

Internationaler Kenntnisstand: Psychosoziale Interventionen

Hintergrund:

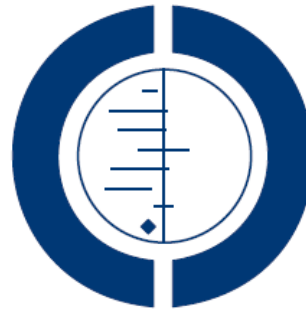
- **Zweite unkontrollierte Studie zur Aversionstherapie bei 22 Cannabiskonsumenten** (Smith et al. 1988): **Schnelles Rauchen von THC-freiem Cannabis mit gleichzeitig verabreichten Elektroschocks. Ergebnis nach 1 Jahr: 79% abstinent, große Konsumreduktion (Selbstberichte).**
- **Erste randomisiert-kontrollierte Therapiestudie wurde in den USA von der Arbeitsgruppe um Stephens (1994) entwickelt.**
- **In Deutschland wurden ab 2004 cannabisspezifische Interventionen im Rahmen von Forschungsprojekten entwickelt, evaluiert und in die Praxis transferiert** (DBDD 2011; Hoch et al., 2007).
- **Erstes systematisches Review zur Therapie von Cannabisstörungen wurde 2006 von einer französischen Forschergruppe in der Cochrane Drugs and Alcohol Group veröffentlicht** (Denis et al., 2006).

3.2 Behandlung von Cannabisstörungen

Ein Systematisches Review bei der Cochrane Library

Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings (Review)

Denis C, Lavie E, Fatseas M, Auriacombe M



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2009, Issue 1

<http://www.thecochranelibrary.com>



Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings (Review)
Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

3.2 Behandlung von Cannabisstörungen

Ein Systematisches Review bei der Cochrane Library

Autor, Jahr, Land	Teilnehmer	Interventionen
Stephens et al. (1994) USA	N=212 Alter: 18-65	a) 10 Wochen: Rückfallprophylaxe (Gruppe) b) 10 Wochen: Soziale Unterstützung (Gruppe) Deutliche Besserung, keine Intervention überlegen
Stephens et al. (2000) USA	N=291 Alter m=34	a) 14 Sitzungen: Rückfallprophylaxe & soziale Unterstützung (Gruppe) b) 2 Sitzungen: MET c) Warte-KG Deutliche Besserung, keine Intervention überlegen
a) Stephens et al. (2002) b) MTPRG (2004) USA	N=450 Alter m=36	a) 9 Sitzungen: MET, CBT, Case Management b) 2 Sitzungen: MET c) Warte-KG Deutliche Besserung, Intervention a) etwas überlegen
Copeland et al. (2001) Australia	N=229 Alter m=32	a) 6 Sitzungen: MI, CBT b) 1 Sitzung: MI, Selbsthilfebuch CBT c) Warte-KG Deutliche Besserung, Intervention a) etwas überlegen
Budney et al. (2000) USA	N=60; Alter m=32	a) 4 Sitzungen: MET b) 14 Sitzungen: MET, CBT c) 14 Sitzungen: MET, CBT, Kontingenzmanag. Überlegenheit von Intervention c.)
Sinha et al. (2003) USA	N=65; Alter: 18-25	a) 3 Sitzungen: MET b) 3 Sitzungen: MET, Kontingenzmanagement

WarteKG = Wartekontrollgruppe; CBT= kognitive Verhaltenstherapie; MET und MI = Therapie zur Motivationssteigerung

Ein Systematisches Review bei der Cochrane Library

Ergebnisse:

- 1. Abstinenzraten sind in Interventionsgruppen deutlich höher (Therapieende: 20 - 40%) als in den Kontrollgruppen (0 - 9%) und fallen in Katamnesen ab (8-16 Monaten: 15 - 22%).**
- 2. Deutliche Reduktion des Cannabiskonsums, die auch noch in längeren Follow-Ups (bis zu 16 Monate) nachweisbar war.**
- 3. Besserung von cannabisbedingten Problemen, die in der Regel mit der Abhängigkeitsschwere korrelierten.**
- 4. Keine Intervention war einer Vergleichsintervention deutlich überlegen. Ausnahme: Kontingenzmanagement!**
- 5. Tendenz: Kombination aus CBT und MET in höherer Stundenzahl (≥ 9) ist wirkungsvoller als kurze MET.**

Ein Systematisches Review bei der Cochrane Library

Schlussfolgerungen

1. Kurzinterventionen sind effektiv zur Behandlung von Cannabisstörungen.
2. Motivationsförderung zeigt moderate Wirksamkeit.

Kritik an den bisherigen Studien

1. Methodische Schwächen: Dauer und Art der Intervention sind konfundiert.
=> Fragen zur optimalen Dauer und Komponenten nicht beantwortbar!
2. Alle Studien stammen aus USA/Australien und wurden meist an männlichen Cannabisabhängigen durchgeführt (> 30 Jahre).
3. Komorbidität wurde explizit aus den Studien ausgeschlossen (trotz hoher Prävalenz!)
4. Interventionen wurden unter Forschungsbedingungen in wenigen Studienzentren durchgeführt.

=> Inwieweit sind diese Ergebnisse übertragbar?

3.3. Das CANDIS-Programm

Zielgruppe, Interventionen, Wirksamkeit

Zielgruppe

Indikation

1. Primäre Cannabisproblematik
2. Mindestalter von 16 Jahren
3. Intaktes soziales Umfeld
4. Bereitschaft zur Teilnahme an einer ambulanten Therapie
5. Durchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit
6. Ausreichende berufliche und soziale Integration

Kontraindikation

1. Alter unter 16 Jahren
2. Aktuelle *schwere* Alkoholabhängigkeit (v.a. mit Entzugssymptomen)
3. Abhängigkeit von illegalen Drogen
4. Gegenwärtige Medikation mit psychotropen Substanzen
5. *Schwere* Intoxikation durch Opiate und Stimulantien
6. *Schwere* psychiatrische Erkrankungen (z.B. Psychosen) und akute Suizidalität
7. *Schwere* Lernstörungen oder neurologische Defekte

Ziele der CANDIS-Therapie

**Dauerhafte Abstinenz
in Zufriedenheit**

**Adäquates und effizientes Lösen
von psychischen und sozialen Problemen**

**Abstinenz anstreben, Cannabiskonsum einstellen,
Rückfallprophylaxe**

**Therapie akzeptieren und
regelmäßig an der Behandlung teilnehmen**

Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum erkennen

Therapiezielhierarchie

Die drei Module der CANDIS-Therapie

1. Therapie zur Motivationssteigerung (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 zu und Umgang mit komorbiden Störungen (Alkohol, Drogen, Angst, Depression, Psychosen)

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 Reduktion des Cannabiskonsums darstellen

Die Therapiesitzungen (10 Sitzungen à 90 Minuten)

Sitzungen

- Sitzung 1: Rückmeldung zur Diagnostiksitzung & Aufbau von Veränderungsmotivation**
- Sitzung 2: Förderung der Veränderungsmotivation**
- Sitzung 3: Verstehen eigener Konsummuster**
- Sitzung 4: Vorbereitung des Zieltages**
- Sitzung 5: Nachbesprechung des Zieltages und Umgang mit Verlangen nach Cannabis**
- Sitzung 6: Rückfallprophylaxe**
- Sitzung 7: Problemlösen I**
- Sitzung 8: Problemlösen II**
- Sitzung 9: Komorbidität**
- Sitzung 10: Soziale Kompetenz und Abschluss der Therapie**



Hoch et al. (2011)

Struktur der Therapiesitzungen

Alle 10 Sitzungen haben eine identische Struktur:

- 1. Begrüßung und Verlaufsdocumentation**
- 2. Einführung in die Sitzung**
- 3. Besprechung der Hausaufgaben**
- 4. Bearbeitung des entsprechenden Therapiethemas**
- 5. Vergabe von Hausaufgaben**
- 6. Zusammenfassung, Ausblick und CANDIS-Blitzlicht**
- 7. Abschließende Evaluation der Therapiesitzung**

**Hilfreich, da
die Patienten
häufig
„strukturlos“
sind!**

Sitzung 1: Psychoedukation & Aufbau von Veränderungsmotivation

- Ziele:**
- 1. Aufbau von Veränderungsmotivation**
 - 2. Rückmeldung zur Diagnostiksituation**

Ablauf der Sitzung:

- 1. Begrüßung und Verlaufsdokumentation**
- 2. Einführung in die Sitzung**
- 3. Informationen über Wirkung und Folgen der Substanz Cannabis vermitteln**
- 4. Entstehungsmechanismen einer Cannabisabhängigkeit erklären**
- 5. Vorliegende Konsummuster, Missbrauchs bzw. Abhängigkeitskriterien rückmelden**
- 6. Zusammenfassung, Ausblick und CANDIS-Blitzlicht**
- 7. Abschließende Evaluation der Therapiesitzung**

Sitzung 2: Vorteilsanalyse - Förderung der Veränderungsmotivation

Ziel: Förderung der Veränderungsmotivation

Ablauf der Sitzung:

1. Begrüßung und Verlaufsdocumentation
2. Einführung in die Sitzung
3. Vorteile des Cannabiskonsums bzw. der Abstinenz (ggf. Reduktion des Cannabiskonsums) [AB: Waagschale]
4. Bilanzierung: Beide Motivgruppen gegeneinander abwägen
5. Konkrete und persönliche Zielbestimmung
6. Zusammenfassung, Ausblick und CANDIS-Blitzlicht

Sitzung 3: Verstehen eigener Konsummuster

- Ziel:**
1. Verständnis für auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen des Cannabiskonsums
 2. Förderung von Veränderungsmotivation

Ablauf der Sitzung:

1. Begrüßung und Verlaufsdocumentation
2. Einführung in die Sitzung
3. Verstehen eigener Konsummuster [AB „Eigene Konsum verstehen“]
 - Auslöser-Analyse und Veränderungsstrategien des Cannabiskonsums
 - Verhaltensanalyse des Cannabiskonsum
 - Individuelles Entstehungsmodell der Cannabisabhängigkeit
4. Hausaufgabe: Ergänzung der Auslöser-Analyse und Verhaltensanalyse
5. Zusammenfassung, Ausblick und CANDIS-Blitzlicht
6. Abschließende Evaluation der Therapiesitzung

Verstehen eigener Konsummuster (Verhaltensanalyse)

Situation	Gedanken	Emotion	Verhalten	Körper	Positive Folgen	Negative Folgen
Komme nach Hause, Streit mit Chef, bin frustriert und geschafft von Arbeit	„Warum werde immer ich kritisiert?“ „Ich muss was rauchen um erst mal runter zu kommen.“	Ärger	Rufe Dealer an und besorg mir neues Gras, wieder zu Hause rauche ich	Anspannung Innere Unruhe	Angenehmes Gefühl Kann Frust von Arbeit vergessen Komme zur Ruhe	Kann mich zu nichts mehr aufraffen – hänge nur zu Hause rum Bin am Abend noch schlechter gelaunt Muss mehr rauchen



Sitzung 4: Vorbereitung des Zieltags

- Ziele:**
- 1. Konkrete, individuelle Planung des Zieltages**
 - 2. Aufbau von Alternativverhalten**

Ablauf der Sitzung:

- 1. Begrüßung und Verlaufsdocumentation**
- 2. Einführung in die Sitzung**
- 3. Konkrete Vorbereitung des Zieltages**
- 4. Entwicklung von Veränderungsstrategien [AB „Veränderungsvertrag“, „Veränderungsstrategien“, Infoblatt „Strategien zur Unterstützung“]**
 - Analyse der Auslöser
 - Auswahl und Besprechung von alternativen Verhaltensweisen
 - Informationen über mögliche Entzugerscheinungen und Bewältigungsstrategien
- 5. Selbstverstärkung, Belohnung**
- 6. Klärung offener Fragen / Befürchtungen**
- 7. Zusammenfassung, Ausblick und CANDIS-Blitzlicht**



Verhalten

- ☞ **Verändern Sie Ihre Umgebung:** Entfernen Sie alle Cannabisvorräte und Rauchutensilien.
- ☞ Suchen Sie sich **Unterstützung** bei abstinenten Freunden / Verwandten.
- ☞ **Versuchungen vermeiden:** Halten Sie anfangs wenn möglich Abstand von Freunden mit denen Sie gewöhnlich Cannabis konsumierten und Orten, die Sie daran erinnern.
- ☞ **Angenehme Aktivitäten.** Planen Sie Ihre freie Zeit mit angenehmen Aktivitäten (siehe Liste – Rückseite)
- ☞ **Tagesplanung:** Versuchen Sie im Voraus Ihren Tag zu planen (Kalender!). So vermeiden Sie unnötige Risikosituationen.
- ☞ Versuchen Sie Ihren bisherigen **Lebensstil** zu ändern.
 - Achten Sie auf gesunde Ernährung (viel Obst und Gemüse, ausreichend trinken – mind. 2 l / Tag)
 - Schlafen Sie ausreichend aber nicht zuviel (6-8h).
 - Probieren Sie etwas Neues aus! Z.B. neue Kleidung/Frisur; Neugestaltung Wohnung/Zimmer.



Gedanken

- ☞ **Gedankenstopp:** Wenn Ihre Gedanken immer wieder um Cannabis kreisen, setzen Sie Ihnen ein STOP, indem Sie etwas dagegen setzen.
 - Probieren Sie aus, was Ihnen am besten dabei hilft: kräftig mit dem Fuß aufstampfen? laut STOP rufen? Ein Gummibändchen am Handgelenk tragen und schnipsen, bis ein Schmerzreiz entsteht? An ein besonders schönes Erlebnis in der Vergangenheit denken? Imagination? (Basteln Sie sich ein Bild, das Sie jederzeit wieder aktivieren können, z.B. vom perfekten Tag)
 - Denken Sie an die Ziele, die Sie sich gesetzt haben und die Vorteile der Abstinenz.
- ☞ **negative Gedanken:** Hinterfragen Sie diese Gedanken! Und setzen Sie diesen Gedanken positive Gedanken entgegen
 - Stimmt das wirklich?
 - Wie wahrscheinlich ist das...?
 - Ich schaffe das!
 - Ich bin stark genug!
- ☞ **Vorstellungen:** Stellen Sie sich als eine Person vor, die kein Cannabis mehr konsumiert. Sie sind: zufrieden, gesund, Sie haben sich selbst unter Kontrolle, ein neues Leben beginnt!



Liste angenehmer Aktivitäten:

Kontakt und Geselligkeit	Hobbys
<ul style="list-style-type: none"> • Freunde/Bekannte/Verwandte einladen • In Club/Kneipe/Restaurant gehen • Tanzen gehen • Auf ein Fest gehen • Unternehmungen/Ausflüge • Gesellschaftsspiele • In einem Verein mitarbeiten • Sich ehrenamtlich engagieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Fotografieren/Filmen • Sammeln von etwas • Malen/Zeichnen • Basteln/Handarbeiten/Töpfen • Pflanzen/Gartenarbeit • Musik hören • Ein Instrument spielen oder lernen • Etwas Besonderes kochen
Kultur und Bildung	Sport und Bewegung
<ul style="list-style-type: none"> • Ins Konzert gehen • Theaterbesuch • Ins Kino gehen • Besuch von Ausstellungen/Museen • Einen Vortrag anhören • Ein Buch lesen • Einen Kurs bei der VHS belegen • Sportveranstaltungen besuchen 	<ul style="list-style-type: none"> • Spazierengehen/Wandern/Joggen • Tennis/Tischtennis/Squash • Kampfsportarten (Karate, Judo, Taekwondo etc.) • Radfahren/Inlineskaten • Ballsportarten • Yoga/Meditation/Tai Chi • Angeln • Schwimmen gehen
Sonstiges	Sonstiges
<ul style="list-style-type: none"> • In die Sauna/Dampfbad gehen • Tiere beobachten/in den Zoo gehen • In der Sonne sitzen • Zum Frisör gehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Anderen helfen • Einen Urlaub planen und machen • Einen Kuchen backen • In der Stadt bummeln gehen • In der Bücherei/Videothek etwas ausleihen • Im Café Zeitung lesen

Ihre Vorschläge:

Sitzung 5: Nachbesprechung des Zieltages & Umgang mit Verlangen nach Cannabis

- Ziele:**
- 1. Nachbesprechung des Zieltages**
 - 2. Umgang mit Craving**

Ablauf der Sitzung:

- 1. Begrüßung und Verlaufsdokumentation**
- 2. Einführung in die Sitzung**
- 3. Nachbesprechung des Zieltages**
- 4. Entzugsbeschwerden und Bewältigungsstrategien**
- 5. Verlangen: Entstehung, Auslöser und Bewältigung**
 - Persönliche Erfahrungen mit Verlangen [AB Verlaufs des Verlangens]
 - Grundlegende Informationen über das Entstehen von Verlangen
 - Erarbeitung und Auflistung von Auslösern des Verlangens [AB Dem Verlangen auf der Spur]
 - Erarbeitung verschiedener Möglichkeiten der Bewältigung von Verlangen
- 6. Zusammenfassung, Ausblick und CANDIS-Blitzlicht**
- 7. Abschließende Evaluation der Therapiesitzung**

Arbeitsblatt 5A Verlauf des Verlangens

Stärke des Verlangens



Zeit

Sitzung 6: Rückfallprophylaxe

Ziel: Rückfallprophylaxe

Ablauf der Sitzung:

1. Begrüßung und Verlaufsdocumentation
2. Einführung in die Sitzung
3. Psychoedukation Rückfall & Hierarchie von potentiellen Rückfallsituationen
4. Der individuelle Notfallplan:
 - Was tun bei einem Rückfall?
 - Hilfe und soziale Unterstützung suchen
 - Wiedergewinnen der Abstinenzzuversicht
 - Notfallplan und Rückfallprotokoll [AB „Mein persönlicher Notfallplan“]
5. Hausaufgabe: AB „Mein persönlicher Notfallplan“ durchsehen und erweitern
6. Zusammenfassung, Ausblick und CANDIS-Blitzlicht
7. Abschließende Evaluation der Therapiesitzung



Sitzung 7 und 8: Problemlösetraining

Ziel: Effektives Lösen von psychischen und sozialen Problemen



Ablauf der Sitzung:

- 1. Begrüßung und Verlaufsdocumentation**
- 2. Einführung in die Sitzung**
- 3. Die Bedeutung des Problemlösens & Darstellung der Problemlöseschritte**
- 4. Schritte des Problemlösetrainings: Bearbeiten aktueller Probleme**
 - Identifizieren von Problemen
 - Formulierung der zu erreichenden Ziele [AB Problemlöseplan]
 - Finden und Beurteilung von Lösungsansätzen [AB Brainstorming Lösungsansätze]
 - Auswahl der erfolgversprechendsten Alternative
 - Aufstellung eines detaillierten Plans zur Umsetzung der Lösungsalternative [AB Plan]
[- Evtl. Rollenspiel]
- 5. Hausaufgabe: Problemlösen**
- 6. Zusammenfassung, Ausblick und CANDIS-Blitzlicht**
- 7. Abschließende Evaluation der Therapiesitzung**

Sitzung 9: Cannabis und Komorbidität

(Alkohol/Drogen, Depression, Ängste, Psychosen)

Ziele: Umgang mit Komorbidität

Ablauf der Sitzung:

1. Begrüßung und Verlaufsdokumentation
2. Einführung in die Sitzung
3. Psychoedukation: Konsum von Alkohol und Drogen als
 - a. Risiko für Rückfall: Konsum anderer Substanzen als konditionierter Auslösereiz für Cannabiskonsum (KK)
 - b. Risiko für Suchtverlagerung: Möglichkeiten der Suchtverlagerung im Rahmen einer Therapie der Cannabisprobleme
 - c. Aufbau einer Veränderungsmotivation des Konsums anderer Drogen!

Sitzung 9: Cannabis und Komorbidität

(Alkohol/Drogen, Depression, Ängste, Psychosen)

4. Psychoedukation: Psychische Komorbidität und Cannabis

a) Ängste, Depression und Cannabis

- Wann ist Angst oder Niedergeschlagenheit „normal“, wann pathologisch?
- Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum, Depression und Angst
- Individueller Teufelskreis (Depression-Cannabis, Angst-Cannabis)

b) Psychosen und Cannabis

- Welche psychotischen Symptome kennt der Patient (z.B. Denkstörungen Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen)? Wann liegt eine akute Cannabisintoxikation vor? Wann spricht man von einer drogenbedingten psychotischen Störung? Psychiatrische Abklärung dringend anzuraten!

5. Aufzeigen von professionellen Behandlungsmöglichkeiten (AB Behandlungsmöglichkeiten)

Sitzung 10: Soziale Kompetenz & Abschluss der Therapie

- Ziele:**
- 1. Soziales Kompetenztraining / Ablehnungstraining**
 - 2. Abschluss der Therapie**

Ablauf der Sitzung:

- 1. Begrüßung und Verlaufsdocumentation**
- 2. Einführung in die Sitzung**
- 3. Was ist „Soziale Kompetenz“? [AB Soziale Kompetenz]**
- 4. Rollenspiel „Ablehnen von Cannabisangeboten“ [AB Cannabisangebote ablehnen]**
- 5. Abschluss der Therapie**
 - Überblick über alle Behandlungseinheiten der CANDIS-Therapie
 - Bilanz ziehen, Raum für Kritik
 - Ausblick in die Zukunft
- 6. Zusammenfassung, Ausblick und CANDIS-Blitzlicht**
- 7. Abschließende Evaluation der Therapiesitzung**

3.3 Wissenschaftliche Erprobung des CANDIS-Programms

Forschungsprogramm mit zwei Phasen

CANDIS I¹

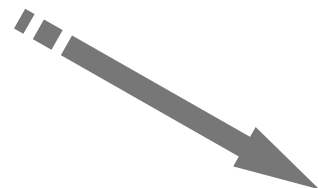
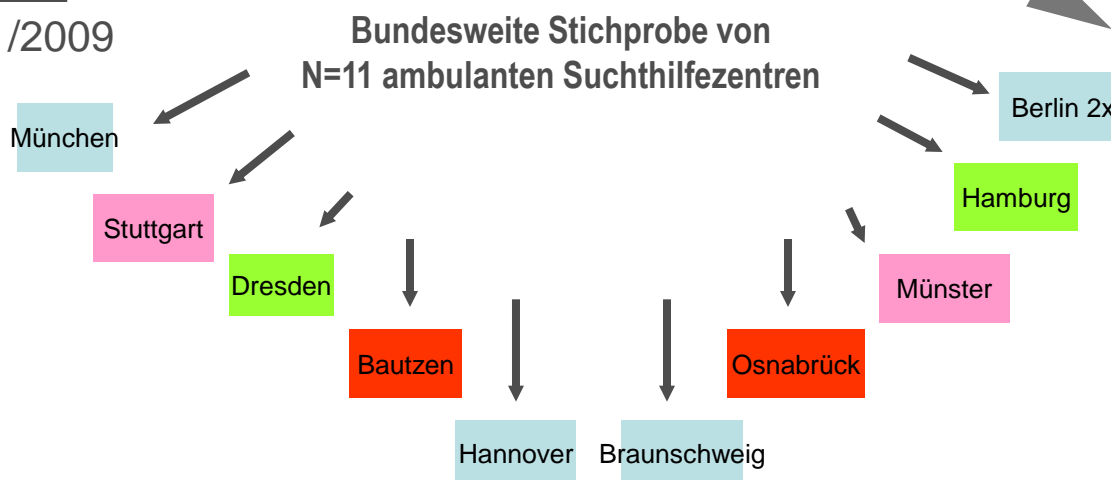
11/2004 – 10/2007



Ziel: Therapieentwicklung und Wirksamkeitsüberprüfung

CANDIS II²

11/2007 – 11/2009



Ziel: Wirksamkeitsüberprüfung in der Praxis und Weiterentwicklung der Therapie (Gruppenmodul CANDIS_G)



¹ Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung

² Förderung: Bundesministerium für Gesundheit

3.3 Randomisiert-kontrollierte Studie an der TU Dresden (CANDIS-I)

2004 - 2007

Randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie

I. Vorbereitungsphase (2004 / 2005)

Entwicklung, Pilot-Testung und Revision der Behandlungsmanuale (ST und TST), Festlegung und Testung der Diagnostik, Therapeutentraining, Rekrutierung der Probanden

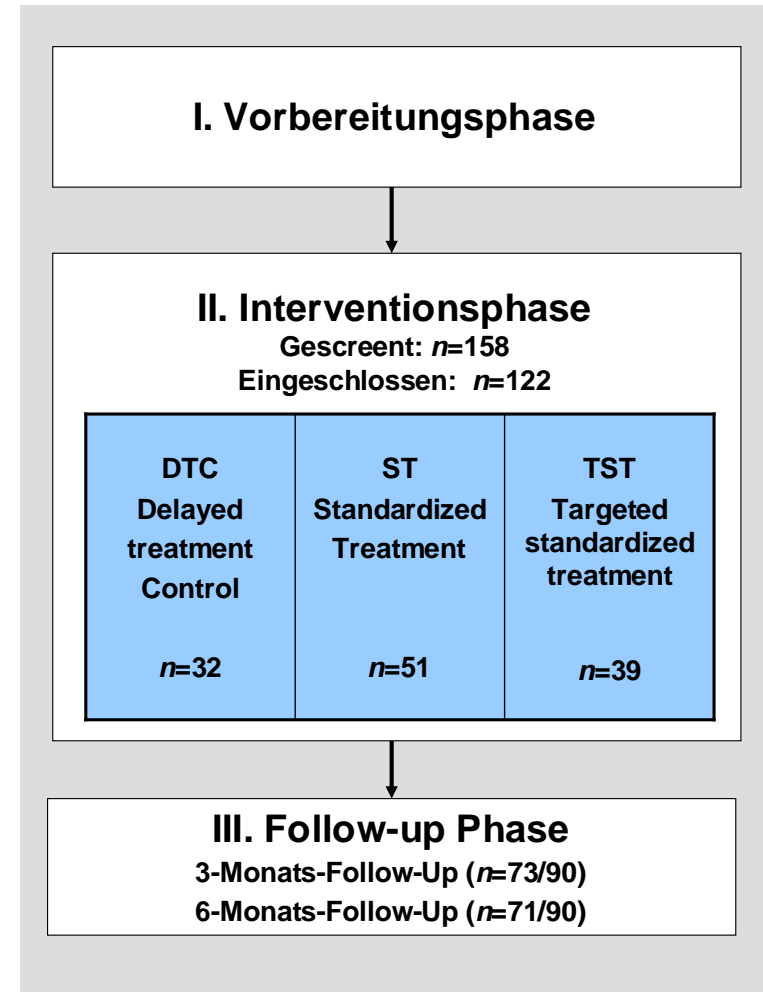
II. Interventionsphase (2006 / 2007)

Durchführung der randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie in Dresden und Umgebung:
=> 10 Sitzungen Einzeltherapie (à 90 Minuten, 2xWoche):

- standardisierte Behandlung (ST) (Ziel: $n=40$)
- individualisiert standardisierte Behandlung (TST) (Ziel: $n=40$)
- Wartekontrollgruppe (8 Wochen) (DTC) (Ziel: $n=40$)

III. Follow-up Phase (2006 / 2007)

Überprüfung der Stabilität der Behandlungseffekte
3 und 6 Monate nach Therapieende



Cannabisspezifische und allgemeine Diagnostik

Eingangsdagnostik (T0)

- **CIDI-Module:** Psychische Störungen und Syndrome sowie Substanzkonsum und -störungen
- **BSI:** Brief Symptom Inventory (Psychopathologie)
- **EuropASI:** Addiction Severity Index
- Fragebogen zu cannabisbedingten Problemen
- etc.

Verlaufdiagnostik (Sitzung 1 – 10)

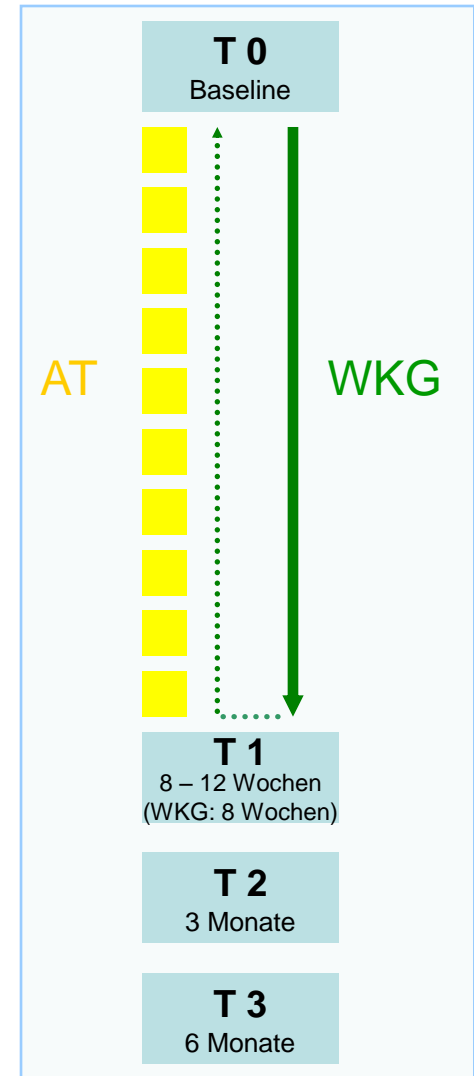
- Protokoll Cannabiskonsum und Cannabiskonsum nach dem Zieltag (Rückfallprotokoll)
- Motivations-Check, Urinscreenings
- **HEISA-16:** Fragebogen zur Abstinenzzuversicht
- **CSS:** Coping FB
- **SKID-II:** Persönlichkeitsstörungen
- **BDI:** Beck Depressions-Inventar
- **SDS:** Severity of Dependence Scale (Schweregrad der Abhängigkeit)
- **BISAM:** Bilanz substanzabhängiger Motive (für und gegen den Cannabiskonsum)

Abschlussdiagnostik (T1)

- **CIDI-Module:** Psychische Störungen und Syndrome sowie Substanzkonsum und -störungen
- Etc.

Katamnesen (T2, T3)

Protokoll Cannabiskonsum und Cannabiskonsum nach dem Zieltag (Rückfallprotokoll)
Motivations-Check, Urinscreenings



Merkmale der Patienten (M-CIDI, n=122)

<u>Geschlecht:</u>	74% Männer
<u>Alter:</u>	24,7 Jahre
<u>Altersspanne:</u>	16 - 45 Jahre
<u>Wohnsituation:</u>	
Bei den Eltern:	24%
Alleine lebend:	33%
Partner:	20%
Anderes:	24%



Überwiegend männliche Patienten
Hohes Durchschnittsalter

Erhöhte Rate von Schulabbrechern
Hohe Rate an Arbeitslosigkeit
Hinweise auf einen verzögerten Eintritt
ins Berufsleben?



<u>Bildungsstand:</u>	
Hoch:	45%
Niedrig:	43%
Schulabbrecher:	12%
<u>Berufstätigkeit</u>	
Schüler:	12%
Universität:	6%
Ausbildung:	33%
Berufstätig:	23%
Arbeitslos:	18%

Ergebnisse: Patientenmerkmale (M-CIDI, n=122)

Cannabiskonsum

Cannabismissbrauch (DSM IV):	11%
Cannabisabhängigkeit (DSM IV):	89%
Cannabiskonsum (4 Wochen):	77,8 Mal
Cannabiskonsum (7 Tage):	25,1 Mal
Dauer seit erstem Konsum:	8,2 Jahre
Dauer seit Beginn der Cannabisstörung:	6,2 Jahre

- Viel Beigebrauch
- Hohe Raten an komorbiden Substanzstörungen
- Hohe Raten an weiteren komorbiden psychischen Störungen

Hoch et al. (2011)

- 
- Überwiegend cannabisabhängige Patienten
 - Hohe Konsumfrequenz
 - Chronische Fälle

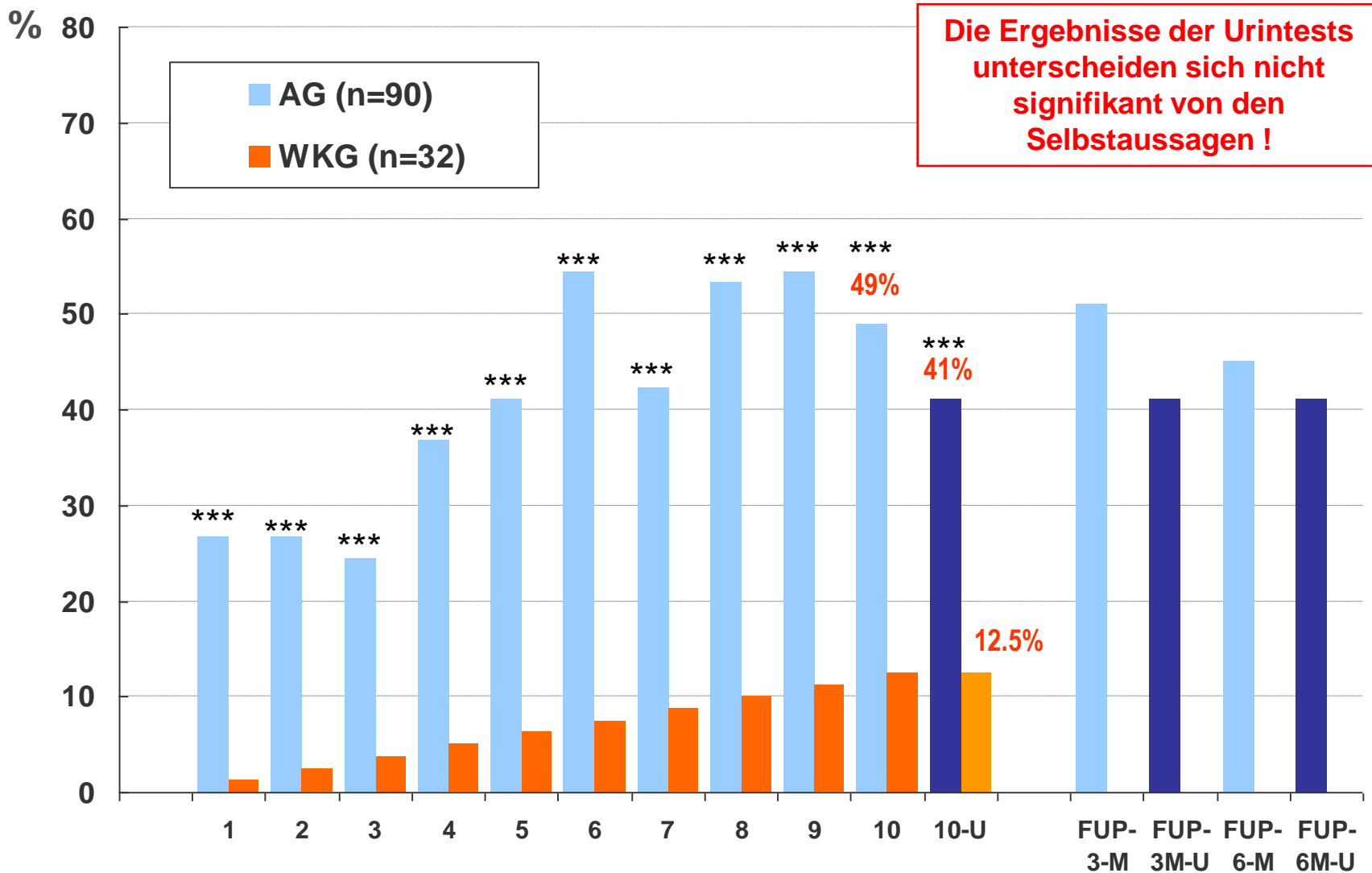
Komorbidität

Anderer Drogenkonsum (LZ):	78,7%
Anderer Drogenkonsum (12 M):	46,7%
Missbrauch / Abhängigkeit andere illegale Drogen (LZ):	38,5%
Nikotinabhängigkeit:	42,1%
Anzahl psych. Störungen (LZ):	3.0
Angststörungen:	42,6%
Alkoholstörungen:	38,5%
Affektive Störungen:	38,5%
Andere psych. Störung:	14,0%



3.3 Randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie

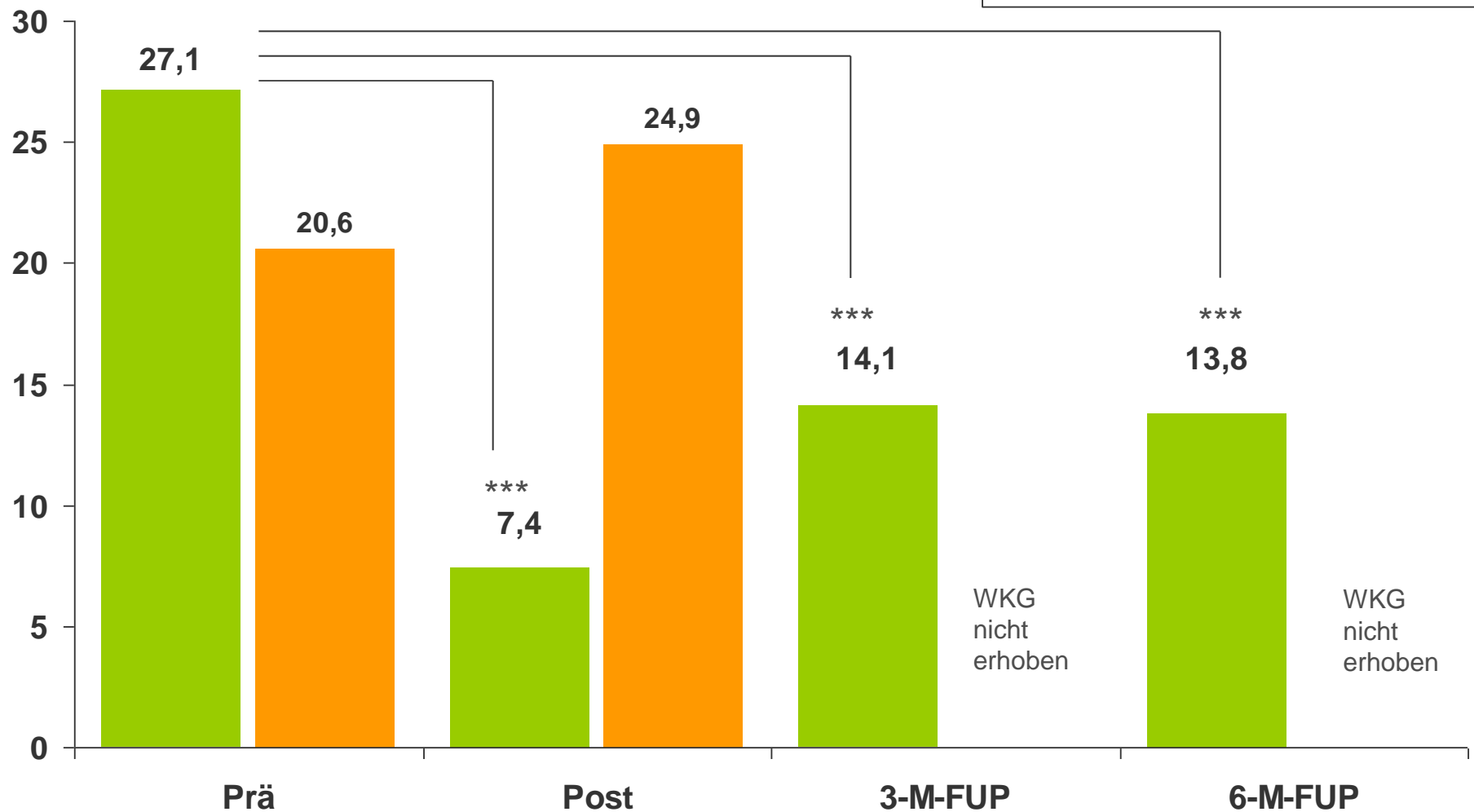
Effektivität der Behandlung (LOCF-Analyse; n=122)



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

Reduktion des Cannabiskonsums (Konsumprotokoll, n=122)

Cannabiskonsum
(7 Tage)

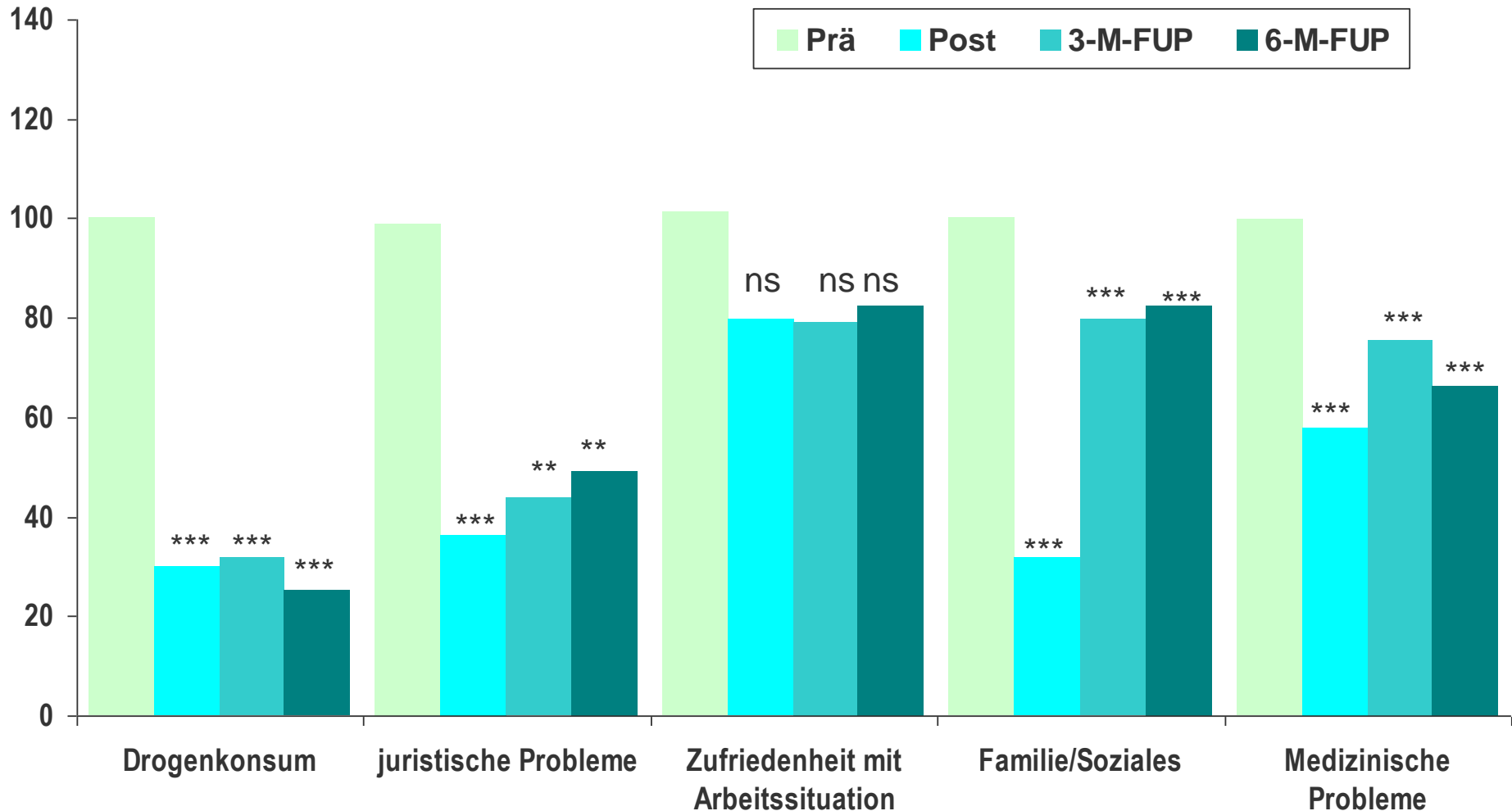


*p<.05; ** p<.01; *** p<.001

3.3 Randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie

Verbesserung im Addiction Severity Index (ASI)

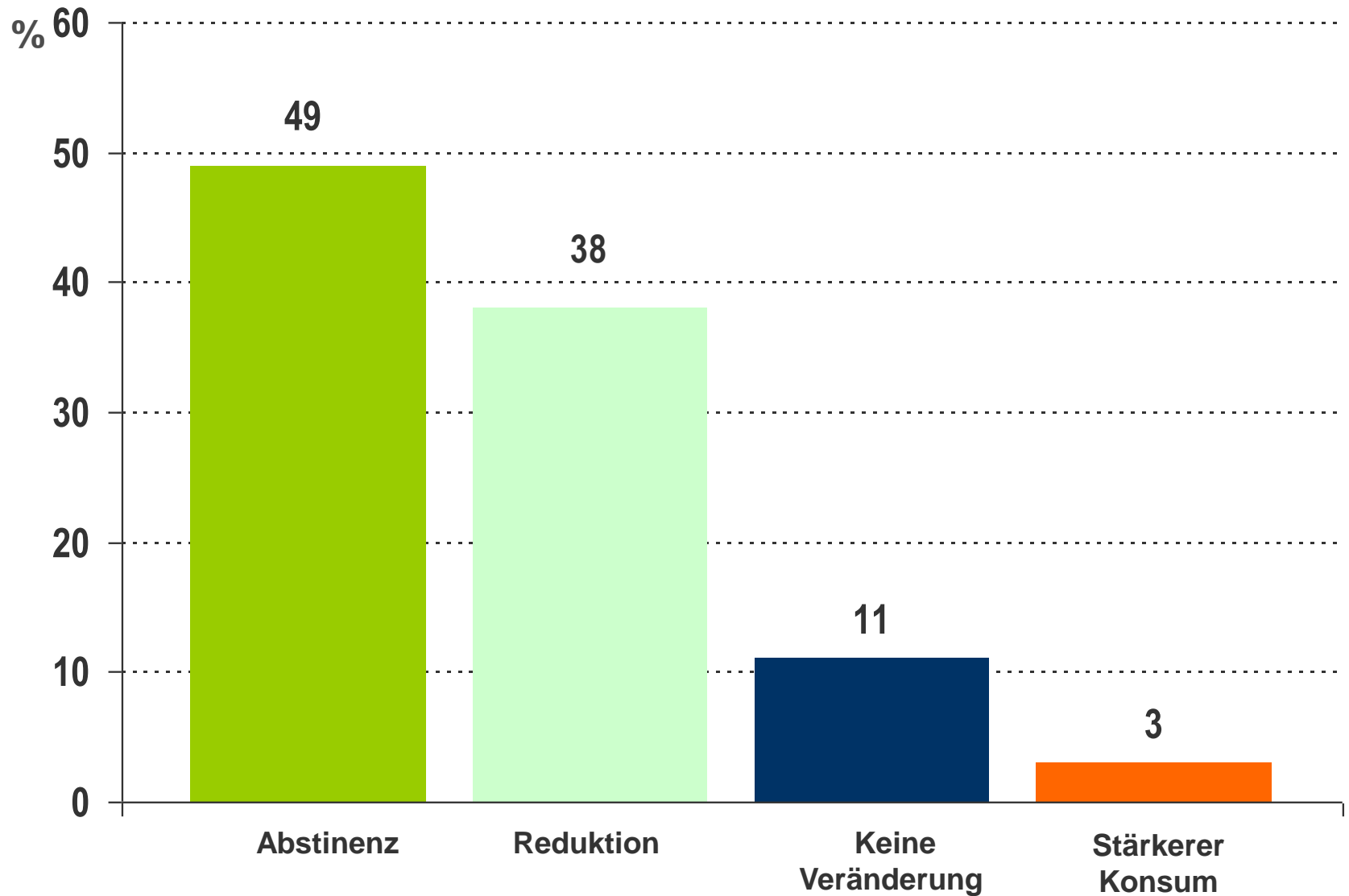
Standardisierter ASI-Score (100)



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

Within subject differences were calculated with bootstrapping, taking into account clustering and randomisation

Cannabiskonsum im 6-Monats-Follow-Up (n = 71 / 77)



3.3 Praxistransfer in die ambulante Suchthilfe: Multizentrische, randomisiert-kontrollierte Studie (Studienzentrum: TU Dresden)

2007 - 2009

3.3 Design der CANDIS-Studie

Multizentrische, randomisiert-kontrollierte Transferstudie

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

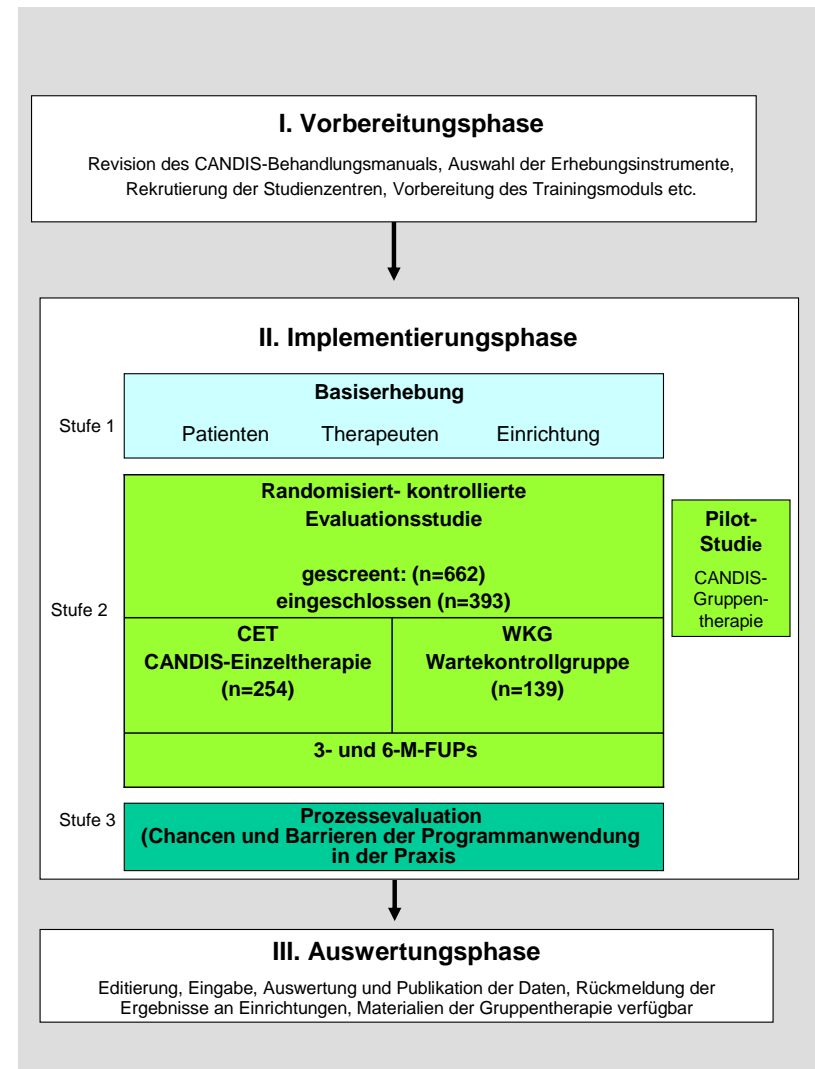
- 10 Sitzungen CET (2 x 90 Minuten pro Woche)
- Wartekontrollgruppe (8 Wochen) (WKG)
- Überprüfung der Effektivität (3- und 6-M-FUP)

Stufe 3: Prozessevaluation

Pilotstudie: Entwicklung der CANDIS-Gruppentherapie

III. Auswertungsphase (5/2009-10/2009)

Datenauswertung, Rückmeldung der Ergebnisse & Materialweitergabe der CGT an Studienzentren



Die CANDIS-Studie wurde von der Ethikkommission der TU Dresden geprüft und am Institut für Klinische Psychologie der TU Dresden durchgeführt. Trial Registration: ClinicalTrials.gov (NIH)

3.3 Praxistransfer

Ergebnisse: Charakteristika der Patienten (n=385)

<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%

<u>Soziale Schicht:</u>	
Unterschicht/	
untere Mittelschicht:	44,7%
Mittlere/obere Mittelschicht:	54,3%
Oberschicht:	1,1%
<u>Ausbildung</u>	
Hauptschulabschluss:	24,2%
Realschulabschluss:	32,5%
(Fach-)Hochschulabschluss:	32,1%
Kein Abschluss:	10,4%

<u>Cannabiskonsum</u>	
Erster Cannabiskonsum:	15,2 Jahre (SD=3,5)
Reg. Cannabiskonsum:	18,7 Jahre (SD=5,8)
<u>Cannabisstörung</u>	
Cannabisabhängigkeit (DSM-IV, Lt):	86,8%
Cannabismissbrauch (DSM-IV, Lt):	12,2%
<u>Drogenkonsum</u>	
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%
<u>Bisherige Aufhörversuche (%/M):</u>	84,4%/ 8,6
<u>Behandlungsziel (Mehrfachnennungen):</u>	
Abstinenz:	62,3%
Längere Zeit „clean“ sein:	19,0%
Kontrollierter Konsum:	32,7%
Ziel unklar:	9,4%

Ergebnisse: Charakteristika der Studien-Therapeuten (n=22)

Geschlecht:

Frauen: 72,7% (n=16)

Männer: 27,3% (n=6)

Beruf*:

Dipl.-Soz.arbeiter/-pädagog: 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%

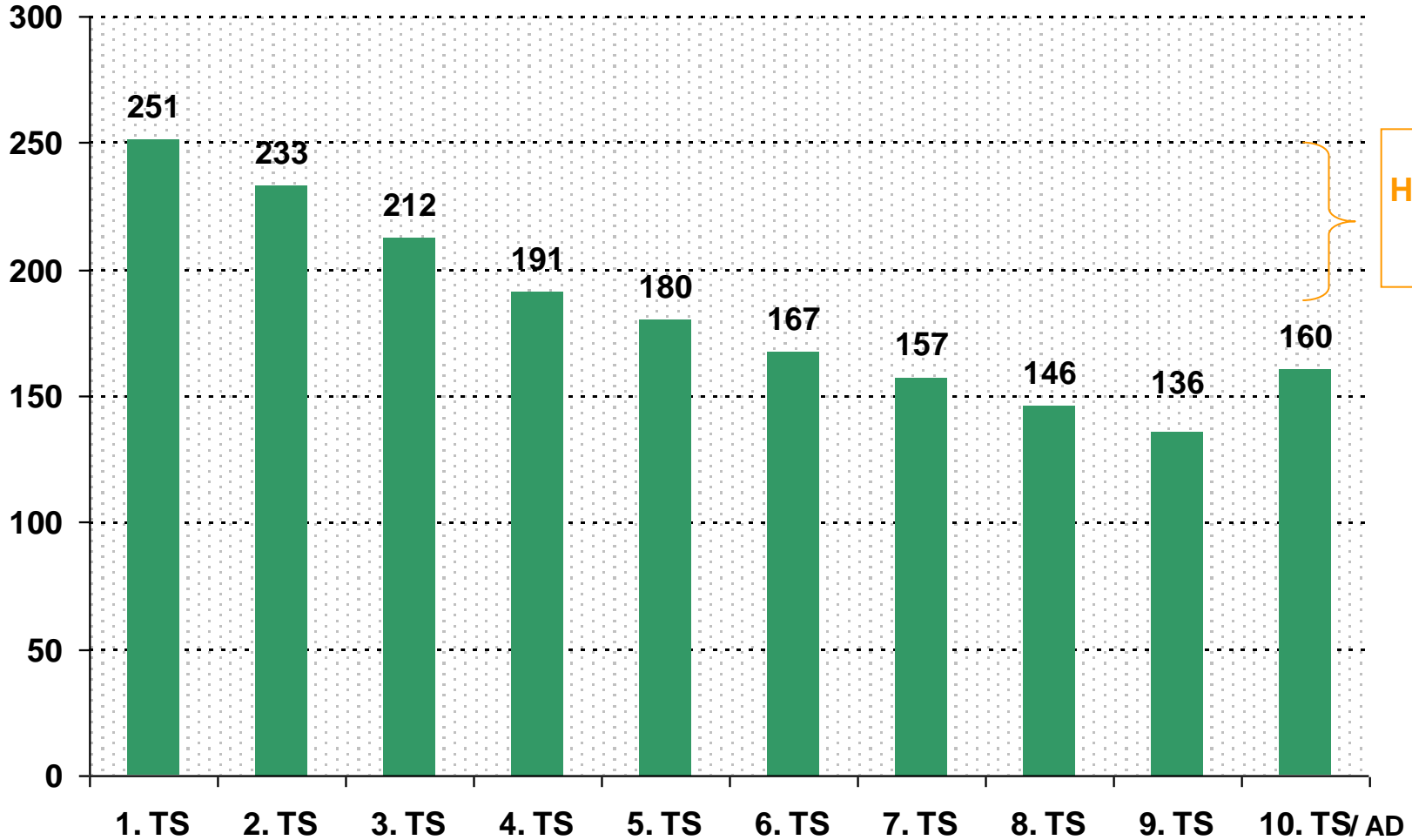
Spezif. Weiterbildung (mit Übungen): 13%

* Alle Studientherapeuten waren in / hatten eine verhaltenstherapeutische Zusatzausbildung

3.3 Praxistransfer

Ergebnisse: Anzahl der Therapieteilnehmer / Haltequote

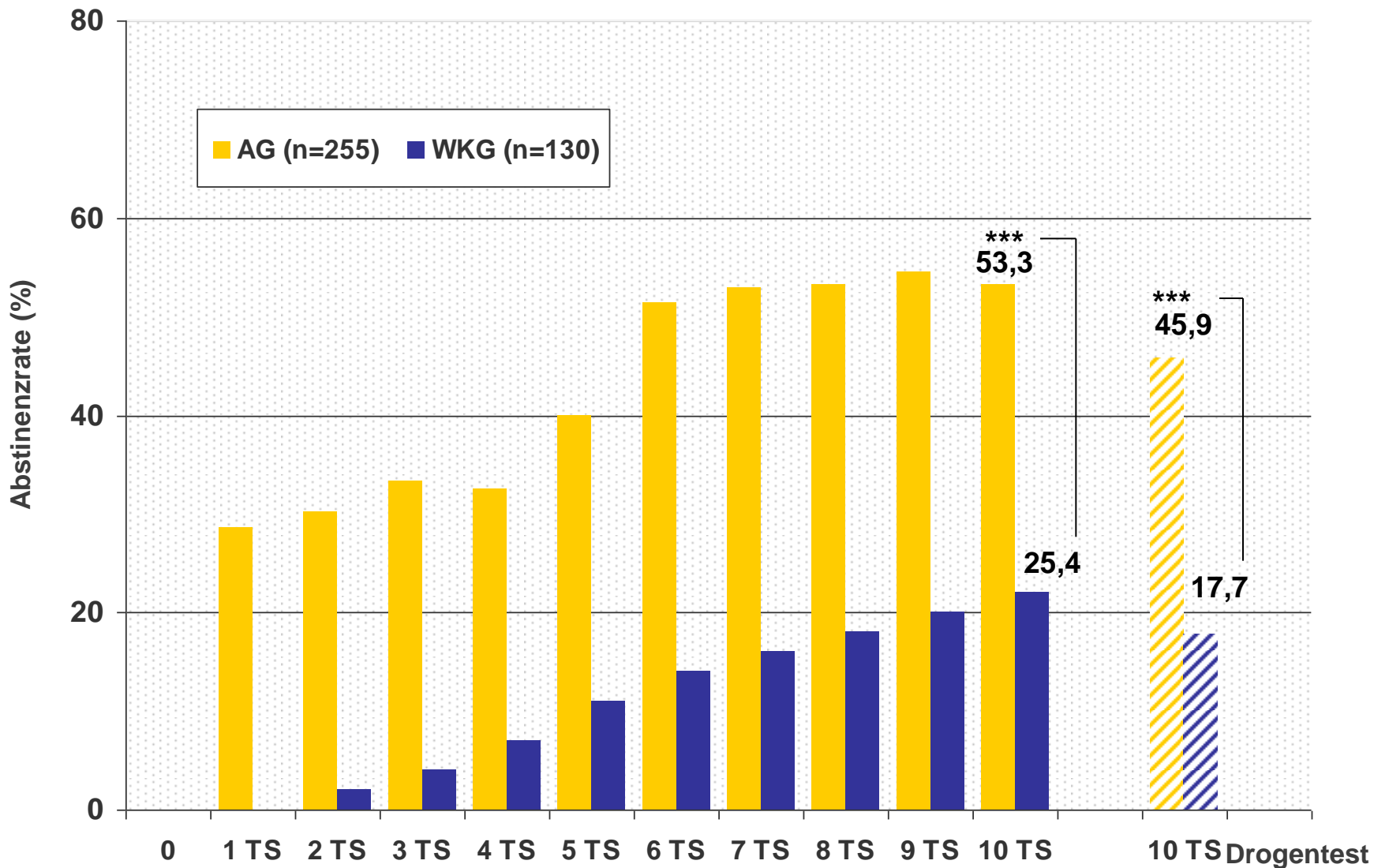
Anzahl
der Patienten



Haltequote
64%

3.3 Praxistransfer

Ergebnisse: Abstinenzraten im Therapieverlauf (LOCF, n=385)

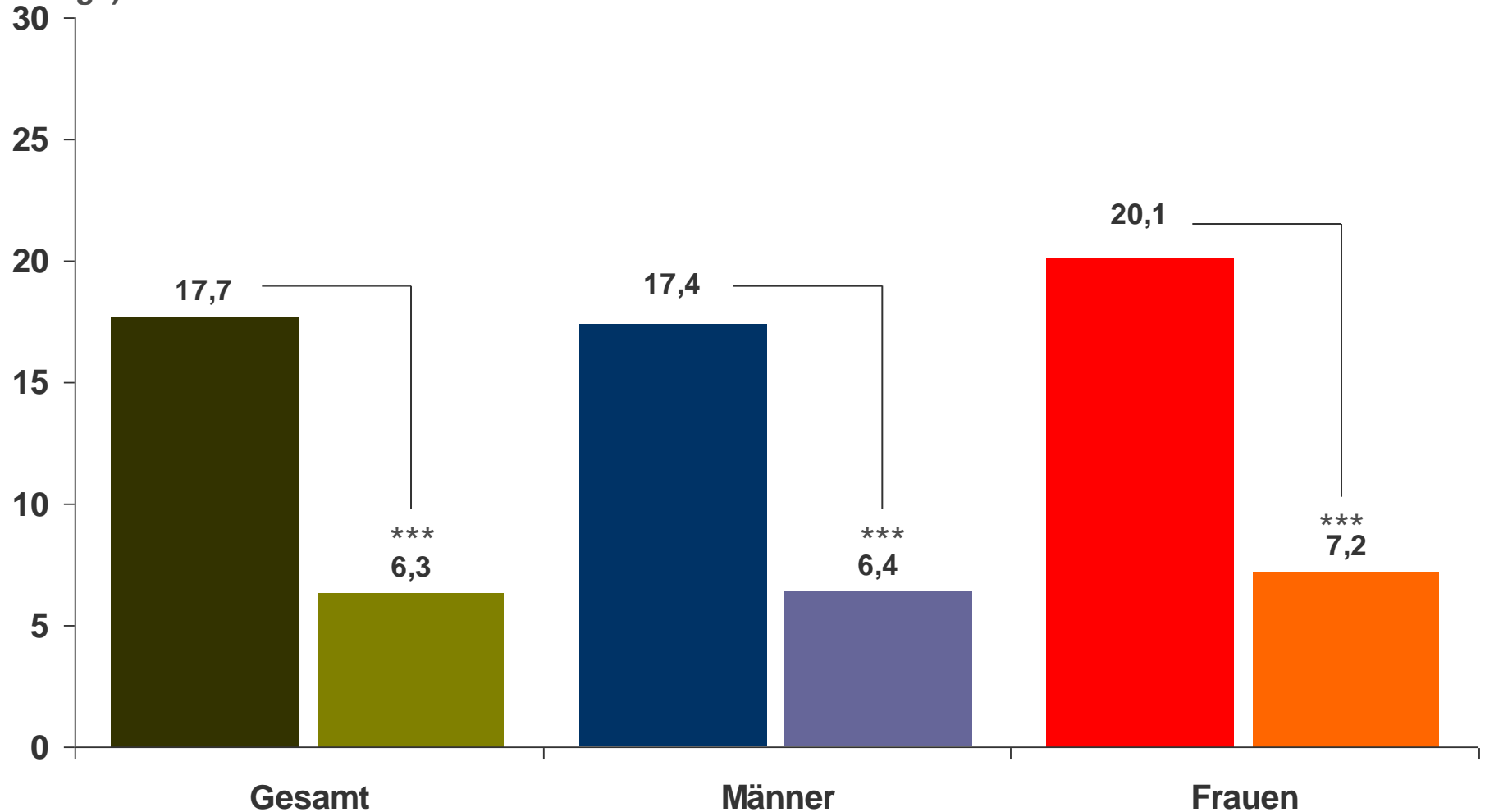


Ergebnisse für WKG basieren auf Schätzungen in Sitzung 1-9, Abstinenz ist definiert als vollständige Abstinenz (letzte 7 Tage), *** $p < .001$ für WKG vs ST-Differenz

3.3 Praxistransfer

Reduktion des Cannabiskonsums (Konsumprotokoll, n=166 Beender)

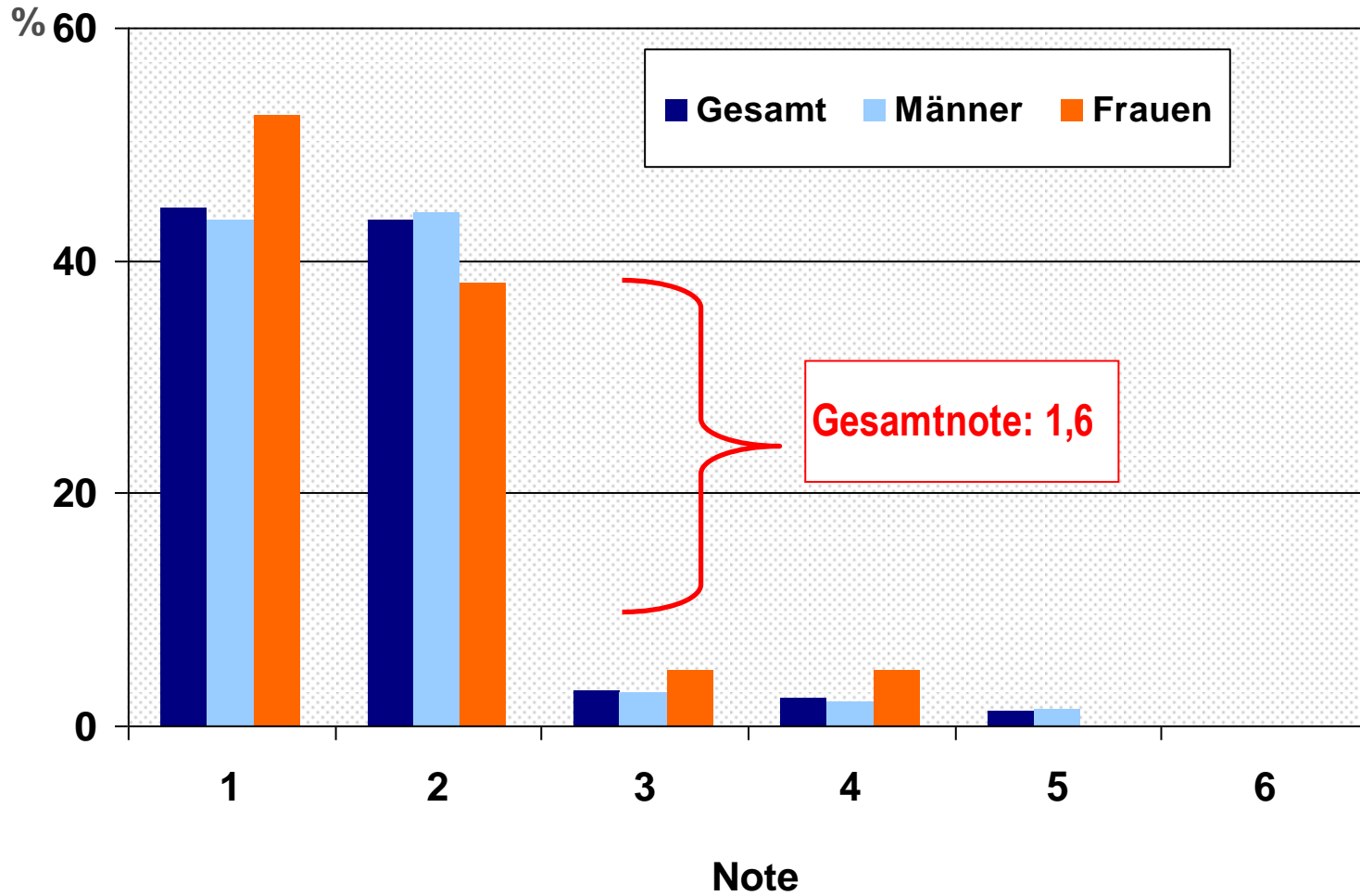
Cannabiskonsum
(28 Tage)



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

3.3 Praxistransfer

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



4. Zusammenfassung

4. Zusammenfassung

I. Aktuelle Größenordnung des Cannabisproblems

1. Cannabis ist immer noch die weltweit am häufigsten konsumierte illegale Droge!
2. Deutlicher Anstieg der Prävalenzen des Cannabiskonsums in den letzten 20 Jahren. Aktuell ist in den meisten EU-Ländern eine Stabilisierung der Zahlen auf hohem Niveau zu beobachten.
3. Neues Gefahrenpotential durch synthetische Cannabinoide („legal highs“).
4. Stabile Anzahl an aktuell konsumierenden Kindern und Jugendlichen - bei gleichzeitig gesunkenem Einstiegsalter.
5. Verbessertes Kenntnisstand der organmedizinischen, psychischen und sozialen Folgen durch intensiven Cannabiskonsum.

4. Zusammenfassung

- 6. Unter allen illegalen Substanzen: Höchste Prävalenzraten der Cannabisstörungen (Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit): 1.1% aller Erwachsenen (ca. 600.000 Menschen/Jahr).**
- 7. Primäre Cannabisstörungen sind – nach Opiaten – häufigste Ursache für eine ambulante Suchtbehandlung.**
- 8. Anzahl der Behandlungen und Anteil der Behandelten wegen Cannabisstörungen nehmen im ambulanten Suchthilfesystem aktuell noch zu!**
- 9. Komorbide psychische Störungen liegen bei Cannabisstörungen sehr häufig vor. Das valide Stellen einer dualen Diagnose ist jedoch erst nach Abstinenzsicherung möglich.**

4. Zusammenfassung

2. Behandlung der Cannabisstörungen

1. **Behandlungsbedarf von Cannabisstörungen wurde lange Zeit angezweifelt (selbst von Suchtexperten)!**
2. **Das Wissen über effektive Behandlungsmöglichkeiten ist - im Vergleich zu anderen Substanzstörungen - immer noch defizitär.**
3. **In der medikamentösen Therapie gibt es derzeit noch keinen „goldenen Standard“ bei Cannabisstörungen. Klinische Studien an behandlingssuchenden Patienten fehlen vollständig.**
4. **Internationale Forschung belegt: Kurzzeittherapien mit Kombination aus Motivationsförderung und Verhaltenstherapie sind wirksam (Problem: Komorbidität wurde ausgeschlossen).**

4. Zusammenfassung

3. Wie wirksam ist die “CANDIS”-Therapie

1. Es wurde eine manualisierte, modulare Behandlung (MET, CBT, PPS) mit 10 Sitzungen entwickelt.
2. Jeder zweite Teilnehmer war zu Therapieende abstinent (Urinscreen:41%).
3. Die Effekte sind in den 3- und 6-Monats-Katamnesen stabil.
4. Signifikante Verbesserung der Problematik
 - Drogenkonsum, rechtlichen Probleme, Zufriedenheit mit Arbeit, familiären und sozialen Probleme (Europ-ASI)
 - Anzahl der psychischen Störungen (*Daten nicht gezeigt*)
 - Cannabisbedingten Problemen (*Daten nicht gezeigt*)
4. Ergebnisse konnten auch einer Studie in der ambulanten Suchthilfe repliziert werden (Abstinenz: 52%, Urinscreen: 46%, hochsignifikante Konsumreduktion).
5. Hohe Akzeptanz des Therapieansatzes (Patienten= Note:1,6)

4. Fazit

1. **In Deutschland existiert - nach wie vor - eine Cannabisproblematik in beträchtlicher Größenordnung!**
2. **Cannabiskonsum sollte im Rahmen der Diagnostik routinemäßig erfasst werden.**
3. **Cannabisspezifische psychotherapeutische Interventionen sind wirkungsvoll und sollten eingesetzt werden.**
4. **Weitere Therapieforschung im Bereich der Cannabisstörungen notwendig!**

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

Dr. Eva Hoch (Dipl.-Psych., PPT)
Lehrstuhl für Suchtforschung
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Universität Heidelberg
Quadrat J5, 68159 Mannheim

Email: Eva.Hoch@zi-mannheim.de