

„realize-it“ **Kurzzeitintervention bei Cannabiskonsum**

Gebhard Hüsler¹

Zusammenfassung

„realize-it“ ist ein zwölf Wochen dauerndes Interventionsprogramm für Cannabiskonsumern und -konsumentinnen. Es besteht aus fünf Einzelsitzungen und einer Gruppensitzung. Es handelt sich um ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm, das weitgehend auf die aktive Mithilfe der Teilnehmer setzt. Um diese aktive Teilnahme zu erleichtern, arbeitet das Programm mit einem „Tagebuch“. Das „Tagebuch“ thematisiert Probleme, die im Zusammenhang mit der Konsumreduktion auftreten und gibt Hinweise, wie man damit umgehen kann. Da das Programm eine relativ hohe Motivation der Teilnehmenden voraussetzt, spricht es nur eine bestimmte Population an. Die Evaluation von „realize it“ erfolgte in einem binationalen Projekt (Schweiz – Deutschland). Insgesamt waren 13 Zentren beteiligt. Am Programm haben über 300 Männer und Frauen unterschiedlichen Alters teilgenommen. Mehr als 40 % der Teilnehmenden leiden an psychischen Belastungen. Depressions- und Ängstlichkeitswerte liegen bei diesen Personen nicht mehr im Normbereich. Ausserdem hat mehr als ein Drittel eine tiefe soziale Ausgangslage. Das bedeutet, dass diese Personen weniger Rückhalt in ihrem Umfeld haben und die individuellen Biografien Brüche aufweisen. Die soziale Ausgangslage ist eine der wichtigsten Variablen, welche die Abbrecher von jenen Personen unterscheidet, die das Programm erfolgreich beendet haben. Die Wirkungen des Programms sind auf mehreren Ebenen beeindruckend. Der Cannabiskonsum im Beobachtungszeitraum geht deutlich zurück. Bei Personen mit psychischen Belastungen ist dieser Effekt deutlicher als bei den anderen, und ebenso bedeutsam ist es, dass sich auch das psychische Befinden verbessert.

Schlüsselwörter: Kurzintervention, realize it, Cannabiskonsum, Jugendliche

¹ Forschungszentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie

Einleitung

Mit dem Programm werden Cannabiskonsumenten und -konsumentinnen angesprochen, die ihren Konsum einschränken oder aufgeben wollen. Die folgenden Ziele stehen im Vordergrund: Risikosituationen erkennen, Kontrollstrategien entwickeln, Aufbau und Nutzung drogenfreier sozialer Kontakte, Durchführung drogenfreier Freizeitaktivitäten.

Methodik

Das Konzept beruht auf der Theorie der Selbstregulation (Kanfer, 1970; 1986) und auf dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (Prochaska & Di Clemente, 1984). Selbstregulation und Selbstkontrolle stehen im Vordergrund. Nach Kanfer wird das Konzept der Selbstregulation nicht nur im klassisch-therapeutischen Verfahren, sondern auch in der Alltagspraxis soziotherapeutischer Arbeit, in der Beratung und in der Selbsthilfe umgesetzt. Wobei Selbstkontrolle insofern ein Spezialfall der Selbstregulation darstellt, als sie in einer spezifischen Konfliktsituation aktiv wird. Hierbei unterbricht das Individuum sein gewohnheitsmässiges Verhalten, um die gegebene Situation und das eigene Verhalten zu überdenken. Unter den Umsetzungsaspekten für die Selbstregulation spielen die Selbstbeobachtung, die Stimuluskontrolle und die Konsequenzkontrolle eine Rolle. Das transtheoretische Modell legt den Fokus auf die Stufen der Verhaltensänderung bzw. setzt bei der Bewusstwerdung des Problems an, wobei fünf Stufen unterschieden werden: Sorglosigkeit, Bewusstwerden, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung. Die Kurzzeitintervention „realize-it“ setzt bei den Prinzipien der motivierenden Kurzberatung an (Miller & Rollnick, 1999). Dabei gilt die Grundannahme, dass Menschen in der Lage sind, ihre Verhaltensweisen selbstständig und ohne längerfristige Hilfestellungen durch Professionelle zu ändern.

Das Programm wurde 2008 in einem binationalen Projekt evaluiert. Es nahmen über 300 Personen beiderlei Geschlechts am Programm teil. Durchgeführt wurden deskriptive Statistiken wie Mittelwertvergleiche und Effektstärken (Cohens d).

Die Teilnehmer füllten zu Beginn (Screening), nach Abschluss und 3 Monate später Fragebogen am Computer aus. Das Eingangsscreening erfasste neben dem Substanzkonsum auch das Befinden (Depression, Ängstlichkeit) und die soziale Einbettung (soziale Ausgangslage).

Das Programm

Im Rahmen des Programms werden fünf Einzelsitzungen in einem Zweiwochentakt angeboten. Wenn organisatorisch möglich findet zusätzlich zu den fünf Beratungssitzungen eine Gruppensitzung statt.

Beratung I	Eingangsbefragung, Einführung ins Programm, Formulierung des Programmziels, Einführung in das Tagebuch („Booklet“)
Beratung II	Bewertung Detailziele: Zielvereinbarungen Strategien der Selbstkontrolle besprechen
Beratung III	Bewertung Detailziele: Zielvereinbarungen, Risikosituationen erkennen, Kontrollstrategien entwickeln, Belastungen bewältigen, Drogenfreie Freizeitplanung
Beratung IV	Bewertung Detailziele: Zielvereinbarungen
Beratung V	Bewertung Detailziele: Überprüfung des individuellen Programmziels, Zielvereinbarungen; Abschlussbefragung

Das Handbuch („Booklet“)

Das Handbuch ist ein zentrales Instrument von „realize-it“. Es soll drei Funktionen erfüllen: Es bietet dem Klienten eine Fülle von Informationen, die für die Reduzierung oder Einstellung des eigenen Cannabiskonsums hilfreich sein können. Die zweite Funktion ist die Selbstüberwachung des Konsums. Mit Hilfe des Handbuchs wird der Konsum festgehalten und mögliche Auslöser oder Gründe für den Konsum festgehalten. Weiter hat das Handbuch eine Dokumentationsfunktion. Mit der Beratungsperson formuliert der Klient oder die Klientin das Projektziel, aber auch Nahziele.

13 Beratungszentren aus Deutschland und der Schweiz beteiligten sich an der Evaluation

Die beteiligten Zentren waren für die Klientenrekrutierung besorgt und führten die Interventionen durch. Da die Beraterinnen und Berater im Rahmen von „realize-it“ unterschiedliche berufliche Erfahrungen und Hintergründe mitbringen, haben sich auch unterschiedliche Beratungsstile entwickelt. Um sicherzustellen, dass die Klienten und Klientinnen in den Beratungsstellen dennoch eine ähnliche Intervention erhalten, wurden Rahmenbedingungen erarbeitet: Sich dem humanistischen Menschenbild verpflichtet fühlen, Empathie ausdrücken können, fähig sein Klienten zu aktivieren, Fähigkeit Sitzungen strukturieren zu können und das Handbuch/Booklet umsetzen können.

Ergebnisse

Beschreibung der Personen mit Eintrittsdaten

Die Daten wurden nach drei Gesichtspunkten analysiert: In Bezug auf die soziale Ausgangslage, die psychische Symptomatik und dem Konsum von Substanzen. Die soziale Ausgangslage erfasst die soziodemografische Geschichte der Person mit folgenden Items: Lebt ohne Mutter bzw. Vater, Eltern getrennt oder geschieden, Mutter bzw. Vater unbekannt bzw. verstorben, Anzahl Umzüge und Anzahl Schulwechsel, Schuljahr wiederholt (ja/nein),

von Schule ausgeschlossen oder verwiesen worden (ja/nein), Lehre abgebrochen (ja/nein), in Institution (Heim, Gefängnis, Psychiatrie) gelebt (ja/nein). Tendenziell überwiegt eine mittlere oder tiefe soziale Ausgangslage, was einen Hinweis dafür liefert, dass die Lebensbiographien teilweise brüchig sind. Soziale Ausgangslage und Befindensbeeinträchtigungen hängen zusammen (vgl. dazu Hüsler, 2010, 119ff).

Tabelle 1: Alter, Geschlecht und soziale Ausgangslage der “realize-it”-Population

Alter	soziale Ausgangslage	männlich		weiblich	
15-20	hoch	27	27 %	7	29 %
	mittel	33	33 %	10	42 %
	tief	41	41 %	7	29 %
Total N*		101		24	
21-51	hoch	41	28 %	6	17 %
	mittel	57	38 %	15	42 %
	tief	51	34 %	15	42 %
Total N*		149		36	

*Die Anzahl der N kann aufgrund von missing data in den verschiedenen Tabellen schwanken.

Die Altersgruppe der 15-20-Jährigen umfasst 125 Personen, die der 21-51-Jährigen 185. Der weitaus grössere Teil der am Programm Teilnehmenden ist männlich (vgl. Tabelle 2). Nur 19 % sind Frauen. Von psychischer Beeinträchtigung sprechen wir, wenn die Werte auf der Depressions- und Ängstlichkeitsskala nicht mehr im Normbereich liegen. Die psychische Beeinträchtigung wird anhand des Depressionsfragebogens (Hautzinger & Bailer, 1983; psychische Beeinträchtigung: Depressionswerte bei Männern >17 und bei Frauen >22) und des Angstfragebogens (Laux et al., 1981; psychische Beeinträchtigung: Angstwerte bei Männern >43 und bei Frauen >46) erfasst. Weiter ist die psychische Beeinträchtigung bei den Programmteilnehmenden mit >40 % sehr hoch. Hier unterscheiden sich die Frauen nicht von den Männern. Für die Normalbevölkerungen sind die Schätzungen hinsichtlich des Vorkommens von psychischen Beeinträchtigungen sehr unterschiedlich und variieren zwischen 10 % und 30 % (vgl. Hüsler 2010 mit weiteren Hinweisen).

Tabelle 2: Psychische Beeinträchtigung (nein/ja)

Alter	Beeinträchtigung	Geschlecht		weiblich	
		männlich			
15-20	nein	61	62 %	15	63 %
	ja	38	38 %	9	38 %
Total N		99		24	
21-51	nein	84	60 %	18	55 %
	ja	56	40 %	15	45 %
Total N		140		33	

Charakteristik der Personen

Die Selbsteinschätzung der Personen mit psychischen Beeinträchtigungen unterscheidet sich deutlich von jenen, die keine solchen Beeinträchtigungen haben. So sind der Selbstwert (Harter, 1982) und die seelische Gesundheit (Becker, 1989) bei dieser Teilgruppe deutlich tiefer, hingegen die Depression, die Ängstlichkeit und die Suizidalität deutlich höher als bei den Personen ohne psychische Beeinträchtigung (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Befinden

	Psychische Beeinträchtigung							
	nein			ja			p	
	Mw	(sd)	N	Mw	(sd)	N	t-Test	p
Selbstwert	3.1	(0.5)	178	2.5	(0.6)	115	9.26	.000
Seelische Gesundheit	62.6	(7.5)	178	51.5	(7.1)	117	12.60	.000
Positiver Affekt	34.5	(6.8)	179	27.0	(5.9)	115	9.71	.000
Negativer Affekt	17.0	(4.4)	178	24.5	(6.5)	115	11.78	.000
Emotionalität	5.4	(3.2)	179	10.0	(2.6)	117	12.99	.000
Depression	8.0	(4.9)	181	20.4	(7.7)	117	16.99	.000
Angst (SCL-90-R)	14.7	(4.0)	181	21.5	(7.3)	118	10.37	.000
Ängstlichkeit (trait)	35.6	(6.3)	181	53.9	(7.4)	118	22.90	.000
Suizidalität	0.6	(0.9)	178	1.4	(1.1)	117	6.83	.000

Legende: Selbstwert (Harter, 1982), Skala von 1-4. Seelische Gesundheit (Becker, 1989), Skala von 1-4. Positiver/ Negativer Affekt (Watson, D & Clark, L.A. PANAS, 1988), Skala von 10-50. Emotionalität (FPI, Fahrenberg et al. 2001), Skala von 0-14. Depression (Hautzinger & Bailer, 1993), Skala von 0-45. Angstskala SCL-90-R (Franke, 1995), Skala von 10-50. Ängstlichkeit STAI trait (Laux et al. 1981), Skala von 20-80. Suizidalität (Arèmes et al., 1998), Skala von 0-3.

Die Substanzvariablen

Diese Variablen erlauben es, die Gewohnheiten des Konsums besser zu beschreiben, aber auch zu verstehen, welche Probleme im Rahmen des Konsums auftreten. Unsere eigenen Daten aus Schulen der Oberstufe oder der Berufsschulen geben den Beginn des Cannabiskonsums mit 16 Jahren an (vgl. Hüsler, 2010). Bei Programmbeginn liegt der durchschnittliche Cannabiskonsum bei 20 Tagen pro Monat, wobei Personen mit psychischer Beeinträchtigung einen leicht höheren Konsum haben. In der Regel wird zwischen 4-5-mal pro Tag konsumiert. In der Einschätzung bezüglich Begleiterscheinungen des Konsums geben die Teilnehmenden zwischen 60-90 % Ja-Antworten (mehr konsumiert als beabsichtigt, eingeschränkte Aktivitäten, erfolgloser Verringerungsversuch des Konsums, Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum etc.).

Tabelle 4: Cannabiskonsum und Abhängigkeit

	Psychische Beeinträchtigung							
	nein		ja		p			
	Mw	(sd)	N	MW	(sd)	N	t-Test	p
Alter erster Cannabiskonsum?	14.6	(2.2)	178	14.6	(2.1)	117	0.00	ns
Cannabiskonsum (Tage letzter Monat)	20.3	(11.0)	160	24.1	(8.9)	109	3.00	.003
Gramm Haschisch	6.0	(11.8)	169	5.3	(8.7)	114	0.54	ns
Gramm Marihuana	14.2	(17.9)	174	17.1	(18.4)	113	1.33	ns
Häufigkeit typischer Tag	3.8	(2.2)	161	4.4	(2.2)	112	2.22	.028
Abhängigkeit:								
- mehr Cannabis konsumiert als beabsichtigt	0.6	(0.5)	169	0.8	(0.4)	113	3.56	ns
- wegen Cannabis Aktivitäten eingeschränkt	0.6	(0.5)	167	0.8	(0.4)	114	3.56	ns
- versucht, Konsum zu verringern/zum Beenden	0.6	(0.5)	167	0.8	(0.4)	113	3.56	ns
- öfter Probleme erfahren	0.7	(0.5)	166	0.8	(0.4)	110	1.76	.08
- trotz Problemen weiter konsumiert	1.0	(0.2)	107	1.0	(0.1)	88	.00	ns
- Beschwerden, weil KEIN Cannabis konsumiert	0.2	(0.4)	169	0.5	(0.5)	109	5.53	.000

Legende: mehr Cannabis konsumiert als beabsichtigt (nein=0, ja =1), wegen Cannabis Aktivitäten eingeschränkt (nein=0, ja =1), versucht Konsum zu verringern/zum Beenden (nein=0, ja =1), öfter Probleme erfahren (nein=0, ja =1), trotz Problemen weiter konsumiert (nein=0, ja =1), Beschwerden, weil Sie kein Cannabis konsumierten (nein=0, ja =1), N= Anzahl der Teilnehmer, Mw = Mittelwert, sd= Standardabweichung.

Der Entschluss, etwas am Cannabiskonsum zu verändern, steht im Zusammenhang mit der selbst eingeschätzten Abhängigkeit. Bei der selbst eingeschätzten Abhängigkeit handelt sich um eine ja/nein Antwort. Es lässt sich kein klarer Zusammenhang zwischen Motiv der Veränderung und der selbst eingeschätzten Abhängigkeit erkennen.

Tabelle 5: Selbst eingeschätzte Abhängigkeit

Motivation	Selbst eingeschätzte Abhängigkeit	
	Total N	davon abhängig
denke etwas zu ändern	23	15 65 %
will Konsum reduzieren	131	101 77 %
will Konsum aufgeben	100	89 89 %
will Sonstiges tun	24	12 50 %
Total	278	217 77 %

Vergleicht man nun die Motivation bei der Ersterhebung mit der Zweiterhebung, so stellt man fest, dass von den Personen, die zu T1 (Beginn des Programms) aufhören wollten, nur 5 Personen tatsächlich aufhören. Zumindest für die Schweizer bleibt bei einem grösseren Teil die Motivation „aufhören“ erhalten, das heisst, sie konsumieren zwar weiter, geben aber ihr Ziel aufzuheben nicht auf.

Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit dem Konsum auftreten

Die am Programm teilnehmenden Personen geben eine ganze Reihe von Begleitproblemen an. So scheinen Schwierigkeiten im Umfeld (Freunde, Familie) unvermeidlich. Ebenso klagen die Teilnehmenden über eine eingeschränkte Produktivität, geringe Energie und Schlafprobleme. Cannabiskonsumern mit psychischer Beeinträchtigung haben gegenüber denen ohne Beeinträchtigung teilweise höhere Werte. Insbesondere haben sie weniger Energie, mehr Probleme in der Familie, Geldprobleme, mehr Schuldgefühle und eine geringere Selbstachtung.

Der Konsum von Tabak beginnt im Alter zwischen 13 und 14 Jahren. Fast alle Personen, die Cannabis konsumieren, rauchen (93 %). Der Tabakkonsum liegt zwischen 25 und 28 Tagen pro Monat. Beim Alkoholkonsum liegt zwar das Alter des ersten Konsums nahe beim Alter des Einstiegs in den Tabakkonsum, die Konsumhäufigkeit ist aber geringer. Bezüglich des Konsums anderer Drogen liegen die Werte im Bereich zwischen 2 bis 4 Substanzen (Lebenszeitprävalenz). Aktuell werden, bezogen auf den letzten Monat, 1 bis 3 Substanzen konsumiert.

Tabelle 6: Konsum von Tabak und Alkohol

	Psychische Beeinträchtigungen					
	nein			ja		
	Mw	(sd)	N	Mw	(sd)	N
Tabakkonsum Lebenszeitprävalenz	1.0	(0.1)	180	1.0	(0.1)	117
Alter erster Tabakkonsum	13.0	(2.7)	183	13.2	(2.8)	119
Tabakkonsum - Tage im Monat	25.0	(11.0)	179	26.6	(8.9)	117
Alkoholkonsum Lebenszeitprävalenz	1.0	(0.1)	184	1.0	(0.0)	120
Alter erster Alkoholkonsum	13.6	(2.2)	183	13.5	(2.1)	120
Alkoholkonsum - Tage im Monat	6.5	(6.0)	181	7.9	(7.3)	120
Anzahl Drogen Lebenszeitprävalenz	3.1	(3.0)	179	4.1	(3.1)	116
Anzahl Drogen - letzter Monat	0.7	(1.4)	115	1.9	(3.9)	70

Legende: Antwortskala: ja= 1 , nein= 0, N= Anzahl der Teilnehmer, Mw= Mittelwert, sd= Standardabweichung

Personen, die das Programm abbrechen

Eine erste Frage, die sich stellt, ist: „Wann erfolgt der Abbruch?“ und weiter: „Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl Sitzungen und der Abbruchquote?“ Der Tabelle ist zu entnehmen, dass Abbrüche kontinuierlich erfolgen und in der letzten Sitzung nur noch 56 % der Teilnehmenden im „realize-it“ sind.

Tabelle 7: Abbruch nach Sitzungen

Sitzung	N	%
Sitzung 1	287	99 %
Sitzung 2	233	80 %
Sitzung 3	212	73 %
Sitzung 4	185	64 %
Sitzung 5	162	56 %

N= Anzahl Personen im Programm nach Sitzungen 1-5

Weiter stellt sich die Frage, ob der Abbruch mit dem Alter, dem Konsumprofil und den Zentren zusammenhängt. Offensichtlich sind die Abbrechenden jünger und geben eine grössere Abhängigkeit an. Darüber hinaus schwankt die Haltequote innerhalb der Zentren. Sie liegt je nach Zentrum zwischen 20 % und 80 %. Die soziale Ausgangslage bestimmt grossteils den Abbruch. Darüber gibt es Variablen, die in einem geringen Ausmass den Abbruch mitbestimmen. Das Alter – jüngere Teilnehmer brechen in einem höheren Ausmass ab; die Cannabisabhängigkeit – Teilnehmer, die höhere Werte auf der Variablen Abhängigkeit haben, brechen eher ab; die Konsumdauer – Konsumenten mit einer kürzeren Konsumdauer brechen in einem höheren Ausmass ab, wobei hier Alter und Konsumdauer zusammen spielen.

Tabelle 8: Abbruch und Cannabiskonsum

	Abschluss			Abbruch			
	Mw	(sd)	N	Mw	(sd)	N	p
Alter	24.34	(7.4)	152	21.87	(4.8)	142	.001
Cannabis Tage/Monat	22.08	(10.5)	137	21.69	(10.4)	129	.761
Cannabis Abhängigkeit	3.36	(1.5)	149	3.87	(1.4)	136	.002
Cannabis Entzugssymptome	1.12	(2.2)	151	1.18	(2.0)	141	.792
Cannabis Probleme	6.94	(3.4)	150	7.39	(3.5)	141	.268
Cannabis Konsumdauer	8.32	(6.4)	130	6.5	(4.2)	127	.008

Legende: N= Anzahl der Teilnehmer, Mw= Mittelwert, sd= Standardabweichung, p= Signifikanzwert.

Frauen und Männer brechen das Programm gleich oft ab. Es zeigt sich auch kein Unterschied hinsichtlich psychischer Beeinträchtigung. Lediglich die soziale Ausgangslage unterscheidet sich. Deutschland hat eine bedeutend grössere Anzahl von Abbrechenden. Das gibt wiederum einen Hinweis auf die Unterschiedlichkeit der Populationen in den beiden Ländern. Da die soziale Ausgangslage als bestimmender Indikator für den Abbruch identifiziert wurde, stellt sich die Frage, ob die Länder sich diesbezüglich unterscheiden. Hier stellen wir fest, dass Deutschland 35 % jüngere Männer mit einer tiefen sozialen Ausgangslage in der Stichprobe hat, die Schweiz hingegen 49 %. Bei den Frauen dieser Altersgruppe gibt es praktisch keinen Unterschied (29 % vs. 30 %). Bei den Männern der Altersgruppe 21-51 hat Deutschland 42 % mit einer tiefen sozialen Ausgangslage, die Schweiz hingegen nur 29 %, bei den Frauen dieser Altersgruppe sind es in Deutschland 30 %, in der Schweiz 46 %. Da der Abbruch aber bei den jüngeren Männern gehäuft vorkommt und die

soziale Ausgangslage für diese Altersgruppe in Deutschland besser ist, kann die tiefe soziale Ausgangslage nicht für die höhere Abbruchquote in Deutschland herangezogen werden.

Tabelle 9: Abschluss/Abbruch: Geschlecht, Befindlichkeit, soziale Ausgangslage und Ländervergleich

	Abschluss		Abbruch		N	p
	n	%	n	%		
Geschlecht						
Männer	120	79 %	118	83 %	238	.367
Frauen	32	21 %	24	17 %	56	
Internale Probleme						
nein	92	63 %	79	57 %	171	.323
ja	55	37 %	60	43 %	115	
soziale Ausgangslage						
hoch	43	28 %	31	22 %	74	.032
mittel	63	41 %	47	33 %	110	
tief	46	30 %	64	45 %	110	
Land						
Deutschland	56	37 %	85	59 %	141	.000
Schweiz	97	63 %	59	41 %	156	

Die Unterschiede zwischen Personen, die „realize-it“ beenden, und den Abbrechenden reduzieren sich schlussendlich auf die soziale Ausgangslage. Die soziale Ausgangslage der Abbrechenden ist wesentlich tiefer. D.h. die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Teilnahme an „realize-it“, einem Programm, das einen relativ hohen persönlichen Strukturierungsgrad verlangt, sind bei tiefer sozialer Ausgangslage kaum gegeben. Ein weiterer Unterschied besteht zwischen den Ländern. Die Schweiz hat eine geringere Abbruchquote als Deutschland. Das liegt vermutlich daran, dass a) in Deutschland tendenziell jüngere Jugendliche an „realize-it“ teilnehmen und b) die behördliche Zuweisung in einem grösseren Ausmass erfolgt.

Prä-post Veränderungen

Welche Parameter verändern sich über die Zeit bei jenen Personen, die die Interventionen abschliessen? Die wesentlichen Veränderungen sind aus nachfolgender Tabelle ersichtlich. Generell sind der Cannabiskonsum, die Anzahl konsumierter Gramm Marihuana pro Monat und die Häufigkeit des Konsums pro Tag rückläufig. Mit dem Konsumrückgang sinkt auch die Abhängigkeit, und die begleitenden Probleme im Zusammenhang mit Cannabis nehmen ab.

Als Folge des veränderten Konsums steigt der Selbstwert. Nur zwei Parameter erfahren keine Veränderung – der Alkohol- und der Tabakkonsum. Bei Teilnehmenden, die beim Eintritt ins Programm Befindensbeeinträchtigungen (Depression, Angst) hatten, zeigen die Werte in Richtung Normalität.

Tabelle 10: Prä-post Veränderungen (T1-T2)

	N	T1		T2		Signifikanz		
		Mw	(sd)	Mw	(sd)	t-Test	p	ES
Cannabiskonsum (Tage/Monat)	136	22.0	(10.5)	10.1	(10.8)	13.9	.000	-1.14
Gramm Haschisch	145	5.0	(10.3)	2.5	(12.9)	5.0	.053	-.24
Gramm Marihuana	147	15.8	(19.9)	6.0	(13.3)	13.2	.000	-.49
Häufigkeit pro Tag	117	3.8	(2.1)	1.7	(1.8)	2.6	.000	-1.03
Cannabis Abhängigkeit	147	3.4	(1.5)	1.2	(1.6)	2.5	.000	-1.49
Cannabis Entzugssymptome	150	1.1	(2.2)	0.5	(1.1)	1.0	.003	-.27
Cannabis Probleme	149	7.0	(3.4)	3.4	(3.8)	4.2	.000	-1.02
Tabakkonsum	142	25.5	(10.4)	26.1	(9.1)	0.9	.411	.06
Alkoholkonsum	149	7.3	(6.1)	6.0	(5.8)	2.1	.002	-.21
Selbstwert	144	2.9	(0.6)	3.1	(0.6)	-0.1	.000	.32
Depression	147	12.6	(8.2)	9.8	(7.8)	4.1	.000	-.33
Angst	146	17.4	(6.0)	14.8	(4.5)	3.6	.000	-.45
Ängstlichkeit	147	42.1	(10.5)	38.0	(10.0)	5.6	.000	-.39

Legende:

Cannabis Abhängigkeit: Ja/Nein Antworten, Summenscore von 5 Items, Skala 0-5

Cannabis Entzugssymptome: Nein/Ja Antworten, Summenscore von 11 Items, Skala 0-11

Cannabis Probleme: Summenscore von 19 Items, 0=keine Probleme, 0.5=geringe Probleme, 1=ernsthafte Probleme, Skala von 0-19

Tabakkonsum: Tage pro Monat, Skala von 0-31

Alkoholkonsum: Tage pro Monat, Skala von 0-31

Selbstwert (Harter, 1982) (1=stimmt überhaupt nicht, 2=stimme eher nicht, 3=stimme eher, 4=stimmt genau), Skala von 1-4

Depression (Hautzinger & Bailer, 1993), Skala von 0-45.

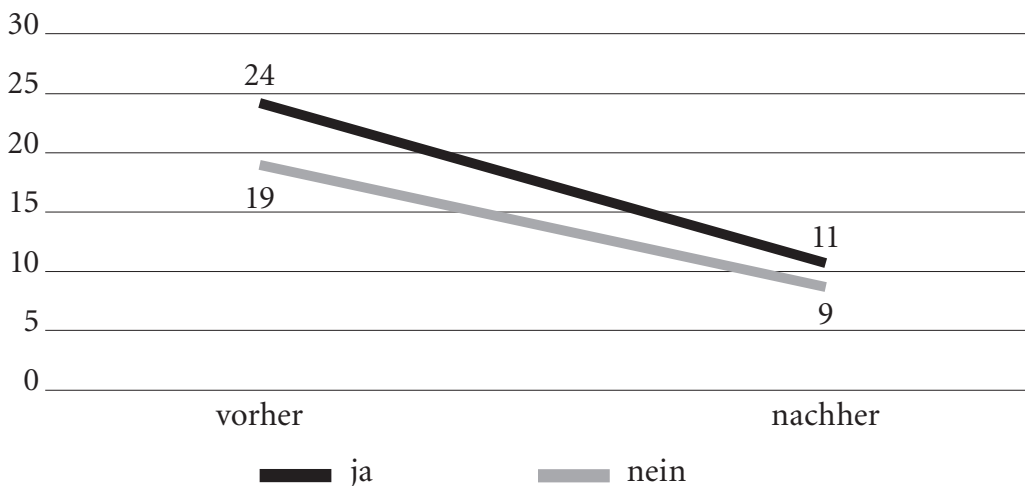
Angstskala SCL-90-R (Franke, 1995), Skala von 10-50.

Ängstlichkeit STAI trait (Laux et al. 1981), Skala von 20-80.

Cannabiskonsumenten mit Befindensbeeinträchtigungen reduzieren die Anzahl der Konsumtage in einem höheren Ausmass, als jene ohne Befindensprobleme (vgl. Grafik 1).

Grafik 1: Cannabiskonsum (Tage/Monat) unter Berücksichtigung der psychischen Symptome (ja/nein) Konsumtage (vorher - nachher)

Cannabiskonsum	alle	Psychische Symptome	
		nein	ja
vorher	21	19	24
nachher	10	9	11



Alle beobachteten Cannabis bezogenen Parameter verzeichnen einen Rückgang: Die Anzahl der Konsumtage, die konsumierte Menge und die Häufigkeit des Konsums pro Tag. Damit verändern sich auch die anderen Parameter, die mit dem Cannabiskonsum verbunden sind. So nimmt die eingeschätzte Cannabis Abhängigkeit ab, Entzugssymptome sind rückläufig und die Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum nehmen ebenfalls ab. Gleichzeitig verändern sich die psychischen Variablen ebenfalls. So nimmt der Selbstwert zu, depressive Tendenzen nehmen ab und die Ängstlichkeit nimmt ebenfalls ab.

Prä – post – follow up

Die Frage der Nachhaltigkeit eines Programms lässt sich mit einer Nachmessung ermitteln. Drei Monate nach Beendigung des Programms wurde bei den Teilnehmenden noch einmal nachgefragt. Die ermittelten Werte (T3) sind bezogen auf den Konsum weitgehend stabil. Die Befindenswerte verbessern sich noch etwas.

Tabelle 11: Prä – post – follow - up (T1, T2, T3)

		T1		T2		T3		T2	T3
	N	Mw	(sd)	Mw	(sd)	Mw	(sd)	ES	ES
Cannabiskonsum (Tage/Monat)	105	21.9	(10.7)	10.9	(11.1)	10.8	(11.7)	-1.03	-1.05
Gramm Haschisch	105	4.6	(9.8)	3.1	(15.1)	2.4	(7.8)	-.16	-.22
Gramm Marihuana	107	17.2	(19.7)	6.9	(15.1)	6.6	(14.5)	-.52	-.54
Häufigkeit pro Tag	83	3.9	(2.2)	1.7	(1.8)	1.8	(1.9)	-1.01	-.98
Cannabis Abhängigkeit	109	3.4	(1.5)	1.3	(1.6)	1.1	(1.4)	-1.43	-1.52
Cannabis Entzugssymptome	112	1.2	(2.3)	0.5	(1.1)	0.3	(0.9)	-.28	-.38
Cannabis Probleme	110	7.1	(3.6)	3.6	(3.7)	2.8	(2.9)	-1.00	-1.22
Tabakkonsum	103	25.3	(10.4)	26.5	(8.6)	25.7	(9.8)	.12	.04
Alkoholkonsum	111	6.9	(6.2)	5.5	(5.5)	5.6	(5.1)	-.23	-.22
Selbstwert	104	2.9	(0.6)	3.1	(0.6)	3.2	(0.5)	.28	.47
Depression	105	13.4	(8.9)	10.3	(8.4)	8.9	(8.0)	-.35	-.51
Angst	106	17.6	(6.3)	14.8	(4.6)	14.5	(5.0)	-.44	-.48
Ängstlichkeit	106	42.7	(11.1)	38.5	(10.4)	37.4	(11.3)	-.37	-.48

Legende:

Cannabis Abhängigkeit: Ja/Nein Antworten, Summenscore von 5 Items, Skala 0-5

Cannabis Entzugssymptome: Nein/Ja Antworten, Summenscore von 11 Items, Skala 0-11

Cannabis Probleme: Summenscore von 19 Items, 0=keine Probleme, 0.5=geringe Probleme, 1=ernsthafte Probleme, Skala von 0-19

Tabakkonsum: Tage pro Monat, Skala von 0-31

Alkoholkonsum: Tage pro Monat, Skala von 0-31

Selbstwert (Harter, 1982) (1=stimmt überhaupt nicht, 2=stimme eher nicht, 3=stimme eher, 4=stimmt genau), Skala von 1-4

Depression (Hautzinger & Bailer, 1993), Skala von 0-45.

Angstskala SCL-90-R (Franke, 1995), Skala von 10-50.

Ängstlichkeit STAI trait (Laux et al. 1981), Skala von 20-80.

Wirksamkeit von „realize-it“

Mit einem Gesamteffekt von $ES=.46$ für den Cannabiskonsum hat „realize-it“ einen kleineren Effekt verglichen mit dem Gesamteffekt für Erwachsene. Nach dem Kriterium Abhängigkeit stellen wir für Cannabisabhängige einen deutlichen Effekt von $ES=.90$ fest. Bei den „composite“ Daten, also den Begleiterscheinungen um den Cannabiskonsum, haben wir einen sehr starken

Gesamteffekt von ES=1.40 und für Cannabisabhängige von ES=2.47, der auch im follow up erhalten bleibt. Hinsichtlich Verbesserung des Befindens liegt „realize-it“ mit einer ES=.54 für Depression und einer ES von .77 für Angst im Bereich der Vergleichsstudien.

Tabelle 12: „realize-it“ Effektstärken

Outcome	Cannabis Häufigkeit		Composite		Befinden	
	post ES	follow up ES	post ES	follow up ES	post ES	follow up ES
Cannabiskonsum (Tage/Monat)						
nicht abhängig	.15	-.05				
abhängig	.90	.64				
overall	.46	.22				
Cannabis Abhängigkeit						
nicht abhängig			1.08	.96		
abhängig			2.47	2.55		
overall			1.40	1.35		
*Cannabis Symptome						
nicht abhängig			.08	.31		
abhängig			.44	.75		
overall			.29	.57		
**Cannabis Probleme						
nicht abhängig			.90	1.20		
abhängig			1.15	1.72		
overall			.89	1.26		
Depression						
nicht abhängig					.06	.11
abhängig					.54	.75
overall					.29	.45
Angst						
nicht abhängig					.21	.24
abhängig					.77	.64
overall					.47	.45

Legende: post=nach der Intervention (3 Monate), follow up= 6 Monate nach Eingangsmessung,

*Cannabis-Symptome=körperliche/psychische, **Cannabis Probleme=soziale Probleme aufgrund des Konsums

Composite=diese Masse umfassen Probleme im Umgang mit Cannabis und Cannabissymptomen

Nicht abhängig/abhängig=übernommene Einteilung bzw. Angaben aus den jeweiligen Studien

Diskussion

Die Teilnehmenden im „realize-it“ sind überwiegend männlich (nur 19 % sind Frauen). Alter und Konsum variieren zwischen den Zentren. Im Ländervergleich zeigt sich, dass es sich um zwei verschiedene Personengruppen handelt. In Deutschland sind die Teilnehmenden mehrheitlich jünger, mit einem geringeren Konsum, aber mit einer deutlich höheren Abbruchquote. In der Schweiz sind die Teilnehmenden älter, haben einen klar höheren Konsum, brechen das Programm aber weniger schnell ab. Für beide Länder gilt, dass die Teilnehmenden im „realize-it“ Programm zwischen 14-15 Jahren mit dem Cannabiskonsum beginnen. Weiter ist die soziale Ausgangslage bei etwa 40 % der Projektteilnehmenden eher tief. Befindensbeeinträchtigungen sind ebenfalls bei über 40 % vorhanden.

Jüngere Teilnehmende lassen sich weniger ansprechen und brechen das Programm häufiger ab. Allerdings gibt es in einzelnen Zentren auch gegenteilige Erfahrungen. Die Haltequote schwankt zwischen 20 % und 80 %. Das Belastungsprofil ergibt, dass etwa 40 % der Teilnehmenden an psychischen Symptomen leiden, die sich in depressiven oder ängstlichen Zügen zeigen. Ausserdem hat mehr als ein Drittel der Teilnehmenden eine tiefe soziale Ausgangslage, was bedeutet, dass diese Personen wenig Rückhalt in ihrem sozialen Umfeld haben und die individuellen Biografien Brüche aufweisen. Wirkungen des Programms sind auf mehreren Ebenen festzustellen. So geht der Cannabiskonsum im Beobachtungszeitraum deutlich zurück, bei Personen mit psychischen Belastungen deutlicher als bei den anderen. Das psychische Befinden verbessert sich ebenfalls. Diese Resultate bleiben auch im follow up nach 3 Monaten erhalten. Bei der Charakteristik der Probanden lässt der Schulabschluss vermuten, dass „realize-it“ Teilnehmer in einem geringeren Ausmass höhere Schulabschlüsse haben als sie aufgrund der Verteilung in der Bevölkerung zu erwarten wären. Die Aufteilung in Personen mit und ohne psychischer Beeinträchtigung verdeutlicht, dass es zwei unterschiedliche Personengruppen gibt: Personen mit einem deutlich eingeschränkten psychischen Befinden und Personen ohne psychische Beeinträchtigung. Diese Befindensbeeinträchtigung hängt einerseits oft mit einem erhöhten Konsum zusammen, andererseits aber auch mit einem schlechteren Umgang mit Begleitproblemen zum Cannabiskonsum. Die nähere Betrachtung der Programmabbrechenden ist nicht sehr ergiebig. Es sind keine Tendenzen bezogen auf das Alter, den Cannabiskonsum, das Befinden oder die Änderungsmotivation ersichtlich. Einzig die soziale Ausgangslage in Verbindung mit dem Alter ist ein Indikator für den Abbruch. Dies zeigt, dass die soziodemografische Geschichte weit wesentlicher ist als der gegenwärtige psychische Zustand und die Menge des Konsums, ob das Programm abgebrochen wird oder nicht. Die Einbindung der Zentren und ihre Arbeitsweise dürften aber wesentlich zur Verringerung der Abbruchquote beitragen. Der prä-post-Vergleich zeigt eine deutliche Wende im Cannabiskonsum. Praktisch alle Parameter, die mit dem Cannabiskonsum zusammenhängen, verändern sich. Eine wesentliche Verbesserung des Befindens ist die Folge. Damit erweist sich das Programm fürs Erste als erfolgreich. D.h. die Effektstärken für

die Veränderungen im Konsum (ES 0.5 – 0.9) liegen im Rahmen, wie sie von Stephens (2000) und von der Marijuana Treatment Project Group (Babor, 2004) berichtet werden. Damit lässt sich das Programm in jene Gruppe von Programmen einreihen, die aus einer Mischung von „Motivational Interviewing“, kognitiven verhaltenstherapeutischen Elementen und einer individuellen Beratungsarbeit bestehen und deshalb nach Evidenzkriterien empfohlen werden können. Die Kehrseite ist die bereits oben erwähnte Abbruchquote, die im Verlauf des Projektes zwar stabilisiert werden konnte, aber dennoch recht hoch bleibt. Das eingesetzte, von uns entwickelte Eingangsscreening hat sich als sinnvoll und handlich erwiesen. Der Vorteil dieses Verfahrens liegt darin, dass nicht einseitig auf den Cannabiskonsum abgestellt wird, sondern wichtige Drittvariablen wie die soziale Ausgangslage und die psychische Beeinträchtigung mit einbezogen werden. Ein solches Screening sollte auch bei der weiteren Durchführung des Programms (und auch anderer Programme) Standard werden und im Sinne der kontrollierten Praxis systematisch zur Erfolgskontrolle angewendet werden. Das würde den Fachstellen, welche Interventionen durchführen, ermöglichen, ihre Arbeit zu überprüfen und zu optimieren. Da das Alter der meisten Teilnehmenden im „realize-it“ um 20 Jahre und höher ist, sollte darüber nachgedacht werden, was an „realize-it“ oder in der Präsentation des Programms geändert werden müsste, damit die jüngeren Cannabiskonsumierenden besser angesprochen werden könnten. Dies auch deshalb, weil – wie epidemiologische Daten zeigen – der grosse Teil der tatsächlich Konsumierenden in den Altersgruppen zwischen 15-20 Jahren zu finden ist. Unsere Metaanalyse (Hüsler, 2008) zu den Interventionsprogrammen hat gezeigt, dass die Programme für Jugendliche generell eine bedeutend geringere Wirksamkeit haben als jene für Erwachsene. Es ist deshalb geboten, nicht die bis heute üblichen Interventionsprogramme weiter zu führen – beruhen sie doch alle auf denselben Prinzipien (kognitiv-verhaltensorientiert und Varianten) –, sondern zu überlegen, ob nicht ein anderer Weg einzuschlagen wäre. Wünschenswert wären etwa Interventionsvarianten, welche die psychosoziale Ausgangslage der Jugendlichen ins Zentrum rücken. Aufgrund eines Eingangsscreenings – das heisst einer Erfassung des psychosozialen Profils jedes Einzelnen – sollten individuelle Interventionsvorschläge gemacht werden, deren Wirksamkeit im Sinne der kontrollierten Praxis (durch individuelle Verlaufsmessungen) zu überprüfen wären (vgl. Hüsler, 2010).

Literatur

Arénes, J., Janvrin, M.-P., & Baudier, F. (1998). *Baromètre santé jeunes 97/98*. Paris: Editions CFES.

Babor, Thomas-F. (2004). Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings From a Randomized Multisite Trial. *Journal-of-Consulting-and-Clinical-Psychology*. Vol 72, 3, 455-466.

Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF*. Göttingen, Toronto, Zürich. Hogrefe

Cohen, L.H. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Fahrenberg, J., Hampel, R., & Selg, H. (2001). *Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)*. Revidierte Fassung (FPI-R) und teilweise geänderte Fassung (FPI-A1). (7. Aufl.) Göttingen. Hogrefe.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis* (deutsche Version): Skala Ängstlichkeit. Göttingen. Beltz.
- Harter, S. (1982). The perceived competence scale of children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Hautzinger M., & Bailer, M. (1993) *ADS: Allgemeine Depressions-Skala*. Weinheim: Beltz.
- Hüsler, G. (2008). *Realize-it*. Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Hüsler, G. (2010). *Jugendliche hier und anderswo. Gesetzmässigkeiten der Jugendproblematik*. Rüeegg. Zürich, Glarus.
- Jerusalem M., & Schwarzer, R. (1999). Allgemeine Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer, & M. Jerusalem (Eds.). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen* (pp. 13f). Berlin: Humboldt-Universität.
- Kanfer, F.H. (1970). Self-regulation: Research issues and speculations. In C. Neuringer & J.L. Michaels (Eds.). *Behavior modification in clinical psychology* (pp 178-220). New York: Appleton-Centry.
- Kanfer, F.H. (1986). Implications of self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.) *Treating-addictive behavours. Process of change* (pp. 29-47). New York: Plenum Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau. Lambertus.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz.
- Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W., & Farrington, D. (1989). Development of a new measure of self-reported antisocial behaviour for young children: prevalence and reliability. In M. Klein (Ed.). *Cross-National Research on Alcohol and Other Drugs; Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*: Stockholm: Modin Tryck.
- Proschaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones/Irwin.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatment for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5) pp 898-908.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1988) Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. Übersetzt von Krohne, H.W., Egloff, B. Kohlmann, C.W., & Tausch, A. (1996). Untersuchung mit einer deutschen Form der Positive and Negative Schedule (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139-156.

Korrespondenzadresse

Gebhard Hüsler
 Forschungszentrum für Rehabilitations- und Gesundheitspsychologie
 rte d'Englisberg 7
 1763 Granges-Paccot
 gebhard.huesler@unifr.ch
 www.zrg.ch

«Realize-it»

Intervention brève pour les consommateurs de cannabis

Gebhard Hüsler

Résumé

«Realize-it» est un programme d'intervention pour les consommateurs et consommatrices de cannabis qui s'étend sur 12 semaines. Il se compose de 5 séances individuelles et d'une séance de groupe. Il s'agit d'un programme de thérapie cognitivo-comportementale qui se base en grande partie sur la collaboration active des participant(e)s. Afin de faciliter cette participation active, le programme utilise un «journal de bord». Ceci met en évidence les problèmes qui surviennent dans le cadre de la réduction de la consommation et fournit des indications sur la façon de les résoudre. Le programme supposant une motivation relativement forte de la part des participant(e) s' il ne s'adresse qu'à une certaine population. L'évaluation de «realize it» a été effectuée dans le cadre d'un projet binationale (Suisse – Allemagne). Au total, 13 centres ont été impliqués. Plus de 300 hommes et femmes d'âges divers ont participé au programme. Plus de 40 % des participants souffrent de troubles psychiques. Les indices de dépression et d'anxiété chez ces personnes ne sont plus dans les valeurs normales. En outre, plus d'un tiers est dans une précarité sociale. Cela signifie que ces personnes ont moins de soutien dans leur entourage et que leurs chemins de vie présentent des cassures. La situation sociale est la seule variable qui distingue les gens qui ont abandonné le programme des personnes qui l'ont terminé avec succès. Les effets du programme sont impressionnants à plusieurs titres. La consommation de cannabis au cours de la période d'observation recule clairement. Cet effet est nettement plus prononcé chez les personnes ayant des troubles psychiques, et leur état psychique s'améliore également de manière significative.

“realize-it”

A brief intervention for cannabis users

Gebhard Hüsler

Summary

“realize-it” is a 12-week intervention program for cannabis users. It consists of five individual sessions and one group session. It is a cognitive-behavioural therapy program that, to a large extent, requires participants to play an active role. In order to facilitate this, the program works with a “diary”, which addresses the problems that arise in connection with the reduction of cannabis consumption and provides advice on how to deal with these problems. As the program assumes a relatively high degree of motivation on the part of the participants, it appeals only to a certain population. “realize it” was evaluated in a project in two countries (Switzerland – Germany). A total of 13 centers participated. Over 300 men and women of different ages took part in the program. More than 40 % of participants were under psychological stress. Levels of depression and anxiety were higher in these people than in the general population. More than a third of the participants came from a socially underprivileged background. This means that these people get less support from their social milieu and have turbulent personal histories. Social background is the only variable that distinguishes dropouts from participants who have completed the program successfully. The outcome of the program is impressive at a number of levels. Cannabis consumption falls markedly during the period of observation. This effect is more pronounced in people under psychological stress than in other people. Equally significant is the fact that psychological wellbeing also improves.