

Behandlung von Cannabisstörungen – Eine Aufgabe für Psychotherapeuten in Deutschland

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

Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden

Zusammenfassung: Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Droge in Deutschland. Ihr Gebrauch hat während der letzten 15 Jahre zugenommen. Gut belegt ist ebenfalls ein starker Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Cannabisstörungen (Cannabismissbrauch und -abhängigkeit) sowie assoziierten psychischen, physischen und sozialen Problemen. In den USA und in Australien wurden bereits Mitte der 90er Jahre erste Konzepte zur Behandlung von Cannabisstörungen entwickelt und evaluiert. Bei Erwachsenen haben sich Kurzinterventionen mit Motivationsförderung, kognitiv-behavioraler Therapie, psychosozialem Problemlösetraining und Kontingenzmanagement als wirksam erwiesen, bei Jugendlichen multidimensionale Familientherapie. In Europa besteht bis heute ein Mangel an vergleichbaren Therapien. Ein kognitiv-behaviorales Entwöhnungsprogramm wird aktuell an der Technischen Universität Dresden erprobt. Die Ergebnisse der „CANDIS“-Therapie sind viel versprechend und legen auch für die psychotherapeutische Praxis interessante Behandlungsoptionen nahe.

1. Cannabisstörungen in Deutschland: gesundheitspolitischer Stellenwert

Cannabis ist die in der westlichen Welt am häufigsten konsumierte illegale Droge. Die Zahlen der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle belegen sehr eindrucksvoll, dass während der letzten 15 Jahre der Gebrauch von Haschisch und Marihuana in allen europäischen Ländern deutlich zugenommen hat (EMCDDA, 2006). In Deutschland haben ca. 12,5 Millionen Menschen Erfahrung mit Cannabis (Simon, David-Spickermann & Bartsch, 2005). Das ist jeder vierte Erwachsene bzw. jeder siebte Jugendliche. Aktuelle Befragungen liefern Hinweise darauf, dass der Probier- und Gelegenheitskonsum von Cannabis bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einem Höchststand in den letzten Jahren wieder leicht zurückgehen könnte, die Zahl der regelmäßigen Konsumenten scheint jedoch weitgehend konstant zu bleiben (BZgA, 2007).

Die Frage, ob sich aus Cannabiskonsum ein Abhängigkeitssyndrom entwickeln kann, war unter Klinikern lange Zeit umstritten. Insbesondere körperliche Abhängigkeitssymptome, wie Toleranz und Entzugerscheinungen, wurden kontrovers diskutiert. Epidemiologische Studien zeigen, dass in Deutschland ca. 5% aller Cannabiskonsumenten und 29% aller starker Konsumenten ein klinisch relevantes Abhängigkeitssyndrom nach DSM-IV entwickeln (Wittchen et al., 2003). Mehr als 240.000 erwachsene Cannabiskonsumenten gelten nach diesen Kriterien als cannabisabhängig, 140.000 erfüllen die Kriterien für Cannabismissbrauch (Kraus & Augustin, 2001). Dies entspricht ca. 1% der deutschen Gesamtbevölkerung. Unter den jungen Erwachsenen (Alter: 18 bis 28 Jahre) liegt die Lebenszeitprävalenz der Cannabisabhängigkeit bei 2,2% (Perkonig et al., 2004). Insbesondere ein früher Konsumbeginn scheint die Wahrscheinlichkeit einer schnellen Abhängigkeitsentwicklung deutlich zu erhöhen (Chen et al., 2005). Empirisch ebenfalls gut belegt ist,

dass auch die körperlichen Leitsymptome einer Abhängigkeit, nämlich Toleranzentwicklung und Entzugssymptome, keineswegs selten ausgebildet sind (Nocon et al., 2006). Bemerkenswert ist, dass nicht nur Patienten mit Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit, sondern auch Konsumenten ohne voll ausgeprägtes Diagnosebild unter klinisch relevanten Problemen leiden, die mit Cannabiskonsum assoziiert sind. Anhand der Daten der longitudinalen Bevölkerungsstudie EDSP konnte gezeigt werden, dass 14% (n=354) der regelmäßigen Cannabiskonsumenten mindestens ein Missbrauchs- oder Abhängigkeitskriterium erfüllten, inklusive physischer, mentaler, sozialer oder justizieller Probleme (Perkonig et al., 2004). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass cannabisbedingte Probleme stärker verbreitet sind, als sich dies aus den reinen Abhängigkeitsraten schließen lässt.

2. Die Behandlungsnachfrage wegen Cannabisstörungen steigt

In den letzten 10 Jahren hat eine wachsende Zahl wissenschaftlicher Studien neurokognitive, psychische und soziale Auswirkungen für Jugendliche und junge Erwachsene durch regelmäßigen Cannabiskonsum untersucht. Eine aktuelle Expertise von Petersen und Thomasius (2007) fasst die Ergebnislage zusammen. Die Autoren belegen, dass Cannabiskonsum nicht nur zu Beeinträchtigungen im Bereich der Aufmerksamkeit, des Lernens und Gedächtnisses führen kann. Einbußen in schulischen Leistungen sind empirisch ebenso gut belegt, wie vorzeitige Schulab-

brüche. Insbesondere der Erstkonsum vor dem 15. Lebensjahr birgt viele spätere Gesundheitsrisiken (Fergusson et al., 2003). Eingebunden in den sozialen Kontext und die Familiendynamik der allgemeinen Suchtentwicklung ist neurobiologisch bedeutsam, dass körpereigene Cannabinoide (Endocannabinoide), deren Balance durch längeren Cannabiskonsum nachhaltig beeinträchtigt wird, offenbar eine wichtige Funktion bei der Hirnreifung besitzen (Bonnet & Scherbaum, 2005). Darüber hinaus zeigt sich, dass Cannabisstörungen mit einem erhöhten Risiko für Psychosen assoziiert sind, ebenso wie mit einer erhöhten Rate an Angststörungen, affektiven Störungen und somatoformen Störungen (Perkonig et al., 1999; Kandel, 1984; Dennis, Godley & Titus, 1999; Arendt & Munk-Jorgensen, 2004). Dass Cannabis auch zu Selbstheilungszwecken konsumiert wird und damit nicht nur Ursache, sondern auch Folge von psychischen Störungen sein kann („Selbstmedikationshypothese“), wird ebenfalls von Praktikern beobachtet und in klinischen Studien untersucht (Spencer, 2004). Insgesamt wird deutlich, dass es sich bei Cannabisstörungen nicht um ein einheitliches Beschwerdebild, sondern um eine heterogene Klientel mit einem vielfältigen psychischen und sozialen Symptomprofil handelt.

Nicht nur der problematische Cannabiskonsum, sondern auch dessen Behandlungsbedarf hat in den letzten 15 Jahren in allen europäischen Ländern deutlich zugenommen (EMCDDA, 2006, Simon & Sonntag, 2004). In Deutschland war im Zeitraum von 1994 bis 2005 eine Verzehnfachung

der Behandlungszahlen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe wegen Cannabisproblemen zu verzeichnen (Strobl et al., 2006a). Die aktuellsten Daten zeigen, dass 30% aller ambulant betreuten Patienten die Kriterien für eine Cannabismissbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose erfüllen. Auch im stationären Setting sind Cannabisprobleme, nach Alkohol-, Opiat- und polytoxem Substanzkonsum, die wichtigsten Anlässe für eine Behandlung (Strobl et al., 2006b). Obwohl die Behandlungsnachfrage bei Cannabisstörungen sichtbar angestiegen ist, scheint die deutsche Suchtkrankenhilfe nicht optimal auf die Versorgung von Cannabisstörungen vorbereitet zu sein. In einer Studie von Simon und Sonntag (2004) fühlten sich drei von vier befragten Mitarbeitern nicht ausreichend erfahren und kompetent, um Cannabisstörungen optimal zu behandeln. Leider existieren derzeit keine bundesweiten, repräsentativen Informationen über die Verbreitung und Behandlungszahlen von Cannabisstörungen außerhalb der Suchtkrankenhilfe. Naheliegender ist, dass aufgrund der hohen Komorbidität und des breiten Problemspektrums auch die Behandlungsnachfrage nach psychotherapeutischer Versorgung deutlich angestiegen ist. In der longitudinalen Bevölkerungsstudie EDSP in der N=3021 Jugendliche und junge Erwachsene u.a. zu ihrem Drogenkonsum befragt wurden, gaben 20% aller Probanden mit einer Cannabisabhängigkeit an, bereits einmal in therapeutischer Behandlung gewesen zu sein. Aber nur 11% derjenigen, die in entsprechenden Behandlungseinrichtungen waren, wurden auch wegen ihrer Cannabisabhängigkeit behandelt (Perkonig et

al., 2005). Aus dieser Untersuchung lässt sich die Frage ableiten, inwiefern die Cannabisproblematik von Psychotherapeuten überhaupt als solche erkannt und diagnostiziert wird. Schließlich wurde Cannabis, im Vergleich zu anderen illegalen Drogen, lange Zeit als harmlos eingestuft. In vielen Ländern gab es zudem (auch unter Therapeuten) die politische Bestrebung, Cannabiskonsum zu entkriminalisieren und zu legalisieren. Des Weiteren wird die Thematik der Substanzstörungen, insbesondere der Cannabisstörungen, noch heute in der Aus- und Weiterbildung der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychotherapeuten vernachlässigt. Dies könnte zu einer gewissen „Abneigung“ gegen die Behandlung dieser Klientel oder aber auch zu einer einseitigen Fokussierung auf die Behandlung der koexistenten psychischen Störung(en) beitragen. Obwohl die meisten Präventions-, Motivations-, Behandlungs- und Rückfallkonzepte von Psychologen entwickelt wurden, bleibt die Behandlung von Substanzstörungen ein von Psychotherapeuten wenig beachtetes und durchgeführtes Arbeitsfeld. Dieses wird hauptsächlich durch somatisch oder soziotherapeutisch arbeitende Kollegen bestritten.

3. Gibt es psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Cannabisstörungen?

Während für Alkohol-, Nikotin- oder Opiatabhängige in den letzten 30 Jahren zahlreiche pharmakologische und psychothe-



psyprasoftware
Software für Psychologen

Psydea & Psydea IE Die Fragebogensoftware.

Schnell und einfach per PC:

- Diagnostik und Evaluation in Klinik und Praxis
- Datenerfassung in der sozialwissenschaftlichen Forschung

Alles in einem:

- Fragebogenerstellung
- Datenerhebung
- Datenauswertung
- Datendokumentation

Info & Demoversion: www.psyprasoftware.de – E-Mail: support@psyprasoftware.de

Steinerstr. 3-5 – D-53225 Bonn – Tel.: 0228 9612922 – Fax: 0228 9612921

reapeutische Interventionen entwickelt und sorgfältig in aufwendigen Evaluationsstudien auf ihre Effektivität überprüft wurden, besteht ein Mangel an entsprechenden Behandlungsansätzen für Cannabisstörungen. Die Literatur zur klinischen Therapieforschung bei Cannabisstörungen ist noch jung. Anfang der 90er Jahre wurde damit begonnen, erste spezifische Therapiekonzepte für problematische Cannabiskonsumern zu entwickeln und entsprechende Wirksamkeitsstudien durchzuführen. Vor 1994 lag keine einzige veröffentlichte kontrollierte Studie zur Behandlung von Cannabisstörungen vor. Zwei wichtige Gründe für dieses Forschungsdefizit sind einerseits die sich erst Mitte der 90er Jahre abzeichnende Cannabisproblematik, andererseits die wissenschaftliche Kontroverse bezüglich des Cannabisabhängigkeitssyndroms, das lange Zeit als klinische Voraussetzung für Behandlungsbedürftigkeit gesehen wurde. Bisher wurden nur sehr wenige Psychotherapiestudien für erwachsene Patienten mit Cannabisstörungen durchgeführt (Budney et al., 2000; Copeland et al., 2001; 2003; Stephens et al., 1994; 2000; 2002; McRae, Budney & Brady, 2003). In diesen Studien wurden Kombinationen aus Motivationsförderung (MET), kognitiv-behavioraler Therapie (CBT), psychosozialem Problemlösen (PSP) sowie Kontingenzmanagement (CM) eingesetzt, die sich im Vergleich zu Wartekontrollgruppen als effektiv erwiesen. In sechs Studien wurde eine randomisierte Zuordnung von erwachsenen Patienten zu verschiedenen Behandlungsbedingungen vorgenommen und eine sorgfältige Effektdetermination mit Prä- und Postmessungen durchgeführt. In den USA wurde nachgewiesen, dass die multidimensionale Familientherapie für Kinder und Jugendliche mit Cannabisstörungen ein effektives Behandlungskonzept darstellt (Dennis et al., 2002). Einen Überblick über entsprechende Therapiestudien für Erwachsene, Kinder und Jugendliche geben Zimmermann und Kollegen (2004). Weitere überprüfte Ansätze sind präventive und Selbsthilfeprogramme sowie pharmakologische Interventionen. Alle bislang durchgeführten Studien beziehen sich allerdings ausschließlich auf amerikanische oder australische Behandlungspopulationen und -settings, ihre Ergebnisse lassen sich nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen.

4. „CANDIS“ – ein modulares Therapieprogramm für Cannabisstörungen

In Deutschland wurde erst in jüngster Zeit mit der Konzeption und empirischen Erprobung von Interventionen für problematische Cannabiskonsumern begonnen. Eines der ersten Programme wurde am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden entwickelt und evaluiert¹: die modulare, kognitiv-behaviorale Therapie CANDIS. Sie besteht aus 10 Behandlungseinheiten und richtet sich gezielt auf das motivationale, psychische und soziale Problemprofil von älteren Jugendlichen (≥ 16 Jahre) und Erwachsenen mit Cannabismissbrauch und -abhängigkeit. Die Wirksamkeitsprüfung des Behandlungsprogramms CANDIS erfolgte im Rahmen eines randomisiert-kontrollierten Studiendesigns. Es wurden zwei parallele Versionen entwickelt: eine voll standardisierte Therapie (Standardized Treatment, ST) und eine gezielte standardisierte Therapie (Targeted Standardized Treatment, TST). Die standardisierte Behandlung integriert motivationssteigernde, kognitiv-verhaltenstherapeutische Komponenten sowie psychosoziales Problemlösen. Die gezielte, standardisierte Behandlung setzt sich inhaltlich aus denselben drei Modulen wie das ST-Programm zusammen, ist jedoch in der therapeutischen Vorgehensweise individuell auf das spezifische Problemprofil (Veränderungsmotivation, psychosoziale Probleme und Komorbidität) eines Patienten ausgerichtet. Die Effektivität beider Behandlungsprogramme sollte gegenüber einer Wartekontrollgruppe (Delayed Treatment Control, DTC; Wartezeit: 8 Wochen) belegt werden. Darüber hinaus sollte die Effektivität der standardisierten Therapie gegenüber der gezielten, standardisierten Therapie getestet werden, wobei eine Überlegenheit der TST-Gruppe erwartet wurde.

Das CANDIS-Therapieprogramm basiert auf verhaltenstheoretischen und neurobiologischen Grundlagen der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Cannabisstörungen. In der ersten Therapiesitzung werden zunächst die diagnostischen Ergebnisse hinsichtlich einer Cannabisabhängigkeit ausführlich zurückgemeldet. 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 in Sitzung zwei und drei die Vorteile des Konsums gegen die Vorteile einer Veränderung abgewogen und Ambivalenzen identifiziert bzw. disputiert. Außerdem erfolgt eine gezielte Selbstbeobachtung derzeitiger Konsummuster. In den Sitzungen vier, fünf und sechs soll eine Verhaltensänderung geplant und durchgeführt werden. Dazu werden Fertigkeiten eingeübt, die helfen sollen, den Cannabiskonsum zu beenden. Darunter fallen z.B. Strategien für den Umgang mit Situationen, die eine Rückfallgefahr bergen und Bewältigungstechniken, wenn das Verlangen zu konsumieren besonders stark ist. Weitere Inhalte sind der Aufbau von Alternativverhalten und das Einholen von sozialer Unterstützung. Im Rahmen eines Problemlösetrainings lernen Patienten schließlich, Probleme aus unterschiedlichen Lebensbereichen zu bewältigen. In den letzten beiden Therapiesitzungen werden komorbide Störungen und soziale Kompetenzen thematisiert. Vorliegende psychische Störungen werden zurückgemeldet, die Funktionalität des Cannabiskonsums in diesem Zusammenhang analysiert und Lösungs- bzw. weiterführende Behandlungsansätze aufgezeigt. In einem kurzen Training zum Aufbau sozialer Kompetenzen werden mittels Rollenspiel Strategien zum Ablehnen von Cannabisangeboten eingeübt. Charakteristisch für die CANDIS-Therapie sind zum einen die spezifischen Therapieinhalte, zum anderen die klar strukturierte Anleitung zur Veränderung und Behandlung der Cannabisproblematik. Die Therapie wurde im Rahmen der Evaluationsstudie von speziell trainierten Psychologen durchgeführt.

Von Januar bis Dezember 2006 wurden $n=159$ Interessenten aus dem Großraum Dresden für eine Teilnahme gescreent. Insgesamt 122 waren schließlich zu einer Behandlung bereit und wurden per Zufallsauslosung einer der drei Studienbedingungen zugeordnet (ST: $n=51$; TST: $n=39$; DTC: $n=32$). Vor Studienbeginn wurden die Teilnehmer in einem ca. 30minütigen

¹ Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Box 1: Fallbeispiel

Mike ist 25 Jahre alt und studiert seit fünf Jahren Maschinenbau. Seit seinem 15. Lebensjahr konsumiert er täglich Cannabis. Anfangs rauchte er nur mit Freunden auf Partys gelegentlich einen Joint. Mit der Zeit wurde sein Konsum dann regelmäßiger. Insbesondere bei der Vorbereitung der Abiturprüfungen half ihm abends „das Tütchen“, sich von der anstrengenden Lernerei zu erholen, zu entspannen und einzuschlafen. Mike berichtet, dass er in dieser Zeit viel Ärger mit seinen Eltern hatte, die seinen Hanfanbau im Garten entdeckten. Nach Abitur und Zivildienst begann er sein Studium in der nahe gelegenen Universitätsstadt und gründete mit einem guten Kiffer-Freund eine Wohngemeinschaft. Dort wurden jeden Tag bis spät in die Nacht Computerspiele gespielt, Musik gehört, Videos angeschaut – und Bong (Wasserpfeife) geraucht. Ab und zu schaffte es Mike am nächsten Morgen seine Vorlesungen zu besuchen, meist kam er aber nicht aus dem Bett. Dann verbrachte er den Tag zu Hause und rauchte alleine vier bis fünf „Köpfe“ mit seiner Bong und meist noch ein bis zwei Joints. Sein Leben sei durch das Gras „entspannt“ und „voller Wohlgefühl“ gewesen, alle anderen Aktivitäten (auch Frauen!) waren unwichtig geworden. Leider habe er im Studium zunehmend Probleme bekommen. Es sei ihm schwer gefallen, sich zu konzentrieren und sich den Stoff zu merken. Da er das Lernen meist vor sich her geschoben habe, sei er nicht ausreichend vorbereitet gewesen und mittlerweile durch wirklich wichtige Prüfungen gefallen. Er stehe nun kurz vor der Exmatrikulation. Auch sei ihm vor kurzem wegen THC die Fahrerlaubnis entzogen worden. Wenn er versuche, seinen Cannabiskonsum einzuschränken, bemerke er nach ein bis zwei Wochen, dass er wieder genau so viel rauche, wie zuvor. Nach kurzer Zeit der Abstinenz sei er unruhig und habe enormes Verlangen nach Cannabis. Mike meldete sich bei der CANDIS-Studie an, um seinen Cannabiskonsum einmal grundsätzlich zu überdenken und um professionelle Hilfe bei dessen Veränderung zu erhalten.

Infogespräch über die Inhalte und Ziele der Studie aufgeklärt und um ihr Einverständnis zu einer Teilnahme gebeten. Anschließend erfolgte eine ausführliche Diagnostiksituation, in der die Patienten in einem standardisierten, computerisierten Interview (M-CIDI) zu einer Vielzahl von Merkmalen befragt wurden (soziobiographische Charakteristika, Konsum bzw. Abhängigkeit von Cannabis und anderen Substanzen, cannabisbedingte Probleme, Veränderungsmotivation, komorbide psychische Störungen etc.). Auch der Therapieverlauf wurde ausführlich sowohl durch Patienten, als auch durch Therapeuten dokumentiert (u.a. therapeutische Beziehung, Umsetzung der Therapieinhalte, Einschätzung der Veränderungsmotivation). Die wichtigsten primären Ergebnisvariablen waren: Abstinenzrate (Selbstaussagen, Urinscreenings), Häufigkeit des Cannabiskonsums, Abfall in den ASI-Werten (Addiction Severity Index, ASI) und die Haltequote. Der ASI diente zusätzlich zur Bildung des Allokationsalgorithmus in der TST-Gruppe. Sekundäre Ergebnisvariablen waren u.a.: Anzahl von „Ausrutschern“, Rückfallrate, Häufigkeit

des Konsums von legalen und anderen illegalen Drogen (Selbstaussagen, Urinscreenings), Abnahme in Anzahl und Schwere von psychischen Syndromen (CIDI). Um die Stabilität der Behandlungseffekte zu überprüfen, wurden die Teilnehmer drei und sechs Monate nach Therapieende zu einem Nachgespräch eingeladen und hinsichtlich der wichtigsten Ergebnisvariablen befragt.

Erste Studienergebnisse belegen eine hohe Akzeptanz der Therapie bei den überwiegend männlichen Teilnehmern, aber auch bei den behandelnden Therapeuten. Im Vergleich zu ähnlichen Studien aus anderen Ländern zeigte sich in der CANDIS-Studie eine gute Halterate von knapp 70%. Etwa die Hälfte der Patienten war zum Abschluss der Therapie abstinent, weitere 30% reduzierten ihren Cannabiskonsum deutlich. Diese Effekte blieben auch in der 3-Monats-Katamnese stabil. Beide aktiven Therapiebedingungen zeigten sich hinsichtlich der Abstinenzraten gegenüber der Wartekontrollgruppe als überlegen. Eine statistisch signifikante Überlegenheit der

individualisierten Behandlungsbedingung gegenüber der standardisierten Therapie konnte nicht nachgewiesen werden.

5. Einige Anregungen für den Praktiker

1. Fragen Sie in der Anamnese nicht nur routinemäßig nach dem Konsum von Alkohol, Medikamenten und Tabak, sondern auch nach Cannabis.

2. Berichtet Ihr Patient über einen regelmäßigen oder sogar täglichen Gebrauch von Haschisch oder Marihuana, dann empfiehlt es sich, die diagnostischen Kriterien einer Cannabisstörung nach ICD-10 (F 12) zu überprüfen: Wenn innerhalb eines Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig erfüllt sind, gilt ein Konsument nach ICD-10 als abhängig (F 12.2):

- Craving (starker Wunsch/Zwang zu konsumieren),
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums,
- Konsum mit dem Ziel Entzugssymptome zu mildern,
- Toleranz,
- Vernachlässigung anderer Interessen oder Aktivitäten,
- anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen,
- eingegengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz,
- körperliches Entzugssyndrom.

3. Wenn der Konsum zu einer Gesundheitsschädigung führt (körperliche oder psychische Störung, z.B. eine depressive Episode), besteht ein schädlicher Gebrauch (F 12.1). Das typische Cannabisentzugssyndrom (F12.3) besteht aus: Craving, Appetitminderung, Schlafstörungen, Affektlabilität, Angst, Hyperalgesie, Schwitzen (vor allem nachts), allgemeiner Irritabilität und Reizbarkeit, bisweilen Aggressivität, innerer Unruhe und merkwürdigen Träumen.

4. Cannabisabhängigkeit kann ambulant im Rahmen einer Kurzzeittherapie behandelt werden. Als therapeutische Intervention empfiehlt sich eine Kombination aus Motivationsförderung, kognitiver Verhaltenstherapie und psychosozialem Problemlösen.

5. Eine qualifizierte stationäre Behandlung ist indiziert bei einem schweren Entzugssyndrom, einer schweren komorbiden psychischen Störung, Rückfallgefährdung oder Therapieresistenz sowie schweren Folgeschäden.

6. Wenn Sie die bestehende Cannabisstörung nicht selbst behandeln wollen oder können, nutzen Sie die Angebote des bestehenden Suchthilfesystems, der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung).

6. Anmerkung

Dieser Artikel wurde im Rahmen des Projektes „CANDIS – gezielte Therapie für Cannabisstörungen“ (Förderkennzeichen: 01 EB 0140) erstellt. Mitarbeiter der CANDIS-Studie waren oder sind: Prof. Dr. Gerhard Bühringer, Dipl. Psych. Katrin Dittmer, Dipl. Psych. Jana Henker, Dipl. Psych. Dr. Eva Hoch, Dipl. Stat. Dr. Michael Höfler, cand. Psych. Elisa Mendth, Dipl. Psych. René Nock, Dipl. Psych. Anja Pixa, Dipl. Math. Jens Siegert, cand. Psych. Judith Kohls, Dipl. Psych. Martin Rammrath, Dipl. Psych. Heike Rohrbacher, cand. Psych. Annett Poppitz, Dipl. Psych. Eleni Tzinzira, Dipl. Psych. Bettina Weigel, Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Dr. Petra Zimmermann. Die Studie ist Teil des Suchtforschungsverbundes ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity) (www.asat-verbund.de). Der Forschungsverbund wird im Rahmen des Programms „Forschungsverbünde für Suchtforschung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert (01 EB 0140 – 0142).

Literatur

Arendt, M. & Munk-Jorgensen, P. (2004). Heavy cannabis users seeking treatment. Prevalence of psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 97-105.

Bonnet, U. & Scherbaum, N. (2005). Evidenzbasierte Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 102, A 3334-3341.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2007). *Cannabiskon-*

sum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland – Kurzbericht. www.bzga.de.

Budney, A.J., Higgins, S.T., Radonovich, K.J. & Novy, P.L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1051-1061.

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

Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. & Stephens, R. (2001). A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 55-64.

Dennis, M., Titus, J. C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S. H., Tims, F. M., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., Roebuck, M. C., Godley, M. D., Hamilton, N., Little, H., Scott, C. K. & The C. Y. T. Steering Committee. (2002). The cannabis youth treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction*, 97 (Suppl. 1), 16-34.

Dennis, M.L., Godley, S.H. & Titus, J. (1999). Co-occurring psychological distress and behavior problems among adolescents: Variations by age, gender, and level of care. *TIE Communique*, Fall, 5-8, 16.

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

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

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

Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. & Madden, P.A. (2003). Early reactions to cannabis predict later dependence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1033-9.

Kandel, D.B. (1984). Marijuana users in young adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 41 (2), 200-209.

McRae, A.L., Budney, A.J. & Brady, K.T. (2003). Treatment of marijuana dependence: a review of the literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 369-376.

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

Perkonig, A., Lieb, R., Höfler, M., Schuster, P., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (1999). Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: Incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction*, 94 (11), 1663-1678.

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

Perkonig, A., Zimmermann, P., Fröhlich, C., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (2005). Course of cannabis use, abuse, and dependence and service use patterns: Results from a prospective community study. *Poster presented at the College on Problems of Drug Dependence, June 18-23, 2005*.

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

Simon, R., David-Spickermann, M. & Bartsch, G. (2006). *Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD*. München: IFT-Institut für Therapieforschung.

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

Sonntag, D., Bauer, C. & Hellwich, A.K. (2006). Deutsche Suchthilfestatistik

- 2005 für ambulante Einrichtungen. *Sucht*, 52, Sonderheft 1, 7-43.
- Spencer, C. (2004). Motives that maintain cannabis use among individuals with psychotic disorders. In: D. Castle & R. Murray (Eds.). *Marijuana and Madness*. Cambridge: University Press.
- Stephens, R.S., Babor, T.F., Kadden, R., Miller, M. & The Marijuana Treatment Project Research Group. (2002). The marijuana treatment project: rationale, design and participant characteristics. *Addiction*, 97 (Suppl.1), 109-124.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin, L. (2000). Comparison of Extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 898-908.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Simpson E.E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A Test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), 92-99.
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, N. (2006a). *Suchthilfestatistik 2005 für Deutschland*. Tabellenband für die ambulante Suchtkrankenhilfe. www.suchthilfestatistik.de
- Strobl, M., Klapper, J., Pelzel, K.-H., Bader, Zahn, H. & Lange, N. (2006b). *Suchthilfestatistik 2005 für Deutschland*. Tabellenband für die stationäre Suchtkrankenhilfe. www.suchthilfestatistik.de
- Wittchen, H.-U., Sydow, K. von, Lieb, R., Zimmermann, P. & die Mitarbeiter der

- ANEPSA-Gruppe (2003). *Sonderbericht über den Projektverbund »Analytical Epidemiology of Substance Abuse« (ANEPSA)*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie.
- Zimmermann, P., Mühlig, St., Sonntag, D., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. (2004). Review on psychotherapeutic interventions for cannabis disorders. *Sucht*, 50 (5), 334-342.

Dr. rer. nat. Eva Hoch

Leiterin der Projektgruppe CANDIS
Technische Universität Dresden
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Chemnitzer Str. 46
01187 Dresden
hoch@psychologie.tu-dresden.de
www.candis-projekt.de



SIE SUCHEN

**qualifizierte Psychologische Psychotherapeuten,
haben einen KV-Sitz abzugeben oder
möchten eine Praxis übernehmen?**

Dann sind Sie im Psychotherapeutenjournal genau richtig! Mit einer Auflage von **34.500 Exemplaren** ist das Psychotherapeutenjournal die führende Zeitschrift für Psychologische Psychotherapeuten in Deutschland.

Für nähere Informationen wenden Sie sich direkt an Ihre Mediaberatung oder unter **www.ptv-anzeigen.de**

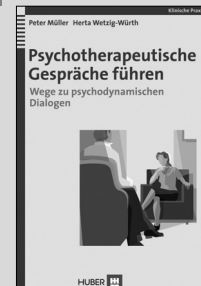
Claudia Kampmann-Schröder

Tel.: 0 62 21 / 43 70 72

Mail: anzeigen@psychotherapeutenjournal.de

Psychotherapeutenverlag, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Im Weiher 10, 69121 Heidelberg, Tel: 0 62 21/4 89-0

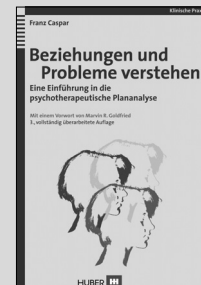
Das psychotherapeutische Gespräch



2008. 148 S.,
2 Abb. Kt
€ 19.95 /
CHF 33.90
ISBN 978-3-
456-84497-8

Peter Müller / Herta Wetzig-Würth Psychotherapeutische Gespräche führen Wege zu psychodynamisch wirksamen Dialogen

Psychotherapeutische Gesprächsführung kann man lernen. Aber wie finde ich Wege zur psychodynamischen Wirksamkeit? Dieses Buch gibt eine konkrete Anleitung zur Gesprächsführung bei psychogenen bzw. psychosomatischen Erkrankungen.



Mit einem
Vorwort von
Marvin R.
Goldfried.
3., vollst. über-
arb. Aufl. 2007.
278 S., 39 Abb.
Kt € 26.95 /
CHF 44.90
ISBN 978-3-
456-84187-8

Franz Caspar Beziehungen und Probleme verstehen Eine Einführung in die psycho- therapeutische Plananalyse

Wie lassen sich die vielen Details, die der Therapeut über seinen Patienten erfährt, zu einem sinnvollen Gesamtbild zusammenfügen? Die Plananalyse ist ein bewährter, therapieschulungsabhängiger Ansatz zum Erarbeiten individueller Fallkonzeptionen in der Psychotherapie.

Erhältlich im Buchhandel oder über
www.verlag-hanshuber.com

HUBER

