



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Deutsches Zentrum für Suchtfragen  
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)



Universitätsklinikum  
Rostock

Klinik für Psychiatrie, Neurologie,  
Psychosomatik und Psychotherapie im  
Kindes- und Jugendalter

---

# **CAN Stop: Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum – Entwicklung und Evaluation eines Gruppenbehandlungsprogramms**

## **ABSCHLUSSBERICHT**

**an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**

über die Projektzeit Februar 2008 bis Dezember 2011

(Projektleitung: Dr. Christiane Baldus, Prof. Dr. Rainer Thomasius und Dr. Olaf Reis)

vorgelegt von

Dr. Christiane Baldus  
Sally Sophie Kindermann  
Julian Stappenbeck  
Dr. Olaf Reis  
Prof. Dr. Rainer Thomasius

Hamburg / Rostock, im November 2011



**CAN Stop: Psychoedukation und  
Rückfallprävention für junge Menschen mit  
problematischem Cannabiskonsum –  
Entwicklung und Evaluation eines  
Gruppenbehandlungsprogramms**

**ABSCHLUSSBERICHT**

## Kontakt

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Deutsches Zentrum für Suchtfragen  
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-52206  
Telefax: (040) 7410-56571  
E-Mail: [thomasius@uke.de](mailto:thomasius@uke.de)

Dr. phil. Dipl.-Psych. Christiane Baldus  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Deutsches Zentrum für Suchtfragen  
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-58402  
Telefax: (040) 7410-56571  
E-Mail: [c.baldus@uke.de](mailto:c.baldus@uke.de)

Dr. phil. Dipl.-Psych. Olaf Reis  
Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock  
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und  
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalters  
Gehlsheimer Straße 20  
18147 Rostock  
Telefon: (0381) 494-9586  
Telefax: (0381) 494-9522  
E-Mail: [olaf.reis@med.uni-rostock.de](mailto:olaf.reis@med.uni-rostock.de)

## Vorbemerkungen

Im Bericht wird dort, wo es möglich ist, eine geschlechtsneutrale Schreibweise (Partizipform) verwendet, da es sich bei den Beteiligten durchweg sowohl um Frauen als auch um Männer bzw. Mädchen sowie junge Frauen und Jungen sowie junge Männer handelte. In Fällen, in denen das Geschlecht bekannt ist, wird es konkret bezeichnet. In allen anderen Fällen werden beide Geschlechter benannt (Doppelnennung).

# 1 Titel und Verantwortliche

**Titel des Projektes:** CAN Stop: Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum – Entwicklung und Evaluation eines Gruppenbehandlungsprogramms

**Förderkennzeichen:** II A5 2507 DSN 209

**Projektlaufzeit:** 01.02.2008 – 31.12.2011

**Fördersumme:** 510.877,89 EUR

**Projektleitung:** Prof. Dr. med. Rainer Thomasius  
Dr. phil. Dipl.-Psych. Christiane Baldus  
Dr. phil. Dipl.-Psych. Olaf Reis

**Projektmitarbeitende:** Frau Dipl.-Psych. Kerstin Moré  
Frau Dipl.-Psych. Alejandra Miranda  
Frau Dipl.-Psych. Nina Weymann  
Frau Dipl.-Psych. Sally Sophie Kindermann  
Herr Julian Stappenbeck, M.Sc.

**Kontakt:** Prof. Dr. med. Rainer Thomasius  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Deutsches Zentrum für Suchtfragen  
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-52206  
Telefax: (040) 7410-56571  
E-Mail: [thomasius@uke.de](mailto:thomasius@uke.de)

Dr. phil. Dipl.-Psych. Christiane Baldus  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Deutsches Zentrum für Suchtfragen  
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 7410-58402  
Telefax: (040) 7410-56571  
E-Mail: [c.baldus@uke.de](mailto:c.baldus@uke.de)

Dr. phil. Dipl.-Psych. Olaf Reis  
Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock  
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und  
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalters  
Gehlsheimer Straße 20  
18147 Rostock  
Telefon: (0381) 494-9586  
Telefax: (0381) 494-9522  
E-Mail: [olaf.reis@med.uni-rostock.de](mailto:olaf.reis@med.uni-rostock.de)

**Datum der Erstellung des Abschlussberichtes:** November 2011

## 2 Inhaltsverzeichnis

Kontakt .....	I
Vorbemerkungen .....	II
1 Titel und Verantwortliche .....	1
2 Inhaltsverzeichnis .....	3
3 Zusammenfassung .....	5
4 Einleitung .....	7
4.1 Ausgangslage des Projektes .....	7
4.2 Ziele des Projektes .....	11
4.3 Projektstruktur .....	12
5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik .....	14
5.1 Design .....	14
5.2 Aspekte der Qualitätssicherung .....	15
5.3 Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern .....	16
5.4 Machbarkeitsstudie .....	16
5.5 Der Interventionsgegenstand: Das CAN Stop-Training .....	17
5.5.1 Vorgehen bei der Manualentwicklung .....	17
5.5.2 Übersicht über die Trainingssitzungen des Manuals .....	19
5.6 Vorgehen bei der Rekrutierung von Kooperationspartnern .....	21
5.7 Trainer .....	22
5.8 Studienteilnehmer .....	23
5.9 Pilotstudie .....	24
5.10 Intention-to-treat-Verfahren und Befragung von Abbrechern .....	26
5.11 Aufwandsentschädigungen .....	27
5.12 Ethische Gesichtspunkte .....	27
5.13 Datenerhebungsinstrumente .....	28
5.13.1 Datenerhebungsinstrumente Studienteilnehmer .....	36
5.13.2 Datenerhebungsinstrumente Trainer .....	37
5.14 Datenverarbeitung und -auswertung .....	37
5.15 Hypothesen, Primär- und Sekundär-Outcomes .....	37
EXKURS: „CAN Stop’ – Implementation and evaluation of a secondary group prevention for adolescent and young adult cannabis users in various contexts – study protocol” .....	39
6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan .....	40
6.1 Arbeits- und Zeitplan des Projektes .....	40
7 Ergebnisse .....	44
7.1 Beschreibung der Stichprobe .....	45
7.2 Adhärenz und Trainerkompetenz .....	49

7.2.1	Entwicklung der Trainerkompetenzmessung .....	49
7.2.2	Programmadhärenz bei Durchführung des CAN Stop-Trainings .....	55
7.3	Zufriedenheit mit dem Training .....	58
7.4	Effekte des CAN Stop-Trainings auf den Cannabiskonsum .....	64
7.5	Ergebnisse der Abbrecherbefragung .....	69
7.6	Rückmeldungen der Trainer .....	70
7.6.1	Auswirkungen von Trainereigenschaften auf den Trainingserfolg .....	70
	EXKURS: Veröffentlichung „Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumanten – Ergebnisse der Multicenter-Studie ‚CAN Stop‘“ .....	73
7.6.2	Qualitative Ergebnisse der Befragung der Trainer zu ihren Erfahrungen .....	74
7.7	Die Wirkung des CAN Stop-Trainings auf peer-bezogene Konsummuster .....	86
7.8	Der Einfluss der Cannabiswirksamkeitserwartung auf den Trainingserfolg .....	96
7.9	Der Zusammenhang zwischen Programmadhärenz, Interventionskompetenz und Trainingserfolg .....	104
8	Diskussion der Ergebnisse .....	107
9	Gender Mainstreaming-Aspekte .....	111
10	Gesamtbeurteilung .....	113
11	Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit .....	114
11.1	Präsentationen von CAN Stop zur Werbung von Kooperationspartnern .....	114
11.2	Geplante Publikationen.....	117
11.3	Pressemitteilungen.....	117
11.4	Kongressbeiträge.....	119
11.5	Auszeichnungen.....	121
12	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential) ..	122
13	Publikationsverzeichnis .....	125
Literatur	.....	126
Anhang	.....	A
A.1	Tabellenverzeichnis	
A.2	Abbildungsverzeichnis	
A.3	Trainingsmanual	
A.4	„Smiley“-Fragebogen	
A.5	„CAN Stop’ – Implementation and evaluation of a secondary group prevention for adolescent and young adult cannabis users in various contexts – study protocol”	
A.6	Endversion des Beobachtungsinstruments zur Trainerkompetenzmessung	
A.7	„Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumanten – Ergebnisse der Multicenter-Studie ‚CAN Stop‘“	
A.8	Vollständige Zeitungsberichte und Pressemitteilungen zu CAN Stop	

### 3 Zusammenfassung

In dem vorliegenden Endbericht werden die Ergebnisse der Studie zur Entwicklung und Evaluation des sekundärpräventiven Gruppentrainings CAN Stop dargestellt. Das Projekt mit einer Laufzeit von dreieinhalb Jahren wurde vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) in Hamburg und der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalters der Universität Rostock initiiert, um auf den von der Praxis und in der Forschung geäußerten Bedarf nach einem manualisierten Gruppenprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene mit problematischem Cannabiskonsum zu reagieren. Während bereits Programme für die Behandlung von Cannabismissbrauch existieren, gibt es eine Lücke bei niedrighwelligen Programmen, deren Durchführung durch den Einsatz von Laientrainern relativ unkompliziert und kostengünstig ist.

Das im ersten Teil der Projektlaufzeit entwickelte Gruppenprogramm CAN Stop basiert auf den Prinzipien der Verhaltenstherapie und des *Motivational Interviewings*. Das stark strukturierte Training wird mithilfe eines Manuals durchgeführt, das so konzipiert wurde, dass Personen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen mit dem Programm ohne Zusatzausbildungen arbeiten können. CAN Stop besteht aus acht 90-minütigen Sitzungen und wird in der Regel von zwei Trainern durchgeführt, die eine Gruppe mit durchschnittlich acht Teilnehmenden im Alter von 14 bis 21 Jahren anleiten. Das Programm wurde in kooperierenden Einrichtungen in vier Settings, nämlich 1. in Jugend- und Suchtberatungsstellen, 2. im ambulanten medizinischen System, 3. im stationären medizinischen System und 4. in Jugendvollzugsanstalten im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Multicenterstudie auf seine Wirksamkeit untersucht. 306 Jugendliche und junge Erwachsene mit einem Durchschnittsalter von 18,6 Jahren wurden in die Studie einbezogen, womit im Gegensatz zu anderen Cannabis-Präventionsstudien eine sehr junge Zielgruppe erreicht wurde. Hiervon nahmen 159 Probanden an insgesamt 23 CAN Stop-Trainingsgruppen teil.

Die Überlegenheit von CAN Stop im Vergleich zu den in den Einrichtungen herkömmlichen Behandlungsangeboten konnte nachgewiesen werden. So verringerte sich die Anzahl der Cannabis-Konsumtage über alle Settings hinweg statistisch signifikant bei den Teilnehmenden, die an CAN Stop teilgenommen hatten im Vergleich zu Probanden der Kontrollgruppe. Dieser Effekt blieb auch nach dem Katamnesezeitraum von sechs Monaten bestehen. Differenziert nach Settings, zeigt sich der positive Effekt von CAN Stop besonders deutlich in den Jugendvollzugsanstalten, jedoch auch in der ambulanten Jugend- und Suchthilfe.

Die Durchführung der Studie wurde durch eine Prozessevaluation begleitet, in deren Rahmen Eigenschaften der Trainer und deren Verhalten während der Programmdurchführung untersucht wurden. Es ergab sich, dass das Alter der Trainer sowie das Vorhandensein einer zusätzlichen Therapieausbildung in positivem Zusammenhang mit dem Trainingserfolg standen. Zudem konnte ermittelt werden, dass die Trainer sich während der Programmdurchführung eng an die im Manual gegebenen Vorgaben gehalten hatten. Das Programm stieß mit seinem Laientraineransatz bei sowohl den Trainern als auch bei den Klienten aufgrund seiner guten Durchführbarkeit und Praxisnähe auf große Akzeptanz. Die Implementierung des Programms in die Praxis wird durch die Veröffentlichung des Manuals in einem Fachverlag vorangetrieben.

Mit dem manualisierten Gruppenprogramm CAN Stop wird eine Präventionsmaßnahme in die deutsche Versorgungslandschaft eingeführt, die durch den Laientraineransatz das bisherige Angebot

ergänzt. Das Erreichen einer besonders jungen Klientel, die breite Akzeptanz bei Durchführenden wie Klienten und nicht zuletzt die positiven Wirksamkeitsnachweise sind Zeugnis der erfolgreichen Durchführung und Erprobung des Programms.

## 4 Einleitung

### 4.1 Ausgangslage des Projektes

Seit Ende der neunziger Jahre hat der Konsum von Cannabis unter Jugendlichen stark zugenommen (Baumgärtner, 2006). Auch das Alter, ab dem Cannabis das erste Mal konsumiert wird, sank beträchtlich und liegt nach einer Erhebung aus dem Jahre 2004 bundesweit bei durchschnittlich 16.4 Jahren (Töppich, 2004).

Obgleich die Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den meisten europäischen Ländern sowie den USA seit Mitte der 2000er Jahre zurückgegangen ist (Kuntsche, Simons-Morton, Fotiou, ter Bogt & Kokkevi, 2009), zeigte sich dieser Trend vor allem für den gelegentlichen Cannabiskonsum. Betrachtet man hingegen intensivere Konsummuster, ergibt sich ein weniger signifikanter Rückgang der Prävalenzraten in Europa (BZgA, 2007). Im Jahr 2010 konsumierten 1.9 % der deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 12 und 25 Jahren Cannabis mindestens zehnmal in den letzten zwölf Monaten. Aktuelle Befunde aus den USA (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2011) zeigen einen Trend zu gesteigertem Cannabiskonsum in den späten 2000er Jahren unter Schülern der 12. Klasse in der Zeit von 2008 bis 2010: 21.4 % der Absolventen der 12. Klasse berichteten Cannabiskonsum in den letzten 30 Tagen. Zudem wurde zwischen den Jahren 2009 und 2010 mit einem (fast) täglichen Cannabiskonsum bei 6.1 % der Schüler der 12. Klasse ein signifikanter Prävalenzanstieg festgestellt. Zwar bleibt zu überprüfen, wie sich der Trend weiterhin entwickelt, doch bereits die aktuellen Daten zur Prävalenz übersetzen sich in eine beachtliche Anzahl von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit regelmäßigem Cannabiskonsum.

Cannabiskonsum steht mit unterschiedlichen Gesundheitsrisiken in Verbindung (Thomasius & Petersen, 2008; Thomasius, Weymann, Stolle & Petersen, 2009). Akuter Cannabiskonsum kann zu Intoxikationen, Veränderungen der Stimmung, der kognitiven Funktionsfähigkeit und der psychomotorischen Reaktionen, sowie zu cannabisinduzierten Psychosen führen. Ferner fanden prospektive Langzeitstudien für jugendliche Cannabiskonsumanten ein höheres Risiko für die Ausbildung späterer Psychosen (Arseneault, Cannon, Murray, Poulton, Caspi & Moffitt, 2002) und Atemwegserkrankungen (Taylor, Poulton, Moffitt., Ramankutty & Sears, 2000) sowie eine erhöhte Neigung zu Verletzungen und Unfällen (Wadsworth, Moss, Simpson & Smith, 2006), obwohl bislang nicht eindeutig geklärt ist, ob cannabisinduzierte Beeinträchtigungen neurokognitiver Fähigkeiten oder andere Faktoren, beispielsweise ein aus anderen Studien (Richer & Bergeron, 2009) hervorgehender riskanter Fahrstil von jungen Cannabiskonsumanten Gründe dafür sind. Regelmäßiger Cannabiskonsum kann Cannabisabhängigkeit zur Folge haben, die physische Abhängigkeitssymptome und Entzugssymptome nach Konsumbeendung umfasst (Budney, Vandrey, Hughes, Thostenson & Bursac, 2008). Cannabis ist in den meisten europäischen Ländern eine illegale Droge, deren Besitz, Konsum und Anbau ein Vergehen ist, das Geldstrafen oder strafrechtliche Verurteilung nach sich zieht. Verstärkter Cannabiskonsum unter Jugendlichen führt oft auch zu erheblichen Belastungen in den betroffenen Familien (Küstner & Baldus, 2009).

Ferner berichteten junge Cannabiskonsumenten häufiger als Nichtkonsumenten von weniger adaptiven Outcomes im späteren Leben, wie zum Beispiel schlechtere Schulleistungen (Van Ours & Williams, 2009), Zusammensein mit devianten Peers (Best, Gross, Manning, Gossop, Witton & Strang, 2005), eigenen Verhaftungen und einer höheren Wahrscheinlichkeit, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit, eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (Flory, Lynam, Milich, Leukefeld & Clayton, 2004) oder eine Major Depression (Marmorstein & Iacono, 2011) auszubilden. Des Weiteren ist Cannabiskonsum in der Jugend mit einer beeinträchtigten Autonomieentwicklung und einem niedrigeren Niveau wahrgenommener Kompetenz im späteren Leben verknüpft (Chassin, Pitts & DeLucia, 1999).

Stellt man diese starke Ausbreitung den negativen gesundheitlichen und psychosozialen Folgen gerade jugendlichen Cannabismissbrauchs (vgl. Petersen & Thomasius, 2007) gegenüber, so ergibt sich die Notwendigkeit einer raschen Konzeptionalisierung von Modulen möglicher Hilfestellungen für Betroffene, um auf den hohen Hilfebedarf reagieren zu können.

Hinsichtlich eines besseren Verständnisses der Entstehung von Cannabismissbrauch hat sich im Jugendalter insbesondere eine entwicklungspsychologische Perspektive bewährt. Sehr konstant zeigte sich dabei über verschiedene Studien hinweg die besondere Bedeutung der Peers im Zusammenhang mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Cannabismissbrauch (Weichold, Bühler & Silbereisen, 2004). Beispielsweise konnten Best et al. (2005) anhand englischer Daten von 14- bis 16-Jährigen zeigen, dass sich die Wahrscheinlichkeit, die Freizeit weniger häufig mit den Eltern und dafür verstärkt mit substanzkonsumierenden und delinquenten Peers zu verbringen, für Cannabiskonsumenten erhöhte. Ähnliche Zusammenhänge fanden sich auch in diversen anderen europäischen Stichproben (z. B. Hüsler, Werlen & Plancherel, 2004; Knibbe, Joosten, Choquet, Morin, Derickx, Monshouwer, & Vollebergh, 2006.). Flory et al. (2004) fanden in einer amerikanischen Studie umso geringere Fähigkeiten, dem Druck von Peers zu widerstehen, je ausgeprägter der Cannabismissbrauch betrieben wurde.

Erste Ansätze zur Behandlung des Cannabismissbrauchs, die vornehmlich aus den USA stammen, konzentrierten sich zunächst vor allem auf die Behandlung Erwachsener (z. B. Stephens, Babor, Kadden, Miller & The Marijuana Treatment Project Research Group, Marijuana Treatment Project (MTP) 2002) Erst später kam es zu einer Ausdehnung der Forschungsbemühungen auf jugendliche Cannabiskonsumenten (z. B. „Cannabis Youth Treatment“ siehe z. B. Dennis, Godley, Diamond, Tims, Barbor, Donaldson, Liddle, Titus, et al., 2002; Dennis, Titus, Diamond, Donaldson, Godley, Tims, Webb et al., 2004 und Battjes, Gordon, O’Grady, Kinlock, Katz, & Sears, 2004), wobei sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische wie familien- und gemeindeorientierte Ansätze zum Tragen kamen.

Ein wichtiges Ergebnis dieser Forschungsarbeiten war, dass sich für die Behandlung von jugendlichem Cannabismissbrauch insbesondere manualisierte Gruppeninterventionen als wirksam erwiesen haben (Kaminer, 2005). Sie erscheinen Jugendlichen im Vergleich zu Einzelbehandlungen reizvoller und beinhalten den direkten Einbezug der im Jugendalter besonders bedeutsamen Peers. Die Übertragbarkeit selbiger Programme auf deutsche Verhältnisse darf aber aufgrund von sozialen und

kulturellen Unterschieden zu Recht in Zweifel gezogen werden (Zumdick, Schneider, Leweke, Jülicher, Tossmann, & Bonnet, 2006).

Gruppenbasierte manualisierte Ansätze zur Behandlung von Suchtmittelkonsum existieren auch in Deutschland. Das *Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Partydrogen und Opiatkonsum* (PEGPPOK; Wessel, 2005) oder das *Strukturierte Trainingsprogramm zur Alkohol-Rückfallprävention* (S.T.A.R.; Körkel & Schindler, 2003) sind Beispiele hierfür. Sie konzentrieren sich jedoch stark auf andere Suchtmittel als Cannabis und sind nicht für die Behandlung Minderjähriger vorgesehen, zumal sie einen stärkeren Fokus auf protrahierte Konsumverläufe legen. Eine einfache Übertragung der dort enthaltenen Ansätze auf Jugendliche erscheint wegen der unterschiedlichen Lebenswelten von Jugendlichen und Erwachsenen sowie des unterschiedlichen Sprachgebrauchs wenig praktikabel.

In Deutschland wurden in letzter Zeit drei manualisierte Programme zur Behandlung von Cannabisabhängigkeiten bei Jugendliche und jungen Erwachsenen entwickelt und durchgeführt.

Das Projekt CANDIS wurde an der Technischen Universität Dresden evaluiert und richtet sich an Jugendliche ab 16 Jahre. Der Ansatz basiert auf einer verhaltenstherapeutisch orientierten Einzelbehandlung mit insgesamt zehn Sitzungen, die von Psychologen durchgeführt wurden, über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten. Erste Ergebnisse lassen darauf schließen, dass das Programm wirksam ist: Sowohl Abstinenzraten (6-Monats-follow-up: 45 %), Verringerungen des Cannabiskonsums, als auch Verbesserungen der psychosozialen Folgebelastungen wurden berichtet (Wittchen, 2010; Hoch, Noack, Henker, Pixa, Höfler, Behrendt, Bühringer & Wittchen, in Druck).

Im Rahmen der *International Cannabis Need of Treatment* (INCANT) -Studie wurden bestehende Konzepte der multidimensionalen Familientherapie, die zuerst in den USA untersucht wurden (Liddle, Dakof, Parker, Diamond, Barrett, & Tejada, 2001), auch auf deutsche Betroffene angewendet und evaluiert. Das Konzept richtet sich an Cannabis konsumierende Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren sowie deren Eltern und andere relevante Bezugspersonen. Die beim deutschen Teil von INCANT untersuchte Behandlung wird von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt. Ergebnisse der im Jahr 2006 begonnen Studie liegen bisher noch nicht vor.

Das Modellprojekt *Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten* (FreD) richtet sich an Jugendliche und junge Erwachsene, die erstmalig wegen des Konsums illegaler Drogen auffällig geworden sind (Görgen, Hartmann & Oliva, 2003). Durch die große Bedeutung von Cannabis im Bereich der illegalen Drogen spielt diese Substanzklasse auch bei FreD eine gewichtige Rolle, ist allerdings nicht darauf beschränkt. Betroffene wurden vor allem über die Polizei oder die Jugendgerichtshilfe auf das Angebot aufmerksam gemacht, das ein Einführungsgespräch im Einzelsetting beinhaltete, dem ein achtstündiges, gruppenbasiertes Kursangebot folgte.

Die beiden oben genannten Projekte INCANT und CANDIS verfolgen hohe Standards sowohl hinsichtlich der angestrebten Betreuung von Jugendlichen in vergleichsweise aufwändigen Einzel-

oder Familiengesprächen als auch hinsichtlich der Qualifikation der Therapiedurchführenden (Psychotherapeuten, Psychologen). Sie umfassen daher Behandlungsstandards, die auf den Versorgungsauftrag von Universitätskliniken zugeschnitten sind, jedoch nicht auf den Beratungs- und Interventionsauftrag der Sucht- und Jugendhilfesysteme: Letztere fordern Interventionsinstrumente ein, welche ihrem eigenen Klientengut entsprechen (Simon, Sonntag, Bühringer & Kraus, 2004). Dies hängt sehr stark mit der intendierten „Niedrigschwelligkeit“ der Angebote der Sucht- und Jugendhilfesysteme zusammen, sodass etwa bei Rat suchenden Cannabiskonsumenten eher sogenannter riskanter oder problematischer Konsum als manifeste Abhängigkeit vorliegt. Kongruent zu diesen Befunden wurde in der von Görge und Hartmann (2006) erstellten Expertise zum Zugang zu jungen Cannabiskonsumenten explizit darauf hingewiesen, dass es wünschenswert wäre, ein Interventionsangebot zum Cannabismisbrauch auch und besonders in der Jugendhilfe zu platzieren.

Um dem Problem des Cannabismisbrauchs von jugendlichen Gefangenen zu begegnen, liegen bisher in Deutschland unserer Kenntnis nach keine empirisch angelegten Untersuchungen vor. In Deutschland kommen Personen von 14 bis 25 Jahren in eine Jugendvollzugsanstalt, die unter dem Jugendstrafrecht verurteilt wurden. Unter den etwa 6500 größtenteils männlichen jugendlichen Straftätern, die momentan ihre Haftstrafe in Deutschland absitzen, haben beinahe alle Erfahrungen mit Drogen und 60 % der Jugendlichen, die eine Haftstrafe antreten, geben an, in den letzten vier Wochen vor Antritt der Haftstrafe illegale Drogen konsumiert zu haben (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs, 2006). Unter illegalen Drogen stellt Cannabis das größte Problem dar (Köhler, 2004) und, obwohl es selbstverständlich verboten ist, setzt sich der Konsum von Cannabis in den Jugendvollzugsanstalten fort.

Das Projekt CAN Stop wurde durch das *Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters* (DZSKJ) und das Universitätsklinikum Rostock ins Leben gerufen, um das Portfolio bereits bestehender evidenzbasierter Behandlungs- und Präventionsstrategien in Deutschland um ein Programm zu erweitern, das in verschiedenen Settings anwendbar und von Personen mit unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen durchführbar ist. Es zielt auf die Entwicklung und Evaluation eines Gruppentrainings zur Psychoedukation und Rückfallprävention bei jungen Menschen mit problematischem Cannabiskonsum ab, das in unterschiedlichen Settings angewendet werden kann.

Bis jetzt sind Programme mit einem spezifischen Fokus auf Cannabiskonsum für Jugendliche und junge Erwachsene selten und existierende Programme (z. B. INCANT, CANDIS) benötigen psychotherapeutisch ausgebildetes oder anderweitig speziell geschultes Personal. Diese personellen Voraussetzungen können von den Hilfseinrichtungen jedoch oft nicht erfüllt werden oder die Behandlungsnachfrage übersteigt das Angebot an qualifiziertem Personal. In diesem Zusammenhang schienen spezifische gruppenbasierte Angebote besonders zu fehlen. Aus diesem Grunde wurde als Innovation ein evidenzbasiertes, sekundärpräventives Programm für junge Cannabiskonsumenten entwickelt, das als Gruppenintervention funktioniert und auch von Laien innerhalb der unterschiedlichen Hilfesettings durchgeführt werden kann.

CAN Stop wurde für unterschiedliche Settings (ambulante Jugendhilfe, stationäre und ambulante medizinische Versorgung, Jugendstrafvollzug) entwickelt. In der von Görge und Hartmann (2006)

erstellten Expertise zum Zugang zu jungen Cannabiskonsumenten wurde explizit darauf hingewiesen, dass es in diesem Bereich besonderen Handlungsbedarf gibt. Anders als in bestehenden Projekten zur Behandlung von Cannabismissbrauch, wird im vorgestellten eine zeitlich frühe Behandlung mit einer schnellen, effizienten und flächendeckenden Verbreitung des Gruppentrainings im Jugend- und Suchthilfekontext kombiniert.

## 4.2 Ziele des Projektes

Das Projekt beinhaltet drei Hauptziele:

1. die Entwicklung des CAN Stop-Trainingsmanuals (inklusive der Durchführung einer Pilotstudie)
2. die Durchführung des CAN Stop-Trainings in einer Multicenterstudie sowie
3. die Evaluation des Programms.

Im Fokus des CAN Stop-Gruppentrainings stehen Jugendliche und junge Erwachsene:

- ▶ im Alter von 14 bis 21 Jahren
- ▶ mit vorhergehendem problematischem Cannabiskonsum,
- ▶ die ihrem Cannabiskonsum zumindest kritisch überdenken wollen.

Entgegen der Konzeption des Trainings im Projektantrag wurde es für günstiger erachtet, die Teilnehmenden des CAN Stop-Trainings und der Studie in Bezug auf das Alter auf bis 21-Jährige zu beschränken. Ursprünglich war die Zielgruppe auf 14- bis 27-Jährige gerichtet. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass Schwierigkeiten darin gesehen wurden, den unterschiedlichen entwicklungspsychologischen und sozialen Lebens- und Erfahrungswelten von 14- bis 27-Jährigen in der Manualentwicklung Rechnung zu tragen, ohne dabei gleichzeitig Teilnehmende zu unter- bzw. zu überfordern.

Das Gruppentraining CAN Stop an sich verfolgt im Einzelnen folgende Ziele:

1. Reduktion des Cannabiskonsums bzw. (anhaltende) Abstinenz von Cannabiskonsum
2. Stärkung der Motivation, den eigenen Cannabiskonsum kritisch zu überdenken
3. Offenlegung von kurzfristigen Vorteilen und langfristigen Nachteilen des Konsums in der Lebenswelt der Teilnehmer
4. Distanzierung von bisherigen Konsummustern
5. Entwicklung einer Motivation zum Konsumverzicht
6. Verbesserung der Selbstwirksamkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
7. Verbesserung der Widerstandsfähigkeit gegenüber konsumierenden Freunden
8. Vermittlung von Methoden zur Aufrechterhaltung der erreichten Ergebnisse nach dem Training

Ein CAN Stop-Training kann von einem oder zwei Trainern ohne professionellen Hintergrund im therapeutischen Bereich nach einer eintägigen Schulung anhand des entwickelten Trainingsmanuals durchgeführt werden und besteht aus acht Sitzungen mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten. Eine ausführliche Beschreibung des Programms CAN Stop findet sich im ersten Zwischenbericht an das

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie in dem diesen Bericht angehängten Manual (siehe Anhang A.3).

Das Programm CAN Stop soll nach wissenschaftlichen Kriterien evaluiert werden. Vor allem seit der letzten Jahre werden in der Evaluationsforschung nicht mehr nur objektive Wirksamkeitsnachweise für bestimmte Psychotherapieformen nachgefragt, sondern habe die Evaluationsforschung laut Mattejat und Remschmidt (1999) vielmehr das Ziel, Institutionen und die von ihnen angebotenen Programme in umfassender Weise zu bewerten. Spätestens seit der sozialgesetzlichen Regelung von 1989 und 1993 zur Verpflichtung zur Qualitätssicherung (§ 135, § 135a, § 137 SGB V) im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes und des Gesundheitsstrukturgesetzes und seit der Bestimmung von „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ als Grundsätze der gesundheitlichen Versorgung (§ 70 SGB V) ist Qualitätsmanagement – und insbesondere die Qualitätssicherung – ein fester Bestandteil der Evaluation mit dem Ziel, die Patientenversorgung zu verbessern. Auch speziell auf die Behandlung von Jugendlichen mit cannabisbezogenen Störungen bezogen, schlussfolgern Tims et al. (2002) aus den Ergebnissen ihrer Studie über Merkmale und Probleme von 600 adoleszenten Cannabissnutzern, dass für eine erfolgreiche Intervention gegen Cannabismissbrauch unbedingt die persönlichen Bedürfnisse der Betroffenen in die Konzipierung, Durchführung und Evaluation der Maßnahme Eingang finden sollten. Ein multizentrischer Arbeitsansatz sorgte zudem für einen Wissenstransfer und für Synergieeffekte zwischen der Forschung, der Praxis der Sucht- und Jugendhilfe, dem medizinischen Versorgungssystem und den Berufsgruppen des Jugendstrafvollzugs. Ein weiteres Studienziel war es, mit CAN Stop ein wissenschaftlich evaluiertes Gruppentraining für Jugendliche in manualisierter Form in einem Fachverlag zu veröffentlichen und damit einem breiten Interessentenkreis zur Verfügung zu stellen.

### 4.3 Projektstruktur

Das Projekt wurde durch einen Verbund des *Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters* (DZSKJ) und der Universität Rostock durchgeführt. Das Projekt wurde durch Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. C. Baldus (DZSKJ), Herrn Prof. Dr. med. R. Thomasius (DZSKJ) und Herrn Dr. phil. Dipl.-Psych. O. Reis (Universitätsklinikum Rostock) geleitet, die Federführung lag beim DZSKJ.

Die Evaluationsstudie wurde von den Studienzentren in Hamburg und Rostock in Kooperation durchgeführt und begann im Juli 2008 mit der Akquise von Kooperationspartnern aus der Praxis, die entweder in der ambulanten Jugendsuchtberatung, in der ambulanten medizinischen Suchtbehandlung, in der stationäre medizinische Suchtbehandlung oder in Justizvollzugsanstalten tätig sind. Diesen Kooperationspartnern, die durch die Studienzentren geschult und ausführlich instruiert wurden, oblag letztlich die eigentliche Durchführung der CAN Stop Gruppentrainings. Jeder teilnehmende Kooperationspartner wurde einem der beiden Studienzentren als Hauptansprechpartner zugeordnet: Kooperationspartner aus den alten Bundesländer dem DZSKJ, denen aus den neuen Bundesländern der Universität Rostock. Zwischen den beiden Studienzentren fand über den gesamten Projektverlauf ein intensiver Austausch- und Abstimmungsprozess statt. Mindestens ca. alle sechs Wochen wurden gemeinsame Arbeitsbesprechungen abgehalten.

In den vergangenen dreieinhalb Jahren wurden im Rahmen des Projekts insgesamt 16 Trainings abgehalten und mehr als 300 Probanden für die Teilnahme zur Studie gewonnen. Die letzten Gruppen wurden im Frühling 2011 abgeschlossen und die letzten Befragungen erfolgten im Sommer 2011.

Die Struktur dieses Abschlussberichts ist so aufgebaut, dass zunächst Aufbau und Strukturen des Projektes vorgestellt werden und im Anschluss auf Erhebungs- und Auswertungsmethodik eingegangen wird. Der Hauptteil, nämlich die Darstellung der Studienergebnisse, ist in die einzelnen Fragestellungen, die in der Studie bearbeitet wurden, untergliedert. Hierbei wird zuerst die zentrale Fragestellung der Studie nach den Effekten des Programms auf das Konsumverhalten der Probanden sowie auf deren Einstellung gegenüber Cannabis beantwortet. Die Ergebnisse der Teilstudien über beispielsweise Teilnehmerzufriedenheit, Manualtreue oder den Einfluss auf die Cannabiswirksamkeitserwartung werden anschließend in eigenen Kapiteln vorgestellt.

Im darauf folgenden Abschnitt werden die Studienergebnisse diskutiert und es erfolgt eine Gesamtbeurteilung des Projektes.

## 5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

### 5.1 Design

Die Evaluation folgt dem international in der Suchtforschung anerkannten CONSORT-Richtlinien (Zwarenstein et al., 2008). Das Forschungsdesign der Evaluationsstudie entspricht einer kontrollierten Prä-Post-Katamnese-Untersuchung (naturalistisches Längsschnittdesign). Dabei wurden Daten von jungen Cannabiskonsumenten, die das CAN Stop-Training zusätzlich zu der sonst in der jeweiligen Einrichtung üblichen Behandlung bzw. Betreuung („Treatment-as-usual“ = TAU) erhalten haben, mit Kontrolldaten von jungen Cannabiskonsumenten verglichen, die ausschließlich mit TAU behandelt wurden.

Die kooperierenden Einrichtungen wurden per Zufall entweder der Bedingung CAN Stop oder TAU zugewiesen (so genannte *Cluster-Randomisierung*). Eine Beschreibung des Vorgehens bei der Randomisierung erfolgt auf Seite 22 dieses Berichts.

Die Teilnehmenden wurden zu insgesamt drei Messzeitpunkten befragt: vor Beginn des Gruppentrainings ( $t_0$ ; entspricht der Messung „prä“), unmittelbar nach Abschluss des Trainings ( $t_1$ ; entspricht der Messung „post“) und erneut im Abstand von idealerweise sechs bis maximal neun Monaten ( $t_2$ ; entspricht der Katamnese). In analogen Zeitabständen wurden die Probanden in der Kontrollgruppe befragt. Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden des Gruppentrainings im Anschluss an jede Sitzung gebeten, diese zu beurteilen. Zum Zeitpunkt  $t_1$  wurde in Ergänzung die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Gruppentraining sowie die Akzeptanz des Gruppentrainings erhoben.

Die Evaluation wurde getrennt für die verschiedenen Settings „ambulante Jugend- und Suchthilfe“, „ambulantes medizinisches Setting“, „stationäres medizinisches Setting“ und „Jugendstrafanstalten“ vollzogen. Dieses Vorgehen ging der Frage nach, ob eine Anwendung des Trainings über die Jugend- und Suchthilfe hinaus praktikabel ist und stellt damit sicher, dass der flexible Umgang mit dem Gruppenprogramm auch dem Maßstab eines evidenzbasierten Anspruchs genügt.

Die ursprüngliche Planung sah ein siebenarmiges Design ohne Kontrollbedingung (TAU) im stationären medizinischen Setting vor. Diese Entscheidung lag in der Erwartung begründet, dass es aufgrund der teilweise kurzen Liegezeiten (insbesondere im Qualifizierten Entzug), der begrenzten Anzahl infrage kommender stationärer Einrichtungen im Einzugsgebiet der Studie und der ohnehin schon straffen Zeitpläne der Mitarbeiter und Patienten schwierig sein würde, hier Kooperationspartner zu gewinnen. Trotz der Bestätigung dieser Erwartung im Verlauf der Rekrutierung gelang es dennoch, auch im stationären medizinischen Setting Kontrolldaten zu erheben, beispielsweise indem Kooperationspartner gebeten wurden, nacheinander für beide Bedingungen (zunächst TAU und anschließend CAN Stop) zur Verfügung zu stehen.

Dieses Vorgehen trägt zur Erhöhung der Aussagekraft der Evaluation für dieses Setting bei und ergibt – abweichend vom Antrag – ein insgesamt achtarmiges Design (siehe Tabelle 1), bestehend aus vier Armen „CAN Stop-Treatment“ (in vier Behandlungssettings), aus vier Armen „Kontrollbedingungen“ und drei Messzeitpunkten, d. h. es liegen also acht Zellen vor und drei Zeitstufen. In der Terminologie

der Varianzanalyse handelt es sich um ein dreifaktorielles 4×4×3-ANOVA-Design mit Messwiederholung auf dem letzten Faktor.

Tabelle 1

*4X4X3-ANOVA-Design zur Evaluation der psychoedukativen Gruppenintervention CAN Stop in vier Settings mit vier Kontrollgruppen zu jedem von drei Messzeitpunkten*

<b>Setting</b>	<b>Designarm (Interventionsbedingung)</b>
Ambulante Jugend- und Suchthilfe	Soziotherapie / Beratung / Betreuung = TAU*
	Soziotherapie / Beratung / Betreuung plus CAN Stop
Medizinische Versorgung	Ambulante medizinische Versorgung = TAU
	Ambulante medizinische Versorgung plus CAN Stop
	Stationäre medizinische Versorgung ( <i>neu</i> ) = TAU
	Stationäre medizinische Versorgung plus CAN Stop
Jugendstrafanstalt	Beratung / Betreuung = TAU
	Beratung / Betreuung plus CAN Stop

**Messzeitpunkte pro Designarm:**  
prä ( $t_0$ ) — post ( $t_1$ ) — Katamnese ( $t_2$ ) nach 6 bis 9 Monaten

Anmerkungen. \*TAU = „Treatment-as-usual“ (Kontrollgruppe ohne CAN Stop).

## 5.2 Aspekte der Qualitätssicherung

Mattejat und Renschmidt (1999) führen einen Ansatz zur Operationalisierung des Konstrukts Qualität an, der auch in weiten Teilen der Literatur im Gesundheitsbereich und in der Gesetzgebung Anklang gefunden hat: die drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian (1966). Demnach lässt sich die Qualität einer Behandlung hinsichtlich *Strukturqualität*, *Prozessqualität* und *Ergebnisqualität* unterscheiden, wobei zur Strukturqualität demografische, finanzielle und materielle Aspekte der Versorgungseinrichtung zählen, die Prozessqualität die Qualität der Versorgungsabläufe beinhaltet und sich schließlich die Ergebnisqualität auf die Effektivität und die Effizienz der Behandlung bezieht. Obwohl es sich bei dem vorliegenden Trainingsprogramm nicht um eine Behandlung beziehungsweise Psychotherapie handelt, sondern um eine sekundärpräventive Maßnahme, ist die Bedeutung der Qualitätssicherung auch in diesem Kontext gleichermaßen gegeben, da die Wirkung des Trainings ebenfalls im engen Kontakt von Mensch zu Mensch erzielt werden soll. Für die vorliegende Arbeit sind ferner vor allem die Ergebnisqualität sowie die Prozessqualität von besonderer Bedeutung, da diese

im Evaluationsprozess neben objektiven Veränderungen auch subjektive Kriterien, respektive die Zufriedenheit der Betroffenen berücksichtigen.

### 5.3 Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern

Die Durchführung des Vorhabens erfolgt in enger Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen aus dem Bereich der Jugend- und Suchthilfe, des ambulanten medizinischen Versorgungssystems und dem stationären Versorgungssystem sowie den Jugendstrafanstalten. Um die Studie möglichst praxisnah und naturalistisch durchzuführen, erfolgte die Rekrutierung der Teilnehmer sowie die Durchführung von „TAU“ und „CAN Stop“ durch Mitarbeiter der Kooperationspartner innerhalb der dort schon etablierten Arbeitsroutinen. Dies ermöglichte auch die Umsetzung des Laientraineransatzes von CAN Stop, für den in Bezug auf die berufliche Vorqualifikation der CAN Stop-Trainerinnen und -Trainer (z. B. Ausbildungshintergrund, therapeutische Vorerfahrung) keine weiteren Voraussetzungen für die Durchführung von CAN Stop erfüllt sein müssen.

### 5.4 Machbarkeitsstudie

Im Vorfeld der Erstellung des CAN Stop-Gruppenmanuals wurden im Rahmen einer Machbarkeitsanalyse vier ambulante und zwei stationäre repräsentative Einrichtungen (siehe Tabelle 2), die Cannabiskonsumenten behandeln, zu ihren Vorstellungen und Ideen in Bezug auf die Erstellung eines Gruppentrainings für Cannabiskonsumenten sowohl persönlich als auch im telefonischen Kontakt befragt. Außerdem wurden die Anzahl der behandelten Cannabiskonsumenten, die Alters- und Geschlechterverteilung, die Zugangswege, die Dauer des Aufenthaltes bzw. der Therapie, spezifische Angebote für Cannabiskonsumenten sowie inhaltliche Vorschläge für eine spezifische Gruppe und zur Erhöhung der Teilnahmemotivation erfasst. Dies diente zum einen dazu, um den Bedarf in den verschiedenen Settings zu erfassen, zum anderen um Erfahrungen, Anregungen und Wünsche aus der Praxis zu berücksichtigen.

Tabelle 2  
*Befragte Einrichtungen im Rahmen der Machbarkeitsstudie*

<b>Befragte Einrichtungen</b>	<b>Art des Settings</b>
Drogenambulanz UKE, Hamburg	Ambulant medizinisch
KODROPS, Hamburg	Jugend- und Suchthilfe
Viva Wandsbek, Hamburg	Jugend- und Suchthilfe
Seehaus, Therapiehilfe, Hamburg	Jugend- und Suchthilfe
Schlei-Klinikum Schleswig	Stationär medizinisch
Come In, Hamburg	Stationär medizinisch

## 5.5 Der Interventionsgegenstand: Das CAN Stop-Training

### 5.5.1 Vorgehen bei der Manualentwicklung

Im Antrag untergliederten sich die Inhalte des Gruppentrainings in vier übergeordnete Module, die jeweils einen Zeitrahmen von zwei Sitzungen zu jeweils ca. 90 Minuten füllen sollen:

- ▶ Modul I „Aufklärung über Cannabiskonsum und Motivation zur Konsumreduktion“
- ▶ Modul II „Ressourcen und Kompetenzen als Hilfe zur Konsumreduktion“
- ▶ Modul III „Cannabiskonsum und Peers“
- ▶ Modul IV „Rückfallprävention“

Die erste Aufgabe bei der Erstellung des Trainingsmanuals lag in der inhaltlichen Gestaltung der Sitzungen unter der Erarbeitung von jugendgerechten Übungen und ansprechenden Materialien zu den vorgegebenen Themen. Von den acht Sitzungen wurden fünf den Hamburger Mitarbeitern und drei der Rostocker Mitarbeiterin zur Erarbeitung zugeteilt. Dabei wurde versucht die Sitzungen nach dem Expertenwissen der jeweiligen Mitarbeiter zu verteilen.

Es ergab sich folgende Aufteilung:

- Redaktion für die Sitzungen 1, 3, 4, 5 und 6: DZSKJ, Hamburg
- Redaktion für die Sitzungen 2, 7 und 8: Universitätsklinikum Rostock

Die Mitarbeiterinnen standen bei der Erarbeitung der Sitzungsinhalte in regelmäßigem Austausch. Es wurde darauf geachtet, die Ideen aus Materialien der Machbarkeitsstudie in die Gestaltung des Trainings einfließen zu lassen. In ca. vierwöchentlichen Abständen fanden Projektbesprechungen statt, um sich über den Zwischenstand zu besprechen. Die Sitzungen wurden gegenseitig mehrmals vorgestellt und diskutiert, bevor sie in der Pilotstudie getestet wurden. Nach der Pilotstudie wurde das Sitzungsmanual einer weiteren Überarbeitung unterzogen.

Das Manual musste so gestaltet werden, dass es von Mitgliedern ganz unterschiedlicher Berufsgruppen (Sozialpädagogen, Pädagogen, Psychologen, Mediziner sowie Erzieher und Sozialarbeiter mit einer Zusatzqualifikation Fachkunde Sucht) auch ohne eine psychotherapeutische Vorbildung gleichermaßen wirksam durchgeführt werden kann. Es war das Ziel, die Sitzungen und die darin enthaltenen Übungen sehr strukturiert zu beschreiben und den Trainern hilfreiche Formulierungsbeispiele anzubieten. Des Weiteren wurde Wert darauf gelegt, die Lernziele der Sitzungen klar zu formulieren, um den Trainern in ihrer Ausführung des Trainings eine klare Zielorientierung zu geben.

Für eine einfache und effektive Durchführung wurde bei der Beschreibung des Sitzungsablaufes auf folgende übersichtliche Struktur zurückgegriffen:

- I. Ziele der Sitzung
- II. Ablauf der Sitzung (Ablaufplan mit Zeiten)
- II. Benötigte Materialien
- IV. Durchführung der Sitzung (Angabe des Lernziels, genaue Beschreibung der Übungen, Formulierungsbeispiele)

In Prozessen, in denen Gruppen Inhalte vermittelt werden sollen, hat sich eine klar gegliederte und damit vorhersehbare Struktur erfahrungsgemäß als förderlich für Lern- und Veränderungsprozesse erwiesen.

Auf diese Weise entstand ein übersichtlich gegliedertes Trainingsmanual. Da bei der Arbeit mit Cannabiskonsumenten zu erwarten ist, dass die Trainingsteilnehmer durch den Konsum in ihrer Aufmerksamkeit und Belastbarkeit eingeschränkt sind, wurde bei der Erarbeitung der Inhalte darauf geachtet die Sitzungen nicht zu überfrachten und ausreichend Abwechslung und Pausen einzuplanen. Aufgrund dessen werden pro Sitzung im Idealfall nur zwei und höchstens drei Unterthemen bearbeitet werden.

Die Trainingsinhalte gründen auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen sowie Grundlagen des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2002). Dies schließt die Nutzung von Konsumtagebüchern, die Erarbeitung sozialer und emotionaler Trigger für Substanzkonsum, die Förderung der Ressourcen der Teilnehmer und die Entwicklung alternativer Verhaltensstrategien mit ein. Im Sinne des Konzepts des Motivational Interviewing wird es dabei den Trainingsteilnehmern offen gestellt, ob sie ihren Cannabiskonsum einstellen oder reduzieren wollen. Gleichwohl wird in einigen Settings (sogenannten „geschlossenen Settings“), nämlich in Justizvollzugsanstalten und im stationären medizinischen Setting, eine absolute Abstinenz von Cannabis und anderen psychotropen Substanzen gefordert. Dies ist dann jedoch eine Forderung der jeweiligen Institution und nicht trainingsimmanent. Insbesondere in Justizvollzugsanstalten sind sich die Trainer durchaus dessen gewahr, dass trotz des Verbots zum Teil weiterhin konsumiert wird. Um diesem Umstand angemessen zu begegnen, wird den Trainingsteilnehmern absolute Verschwiegenheit im Hinblick auf Trainingsinhalte zugebilligt und Trainer sind angehalten, eine offene, vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, die eine Kommunikation über bestehenden Konsum ermöglicht. Um weiterhin Schwierigkeiten in der Umsetzung des Trainings in den beiden geschlossenen Settings zu vermeiden, wurde anstelle eines Konsumtagebuchs in diesen Setting ein „Craving“-Tagebuch als Teil des CAN Stop-Trainings eingeführt.

Gegen Ende der Entwicklung des Trainingsmanuals erschien es günstig, dass die Trainer neben der Beschreibung des Sitzungsverlaufes auch Informationen zu den Zielen und der Zielgruppe, zu den theoretischen Hintergründen und zur Umsetzung des Gruppentrainings erhalten. Die Thematisierung dieser Inhalte erfolgt damit nicht nur im Rahmen der Schulung. Daher wurde ein weiterer Manualteil federführend vom Rostocker Team entwickelt (Arbeitstitel: Trainermanual / Grundlagenteil). Es beinhaltet Basiswissen und Basisfertigkeiten für die künftigen Trainer. Ziel ist es, die Trainer in einem Tag schulen zu können und ihnen alle wichtigen Grundlagen in einem Manualteil zum Nachlesen mitgeben zu können.

Folgende Themenbereiche werden durch den Grundlagenteil des CAN Stop-Trainingsmanuals behandelt:

- Beziehungsgestaltung und Interaktion
- Feedbackregeln
- Förderung von Motivation
- Günstigem vs. ungünstigem Trainerverhalten
- Umgang mit schwierigen Situationen
- Schweigepflicht und mögliche Dilemmata
- Cannabis (Konsum, Konsummuster und Verbreitung, Wirkung, Auswirkungen im Gehirn, Risiken und Folgen von Cannabismissbrauch, Abhängigkeitsentwicklung, rechtliche Situation)
- Änderungsmotivation und Motivational interviewing
- Sozial-kognitives Rückfallmodell
- Gruppenbildung und Rollenverteilung in Gruppen
- Entwicklung im Jugendalter
- Stress und Stressmodelle

Im Januar 2009 wurden beide Manualteile zu einem Gesamtmanual mit einem Theorie- und Praxisteil zusammengeführt.

### 5.5.2 Übersicht über die Trainingssitzungen des Manuals

Ziel des vorliegenden Abschnittes ist im Überblick darzulegen, welche Inhalte im Gruppentraining CAN Stop transportiert werden. Das CAN Stop-Trainingsmanual liegt diesem Bericht bei (siehe Anhang A.13). Es umfasst insgesamt acht Sitzungen à 90 Minuten. Jede Gruppensitzung unterteilt sich in zwei gleichlange Teile und wird von einer zehnmütigen Pause unterbrochen. Die kontinuierliche und aktive Mitarbeit ist eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Teilnahme am CAN Stop-Gruppentraining. Am Ende der Sitzungen gibt es Hausaufgaben, um das Erlernte besser umsetzen zu können.

Im Folgenden sind die Inhalte der einzelnen Sitzungen im Überblick kurz beschrieben:

#### **Sitzung 1: You CAN Stop!**

In der ersten Sitzung bekommen die Teilnehmenden einen Einblick in das CAN Stop-Gruppentraining. Der Trainer informiert über den Ablauf des Trainings und die Gruppenregeln. Es folgt ein erstes Kennenlernen und gegenseitiges Vorstellen der Teilnehmer untereinander, mit dem Ziel der Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre. Das Tagebuch (vgl. Abschnitt 5.5.1), in dem die Teilnehmerinnen und Teilnehmer regelmäßig während des gesamten Trainings ihren Cannabiskonsum dokumentieren, wird eingeführt und mithilfe von Beispielen erläutert. Im zweiten Teil der Sitzung werden die Teilnehmenden dazu angeregt, sich mit den Vor- und Nachteilen der Abstinenz und ihres Cannabiskonsums auseinanderzusetzen.

### **Sitzung 2: Wissen ist Macht!**

In der zweiten Sitzung geht es um Informationsvermittlung über die Auswirkungen von Cannabiskonsum auf das Gehirn sowie gesundheitliche Risiken. Die Teilnehmenden bearbeiten einen Quizbogen mit 15 Fragen, u. a. zu Herkunft, Wirksubstanz, Wirkungsweise, Wirkung in Abhängigkeit von Konsumart, Abhängigkeit, gesundheitlichen Folgen, Nachweisbarkeit, Auslösung von Psychosen und zur rechtlichen Situation. Anhand von Bildern werden die Prozesse im Gehirn erläutert. Des Weiteren erarbeiten die Teilnehmenden die Kriterien der Cannabisabhängigkeit und schätzen ihren eigenen Konsum auf einem Kontinuum von „unproblematisch“, über „missbräuchlich“ bis „abhängig“ ein.

### **Sitzung 3: Finde Deine Stärken!**

In der dritten Sitzung werden die Tagebücher ausführlich ausgewertet und besprochen. Erste Erfolge in Bezug auf eine Konsumreduktion werden positiv vermerkt. Der weitere Schwerpunkt der Sitzung liegt in der Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken, um diese Ressourcen für den Veränderungsprozess in Bezug auf den Cannabiskonsum nutzbar zu machen. Ziel ist, bei den Teilnehmenden ein positives Selbstbild zu fördern und eine Stärkung des Selbstvertrauens zu erreichen.

### **Sitzung 4: Express your Emotions!**

Die vierte Sitzung behandelt eine Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit Emotionen und ihrer Rolle beim Cannabiskonsum. In diesem Kontext stellen Emotionen häufig Auslöser für weiteren Konsum dar. Die Teilnehmenden werden dazu angehalten, eigene typische Konsumsituationen und deren Zusammenhang mit emotionalen Zuständen zu erkennen. Im zweiten Teil der Sitzung erarbeiten die Teilnehmenden gemeinsam in der Gruppe alternative Strategien im Umgang mit Emotionen.

### **Sitzung 5: Kifft nicht jeder mal?**

In der fünften und sechsten Sitzung wird das Thema „Cannabis und Peers“ in den Mittelpunkt gestellt. In Sitzung 5 geht es zunächst um die Veranschaulichung eigener Konsumnormen und deren Verhältnis zu Konsumnormen von durchschnittlichen Peers. Im Anschluss wird das soziale Umfeld der Teilnehmenden thematisiert. Dabei reflektieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer insbesondere die Wechselwirkung zwischen Peergruppe und Konsum. Abstinente Kontakte und cannabisunabhängige Interessen werden gewürdigt und gefördert. Dabei werden mit Unterstützung der Gruppe konkrete Schritte zu ihrer (Wieder-) Aufnahme unternommen.

### **Sitzung 6: Just say „No“!**

In der sechsten Sitzung liegt der Schwerpunkt auf soziale Verführungssituationen und die Ablehnung von Cannabiskonsum. Die Teilnehmenden arbeiten anhand ihrer Tagebücher typische individuelle soziale Verführungssituationen für Cannabiskonsum heraus. Ziel ist eine Sensibilisierung dafür, in welchen sozialen Situationen ein erhöhtes Konsumrisiko besteht. Auf dieser Grundlage werden Strategien entwickelt, soziale Verführungssituationen zu umgehen bzw. den Konsum direkt abzulehnen.

**Sitzung 7: Rückfallmanagement**

Ziel der siebten Sitzung ist die Auseinandersetzung mit Vorboten bzw. Frühwarnzeichen zur Rückfallprophylaxe eines erneuten Cannabiskonsums. Mithilfe des Tagebuchs erforschen die Teilnehmenden ihre individuellen Konsum- und Risikosituationen, gruppieren sie in verschiedene Risikobereiche nach Marlatt ein und ranken ihre Risikobereiche. Die Teilnehmenden erfahren mithilfe der Metapher „Engel-Teufel-Dialog“ und einem Rollenspiel die Zusammenhänge zwischen Kognitionen und erneutem Cannabiskonsum. Spielerisch werden kognitive Strategien und Verhaltensstrategien für die Bewältigung von zukünftigen Risikosituationen erarbeitet.

**Sitzung 8: Emergency and goodbye**

In der achten Sitzung stehen die Festigung der bisher erlernten Strategien und die Erarbeitung eines Notfallplans im Vordergrund. Der Unterschied zwischen einem „Ausrutscher“ und einem „Rückfall“ wird vermittelt. Die Teilnehmenden suchen nach möglichen Verstärkern für eine zukünftige Abstinenz und verknüpfen ihre Abstinenzwünsche bzw. Reduktionswünsche mit einem konkreten Symbol. Schließlich gestalten die Teilnehmenden einen individuellen „Notfallkoffer“ aus einer Streichholzschachtel mit hilfreichen Kognitionen. Zum Abschluss erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Teilnahmezertifikat.

## 5.6 Vorgehen bei der Rekrutierung von Kooperationspartnern

Zur Rekrutierung der ambulanten und stationären Kooperationspartner wurde mithilfe einer Internetrecherche sowie aus den bereits bestehenden Kontakten aus vorherigen Projekten bzw. aus der oben genannten Machbarkeitsanalyse eine Adressdatei potentieller Kooperationspartner zusammengestellt. Alle dort aufgeführten Einrichtungen erhielten einen Serienbrief, in dem das CAN Stop-Projekt vorgestellt und um Mitarbeit in dem Projekt geworben wurde. Des Weiteren wurden dem Brief eine ausführlichere Projektbeschreibung und ein Informationsbogen zur Struktur der jeweiligen Einrichtung als Faxantwort beigelegt. Die Faxantwort umfasste neben allgemeinen Angaben zu den Einrichtungen Fragen zum Beratungs- / Behandlungsangebot, den Mitarbeitern und den dort behandelten Klienten / Patienten.

Im nächsten Schritt wurden alle Einrichtungen, von denen eine Faxantwort einging und die damit ihr Interesse als Kooperationspartner bekundeten, persönlich kontaktiert. Es wurde ein individueller Termin vereinbart, um das Projekt genauer vorzustellen, sich gegenseitig kennenzulernen, Fragen zu klären und eine Kooperationsvereinbarung zu schließen. Dazu wurden seit Oktober 2008 ca. 40 Reisen zu den einzelnen Kooperationspartnern durchgeführt, auf denen über das Projekt informiert und um teilnehmende Kooperationspartner geworben wurde. Die Dauer des Rücklaufs der unterschriebenen Kooperationsvereinbarungen an die Studienzentrale schwankte in Abhängigkeit der Struktur und Größe der Einrichtung, der Anzahl der offenen Fragen und teilweise veränderte Zuständigkeiten von sofortiger Unterschrift bis zu mehreren Wochen.

Die Rekrutierung der Jugendstrafanstalten gestaltete sich aufgrund der potentiell zur Verfügung stehenden geringeren Anzahl von Einrichtungen und der Notwendigkeit, vorgeschriebene Dienstwege

zu berücksichtigen, etwas langwieriger. Die Anstaltsleitungen wurden direkt kontaktiert und vermittelten die zuständigen Ansprechpartner. Aufgrund der teilweise langen Dienstwege, waren mehrere Termine erforderlich, um eine Kooperation zu etablieren.

Um den Kooperationspartnern die Anwerbung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erleichtern, wurde den Einrichtungen spezielles Werbematerial zur Verfügung gestellt.

Eine weitere Abweichung von der ursprünglichen Planung liegt darin, dass alle Kooperationspartner zeitgleich angeworben und geschult wurden, was der großen Resonanz auf das Projekt geschuldet ist. Nach den Erfahrungen der Pilotstudie und den Rückmeldungen der Kooperationspartner ist dies ein sinnvolles Vorgehen, um vollständige Gruppen und Datensätze zu erhalten. Entsprechend liefen die Datenerhebungen in den CAN Stop- und Kontrollgruppen parallel, wodurch (jahres-) zeitliche Effekte reduziert wurden und die Vergleichbarkeit der Daten erhöht werden konnte.

Die Kooperationspartner wurden den Bedingungen „CAN Stop“ und „TAU“ randomisiert zugewiesen, um systematische Fehler auszuschließen, dies entspricht dem Vorgehen einer sogenannten Cluster-Randomisierung. Für die Einrichtungen, die zunächst Kontrolldaten und im Anschluss eine CAN Stop-Gruppe durchführten, ist davon auszugehen, dass die Zugänge der Teilnehmer über die Zeit zufällig erfolgten, das Prinzip der Randomisierung also auch hier aufrecht erhalten wurde. Einrichtungen, die zunächst der Kontrollbedingung zugeordnet wurden, und die nicht Teil des sequentiellen Studiendesigns waren, erhielten spätestens gegen Ende der Datenerhebungsphase des Projekts ebenfalls die Materialien und Schulungen von CAN Stop. Studienteilnehmern, die zunächst im Rahmen der Kontrollgruppe von Kooperationspartnern gemäß „TAU“ betreut wurden, wurde nach Beendigung der Katamnese ebenfalls das Angebot unterbreitet, am CAN Stop-Gruppentraining teilzunehmen. Es wurde dabei jedoch sichergestellt, dass die Daten von Studienteilnehmern jeweils nur für eine der Studienbedingungen (CAN Stop oder „TAU“/Kontrollbedingung) Eingang finden, um statistische Unabhängigkeit zu wahren.

## 5.7 Trainer

Sowohl die Datensammlung als auch die Durchführung des CAN Stop-Trainings wurden von den kooperierenden Einrichtungen übernommen. Die dort tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, welche als CAN Stop-Trainerinnen und -Trainer das Gruppenprogramm in den Einrichtungen durchgeführt haben, erhielten eine eintägige Schulung in der Anwendung von CAN Stop sowie detaillierte Informationen über den Modus der Datenerhebung. Dies betraf auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die zunächst keine CAN Stop-Gruppe durchführten, sondern in der Kontrollgruppe mitwirkten.

Da Therapeuten- oder Trainereigenschaften als wichtige Einflussgröße in der Psychotherapieforschung bekannt sind, wurden die Trainerinnen und Trainer gebeten, zum Messzeitpunkt  $t_0$  einen Fragebogen zu ihrem beruflichen Hintergrund, ihrer Einstellung Cannabis gegenüber sowie einige Items zur Persönlichkeit auszufüllen. Merkmale der Strukturqualität der Einrichtung wurden bereits im Verlauf der Rekrutierung von Kooperationspartnern erhoben und gingen

ebenfalls in die Datenanalyse ein. Zum Zeitpunkt  $t_1$  bewerteten die Trainer genau wie die jugendlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Zufriedenheit mit dem Gruppenablauf.

Um die Adhärenz der Trainer bezüglich des CAN Stop-Manuals zu gewährleisten, wurden alle Sitzungen mit Video aufgezeichnet und einer Adhärenzprüfung unterzogen. Sie dienen vor allem zur Messung der Manualtreue und der Trainerkompetenz, können jedoch auch für Supervisionszwecke herangezogen werden. Zur Videoauswertung wird ein selbst erstellter Beurteilungsbogen von zuvor geschulten Ratern ausgewertet. Dieser verifiziert, ob die zentralen Übungseinheiten der einzelnen Sitzungen manualgerecht durchgeführt wurden. Das weitere Vorgehen zur Prüfung der Adhärenz findet sich in Kapitel 7.2.1. Zusätzlich führte jeder CAN Stop-Trainer nach vier der acht CAN Stop-Sitzungen mindestens ein Supervisionsgespräch mit dem zuständigen Studienzentrum.

Gleichzeitig wurden kontinuierlich Rückmeldungen der Kooperationspartner zur Umsetzbarkeit des CAN Stop-Trainings eingeholt. Nach Ablauf des Erhebungszeitraums konnten zudem im Rahmen einer zweitägigen Trainertagung in Hamburg (siehe Kapitel 7.6.2) umfangreiche Informationen zu Erfahrungen mit dem Transfer von CAN Stop in die Praxis gesammelt werden. Zusammen mit der bereits erfolgten Einarbeitung der Rückmeldungen aus den Vorgesprächen mit den Kooperationspartnern in das Manual und die Datenerhebungsinstrumente bildete dieses kontinuierliche Monitoring sowie das abschließende Feedback der Trainer den im Antrag beschriebenen partizipativen Ansatz des Designs ab und verdeutlicht die starke Orientierung an der klinisch-beraterischen Praxis.

## 5.8 Studienteilnehmer

Zielgruppe der Studie und damit avisierte Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sind Jugendliche und junge Erwachsene mit problematischem Cannabiskonsum im Alter zwischen 14 und 21 Jahren. Die Definition des Eingangskriteriums „Problematischer Cannabiskonsum“ wurde absichtlich relativ offen gelassen, um die Niedrigschwelligkeit des Trainings zu unterstützen. Problematischer Cannabiskonsum ist im Sinne der Studie gegenwärtiger oder zurückliegender Cannabiskonsum, wenn er vom Konsumenten selbst oder von einer wichtigen Person seiner Umgebung (z. B. Eltern, Lehrer, Ausbilder, Richter) als problematisch wahrgenommen wird. Ein weiteres Einschlusskriterium ist das Vorliegen einer unterschriebenen Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie – im Falle von minderjährigen Teilnehmenden gleichfalls das Einverständnis eines Erziehungsberechtigten.

Ausschlusskriterien zur Teilnahme an der Studie sind das Vorliegen einer akuten psychotischen Episode sowie akuter Suizidalität. Beides sind Hinweise dafür, dass eine enge medizinisch-psychotherapeutische Behandlung notwendig ist, die sich mit dem Ansatz des Gruppentrainings und der Laientrainer nicht vereinbaren lässt.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden in die Studie erfolgte in den vorhandenen Arbeitsroutinen der Kooperationspartner. Vor Studienteilnahme wurden infrage kommende Jugendliche und junge Erwachsene in einem Vorgespräch über die Studie sowie die Teilnahme am CAN Stop-Training oder der Kontrollgruppe „TAU“ aufgeklärt, nach Vorliegen des Einverständnisses wurden  $t_0$ -Daten erhoben – dies zum Teil in Form eines Interviews (inklusive Prüfung der Ausschlusskriterien) und zum Teil als Fragebogen.

Das CAN Stop-Training beginnt nach Zustandekommen einer Gruppe interessierter Studienteilnehmer in den jeweils zu CAN Stop zugelassenen Institutionen der Kooperationspartner mit sechs bis zehn Teilnehmern und wird von ein bis zwei Trainern durchgeführt.

Die Datenerhebung zum Zeitpunkt  $t_1$  erfolgte wiederum durch den CAN Stop-Trainer bzw. die Kontaktperson der Studie beim Kooperationspartner, bei der Kontrollgruppe „TAU“ mithilfe von Fragebögen. Die Datenerhebung zum Zeitpunkt  $t_2$  erfolgte unabhängig von den Kooperationspartnern durch die Studienzentren Hamburg und Rostock über Telefoninterviews und Fragebögen. Nur zu diesem letzten Messzeitpunkt war die Studie hinsichtlich der Datenerhebung geblindet.

Der Gruppendurchlauf eines Teilnehmenden wurde als abgeschlossen betrachtet, wenn die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer mindestens fünf der acht Gruppensitzungen besucht hat; die Teilnehmenden erhielten dann ein Zertifikat über die Teilnahme am Training. Schieden aus einer CAN Stop-Trainingsgruppe so viele Teilnehmende aus, sodass die Gruppe nur noch aus drei oder weniger Teilnehmenden bestand, wurde der Gruppendurchlauf abgebrochen.

## 5.9 Pilotstudie

Im Rahmen des CAN Stop-Projektes wurde eine Pilotstudie durchgeführt. Diese hatte zum Ziel, die Umsetzbarkeit der einzelnen Bausteine des CAN Stop-Gruppentrainings zu prüfen, eventuelle Fehlerquellen auszugleichen und die Praktikabilität der Evaluationsfragebögen zu verifizieren.

Die Pilotstudie erfolgte im November und Dezember 2009. Während zunächst eine ausschließliche Rekrutierung aus dem ambulanten Setting geplant war, wurde schließlich aus Mangel an Teilnehmenden auch auf die Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Station PS1 der Erwachsenenpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) zurückgegriffen. Um die Teilnahmemotivation an der Gruppe zu erhöhen, erhielt jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer pro Gruppensitzung 10 Euro Aufwandsentschädigung. Für das Ausfüllen der Evaluationsfragebögen erhielten die Teilnehmenden ebenfalls 10 Euro.

Vor Beginn der Gruppe wurden die Teilnehmenden einzeln über die CAN Stop-Studie und den Ablauf des Gruppentrainings aufgeklärt und gebeten, die Einverständniserklärung zu unterschreiben. Die soziodemografischen Daten der Teilnehmenden wurden in Interviewform erhoben, anschließend füllten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Evaluationsfragebogenhefte ( $t_0$ ) aus. Die Erfahrung zeigte, dass für einen solchen Termin ca. 75 Minuten Zeit einzuplanen sind.

Die Berücksichtigung von ambulanten und stationären Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern hatte den Vorteil, dass die Umsetzbarkeit des Trainings für die verschiedenen Settings geprüft werden konnte. Nachteilig war, dass die Gruppe aufgrund der Teilnahme der stationären Patienten, deren Aufenthaltsdauer kürzer war als acht Wochen, in einem Zeitraum von vier Wochen stattfinden musste.

Es ergab sich folgende Gruppenzusammensetzung (siehe Tabelle 3):

Tabelle 3  
 Gruppenzusammensetzung der Pilotstudie

<b>Anzahl der Teilnehmer</b>	6
<b>Alter</b>	14 – 27 Jahre (ø 19.2 Jahre)
<b>Geschlechterverteilung</b>	4 weibliche Teilnehmende, 2 männliche Teilnehmende
<b>Setting</b>	Jeweils 2 Teilnehmende aus einer Tagesklinik, aus dem stationären, und aus dem ambulanten Setting

Die festgelegte Altersgrenze beim CAN Stop-Training liegt bei 21 Jahren. Um zu überprüfen, ob die Altersgrenze ausdehnbar ist, wurde ein Teilnehmer im Alter von 27 Jahren mit in die Gruppe aufgenommen. Dieser wurde ausführlich darüber aufgeklärt, dass das Training für 14-21-Jährige konzipiert wurde, war aber weiterhin zur Teilnahme motiviert. Die Gruppe fand aus oben genannten Gründen zweimal pro Woche, jeweils dienstags und donnerstags von 17.00 Uhr – 18.30 Uhr statt. Gruppentrainerinnen waren zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen der die Studie durchführenden Institute, wobei jeweils eine Trainerin die Gruppe anleitete, während die andere den Verlauf protokollierte. Außerdem wurden alle acht Sitzungen auf Video aufgezeichnet. Das so gewonnene Anschauungsmaterial wurde als mögliches Beispiel für Kooperationspartner in Schulungen oder Supervisionen genutzt.

Nach der Durchführung der Pilotstudie wurden die Fragebogenmaterialien sowie das Manual überarbeitet. Dabei wurden sich aus der Pilotstudie ergebende Änderungen und Verbesserungen berücksichtigt. Ein großer Teil der Änderungen war formaler bzw. Layout-bezogener Art und diente der Vereinheitlichung des Manuals. Des Weiteren wurde in das Manual eine Sitzungsübersicht als Leitfaden für den Trainer erstellt und die in den Sitzungen benötigten Arbeitsmaterialien in der benötigten Reihenfolge aufgelistet. Dadurch wurde die Übersichtlichkeit verbessert. Die Datenerhebungsinstrumente erwiesen sich als gut zu bearbeiten, der Zeitaufwand erwies sich für Studienteilnehmer als noch zumutbar.

Inhaltlich stellte sich im Verlauf der Gruppe heraus, dass sich Hausaufgaben wenig bewährten und von den Teilnehmern nur sehr sporadisch erledigt wurden. Daher wurden die Hausaufgaben, die sich direkt auf die Inhalte der Gruppenstunden bezogen und in den CAN Stop-Tagebüchern integriert sind, in die Sitzungen aufgenommen. Im Zuge dessen wurde die Zeiteinteilung in den einzelnen Sitzungen überarbeitet und optimiert.

Die Änderungen wurden in das Manual integriert, nochmals im Projektteam diskutiert und schließlich verabschiedet. Die so entstandene endgültige Manualfassung lag zum Januar 2009 vor.

## 5.10 Intention-to-treat-Verfahren und Befragung von Abbrechern

Im klassischen RCT („*randomized controlled trials*“)-Evaluationsansatz wird im Wesentlichen zwischen dem „Per protocol“- (PP) und dem „Intention-to-treat“-Verfahren (ITT) unterschieden. Beim PP-Verfahren werden Probanden, die sich nicht gemäß des geplanten Studiendesigns/-protokolls verhalten etwa weil sie eine zugewiesene Intervention abbrechen, aus der weiteren Datenerhebung und -analyse ausgeschlossen oder werden nur in begrenzt aussagefähigen Drop-out-Analysen berücksichtigt. Im ITT-Ansatz sollen dagegen alle anfänglich randomisierten Probanden (-daten), die bei Abschluss der Datenerhebung vorliegen, in die Datenanalyse einbezogen werden.

Das ITT-Verfahren findet derzeit wachsenden Zuspruch in der (Sucht-) Forschung, da anzunehmen ist, dass auch das Abweichen vom Studienverlauf in Zusammenhang mit dem Outcome des jeweiligen Probanden steht und diesem Effekt folglich im PP-Ansatz keine Rechnung getragen wird, so dass dadurch Verzerrungen in den Ergebnissen erwartbar sind.

Dennoch ist der Einsatz des PP-Verfahrens in Evaluationsstudien berechtigt, in denen es allein um den Nachweis der Wirksamkeit einer neuartigen Intervention geht (sogenannte „*efficacy*“-Fragestellungen); dies trifft auf die vorliegende Untersuchung zu. Zusätzlich wurde die Tauglichkeit der Intervention CAN Stop im Rahmen der Evaluation des Gruppenbehandlungsprogramms, aber auch unter realitätsnahen Bedingungen in den jeweiligen Settings überprüft (sogenannte „*pragmatic-trial*“ mit „*effectiveness*“-Fragestellung). In diesem Fall ist das ITT-Verfahren vorzuziehen, sodass sich für die spätere Datenanalyse eine kombinierte Anwendung beider Verfahrensweisen anbietet.

Jenseits des ITT-Ansatzes ist es für die Weiterentwicklung des CAN Stop-Trainings und dessen Implementierung interessant, Informationen von Teilnehmenden zu erfassen, die das CAN Stop-Training abgebrochen haben. Hierzu erfolgte eine eigene Befragung, die in Abschnitt 7.5 genauer beschrieben ist. Gleichwohl bleibt Studienteilnehmenden – ob nun im Rahmen einer ITT- und/oder Abbrecherbefragung – weiterhin die Option offen, eine (weitere) Teilnahme an der Datenerhebung für die CAN Stop-Studie abzulehnen. Die daraus entstehenden Selektionseffekte können aus ethischen Gründen nicht komplett ausgeschlossen werden. In diesen Fällen werden zur Auswertung der Evaluationsdaten missing values mit der konservativen „*last observation carried forward*“-Methode (LOCF-Methode) ersetzt.

## 5.11 Aufwandsentschädigungen

Teilnehmende der Studie erhielten für die Datenerhebung zum Zeitpunkt  $t_0$  10 Euro, für  $t_1$  25 Euro und für  $t_2$  50 Euro Aufwandsentschädigung. Die Mitarbeitenden der Kooperationspartner, die die Datenerhebungen zu  $t_0$  und  $t_1$  durchführten, erhielten pro erhobene Teilnehmerin bzw. erhobenen Teilnehmer pro Messzeitpunkt 10 Euro und für das erfolgreiche Absolvieren eines Trainingsdurchlaufs von CAN Stop 400 Euro.

## 5.12 Ethische Gesichtspunkte

Sowohl das gesamte Forschungsdesign als auch das Vorgehen bei der Datenerhebung und dem CAN Stop-Training wurde durch die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg sowie der jeweiligen Ärztekammern, in deren Zuständigkeitsbereich Arbeiten zu CAN Stop durchgeführt wurden, auf ethische Unbedenklichkeit geprüft und positiv bestanden. Darüber hinaus besteht ein Datenschutzkonzept, nach dessen Maßgabe die Datenverwertung von CAN Stop gestaltet wurde. Zudem wurde die CAN Stop-Studie gemäß der Helsinki-Deklaration als „clinical trial“ in einem öffentlichen Register für klinische Studien gemeldet (ISRCTN57036983).

## 5.13 Datenerhebungsinstrumente

Die Zielgrößen der Evaluation in Bezug auf cannabiskonsumierende Teilnehmer beziehen sich wie im Antrag und in Abschnitt 4.2 des vorliegenden Berichtes beschrieben auf den Konsum von Cannabis und anderer Substanzen, die Einstellung der Teilnehmer in Bezug auf Cannabis, die Bereitschaft zur Veränderung bestehender Konsummuster, die psychische Befindlichkeit, Selbstwirksamkeitserwartungen und die Widerstandsfähigkeit gegenüber konsumierenden Peers.

Innerhalb der verschiedenen Designarme wurden darüber hinaus äußere Faktoren erfasst, die einen Einfluss auf die Motivation der Teilnehmenden ausüben können. So wurde erhoben, ob Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer das Programm aus einer Beauftragung heraus (beispielsweise durch die Jugendgerichtshilfe) wahrnehmen, ob in der Einrichtung Urinkontrollen durchgeführt wurden, und ob zusätzlich zur CAN Stop-Gruppe gemeinsame Gruppenaktivitäten (beispielsweise Grillfeste, Tischtennisturniere) unternommen wurden. Diese Informationen werden in späteren Analysen eine differenzielle Auswertung bzw. eine statistische Kontrolle dieser Variablen (beispielsweise im Rahmen einer Kovarianzanalyse) ermöglichen. Die Erhebung von Urinkontrollen und gemeinsamen Aktivitäten geht über das Konzept des Gruppentrainings CAN Stop hinaus und beruht auf den Routinen der Kooperationspartner.

Im Folgenden wird ein Überblick über die im Projekt CAN Stop eingesetzten Datenerhebungsinstrumente gegeben (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4  
Übersicht über verwendete Messinstrumente bei Studienteilnehmern und Trainern

Erhebungsinstrumente Probanden	Testzeitpunkt		
	t <sub>0</sub> <i>prä</i>	t <sub>1</sub> <i>post</i>	t <sub>2</sub> <i>follow-up</i>
Soziodemografische Daten	✓		✓
Psychoscreening	✓		
Drogenanamnese	✓	✓	✓
Severity of Dependence Scale (SDS)	✓	✓	✓
Youth Self-Report (YSR)	✓	✓	✓
Young Adult Self-Report (YASR)			

Erhebungsinstrumente Probanden	Testzeitpunkt		
	t <sub>0</sub> <i>prä</i>	t <sub>1</sub> <i>post</i>	t <sub>2</sub> <i>follow-up</i>
Comprehensive Cannabis Expectancy Questionnaire (CCEQ)	✓	✓	✓
Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-16) Heidelberger Skalen zur Kontrollzuversicht (HEIS-KOTZ-12)	✓	✓	✓
Familienbogen – Selbstbeurteilungsbogen (FB)	✓		
Peer resistance Inventar	✓	✓	✓
Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)	✓	✓	✓
Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)		✓	
Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Form (Kiddo-KINDL <sup>R</sup> )	✓	✓	✓
Erhebungsinstrumente Trainer	t <sub>0</sub> <i>prä</i>	t <sub>1</sub> <i>post</i>	t <sub>2</sub> <i>follow-up</i>
Trainermerkmale	✓		
Big Five Inventory – 10 (BFI-10)	✓		
Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-T)		✓	
Trainerrückmeldebogen		✓	

### 5.13.1 Datenerhebungsinstrumente Studienteilnehmer

#### *Soziodemografische Daten*

Bei der Erfassung der soziodemografischen Daten wurden die soziodemografischen Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen der *Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.* (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2001) zugrunde gelegt. Im Rahmen des ersten Messzeitpunktes wurden persönliche Daten (Geburtsjahr, Geschlecht, Nationalität, Migrationshintergrund und Deutschkenntnisse), Angaben zur Ausbildung, zum sozialen Umfeld, zur Wohnsituation, zur Situation der Eltern, zu Problemen und Belastungen (Anzahl der Krankenhaustage in den letzten 12 Monaten, ambulante psychiatrische / psychotherapeutische Versorgung, akute Suizidalität) sowie der bisherige Beratungs- und Therapieverlauf (Vorstellungsgrund und aktuelles Behandlungssetting) in Interviewform erfasst. Zum dritten Messzeitpunkt wurde mit den Probanden ein Telefoninterview durchgeführt. Hier wurde eine verkürzte Version des ersten Interviews verwendet, um die Fragen zur Ausbildung, zum sozialen Umfeld, zur Wohnsituation, zu Problemen / Belastungen sowie zum bisherigen Beratungs- und Therapieverlauf zu

aktualisieren. Zusätzlich wurden die nach dem zweiten Messzeitpunkt in Anspruch genommenen Hilfen erfasst.

### *Psychoscreening*

Das Psychoscreening wurde in Anlehnung an das *Diagnostische Interview psychischer Störung* (DIPS; Margraf, Schneider und Ehlers, 2005) selbst erstellt. Es besteht aus fünf Items, die das Vorliegen einer akuten Psychose erfassen sollen, um akut psychotische Probanden aus der Studie ausschließen zu können. Die Fragen werden vom Interviewer zum ersten Messzeitpunkt gestellt.

### *Drogenanamnese*

Die Drogenanamnese wurde ebenfalls in Anlehnung an die Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen der *Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.* (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2001) in Fragebogenform entwickelt. Zunächst wurde das Hauptsuchtmittel erfasst, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Zur Auswahl standen: Alkohol, Nikotin, Opiate, Cannabis, Beruhigungs- und Schlafmittel, Kokain, Designerdrogen, Amphetamine, andere Aufputschmittel, Halluzinogen, Schnüffelstoffe, andere Drogen und Substitutionsmittel. Anschließend wurde für die insgesamt 13 Suchtmittel nach dem letztmaligen Konsum, der Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen, der durchschnittlichen Konsummenge an einem typischen Konsumtag, der Menge in Konsumeinheiten sowie der Art des Suchtmittels gefragt. Der Fragebogen wurde zu allen drei Messzeitpunkten eingesetzt. Zum ersten Messzeitpunkt wurden zusätzlich das Alter bei Erstkonsum und das Alter, ab dem regelmäßig konsumiert wurde, erhoben.

### *Severity of Dependence Scale (SDS)*

Die *Severity of Dependence Scale* (SDS) wurde 1995 von Gossop, Darke, Griffiths et al. in Australien zur Messung des Abhängigkeitsgrades bei verschiedenen Substanzen entwickelt. Der Fragebogen wurde in London und Sydney an insgesamt 1312 Konsumenten verschiedener Substanzmittel erprobt. Der SDS erhebt in fünf Items psychologische Komponenten von Abhängigkeit. Die Skalierung reicht von 0 bis 3, sodass ein Gesamtwert zwischen 0 und 15 erreicht werden kann. Der SDS stellt somit ein ökonomisches und einfach zu handhabendes Instrument dar, das Abhängigkeit und Schwere der Abhängigkeit für verschiedene Substanzen erfasst. Zur Ermittlung einer Cannabisabhängigkeit wurde der SDS in Australien in drei Studien überprüft (Swift, Copeland & Hall, 1998; Martin, Copeland, Gates & Gilmour, 2006; Hides, Dawe, Young & Kavanagh, 2007). Zur Unterscheidung von abhängigen und nichtabhängigen Konsumenten ist die Ermittlung eines Cut-Off-Wertes notwendig. Der optimale Cut-Off-Wert lag bei den drei australischen Studien zwischen 2 und 4.

Die hier zur Anwendung gekommene deutsche Version des SDS zur Erhebung von Cannabisabhängigkeit wurde 2008 von Steiner, Baumeister und Kraus entwickelt und an insgesamt 456 Cannabiskonsumenten im Alter zwischen 18 und 64 Jahren überprüft. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt bei  $\alpha = 0.796$ . Eine Hauptkomponentenanalyse zur Überprüfung der Validität ergab eine Ein-Faktoren-Lösung bei einem Eigenwert von 2.9 und einer Varianzaufklärung von 57.6 %. Zur Ermittlung des Cut-Off-Wertes wurden die SDS-Werte – wie in den australischen

Studien – mit den DSM-IV-Kriterien für Cannabisabhängigkeit verglichen. Die Korrelation zwischen dem SDS-Gesamtwert und den DSM-IV-Kriterien für Cannabisabhängigkeit liegt bei 0.49. Bei einem optimalen Verhältnis von Sensitivität (93.6) und Spezifität (74.0) liegt der Cut-Off-Wert sowohl bei den weiblichen jungen Erwachsenen (18-24 Jahre) als auch bei den Erwachsenen (25-64 Jahre) bei 2. Bei den männlichen Konsumenten liegt der Cut-Off-Wert bei 4.

Der Fragebogen wurde in dieser Studie zu allen drei Messzeitpunkten angewendet.

#### *Youth Self-Report (YSR) / Young Adult Self-Report (YASR)*

Der Fragebogen für Jugendliche *Youth Self-Report (YSR)* (Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist, 1998) ist eine deutsche Fassung des Youth Self-Report der Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991). Der Fragebogen kann bei Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren eingesetzt werden und erfragt die Selbsteinschätzung der Jugendlichen bezüglich ihrer Kompetenzen sowie Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Probleme, körperliche Beschwerden und sozial erwünschte Verhaltensweisen. Für junge Erwachsene über 18 Jahre wurde der Fragebogen für junge Erwachsene *Young Adult Self-Report (YASR)* (Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist, 1998), die deutsche Fassung des Young Adult Self-Report von Achenbach (1997) eingesetzt. Der Einsatz erfolgte zu allen drei Messzeitpunkten.

Der YSR und YASR gliedern sich in zwei Teile: Im ersten Teil werden die Kompetenzen des Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen erfragt. Hier unterscheiden sich der Fragebogen für Jugendliche und der Fragebogen für junge Erwachsene sowohl in den Fragen als auch in den Beantwortungsmodi. Die Fragen nach Freunden und der Familie gleichen sich. Im YSR werden daneben noch Freizeitaktivitäten und Pflichten im elterlichen Haushalt abgefragt, während der YASR Fragen zur Berufstätigkeit und zu möglichen Partnern bzw. Ehepartnern stellt. Im Fragebogen für Jugendliche wird sowohl die Intensität (beispielsweise „Wie viel Zeit verbringst du mit dieser Sportart im Vergleich zu Gleichaltrigen?“) als auch die Qualität (beispielsweise „Wie gut beherrscht du diese Sportart im Vergleich zu Gleichaltrigen?“) der Kompetenzen auf einer dreistufigen Skala („weniger“, „gleichviel/gut“, „mehr/besser“) abgefragt. Im YASR wird wiederum nur die Qualität der Kompetenzen abgefragt. Am Ende des ersten Teils können sowohl die Jugendlichen als auch die jungen Erwachsenen Angaben über Erkrankungen, körperliche Behinderungen, sowie darüber, was ihnen Sorge bereitet und was sie an sich selbst am besten finden, machen.

Der zweite Teil des YSR bzw. YASR besteht aus 119 Items, in denen Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, körperliche Beschwerden und sozial erwünschte Verhaltensweisen der letzten sechs Monate auf einer dreistufigen Skala erfasst werden. Die sozial erwünschten und positiven Verhaltensweisen werden erfragt, damit die Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen Gelegenheit haben, auch positive Eigenschaften zu berichten. Diese 16 Items werden in der Auswertung jedoch nicht weiter berücksichtigt. Insgesamt werden folgende neun Faktoren erfasst: „Aggressives Verhalten“, „Angst / Depressivität“, „Soziale Probleme“, „Körperliche Beschwerden“, „Aufmerksamkeitsstörungen“, „Delinquentes Verhalten“, „Schizoid / zwanghaft“, „Sozialer Rückzug“ sowie „Autoaggression / Identitätsprobleme“.

Die Interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) des YSR liegt für die Kompetenzskala zwischen  $\alpha = .39$  und  $\alpha = .64$ , für die einzelnen Dimensionen der Syndromskala zwischen  $\alpha = .56$  und  $\alpha = .89$ . Die interne Konsistenz für die Gesamtauffälligkeit liegt bei  $\alpha = .92$  (Döpfner, Berner & Lehmkuhl, 1994). Die höchsten Korrelationen der einzelnen Skalen des YSR untereinander liegen zwischen  $r = .70$  und  $r = .63$ ; bei diesen Korrelationen handelt es sich um ähnliche Konstrukte wie „Angst / Depressivität“ und „Sozialer Rückzug“ oder „Aggressives Verhalten“ und „Delinquentes Verhalten“. Laut Döpfner et al. (1994) können die Skalen als hinreichend unabhängig voneinander betrachtet werden.

Bei einer Hauptkomponentenanalyse der Syndromskala an einer klinischen Stichprobe (Döpfner, Berner & Lehmkuhl, 1994) konnte keine eindeutige Faktorenanzahl extrahiert werden. Die achtfaktorielle Lösung klärt insgesamt 37.6 % der Varianz auf. Bis auf die Skalen „Sozialer Rückzug“ und „Autoaggression / Identitätsprobleme“ ließen sich alle entsprechenden Faktoren nachweisen. Patienten mit diagnostizierten psychischen Störungen weisen einen höheren Gesamtwert (45.3 %) auf als eine parallelisierte unbehandelte Schülerstichprobe (27.7 %), wodurch die diskriminante Validität als gegeben betrachtet werden kann (Walter, Remschmidt & Deimel, 1994).

#### *Comprehensive Cannabis Expectancy Questionnaire (CCEQ)*

Der *Comprehensive Cannabis Expectancy Questionnaire* (CCEQ; Wensing, 2007) erfasst positive und negative Wirkungserwartungen in Bezug auf den Konsum von Cannabis. Die ursprüngliche Version umfasst 44 fünfstufig skalierte Items. Aus der konfirmatorischen Faktorenanalyse resultieren drei Faktoren mit einer Gesamtvarianzaufklärung von 45 % (Wensing, 2007). Es handelt sich dabei um die Faktoren „Soziale Erleichterung und Stimulation“, „Wahrnehmungsintensivierung und Kreativität“ sowie „Beeinträchtigung und Sedierung“.

Hier kam eine aus 18 Items bestehende Kurzversion zur Anwendung. Dafür wurden pro Faktor jeweils sechs Items mit der höchsten Faktorladung ausgewählt. Für diese Kurzversion gibt es bisher keine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften. In der 44-Item-Version erreichten die drei Faktoren jedoch sehr hohe interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) von  $\alpha = .94$  für den Faktor „Soziale Erleichterung und Stimulation“ und  $\alpha = .90$  für die Faktoren „Wahrnehmungsintensivierung und Kreativität“ sowie „Beeinträchtigung und Sedierung“ (Wensing, 2007). Für die Validität des Instrumentes spricht, dass User und Non-User von Cannabis bzw. User mit unterschiedlichen Konsummengen unterschiedliche Wirkungserwartungen aufzeigen (Wensing, 2007; Beilstein, 2009). Der Fragebogen wurde zur allen drei Messzeitpunkten eingesetzt.

#### *Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-16) / Heidelberger Skalen zur Kontrollzuversicht (HEIS-KOTZ-12)*

Die *Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht* (HEISA-16; Körkel, 2002) erfassen in 16 Items die Zuversicht eines von illegalen Drogen abhängigen Klienten, abstinent zu leben. Dieser Fragebogen eignet sich zur Programmevaluation, indem er zu Beginn und am Ende einer Behandlung eingesetzt wird und somit ein prä-post-Vergleich möglich wird. Der Fragebogen wurde daher in dieser Studie zu allen drei Messzeitpunkten eingesetzt. Des Weiteren kann man insbesondere zu Beginn einer Behandlung niedrige oder unrealistisch hohe Zuversichtswerte identifizieren. In 16 Fragen wird auf einer sechsstufigen Skala die Zuversicht der Klientin bzw. des Klienten erhoben, Gefährdungs-

situationen ohne die bisherige Problemdroge bewältigen zu können. Diese Gefährdungssituationen lassen sich vier Risikobereichen zuordnen: Es handelt sich dabei um die Skalen „Unangenehme Gefühlszustände“, „Versuchung und Verlangen“, „Leichtsinnigkeit im Denken“ und „Angenehme Gefühle“. Jeder Skala lassen sich vier Items zuordnen. Eine Faktorenanalyse zur Überprüfung der Validität ergab eine klare vierfaktorielle Struktur mit einer Gesamtvarianzaufklärung von 81 %. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der vier Skalen liegt bei  $\alpha = .88$  für die Skala „Angenehme Gefühle“,  $\alpha = .89$  für die Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“,  $\alpha = .91$  für die Skala „Versuchung und Verlangen“ sowie  $\alpha = .92$  für die Skala „Unangenehme Gefühle“. Die Reliabilität bei zweimaliger Testung im Verlauf einer Woche liegt bei  $.85 < r_{tt} < .90$  bei  $p < .01$ . Der Fragebogen zeigt sich änderungssensitiv, da die Zuversicht zwischen Beginn und Ende einer Langzeittherapie zunimmt.

Damit die HEISA zum Einsatz kommen können, sollten die Probanden das Ziel verfolgen, abstinent zu leben. Um dies abzuklären, wird daher vor Beantwortung der HEISA die Zielskala von Körkel und Schindler (1998) eingesetzt. Beantwortet die Person die Frage „Welches Ziel strebst Du zurzeit im Umgang mit Deiner Problemdroge an“ mit „Die meiste Zeit clean bleiben und nur ab und zu Drogen nehmen“, „Erst einmal über längere Zeit clean bleiben und dann weitersehen“ oder „Total clean bleiben – nie mehr Drogen nehmen“, können die HEISA angewendet werden. Verfolgt die Person das Ziel, kontrolliert Drogen zu nehmen, sollten die *Heidelberger Skalen zur Kontrollzuversicht* (HEIS-KOTZ) eingesetzt werden, die in ihrer Instruktion nicht auf die Abstinenz, sondern auf das Ziel, nicht mehr Drogen zu nehmen als man sich vorgenommen hat, abgestimmt sind. Die Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“ wurde hierfür eliminiert, sodass dieser Fragebogen aus den 12 übrigen Items der *Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht* besteht. Verfolgt der Proband das Ziel, Drogen zu nehmen wie bisher, erübrigt sich der Einsatz der HEISA, da keine Veränderung des Konsumverhaltens angestrebt wird.

#### *Familienbögen (FB)*

Die *Familienbögen* (FB) von Cierpka und Frevert (1994) sind ein Selbstberichtsinstrument für die Familiendiagnostik, mit deren Hilfe perzipierte Familienprobleme erhoben werden können. Die Familienbögen bestehen aus drei Modulen, den „Allgemeinen Familienbogen“, den „Zweierbeziehungsbogen“ und dem „Selbstbeurteilungsbogen“. Es lassen sich je Modul sieben Skalen operationalisieren: „Aufgabenerfüllung“, „Rollenverhalten“, „Kommunikation“, „Emotionalität“, „Affektive Beziehungsaufnahme“, „Kontrolle“, „Werte und Normen“. Diese sieben Skalen werden als eine theoretische Dimension eines Familienmodells verstanden. Über die sieben Skalen lässt sich ein grafisches Profil der Familien erstellen, das die Probleme in den einzelnen Skalen sichtbar macht. Dieses Profil lässt sich für die Familie als Ganzes, verschiedene Zweierbeziehungen oder getrennt für die Familienmitglieder erstellen.

Der modulare Aufbau der Familienbögen erlaubt auch den Einsatz einzelner Module. In dieser Studie kam der Selbstbeurteilungsbogen zum ersten Messzeitpunkt zum Einsatz. Er erhebt die Funktion eines einzelnen Familienmitglieds in der Familie. Der Selbstbeurteilungsbogen besteht aus 28 Items mit einer jeweils vierstufigen Antwortskala.

Zur Überprüfung der Reliabilität wurde die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) berechnet. Die Werte für die sieben Skalen des Selbstbeurteilungsbogens liegen zwischen  $\alpha = .31$  und  $\alpha = .65$ . Die einzelnen Skalen des Selbstbeurteilungsbogens korrelieren zum Teil erheblich miteinander ( $r = .13$  bis  $.59$ ). Eine Faktorenanalyse ergab daher einen gemeinsamen Faktor mit 47.3 % Varianzaufklärung. Die interne Konsistenz für diesen einen Faktor liegt bei  $\alpha = .84$ .

#### *Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)*

Beim *Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft* (FEVER; Hasler, 2003) handelt es sich um die deutsche Version der *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (URICA). Dieses Messinstrument basiert auf dem transtheoretischen Modell von Prochaska (2007), welches besagt, dass bei Einstellungs- und Verhaltensänderungen verschiedene Phasen durchlaufen werden, da Veränderungen in einem langwierigen und mehrstufigen Prozess stattfinden. Der FEVER eignet sich, um die Therapiemotivation bei komplexem Problemverhalten zu messen. Er hat sich bereits bei der Raucherentwöhnung, bei der Behandlung von Panikstörungen und bei der Behandlung von Suchtverhalten bewährt. In dieser Studie kam der FEVER bei allen drei Messzeitpunkten zum Einsatz.

Der Fragebogen besteht im Original aus 32 Items und vier Skalen („precontemplation“, „contemplation“, „action“, „maintenance“). Für die Deutsche Version wurde die Skala „Maintenance“ („Aufrechterhaltung“) eliminiert, sodass die hier eingesetzte Version aus 24 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet werden, besteht. Es werden dabei für die drei Veränderungsphasen (precontemplation = Sorglosigkeit, contemplation = Bewusstwerdung, action = Handlung) einzelne Scores ermittelt. Der Motivationsgrad wird also für jede Phase einzeln berechnet. Die kategoriale Einteilung in eine einzige Phase erfolgt durch dieses Instrument nicht. In einer Studie an 129 erwachsenen Patienten mit Essstörungen (Hasler, 2003) ergab eine Hauptkomponentenanalyse eine 3-Faktoren-Lösung mit insgesamt 48 % Varianzaufklärung und entspricht in ihrer Konstruktvalidität demnach dem englischen Original. Die internen Konsistenzen (Cronbach's Alpha) lagen für die drei Faktoren bei  $\alpha = .72$  für „Sorglosigkeit“,  $\alpha = .78$  für „Bewusstwerdung“ und  $\alpha = .86$  für den Faktor „Handlung“. Für eine konkordante Validität spricht, dass Selbstzuweiser einen signifikant höheren Score in der Skala „Handlung“ und einen niedrigeren Score in der Skala „Sorglosigkeit“ aufwiesen als Fremdzuweiser. Ferner korrelieren die Skala „Handlung“ mit einer Verhaltensmodifikation und emotionaler Involviertheit, die Skala „Bewusstwerdung“ mit der Weiterführung der Behandlung und die Skala „Sorglosigkeit“ mit dem Abbruch der Behandlung. Diese Ergebnisse sprechen für eine prädiktive Validität des Instruments (Hasler, 2003).

#### *Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, revidierte Form (KINDL<sup>R</sup>)*

Beim *Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* (KINDL<sup>R</sup>; ursprünglich entwickelt von Bullinger 1994, revidiert von Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) handelt es sich um ein Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Dieses Instrument verfolgt einen krankheitsübergreifenden Ansatz und kann sowohl bei kranken wie auch bei gesunden Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. Der Fragebogen eignet sich für klinische Studien zur Frage der Auswirkung von Behandlungsmaßnahmen auf die Lebensqualität akut und chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, aber auch für

epidemiologische und rehabilitationswissenschaftliche Studien. Der Fragebogen liegt in drei Formen für unterschiedliche Altersklassen als Selbstbeurteilungsverfahren vor: der Kiddy-KINDL<sup>R</sup> für Kinder im Alter von 4 bis 7 Jahren, der Kid-KINDL<sup>R</sup> für Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren und der Kiddo-KINDL<sup>R</sup> für Jugendliche im Alter von 13 bis 16 Jahren. Der Fragebogen ist außerdem auch in zwei Fremdbeurteilungsversionen für Eltern (4 bis 7 Jahre und 8 bis 16 Jahre) verfügbar. Der KINDL<sup>R</sup>-Fragebogen besteht aus 24 Likert-skalierten Items, die sechs Dimensionen zugeordnet sind: „körperliches Wohlbefinden“, „psychisches Wohlbefinden“, „Selbstwert“, „Familie“, „Freunde“ und „Funktionsfähigkeit im Alltag“. Zur Anwendung kommt in dieser Studie lediglich die Dimension „Freunde“ des Kiddo-KINDL<sup>R</sup> zu allen drei Messzeitpunkten.

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt für die Skala „Freunde“ bei  $\alpha = .74$ , für die Gesamtskala bei  $\alpha = .84$ . Die konvergente Validität konnte durch mittlere bis hohe Korrelation mit verschiedenen Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität (Fragebogen SF-36 von Bullinger & Kirchberger, 1998; *Child Health Questionnaire* von Landgraf, 1999; Fragebogen *Lebenszufriedenheit* von Herschbach & Heinrich, 2000) bestätigt werden. Die Sensitivität des Instrumentes konnte an einer Studie zur Rehabilitation chronisch kranker Kinder bestätigt werden, da sich vor und nach der Rehabilitation signifikante Veränderungen in der Lebensqualität zeigten.

#### *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*

Die *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung* (FBB; Matzejat & Remschmidt, 1998) sind ein Instrument zur Erfassung der subjektiven Versorgungsqualität im Urteil von Patienten, Eltern und Therapeuten sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting und können zur Therapieevaluation und Qualitätssicherung eingesetzt werden. Die Fragebögen eignen sich vor allem zum Einsatz bei Kindern und Jugendlichen.

Die Fragebögen kamen am Ende der Behandlung ( $t_1$ ) sowohl bei den Probanden der Behandlungsgruppe als auch bei den Trainern zum Einsatz.

In insgesamt 26 Items für den Patientenbogen bzw. 31 Items für den Therapeutenbogen kann der Behandlungsverlauf und -erfolg auf einer fünfstufigen Skala bewertet werden. Die einzelnen Skalen, mit denen die Ergebnis- und Prozessqualität erfasst werden soll, sind bei den Bögen für die Patienten und den Therapeuten unterschiedlich: Die Ergebnisqualität wird bei den *Therapeuten* über die Skalen „Therapieerfolg hinsichtlich des Patienten“ und „Therapieerfolg hinsichtlich der Familie“ erfasst, die Prozessqualität wird über die Skalen „Kooperation mit dem Patienten“, „Kooperation mit dem Vater“ und „Kooperation mit der Mutter“ erfasst. Die Ergebnisqualität wird bei den *Klienten* über die Skala „Erfolg der Behandlung“ und die Prozessqualität über die Skalen „Beziehung zum Therapeuten“ und „Rahmenbedingungen der Behandlung“ erfasst. Außerdem gibt es jeweils eine abschließende Gesamtbewertung hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Behandlung durch den Therapeuten und den Patienten. Alle genannten Faktoren wurden über eine Hauptkomponentenanalyse ermittelt und konnten an verschiedenen Stichproben kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten und ihren Familien mehrfach repliziert werden (Matzejat & Remschmidt, 1993).

Die Patientenversion FBB-P umfasst 20 Items, für deren Einschätzung eine fünfstufige Likert-Skala zur Verfügung steht (*stimmt überhaupt nicht / niemals* = 0, *stimmt kaum / selten* = 1, *stimmt teilweise / manchmal* = 2, *stimmt überwiegend / meistens* = 3, *stimmt ganz genau / immer* = 4). Die Items lassen sich drei Subskalen zuordnen: erstens dem *Erfolg des Trainings*, zweitens der *Beziehung zum Trainer* und letztlich den *Rahmenbedingungen*. Zur Ermittlung der jeweiligen Scores werden die Mittelwerte berechnet. Die Interpretation der Ergebnisse für jede Subskala erfolgt letztlich anhand der Einordnung in bereits festgelegte Wertebereiche ( $0 \leq x \leq 0.5$  entspricht „völlig unzufrieden“;  $0.5 \leq x \leq 1.5$  entspricht „überwiegend unzufrieden“;  $1.5 \leq x \leq 2.5$  entspricht „teilweise zufrieden“;  $2.5 \leq x \leq 3.5$  entspricht „überwiegend zufrieden“;  $3.5 \leq x \leq 4.0$  entspricht „vollständig zufrieden“. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der unterschiedlichen Skalen liegen zwischen  $\alpha = .70$  und  $\alpha = .94$ . Diese Werte sind auch bei verschiedenen Stichproben recht stabil (Mattejat & Remschmidt, 1998). Die Retest-Reliabilitäten (Pearson-Korrelationen) für die Patientenbögen bei einem durchschnittlichen Testwiederholungszeitraum von 17 Monaten liegen bei  $R = .36$  für die Skala „Rahmenbedingungen der Behandlung“,  $R = .57$  für die Skala „Erfolg der Behandlung“ sowie  $R = .75$  für die Skala „Beziehung zum Therapeuten“. Für die Therapeutenbögen liegen keine Retest-Reliabilitäten vor.

Die Einschätzung der Therapeuten hinsichtlich des Therapieerfolges bei den Patienten korreliert mit anderen Instrumenten zur Erfolgseinschätzung zu  $.66$  bzw.  $.58$ .

#### *Peer Resistance Inventory (PRI)*

Vor der Prüfung der von den Jugendlichen selbst einzuschätzenden Fähigkeit ihres Selbstwirksamkeitserleben in Bezug auf die „Peer Resistance“, wurden die Teilnehmer über das Konsumverhalten von ihren Freunden und ihrem Partner befragt. Die ersten vier Fragen zielen auf die Anzahl der Cannabiskonsumenten unter den Freunden der Teilnehmer („keine“, „einige wenige“, „die Hälfte oder mehr“), die Häufigkeit der Begegnungen mit diesen („mehrmals pro Woche“, „einmal pro Woche“, „ein- bis zweimal im Monat“, „seltener als einmal im Monat“) und einen Cannabiskonsum des Partners („ja“/ „nein“) ab. Über weitere drei Fragen wird das Rauchverhalten unter Freunden und Partnern ermittelt. „Peer Resistance“ wurde mit einem neu entwickelten Fragebogen erhoben, mit dessen Hilfe dieses Konstrukt unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses von Gleichaltrigen auf das Konsumverhalten in verschiedenen Situationen gemessen werden kann. Die Auswahl der 17 Items des *Peer Resistance Inventory* (PRI) wurde anhand der qualitativen Auswertung offener Experteninterviews mit Cannabis gebrauchenden Jugendlichen, die in der institutseigenen Drogenambulanz (Drogen- und Alkohol-Ambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien, DAA) und auf der Jugend-Suchtstation der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) in Behandlung waren. Die Jugendlichen wurden dabei von Psychologen in Bezug auf ihre Erfahrungen mit riskanten sozialen Situationen, in denen sie sich dazu verleitet fühlten, Cannabis zu konsumieren, befragt. Die Antwortmöglichkeiten der 17 Items sind auf einer 4-Punkte-Likert-Skala codiert und reichen von „völliger Zustimmung“ zu „sicherer Ablehnung des Konsums von Cannabis“. Je größer die selbst eingeschätzte Resistenz der Jugendlichen gegenüber Druck bzw. Einfluss von Gleichaltrigen war, desto höher die Skalenwerte. Die interne Konsistenz des PRI wurde mit Cronbach's Alpha im Rahmen einer konfirmatorischen Faktorenanalyse untersucht und erwies sich in der vorliegenden Stichprobe als sehr reliabel (Cronbach's Alpha  $\alpha = .98$ ). Die Faktorenanalyse ergab die Extraktion eines einzelnen

Faktors, der 62.7 % der Gesamtvarianz erklärt. Dies spricht für eine eindimensionale Struktur der Skala, die bisher jedoch noch nicht validiert wurde.

#### *Bewertung einzelner Sitzungsinhalte*

Zur Beantwortung der Frage nach der Gruppenbewertung der einzelnen Sitzungsinhalte wurde unmittelbar nach jeder Gruppensitzung der sogenannte „Smiley“-Fragebogen von den Teilnehmenden anonym ausgefüllt. Damit sollten auf einer dreistufigen Skala mit Smileys als symbolische Marken (☺ = 3, ☹ = 2, ☹ = 1) die Inhalte der jeweiligen Sitzung bewertet werden (siehe Anhang A.4). Vorteile dieser Art von Antwortmöglichkeiten sind die einfache Verständlichkeit sowie die sehr kurze Bearbeitungszeit. Um zu befürchtende Antworttendenzen entgegenzuwirken, zumal die Antwortbögen mit Urteilen über das Training aus organisatorischen Gründen durch den Trainer eingesammelt wurden, wurde den Teilnehmenden dabei größtmögliche Anonymität vermittelt. Somit liegen keine Individualdaten pro Proband vor, sondern es wurden stets die jeweiligen Gruppenmittelwerte im Sinne einer Gruppenbewertung ermittelt.

### **5.13.2 Datenerhebungsinstrumente Trainer**

#### *Trainerbefragung zu Erfassung der Strukturqualität*

Der selbst erstellte Fragebogen umfasst eine Liste mit Fragen zur Person, Ausbildung, Berufserfahrung in der Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, der Einstellung zu Cannabis sowie zu eigenen Kompetenzen und Persönlichkeitseigenschaften der CAN Stop-Trainer.

#### *Big Five Inventory-10 (BFI-10)*

Das *Big Five Inventory-10* (BFI-10) von Rammstedt und John (2007) ist die deutsche Kurzversion des aus 44 Items bestehenden *Big Five Inventory-44* (BFI-44) von John, Donehue und Kentle (1991), welches die fünf Dimension der Persönlichkeit („Extraversion“, „Verträglichkeit“, „Gewissenhaftigkeit“, „emotionale Stabilität“, „Offenheit für Erfahrungen“) mit nur je zwei Items erfasst. Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala.

Pro Skala ist jeweils ein Item positiv und ein Item negativ gepolt. Es wurden für die Kurzversion die zwei Items ausgewählt, die jeweils am höchsten auf dem jeweiligen Faktor laden. Die Korrelationen der 2-Item-Skalen mit den Skalen des BFI-44 liegen zwischen .74 und .89. Die Rest-Reliabilität für einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen liegt im Durchschnitt bei .75. Die diskriminante Validität des Instrumentes kann durch eine geringe Interkorrelation der Skalen von im Durchschnitt .11 bestätigt werden. Eine Hauptkomponentenanalyse ergab eine eindeutige 5-Faktoren-Struktur. Für die Überprüfung der externen Validität wurde die Selbsteinschätzung durch den BFI-10 mit der Fremdeinschätzung von Peers verglichen. Die Korrelationen lagen im Durchschnitt bei .44.

Der Fragebogen wird zum ersten Untersuchungszeitpunkt einmalig von den Trainern ausgefüllt. Ziel ist, den Einfluss der Persönlichkeitsmerkmale der Trainer auf den Erfolg der Gruppenteilnehmenden zu untersuchen.

### Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-T)

Dieser Fragebogen wurde sowohl von den Teilnehmern als auch von den Trainern ausgefüllt und wird unter Abschnitt 5.13.1 „Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)“ ausführlich beschrieben.

## 5.14 Datenverarbeitung und -auswertung

Die Dateneingabe, -verarbeitung und -auswertung erfolgte mit dem Softwarepaket „PASW Statistics 18“ (2009; vormals SPSS; [www.spss.com/](http://www.spss.com/)). Die Dateneingabe wurde stichprobenweise auf ihre Güte kontrolliert, die insgesamt als sehr gut bewertet wurde. Ein Datenscreening zur Erfassung unplausibler Werte wurde ebenfalls systematisch über den Gesamtdatensatz erwirkt und nach Diskussion über die jeweilige Verfahrensweise im Gesamtteam verbessert.

## 5.15 Hypothesen, Primär- und Sekundär-Outcomes

Primäres Outcome der CAN Stop-Studie hinsichtlich der Trainingswirksamkeit ist der Cannabiskonsum. Dabei stellen wir die Hypothese auf, dass sich der Cannabiskonsum von Teilnehmenden des CAN Stop-Trainings hinsichtlich der 30-Tages-Prävalenz im Vergleich zu Kontrollprobanden über die Zeit hinweg günstiger entwickelt bzw. sich verringert. Um hinsichtlich dieser Hypothese eine ausreichend große Stichprobe zu erzielen, wurde im Vorwege der Studie eine Power-Analyse durchgeführt, die bei einer mittleren Effektstärke ( $f = .0.25$ ), einer Teststärke von  $.80$  und einem Alpha-Fehlerniveau von  $5\%$  eine notwendige Stichprobengröße von  $n = 119$  Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern ergab. Um angesichts dieser Zahl den Rekrutierungsbedarf zum Zeitpunkt  $t_0$  abschätzen zu können, gingen wir von einer Abbruchquote von  $50\%$  aus. Die Auswertung der Ergebnisse des Trainingsprogramms CAN Stop hinsichtlich des Primär-Outcomes ist in Kapitel 7.4 dargelegt.

Abgeleitet aus den obigen Ausführungen über die notwendige Qualitätssicherung im Rahmen einer Evaluation ergeben sich folgende Ziele für die vorliegende Studie:

1. Untersuchung der **Akzeptanz des CAN Stop-Trainings** seitens der Teilnehmenden
2. **Optimierung des Trainings** bezüglich unterschiedlicher Trainingsaspekte
3. **Senkung der Abbruchquote** des Trainings

Zusammenfassend leiten sich daraus folgende spezifische Fragestellungen für die vorliegende Untersuchung ab:

1. Wie wurde der Inhalt der einzelnen Sitzungen bewertet?
  - a) Von der Gesamtstichprobe?
  - b) Von den Teilnehmenden der jeweiligen Settings?
2. Wie beurteilen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterschiedliche Aspekte des Trainings?
  - a) Beurteilung des Trainingserfolges
  - b) Beurteilung der Beziehung zum Trainer
  - c) Beurteilung der Rahmenbedingungen des Trainings

- d) Gibt es settingspezifische Unterschiede in der Beurteilung von Trainingserfolg, Beziehung zum Trainer und Rahmenbedingungen?
3. Gibt es Zusammenhänge zwischen der Beurteilung des Trainingserfolgs, der Beziehung zum Trainer und den Rahmenbedingungen?
4. Gibt es einen Effekt des Teilnahmegrundes „Druck von außen“ auf die Beurteilungsergebnisse bezüglich der Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Training?

Die Auswertungen hinsichtlich der Zufriedenheit und Akzeptanz der Teilnehmenden ist Kapitel 7.3 zu entnehmen.

Weitere Auswertungen zur Wirksamkeit des CAN Stop-Trainings befassen sich zudem mit den in Abschnitt 4.2 darüber hinaus aufgeführten Zielkriterien, u. a. der Selbstwirksamkeitserwartung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Hinblick auf die Widerstandsfähigkeit gegenüber Peers und den mit ihnen verbundenen verführerischen Situationen sowie die Wirkungserwartungen an die Substanz Cannabis und ihren Einfluss auf das Cannabiskonsumverhalten. Auf diese Sekundärauswertungen wird näher im Ergebnisteil in den Kapiteln 7.7 und 7.8 eingegangen.

Eine ausführliche Studienbeschreibung, in der auf den theoretischen Hintergrund, die Entwicklungs- und Designaspekte sowie die Zielgrößen der Evaluationsstudie zu CAN Stop eingegangen wird, wurde bereits im Sommer 2011 im Rahmen einer englischsprachigen Open Access Publikation im Journal BMC Health Services Research veröffentlicht und ist dem Bericht in Ergänzung der bisherigen Ausführungen nachfolgend in einem kurzen EXKURS beigefügt.

**EXKURS: “‘CAN Stop’ – Implementation and evaluation of a secondary group prevention for adolescent and young adult cannabis users in various contexts – study protocol”**

## STUDY PROTOCOL

## Open Access

## “CAN Stop” - Implementation and evaluation of a secondary group prevention for adolescent and young adult cannabis users in various contexts - study protocol

Christiane Baldus<sup>1\*</sup>, Alejandra Miranda<sup>1</sup>, Nina Weymann<sup>1</sup>, Olaf Reis<sup>2</sup>, Kerstin Moré<sup>2</sup> and Rainer Thomasius<sup>1</sup>

### Abstract

**Background:** Current research shows that overall numbers for cannabis use among adolescents and young adults dropped in recent years. However, this trend is much less pronounced in continuous cannabis use. With regard to the heightened risk for detrimental health- and development-related outcomes, adolescents and young adults with continuous cannabis use need special attention. The health services structure for adolescents and young adults with substance related problems in Germany, is multifaceted, because different communal, medical and judicial agencies are involved. This results in a rather decentralized organizational structure of the help system. This and further system-inherent characteristics make the threshold for young cannabis users rather high. Because of this, there is a need to establish evidence-based low-threshold help options for young cannabis users, which can be easily disseminated. Therefore, a training programme for young cannabis users (age 14-21) was developed in the “CAN Stop” project. Within the project, we seek to implement and evaluate the training programme within different institutions of the help system. The evaluation is sensitive to the different help systems and their specific prerequisites. Moreover, within this study, we also test the practicability of a training provision through laypersons.

**Methods/Design:** The CAN Stop study is a four-armed randomized wait-list controlled trial. The four arms are needed for the different help system settings, in which the CAN Stop training programme is evaluated: (a) the drug addiction aid and youth welfare system, (b) the out-patient medical system, (c) the in-patient medical system and (d) prisons for juvenile offenders. Data are collected at three points, before and after the training or a treatment as usual, and six months after the end of either intervention.

**Discussion:** The CAN Stop study is expected to provide an evidence-based programme for young cannabis users seeking to reduce or quit their cannabis use. Moreover, we seek to gain knowledge about the programme’s utility within different settings of the German help system for young cannabis users and information about the settings’ specific clientele. The study protocol is discussed with regard to potential difficulties within the different settings.

**Trial registration:** ISRCTN: ISRCTN57036983

\* Correspondence: [cbaldus@uke.uni-hamburg.de](mailto:cbaldus@uke.uni-hamburg.de)

<sup>1</sup>German Centre for Addiction Research in Childhood and Adolescence (DZSK), University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Germany

Full list of author information is available at the end of the article



© 2011 Baldus et al; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Anmerkung. Der Volltext der Publikation ist in Anhang A.5 zu finden.

## 6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

### 6.1 Arbeits- und Zeitplan des Projektes

Wie in Tabelle 5 ersichtlich, konnte der Zeitplan im Jahr 2011 eingehalten werden, die Zielstichprobe wurde erreicht. Nachdem das Projekt im Oktober 2010 in die Abschlussphase übergegangen ist, standen seitdem vornehmlich Arbeiten zur Vorbereitung der Daten für die anstehende Analyse sowie erste Publikationen im Vordergrund. Des Weiteren wurde im April 2011 die sogenannte „Trainertagung“ durchgeführt, um Rückmeldungen der Trainingsdurchführenden am Manual und seiner Umsetzbarkeit in der Praxis systematisch zu sammeln (siehe Kapitel 7.6.2). Die Rückmeldungen der Trainerinnen und Trainer wurden auch zur Überarbeitung der nun fertiggestellten endgültigen Manualversion genutzt. Im Jahr 2011 wurden zwei Veröffentlichungen aus dem noch laufenden Projekt zur Publikation freigegeben. Abschließende und ausführliche Datenauswertungen erfolgten in den Monaten Mai bis November 2011, gleichzeitig erfolgte die Fertigstellung einiger Manuskripte zur Veröffentlichung der Studienergebnisse in internationalen Fachzeitschriften. Zudem wurde zum Ende der Projektlaufzeit der Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) angefertigt. Das überarbeitete Manual soll in 2012 einem Fachverlag publiziert werden.

Tabelle 5  
Projektzeitplan

Projektphase	Arbeitsinhalte	Zeitplanung
1. Vorbereitungsphase: <i>Monate 1-13</i>	1.1 Einarbeitung	Monate 1-2
	1.2 Machbarkeitsstudie	Monat 3
	1.3 Erstellung des Trainingsmanuals	Monate 3-5
	1.4 Festlegung der Kooperationspartner und Treffen der Kooperationsvereinbarungen	Monate 6-8
	1.5 Ausarbeitung der Standard Operationalized Procedures (SOP's) in enger Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern	Monat 6
	1.6 Stellung des Ethikantrags	Monat 6
	1.7 Durchführung einer Pilottestung des Manuals sowie der Fragebögen zur Evaluation	Monate 9-11
	1.8 Schulung der Trainingsdurchführenden	Monate 11-13
2. Datenerhebungsphase: <i>Monate 14-38</i>	2.1 Durchführung der Trainings	Monate 14-38
	2.2 Durchführung der Datenerhebungen in Trainings- und Kontrollgruppen	Monate 14-38
	2.3 Start des partizipativen Paralleldesigns: regelmäßiger Austausch mit den Projektdurchführenden und Dokumentation dessen	Monate 16-38
	2.4 Nachrekrutierung	Monate 20-28
3. Abschlussphase: <i>Monate 39-43</i>	3.1 Auswertung der gesammelten Daten	Monate 39-41
	3.2 Überarbeitung der Trainings- und Schulungsmaterialien	Monate 40-41
	3.3 Erstellung des Abschlussberichtes an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	Monate 40-43

Projektphase	Arbeitsinhalte	Zeitplanung
	3.4 Vorbereitung der Drucklegung des Trainingsmanuals	Monate 40-43

In Fortführung des Detailzeitplanes aus dem Zwischenbericht April 2009 wird im Folgenden ein Überblick über den Stand des Projektes anhand zentraler Meilensteine gegeben (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6  
Detailzeitplan anhand wichtiger Meilensteine

Arbeitsinhalte	Detail-Meilensteine	Umgesetzt in Monat	Abgeschlossen?
Einarbeitung	Die neuen Mitarbeiterinnen arbeiten sich in die Thematik ein.	Feb. bis April 2008	✓
Machbarkeitsstudie	Kontakt zu möglichen späteren Kooperationspartnern wurde hergestellt und Informationen von ihnen gesammelt.	April 2008	✓
	Die Machbarkeitsstudie wurde erstellt.	April 2008	✓
Erstellung des Trainingsmanuals	Eine vorläufige Beschreibung der Einzelsitzungen wurde erstellt.	Mai bis Juli 2008	✓
	Eine vorläufige Beschreibung zu Grundlagen des Trainings und der Haltung des Trainers wurde erstellt.	Juli und Aug. 2008	✓
	In einer ersten Korrektur wurden der Sitzungs- und der Grundlagenteil überarbeitet.	Sept. 2008	✓
	Aufgrund der Erfahrungen aus der Pilotstudie entsteht das endgültige CAN Stop-Manual.	Jan. 2009	✓
	Das Konsumtagebuch wurde in den verschiedenen Varianten erdacht.	Sept. 2008	✓
	Das Konsumtagebuch wurde in professionellem Layout und überarbeitet aufgrund der Pilotstudie in Druck gegeben.	Jan. 2009	✓
	Die Materialien zur Durchführung des CAN Stop-Trainings wurden für die Trainerinnen und Trainer der Kooperationspartner zusammengestellt.	Feb. 2009	✓
	Festlegung der Kooperationspartner und Treffen der Kooperationsvereinbarungen	Eine Adressdatei aller für eine Kooperation infrage kommenden Einrichtungen wurde erstellt.	Juli bis Aug. 2008
Ein Informationsbogen über die Struktur möglicher Kooperationspartner wurde als Fax-Antwort bereitgestellt.		Juli 2008	✓
Ein Serienbrief zur ersten Ansprache möglicher Kooperationspartner wurde verschickt.		Sept. 2008	✓
Die Rückantworten der angeschriebenen Einrichtungen wurden beantwortet und Treffen vereinbart.		Sept. 2008	✓

Arbeitsinhalte	Detail-Meilensteine	Umgesetzt in Monat	Abgeschlossen?
	Ein Treffen mit interessierten Einrichtungen fand statt.	Okt. 2008	✓
	Interessierte Einrichtungen schicken unterschriebene Kooperationsvereinbarungen zurück.	Nov. 2008	✓
Ausarbeitung der Standard Operationalized Procedures (SOPs) in enger Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern	Letzte Fragen des Studiendesigns wurden geklärt und entsprechende SOP's erstellt.	Aug. 2008	✓
	Alle Fragebogenhefte sind fertig zusammengestellt und gelayoutet.	Aug. 2008	✓
	Informations- und Einwilligungsbögen wurden erstellt.	Juli 2008	✓
	Aufgrund der Erfahrungen der Pilotstudie wurde eine endgültige Fassung der Fragebogenhefte erstellt.	Feb. 2009	✓
	Flyer für Cannabiskonsumenten, Eltern bzw. andere Bezugspersonen und Kooperationspartner wurden in Zusammenarbeit mit einer Grafikagentur entwickelt und gedruckt.	Sept. 2008 - März 2009	✓
Stellung des Ethikantrags	Der fertige Ethikantrag und das zugehörige Datenschutzkonzept wurden an die Ethikkommission Hamburg versandt.	Sept. 2008	✓
	Einwände der Ethikkommission vom Oktober 2008 wurden beantwortet.	Okt. 2008	✓
	Erneute Einwände der Ethikkommission vom Januar 2009 wurden beantwortet.	Feb. 2009	✓
	Ein positives Votum der Ethikkommission liegt vor.	März 2009	✓
	Ein positives Votum der Ethikkommission Rostock liegt vor.	Februar 2010	✓
Durchführung einer Pilottestung des Manuals sowie der Fragebögen zur Evaluation	Die Rekrutierung von Teilnehmenden der Pilotstudie beginnt, Vorgespräche inkl. Testung der Fragebögen finden statt.	Aug. 2008 - Nov. 2008	✓
	Die Pilotgruppe erhält das CAN Stop-Training. Die Durchführung wird fortlaufend dokumentiert.	Nov. 2008 - Dez. 2008	✓
	Rückmeldungen über das Training werden von den Mitarbeiterinnen eingearbeitet.	Dez. 2008	✓
	Das endgültige CAN Stop-Trainingsmanual wird verabschiedet.	Jan. 2009	✓
Schulung der Trainingsdurchführenden	Die Schulung der Trainerinnen und Trainer wird konzipiert und diskutiert.	Nov. 2008 - Dez. 2008	✓
	Ein Rückmeldebogen über die Qualität des Trainings wurde entwickelt.	Nov. 2008	✓
	Die Schulungen der Trainer aus Einrichtungen, die der Bedingung CAN Stop zugelost wurden, laufen.	März 2009 -	✓
	Die Datenerhebung läuft an.	April 2009	✓

Arbeitsinhalte	Detail-Meilensteine	Umgesetzt in Monat	Abgeschlossen?
Durchführung der Datenerhebung in Trainings- und Kontrollgruppen sowie des Datenmanagements	Die Rohdatenmatrix ist fertiggestellt, die fortlaufende Dateneingabe beginnt.	August 2009	✓
	Die Nachrekrutierungen beginnen.	August 2009	✓
	Die Katamnesemessungen laufen an.	Nov. 2009	✓
	Erstellung der Syntax für die Datenanalyse.	Januar 2010	✓
	Dateneingabekontrolle ist abgeschlossen.	September 2010	✓
Auswertung der gesammelten Daten	Erstellung eines Publikationsplans in Bezug auf die Datenauswertung.	März 2011	✓
	Veröffentlichung einer wissenschaftlichen Arbeit zum Studiendesign (C. Baldus).	April 2011	✓
	Veröffentlichung einer wissenschaftlichen Arbeit zur Trainerhaltung (N. Weymann).	Juni 2011	✓
Überarbeitung der Trainings- und Schulungsmaterialien	Durchführung einer Trainertagung zur Ermittlung der Überarbeitungsbedarfe am Manual.	April 2011	✓
	Einarbeitung der Ergebnisse der Trainertagung in das Manual.	Juni 2011	✓
Erstellung des Ergebnisberichts an das Bundesministerium für Gesundheit	Durchführung der statistischen Analysen	Mai 2011- Oktober 2011	✓
	Übergabe des Endberichts an das Bundesministerium für Gesundheit	November 2011	✓
Vorbereitung der Drucklegung des Trainingsmanuals	Unterzeichnung einer Kooperationszusage mit dem Hogrefe Verlag über die Veröffentlichung des Trainingmanuals	November 2011	✓
	Erstellung der Druckfahnen für die Herstellung des Manuals	Juli 2011 – Dezember 2011	✓

## 7 Ergebnisse

Zunächst erfolgt die Stichprobenbeschreibung der in die Studie einbezogenen Probanden (Abschnitt 7.1), gefolgt von der Adhärenzprüfung des Gruppentrainings in Zusammenhang mit der Untersuchung der Trainerkompetenz im Hinblick auf die Manualtreue (Abschnitt 7.2). Im Anschluss daran werden die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit dem Training vorgestellt (Abschnitt 7.3). Die Auswertung der Probandendaten zur Prüfung der Primärhypothese erfolgt in Abschnitt 7.4 des Kapitels. Weiterhin wird auf die Ergebnisse der Abbrecherbefragung (Abschnitt 7.5) sowie die Rückmeldungen der Trainer zur Gruppentraining und dessen Praktikabilität eingegangen und die Ergebnisse zu den Auswirkungen von Trainereffekten auf den Trainingserfolg (Abschnitt 7.6) vorgestellt. In den nachfolgenden Unterkapiteln des Ergebnisteils werden dann erste wichtige sekundäre Fragestellungen der Studie untersucht. Dabei wird berichtet, wie sich das CAN Stop-Training auf peer-bezogene Konsummuster auswirkt (Abschnitt 7.7), inwieweit das Training die Cannabiswirksamkeitserwartungen der Probanden beeinflusst (Abschnitt 7.8) und ob es einen Zusammenhang zwischen Adhärenz, Trainerkompetenz und Trainingserfolg gibt (Abschnitt 7.9). Die genannten Teilauswertungen der Probanden- und Trainerdaten erfolgten im Rahmen der Vorbereitung mehrerer verschiedener Publikationen und sind daher als für sich stehend zu betrachten. Die Einbettung in den Kontext der Gesamtstudie erfolgt zum einen durch einen Diskussionsteil am Ende jedes Unterkapitels und zum anderen über die gemeinsame Diskussion der Studienergebnisse in Kapitel 8 des vorliegenden Berichtes.

## 7.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt konnten  $n = 336$  junge Cannabiskonsumenten zur Teilnahme an der Studie gewonnen werden. Abbildung 1 gibt einen Überblick über den Fluss der Teilnehmenden innerhalb der Studie.

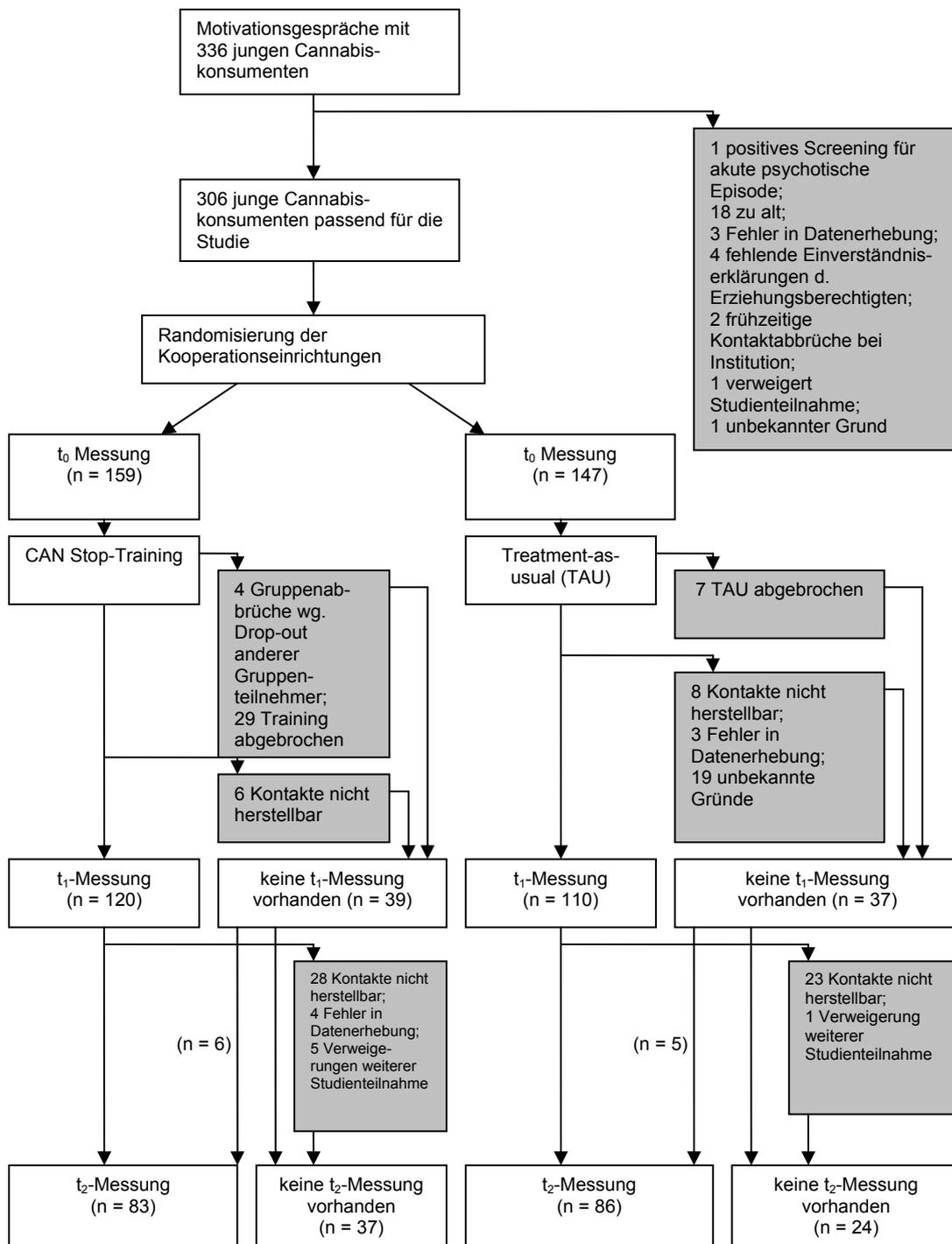


Abbildung 1 Fluss der Teilnehmenden in der CAN Stop-Studie

Die zur Auswertung verfügbare Stichprobe umfasst  $n = 306$  Studienteilnehmer (18% weiblich;  $\chi^2 = 120.5$ ,  $df = 1$ ,  $p < .00$ ), das mittlere Alter lag bei  $M = 18.6$  Jahren ( $SD = 1.80$ ). 77 Teilnehmer sind dem Setting ambulante Jugend- und Drogenhilfe zuzuordnen, 76 Teilnehmer dem Setting ambulantes medizinisches Hilfesystem, 87 Teilnehmer dem Setting stationäres medizinisches Hilfesystem und 66 Teilnehmer dem Setting Jugendstrafanstalten. Tabelle 7 gibt einen Überblick über das mittlere Alter, den Anteil männlicher Teilnehmer, das mittlere Alter bei Erstkonsum von Cannabis sowie die Prävalenz von begleitendem Alkoholkonsum sowie des begleitenden Konsums anderer Drogen außer Cannabis in den letzten 30 Tagen zum Zeitpunkt  $t_0$ , aufgliedert nach Interventionsform (CAN Stop vs.TAU) und Setting.

Der Anteil der Trainingsabbrecher bei CAN Stop beträgt insgesamt 20.8 %. Die Abbruchquoten waren in den verschiedenen Settings unterschiedlich, und betrug in der ambulanten Jugend- und Suchthilfe 31.7%, in der ambulanten medizinischen Versorgung 38.6%, in der Jugendstrafanstalt 3.2% und in der stationären medizinischen Versorgung 18.6%.

Weiterhin wurde die Stichprobe hinsichtlich ihrer psychosozialen Problembelastung anhand der Daten im YSR bzw. dem YASR untersucht. In beiden Messinstrumenten gelten geschlechtsspezifisch standardisierte T-Werte bis 59 als „normal“ (Mittelwert festgelegt auf  $M = 50$ ), T-Werte im Range zwischen 60 und 63 werden als „grenzwertig auffällig“ betrachtet, bei einem T-Wert oberhalb von 63 gilt ein Fall als im Screening problembelastet. Für die vorliegenden Teilnehmer wurden Mittelwertsuntersuchungen durchgeführt. Wie in Tabelle 8 ersichtlich lag bei der Gruppe der unter 18-Jährigen (YSR) der Mittelwert sowohl für die externalisierenden Probleme ( $M = 66.57$ ;  $SD = 8.55$ ), als auch für den allgemeinen Problembelastungswert ( $M = 65.15$ ;  $SD = 8.01$ ) über dem Grenzwert, der Mittelwert für internalisierende Probleme ( $M = 60.12$ ;  $SD = 9.87$ ) im Grenzbereich. In der Gruppe der älteren Studienteilnehmer (Alter 18-21 Jahre, YASR) waren die Werte tendenziell niedriger, nur der Wert der externalisierenden Probleme erreichte den Grenzbereich ( $M = 60.36$ ;  $SD = 9.68$ ), wohingegen die internalisierenden Probleme ( $M = 53.59$ ;  $SD = 10.58$ ) und die allgemeine Problembelastung ( $M = 57.69$ ;  $SD = 9.81$ ) im Normalbereich lagen. Mit Ausnahme der internalisierenden Probleme bei älteren Studienteilnehmern zeigten sich keine Unterschiede in der Problembelastung zwischen den Interventionsgruppen.

In der Einschätzung der Schwere der Abhängigkeit (Severity of Dependence Scale, SDS) wurden geschlechtergetrennte Analysen gerechnet, da die in Deutschland empfohlenen Cut-off-Werte für beide Geschlechter unterschiedlich gehandhabt werden. Für Mädchen und Frauen wird ab einem Wert von größer als 2, bei Jungen und Männern ab einem Wert von 4 von Abhängigkeit gesprochen. Sowohl weibliche Studienteilnehmerinnen ( $M = 6.04$ ;  $SD = 2.79$ ) als auch männliche Studienteilnehmer ( $M = 6.12$ ;  $SD = 2.82$ ) erreichen Mittelwerte, die deutlich über den Grenzwerten liegen. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Interventionsgruppen ergibt sich hierbei nicht.

Es finden sich darüber hinaus auch keine Interventionsgruppenunterschiede in den verschiedenen Skalen der Familienbögen.

Tabelle 7  
Beschreibung der Teilnehmenden zum Messzeitpunkt  $t_0$  nach Interventionsart und Setting

	CAN Stop	TAU	p
Ambulante Jugend- und Suchthilfe (n = 77)			
n	41	36	
% männliche Teilnehmer	85.4	72.2	0.16
Alter M (SD)	18.98 (1.33)	18.86 (1.73)	0.74
Alter bei Erstkonsum von Cannabis M (SD)	13.73 (1.80)	13.54 (1.60)	0.63
% der Teilnehmenden mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen	81.8	96.9	0.05*
% der Teilnehmenden mit Konsum illegaler Drogen (außer Cannabis) in den letzten 30 Tagen	29.3	41.7	0.41
Ambulantes medizinisches Hilfesystem (n = 76)			
n	44	32	
% männliche Teilnehmer	77.3	75.0	0.82
Alter M (SD)	18.80 (1.90)	17.41 (1.64)	0.001**
Alter bei Erstkonsum von Cannabis M (SD)	13.75 (1.35)	13.56 (1.56)	0.58
% der Teilnehmenden mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen	88.6	86.7	0.82
% der Teilnehmenden mit Konsum illegaler Drogen (außer Cannabis) in den letzten 30 Tagen	22.7	18.8	0.16
Stationäres medizinisches Hilfesystem (n = 87)			
n	43	44	
% männliche Teilnehmer	65.9	79.5	0.15
Alter M (SD)	17.16 (1.40)	18.45 (1.86)	<0.001**
Alter bei Erstkonsum von Cannabis M (SD)	12.55 (1.90)	13.39 (1.65)	0.027*
% der Teilnehmenden mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen	61.5	45.5	0.14
% der Teilnehmenden mit Konsum illegaler Drogen (außer Cannabis) in den letzten 30 Tagen	6.8	15.9	0.39
Jugendhaftanstalten (n = 66)			
n	31	35	
% männliche Teilnehmer	100 %	100 %	-
Alter M (SD)	20.00 (1.21)	19.80 (1.05)	0.48
Alter bei Erstkonsum von Cannabis M (SD)	13.06 (1.90)	12.65 (2.44)	0.45
% der Teilnehmenden mit Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen	13.6	33.3	0.12
% der Teilnehmenden mit Konsum illegaler Drogen (außer Cannabis) in den letzten 30 Tagen	9.7	22.9	0.29

Tabelle 8  
*Problembelastung, Schwere der Abhängigkeit und Familienfunktion der Teilnehmenden (t<sub>0</sub>)*

	Gesamt		CAN Stop		TAU		Gruppenunterschiede <i>p</i>
	<i>MD</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	
YSR							
- internalisierende Probleme (T-Wert)	60,12	(9,87)	59,52	(9,97)	60,76	(9,81)	0,49
- externalisierende Probleme (T- Wert)	66,57	(8,55)	66,39	(8,69 )	66,76	(8,47)	0,81
- allgemeine Problembelastung (T-Wert)	65,16	(8,01)	64,55	(7,50)	65,80	(8,52)	0,39
YASR							
- internalisierende Probleme (T-Wert)	53,59	(10,58)	51,95	(10,70)	55,43	(10,20)	0,03
- externalisierende Probleme (T-Wert)	60,36	(9,68)	59,22	(10,33)	61,64	(8,77)	0,10
- allgemeine Problembelastung (T-Wert)	57,69	(9,81)	56,45	(10,09)	59,06	(9,36)	0,09
SDS							
- weibliche Teilnehmende (n = 51)	6,04	(2,79)	5,96	(3,01)	6,13	(2,55)	0,83
- männliche Teilnehmende (n = 235)	6,12	(2,82)	5,86	(2,93)	6,41	(2,69)	0,13
Familienbögen							
- Skala „Aufgabenerfüllung“	5,43	(2,29)	5,41	(2,20)	5,46	(2,40)	0,86
- Skala „Rollenverhalten“	5,30	(2,66)	5,39	(2,68)	5,19	(2,64)	0,52
- Skala „Kommunikation“	3,67	(2,48)	3,64	(2,48)	3,70	(2,49)	0,82
- Skala „Emotionalität“	4,49	(2,71)	4,63	(2,70)	4,34	(2,73)	0,36
- Skala „Affektive Beziehungsaufnahme“	3,24	(2,41)	3,40	(2,42)	3,07	(2,41)	0,24
- Skala „Kontrolle“	5,71	(2,29)	5,62	(2,36)	5,81	(2,22)	0,46
- Skala „Werte und Normen“	4,26	(2,67)	4,43	(2,69)	4,08	(2,65)	0,26

## 7.2 Adhärenz und Trainerkompetenz

Vor dem Hintergrund, dass das CAN Stop-Konzept ein Training vorsieht, das von Psychotherapeuten und von Laien auf dem Gebiet der Psychotherapie in gleichem Maße durchgeführt werden kann, ergibt sich die Frage nach der Kompetenz der Lainertrainer, eine therapeutische Beziehung aufzubauen und die Teilnehmermotivation zu fördern. Hierzu wurde im Rahmen der Evaluationsstudie ein Instrument zur Messung der Trainerkompetenz entwickelt und für die CAN Stop-Trainerinnen und –Trainer angewendet.

### 7.2.1 Entwicklung der Trainerkompetenzmessung

#### *Theoretische Grundlagen*

Im Gegensatz zu den Psychotherapeuten fehlt ihnen eine Ausbildung, in der sie eine Vielzahl von Beziehungserfahrungen, die unter der Anleitung von Lehrtherapeuten reflektiert werden und somit zu expliziten und impliziten Standards zur Einschätzung von Beziehungserfahrungen und deren Gestaltung führen (vgl. Bartuska et al., 2005, S. 20). Da die Qualität der Beziehung sowie auch die Motivation der Teilnehmenden unter anderem als ausschlaggebend für den Therapieerfolg angesehen werden kann, sollte den Trainern zumindest in Ansätzen dieses Wissen vermittelt werden. Dazu wird in dem Manual des CAN Stop-Programms die gewünschte Trainerhaltung beziehungsweise das Trainerverhalten näher erläutert. Die Konzepte Empathie, Wertschätzung und Echtheit der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers (2004) sowie die Grundprinzipien Transparenz, Verstärkung und Struktur aus der verhaltens-therapeutischen Gesprächsführung werden hierbei miteinbezogen. Zudem fließen Elemente des *Motivational Interviewing* (Miller & Rollnick, 2002) in das Manual zur Trainerschulung mit ein, da von sämtlichen genannten Konzepten angenommen wird, dass sie auch außerhalb der Einzelpsychotherapie, in deren Kontext sie entwickelt wurden, wichtig und ihre Anwendung in einem nicht-therapeutischen Gruppentrainingsprogramm mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen förderlich für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung sowie die Förderung von Motivation sind (vgl. beispielsweise Fiedler, 1996; Hoyer & Wittchen, 2006).

In bisherigen Arbeiten wurde von unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich des Zusammenhangs von Kompetenz des Trainers und Outcomes berichtet. Aus einigen Studien ergaben sich moderate Zusammenhänge (vgl. Barber et al., 1996; Shaw et al., 1999), wohingegen in anderen Untersuchungen von keinem Zusammenhang berichtet wird (vgl. Barber et al., 2006). Die unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich darauf zurückführen, dass es schwer ist, die Kompetenz eines Therapeuten / Trainers zu messen, da es einerseits eines geeigneten Instruments und andererseits unvoreingenommener und geschulter Beurteiler bedarf (vgl. Hogue et al., 2008). Ziel dieser Arbeit ist es, ein Beobachtungsinstrument zu entwickeln, das geeignet ist, die Kompetenz der Trainer in dem Gruppentrainingsprogramm CAN Stop hinsichtlich der Konstrukte Empathie, unbedingte Wertschätzung, Echtheit, Strukturiertheit, Transparenz sowie Anerkennung und Lob zu messen. Das entwickelte Instrument dient einerseits zur Überprüfung, ob die Anwender durch die Instruktionen im CAN Stop-Manual in der Lage sind, die beschriebenen Verhaltensweisen umzusetzen. Folglich wird dieses Messinstrument zur Qualitätssicherung des CAN Stop-Projekts eingesetzt. Andererseits soll das Beobachtungsinstrument jedoch auch für zukünftige Untersuchungen hinsichtlich der eben genannten

Variablen und ihren Zusammenhang mit dem Outcome bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen verwendet werden.

### *Methodik*

Das Beobachtungsinstrument wird nach den Kriterien der klassischen Testtheorie konstruiert. Besondere Beachtung findet in diesem Zusammenhang die Itemanalyse und -selektion unter den Gesichtspunkten der Reliabilität der Skalen des Fragebogens und der Beurteilerübereinstimmung.

### *Studiendesign*

Die Mitarbeitenden der Kooperationspartner wurden in einer eintägigen Schulung auf das CAN Stop-Gruppentraining vorbereitet. Vorab bekamen sie das CAN Stop-Trainermanual zur Vorbereitung auf die Schulung zugeschickt. Die Trainer des CAN Stop-Programms erhielten den Auftrag, die Trainingssitzungen auf Video aufzunehmen. Hierbei sollten folgende Rahmenbedingungen beachtet werden: Die Trainer müssen gut sichtbar sein, damit ihre Mimik und Gestik gut erkennbar sind. Darüber hinaus sollen die Trainer klar und deutlich zu verstehen sein. Weiterhin müssen alle (erstellten) Materialien auf dem Video gut einsehbar sein und die Sitzungen von den Trainern vollständig aufgezeichnet werden. Aus den so entstandenen Videoaufnahmen wurden diejenigen ausgewählt, bei denen die oben genannten Kriterien erfüllt sind, da nur so das Verhalten der Trainer adäquat beurteilt werden kann. Eine weitere Voraussetzung für die Verwendung der Videos ist, dass die Trainer das CAN Stop-Programm zum ersten Mal durchführen, um so die Wahrscheinlichkeit von Übungseffekten zu verringern. Somit konnten 12 Durchläufe des CAN Stop-Trainings à acht Sitzungen in der Studie berücksichtigt werden. Aus diesen zwölf Durchläufen erfolgte eine randomisierte Auswahl von jeweils zwei Sitzungen. Die Betrachtung von jeweils zwei Sitzungen pro Durchlauf wurde vorgenommen, da so der Einfluss der unterschiedlichen Sitzungen auf das Verhalten der Trainer geringer ist und dementsprechend eine von den Inhalten der Sitzungen weitgehend unabhängige Untersuchung gewährleistet wurde. Zudem verringert sich durch dieses Vorgehen der Einfluss der Tagesform der Trainer auf ihr Verhalten. Die einzelnen Videoaufnahmen (90 Minuten) begutachteten die Rater vollständig. Die Auswahl der Reihenfolge, in der die Rater die Videos analysierten, wurde auch zufällig ausgewählt. Ein Grund hierfür war beispielsweise, dass das Begutachten von zwei Aufnahmen derselben Trainer hintereinander einen Einfluss auf die Beurteilung des Verhaltens haben kann, indem der Rater bei der Sichtung der zweiten Aufnahme noch von den Urteilen der ersten Aufnahme beeinflusst ist.

### *Fragebogenkonstruktion*

Die Grundlage für das entwickelte Beobachtungsinstrument bildet das CAN Stop-Trainermanual, welches, wie bereits erwähnt, Vorgaben zur Trainerhaltung beziehungsweise der Trainer-Trainee-Interaktion mit den dazugehörigen Konzepten Empathie, unbedingte Wertschätzung, Echtheit, Transparenz, Struktur sowie Verstärkung und Lob enthält. Die erste Version des Fragebogens zur Überprüfung der Verwirklichung dieser Kriterien wurde von einer Autorin des Manuals erstellt. In einer Expertenrunde wurde dieser Fragebogen diskutiert und der Entschluss gefasst, dass hinsichtlich der Anwendung des Fragebogens eine kürzere Fassung praktikabler wäre. Dementsprechend wurden aus dem bestehenden Fragebogen und nach Sichtung der Fachliteratur von drei Experten neun Items

formuliert, die für ein Beobachtungsinstrument angemessen schienen. Zudem erfolgte eine Operationalisierung der Items. In dieser zweiten Version des Fragebogens wurde das Antwortformat mit einer dreistufigen Ratingskala aus der ursprünglichen Version beibehalten, da es zur Bewertung komplexen Verhaltens, das schwer in seine Einzelkomponenten zu zerlegen ist, geeignet erschien (vgl. Amelang & Schmitz-Atzert, 2006, S. 324). Zur genaueren Erfassung der Merkmale wurde jedoch das Antwortformat auf eine fünfstufige Skala (*nie / selten / gelegentlich / oft / sehr oft* bzw. *gar nicht / kaum / mittelmäßig / ziemlich / sehr*; Rohrmann, 1978) erweitert, da dies laut Amelang und Schmitz-Atzert (2006) eine ausreichend große Differenzierung ermöglicht und eine direkte Quantifizierung mit Intervallskalenniveau (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 176) erlaubt. Zu den Antwortalternativen wurde bei einigen Items aufgrund logischer Aspekte *trifft nicht zu* hinzugefügt, um eine Unterscheidung zwischen den Antwortalternativen *gar nicht* und *trifft nicht zu* zu ermöglichen.

Die erste Erprobung der zweiten Version des Fragebogens mit dem Ziel der Überprüfung, ob die Rater bei den Items die gleichen Verhaltensweisen beurteilen, zog eine Überarbeitung der einzelnen Items nach sich. Die bestehenden Items wurden in mehrere einzelne Items zur eindeutigeren Formulierung unterteilt und ihre Operationalisierungen wurden angepasst. Zusätzlich wurde das Item „Der Trainer tritt sicher auf“ in das Instrument aufgenommen, da es wesentlich für das Verhalten der Teilnehmer erschien. Zudem ging aus der ersten Erprobung hervor, dass die Sitzungen vollständig begutachtet werden sollten, da aus einzeln ausgewählten Sequenzen das Verhalten der Trainer nicht ableitbar gewesen wäre. Nach einer weiteren Erprobung wurden Items hinsichtlich der Aspekte Vorbereitung bzw. Strukturiertheit des Trainers sowie der Transparenz ergänzt. Außerdem erfolgte durch die Rater eine inhaltliche Sortierung der Items, sodass am Anfang des Instruments die Items hinsichtlich der Strukturiertheit und Transparenz aufgeführt werden. Die Items der übrigen Konstrukte folgen aufgrund der erhöhten Wahrscheinlichkeit eines Haloeffekts in zufälliger Reihenfolge.

#### *Interratertraining*

Das Interratertraining erfolgte nach den Empfehlungen von Bortz (2006, siehe oben) und Pinther (1980, S. 13) und wurde mit zwei Ratern durchgeführt. Den Ratern wurde eine Einführung in die Planung und Durchführung der Untersuchung gegeben sowie eine Darstellung des theoretischen Ansatzes der Arbeit. Die Rater wurden ferner auf Positionseffekte sowie auf den Haloeffekt und den logischen Fehler beim Ausfüllen eines Beobachtungsinstruments / Ratingverfahrens aufmerksam gemacht. Das Interratertraining fand mit der Endversion des Beobachtungsinstruments (vgl. Anhang A.6) statt und diente dazu, dass die Rater sich in ihrer Beurteilung hinsichtlich der Intensität des Verhaltens angleichen, sodass sie schließlich maximal einen Punkt auf der Ratingskala voneinander abweichen. Das Training wurde beendet, sobald die Rater dieses Kriterium bei drei nacheinander folgenden Beobachtungen der Videos erfüllt hatten. Bei der Datenerhebung begutachteten die Rater jeweils zwei zufällig ausgewählte Sitzungen aus den zwölf Durchläufen. Dabei füllten sie für jeden Trainer jeweils einen Fragebogen aus, da bei einem Rating von zwei Trainern als eine Person viele Informationen verloren gehen. Folglich kamen Beobachtungsdaten von 18 Trainern zusammen, die die Rater jeweils in zwei Sitzungen beurteilten. Insgesamt gingen also 36 Fälle in die Berechnungen ein.

## Ergebnisse

**Interraterreliabilität.** Die Intraklassenkorrelation (ICC) zur Bestimmung der Beurteilerübereinstimmung liegt zwischen .22 und 1. Nach Shrout (1998) liegt die Grenze für eine annehmbare Interraterreliabilität bei .41. Dementsprechend werden die Items 4 und 14 von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Der Ausschluss des Items 14 hat zur Folge, dass das Item 15 aus logischen Aspekten auch nicht in die weiteren Untersuchungen miteinbezogen wird. Infolgedessen gehen 20 der 23 Items in die Itemanalyse ein.

**Itemschwierigkeit.** Die Mittelwerte aller Items außer der Items 17, 19, 21 und 22 liegen bei  $M \geq 4.3$ . In dem Fragebogen ist der höchste Wert, den man bei einem Item erreichen kann, der Wert „5“. Folglich lässt sich aus den Mittelwerten schließen, dass die Rater bei diesen Items den Trainern hohe Werte zugeordnet haben. Die Items weisen somit eine geringe Schwierigkeit auf. Man spricht in diesem Fall von einem Deckeneffekt.

**Eigentrennschärfe.** Die Items 19, 20, 21 und 23 konnten aus inhaltlichen Gründen keiner Skala zugeordnet werden. Somit können keine Eigentrennschärfen für diese Items berechnet werden. Tabelle 9 zeigt die Eigentrennschärfen der übrigen Items für jede Skala. Dabei gelten Eigentrennschärfen im Bereich von .40 und .70 als gut, da das Item somit etwas Ähnliches misst wie die Gesamtskala, jedoch nicht redundant ist. Die Eigentrennschärfe der einzelnen Items der Skala „Struktur“ liegt zwischen .72 und .83. Die Skala „Transparenz“ besteht nach dem Ausschluss von Item 4 aufgrund zu geringer Interraterreliabilität noch aus den Items 3 und 6. Die Eigentrennschärfe der Items dieser Skala liegt bei .39. Die Items der Skala „Empathie“ besitzen Eigentrennschärfen zwischen .42 und .64. Bei der Berechnung der Eigentrennschärfen der Skala „Unbedingte Wertschätzung / Akzeptanz“ gehen aufgrund des Antwortverhaltens bei Item 22 nur fünf Beobachtungen ein, da bei der Fragebogenkonstruktion nicht auf die Kodierungsmöglichkeiten für die Antwortalternative „trifft nicht zu“ geachtet wurde und diese somit als fehlender Wert angesehen werden muss. Aufgrund der geringen Fallzahl musste das Item 22 aus der Skala entfernt werden. Ohne Item 22 gehen alle 36 Beobachtungen in die Berechnung ein und die Eigentrennschärfen der einzelnen Items der Skala „Unbedingte Wertschätzung / Akzeptanz“ liegen in dem Bereich von .41 und .73. Die Skala „Verstärkung und Lob“ besteht nach dem Ausschluss von Item 14 nur noch aus dem Item 17, sodass eine Analyse hinsichtlich der Eigentrennschärfe nicht möglich ist. Die Skala „Kongruenz“ besteht noch aus den Items 7 und 18. Die Eigentrennschärfe der Items dieser Skala liegt bei .41.

Tabelle 9  
Itembeschreibungen des Fragebogens zur Trainerkompetenz

Konstrukte	Items	ICC	Mittelwert M	Eigentrennschärfe $r_{it}$	Cronbach's $\alpha$
Struktur	1. Der Trainer gibt zu Beginn einen Überblick über den Ablauf und die Themen der Sitzung.	1	4.46	.72	.88
	2. Der Trainer wirkt strukturiert in seinem Verhalten.	.62	4.76	.84	
	5. Der Trainer wirkt gut vorbereitet.				

Konstrukte	Items	ICC	Mittelwert M	Eigentrennschärfe $r_{it}$	Cronbach's $\alpha$
		.84	4.74	.83	
Transparenz	3. Der Trainer erklärt, warum die Übungen gemacht werden.	.45	4.51	.39	.56
	4. Die vorgegebenen Inhalte werden verständlich erklärt.	.22	/	/	
	6. Der Trainer ordnet das zu vermittelnde Wissen in einen größeren Zusammenhang ein.	.52	4.50	.39	
Empathie	8. Der Trainer zeigt sich den Jugendlichen zugewandt.	.71	4.81	.64	.62
	9. Der Trainer hört aktiv zu.	.72	4.83	.42	
	13. Der Trainer zeigt Verständnis für die Gefühle und Sichtweisen der Jugendlichen.	.74	4.35	.44	
unbedingte Wertschätzung / Akzeptanz	10. Der Trainer lässt die Teilnehmer ausreden.	.51	4.74	.45	.69
	11. Der Trainer geht auf Fragen/Bemerkungen der Teilnehmer ein.	.69	4.57	.41	
	12. Der Trainer interessiert sich für die Meinungen/ Sichtweisen der Teilnehmer.	.56	4.75	.45	
	16. Der Trainer akzeptiert den Jugendlichen als Person, unabhängig vom Verhalten des Jugendlichen.	.98	4.57	.73	
	22. Der Trainer zeigt Ärger in angemessener Weise.	1	2.80	/	
Verstärkung und Lob	14. Der Trainer äußert Zuversicht.	.15	/	/	/
	17. Der Trainer zeigt Anerkennung und Lob.	.73	3.08	/	
Kongruenz	7. Das Verhalten des Trainers ist authentisch.	.70	4.75	.41	.56
	15. Die geäußerte Zuversicht wirkt glaubhaft.	.43	/	/	
	18. Die gezeigte Anerkennung und das Loben wirken glaubhaft.	.54	4.40	.41	
Ohne Zuordnung	19. In der Sitzung kommt es zu Störungen.	.67	2.47	/	/
	20. Der Trainer verhält sich der Störung entsprechend.	.72	4.33	/	
	21. Der Trainer zeigt Ärger.	.61	1.18	/	
	23. Der Trainer tritt sicher auf.	.72	4.83	/	

*Reliabilität.* Die Reliabilität der Skala „Verstärkung und Lob“ kann aufgrund einer zu geringen Itemanzahl nicht berechnet werden. Die Reliabilitäten der übrigen Skalen gehen aus Tabelle 9 hervor. Demnach besitzt die Skala „Struktur“ eine ausreichende Reliabilität mit einem Cronbach's  $\alpha$  von .88 (nach Asendorpf, 2007). Die Reliabilitäten der Skalen „Empathie“, „Transparenz“ und „Kongruenz“

liegen im Bereich von .56 und .62 und sind somit als niedrig einzuschätzen. Die Skala „Unbedingte Wertschätzung / Akzeptanz“ besitzt eine Reliabilität von .69.

*Objektivität.* Die Objektivität von Beobachtungsverfahren ist umstritten, da bei jeder Beobachtung nicht nur das Beobachtungssystem als Instrument, sondern auch die Person des Beobachters involviert ist, sodass sich dessen Unvollkommenheit und Fehler auf das Beobachtungsergebnis auswirken müssen (vgl. Amelang & Schmitz-Atzert, 2006, S. 324, siehe oben). Durch das erfolgte Interratertraining kann jedoch von einer Durchführungsobjektivität weitestgehend ausgegangen werden.

*Validität.* Die einzelnen Items leiteten Experten aus bestehenden Konstrukten ab. Nach der Fertigstellung des Beobachtungsinstrumentes erfolgte eine erneute inhaltliche Überprüfung dessen durch Experten, wobei sich das Instrument als sinnvoll erwiesen hat. Dementsprechend wird angenommen, dass die inhaltliche Validität gegeben ist. Weitere Validitätskriterien liegen nicht vor.

### *Schlussfolgerungen*

Ein Großteil der untersuchten Items weist hohe Mittelwerte auf (vgl. Tabelle 9). Das Auftreten dieses Deckeneffekts kann einerseits daran liegen, dass die Items in ihrer Formulierung nicht geeignet oder nicht eindeutig operationalisiert sind. Andererseits kann es aber auch auf bestimmte Eigenschaften der Rater, genauer den Haloeffekt beziehungsweise den logischen Fehler, oder auf gute Leistungen der Trainer zurückzuführen sein.

Insgesamt steht das entwickelte Messinstrument in einem Spannungsverhältnis von zwei Aufgaben: es soll auf der einen Seite zwischen den Trainern differenzieren und auf der anderen Seite wird das Messinstrument zur Qualitätssicherung eingesetzt, wobei es nicht explizit auf die Unterschiede ankommt, sondern darauf, ob die gewünschten Verhaltensweisen aus dem Manual in einer akzeptablen Weise umgesetzt wurden. Eine Möglichkeit, beiden Ansprüchen gerecht zu werden, wäre im Interratertraining anhand von Ankerbeispielen zu verdeutlichen, bei welcher Intensität die gezeigten Leistungen der Trainer einzuordnen sind. Dies gäbe zum einen den Ratern mehr Sicherheit in ihren Urteilen und zum anderen könnte man hierdurch verdeutlichen, dass eine gute/zufriedenstellende Leistung bei der Antwortalternative „*mittelmäßig*“ einzuordnen wäre, sodass nach unten wie nach oben Spielraum für die Bewertungen der Leistung bestände. Somit könnte das Instrument zur Qualitätssicherung eingesetzt werden, da folglich alle Leistungen, die mindestens bei der Kategorie „*mittelmäßig*“ eingeordnet werden, den Qualitätsansprüchen genügen. Außerdem könnte das Messinstrument zur genaueren Differenzierung des Trainerverhaltens verwendet werden, da so die Leistungen der Trainer vor allem im oberen Bereich noch besser voneinander abgegrenzt werden könnten. Dementsprechend könnte es zu einer größeren Streuung der Antworten kommen, wodurch das Messinstrument wahrscheinlich besser zwischen den Merkmalsausprägungen der Trainer differenzierte.

Es lässt sich feststellen, dass die Eigentrennschärfen außer jener der Skala „Struktur“ generell nach Weise (1975) als mittelmäßig einzuschätzen sind. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Eigentrennschärfe eines Items auch von seiner Schwierigkeit abhängt, denn je extremer die Schwierigkeit ist,

desto geringer fällt die Eigentrennschärfe aus (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 220, siehe oben). Folglich ist bei den untersuchten Items mit einer geringeren Eigentrennschärfe aufgrund der niedrigen Schwierigkeiten zu rechnen. Eine Veränderung der Schwierigkeit der Items führe somit wahrscheinlich zu höheren Eigentrennschärfen. Zudem handelt es sich bei den Konstrukten um Merkmale, die sich durch mehrere Aspekte auszeichnen. Insofern besitzen die Items inhaltlich eine gewisse Heterogenität hinsichtlich eines Konstrukts. Demzufolge fallen die Eigentrennschärfen schon aus diesem Grund geringer aus.

Die entwickelten Skalen, außer jener der „Struktur“, besitzen nach Asendorpf (2007) eine niedrige Reliabilität. Dennoch hinsichtlich des Aspektes, dass es sich bei dem Fragebogen um die erste Erprobung handelt, können die Reliabilitäten als akzeptabel angesehen werden. Zudem gibt es auch in gängigen Persönlichkeitstests, wie beispielsweise mit dem Neuroticism-Extroversion-Openness Five Factor Inventory (NEO-FFI), Skalen, deren Reliabilität im Bereich von .70 liegt. Wenn Merkmale gemessen werden sollen, für die es keine besser geeigneten Messverfahren gibt, kann der Einsatz eines Messinstruments mit niedriger Reliabilität immer noch aufschlussreicher sein als der vollständige Verzicht auf den Einsatz von Tests (vgl. Schermelleh-Engel & Werne, 2007). Die niedrigeren Reliabilitäten der Skalen sind wahrscheinlich zurückzuführen auf die geringeren Trennschärfen der Items der jeweiligen Skala. Die Heterogenität der Items eines Konstruktes kann, wenn die Reliabilität mithilfe von Cronbach's Alpha bestimmt wird, die Reliabilität verringern. Infolgedessen könnte es sein, dass die Reliabilitäten höher ausfallen, wenn sie anhand der Retest-Reliabilität bestimmt wird, da hier die Heterogenität der Items keinen Einfluss auf das Ergebnis hat.

## **7.2.2 Programmadhärenz bei Durchführung des CAN Stop-Trainings**

### *Einleitung*

Im Rahmen der Evaluation des Programms CAN Stop wurde ebenfalls der wachsenden Bedeutung der Implementierungsevaluation Rechnung getragen. Hierunter versteht man die Überprüfung der Programmdurchführung in der Praxis mithilfe einer Prozessevaluation. Dies geschieht zum einen aus Gründen der Qualitätssicherung und zum anderen mit dem Ziel, sicherzustellen, dass CAN Stop gemäß den Instruktionen, die im Manual beschrieben sind, durchgeführt wird. Die Prozessevaluation lässt sich weiter aufteilen in die Begriffe „Interventionskompetenz“ und „Adhärenz“, wobei unter „Interventionskompetenz“ die Qualität der Durchführung sowie die Kompetenzen der Programmdurchführenden verstanden wird; dies wird an anderer Stelle dieses Berichts ausführlich besprochen (Kapitel 7.9). Die Adhärenz bezieht sich darauf, ob die Hauptbotschaften eines Programms bei der Durchführung behandelt wurden oder nicht (Byrnes, Miller, Aalborg, Plasencia & Keagy, 2010) und wird in diesem Kapitel behandelt.

### *Methodik*

An alle Einrichtungen, an denen CAN Stop durchgeführt wurde, wurden zwei Videokameras ausgeliehen. Die Einrichtungen wurden in die Bedienung der Kameras eingeführt und angewiesen, jede der acht Sitzungen aufzunehmen. Die Programmentwickler erstellten nach eingehender interner

Diskussion pro Sitzung eine Checkliste mit 10 bis 12 Items, die als wichtige Elemente des Trainings eingeschätzt wurden. Jede Checkliste ist eingeteilt in eine Einleitung, einen Mittelteil und einen Abschluss. Während es in der Einleitung und im Abschluss um strukturierende und wiederkehrende Elemente des Programms geht, werden im Mittelteil die Hauptbotschaften der jeweiligen Sitzung behandelt. Da in diesem Zusammenhang ein möglichst objektives, leicht zu interpretierendes Instrument benötigt wurde, um die Frage nach der Qualität der Implementierung hinreichend zu beantworten, wurde sich darauf verständigt, lediglich dichotome Antwortmöglichkeiten zuzulassen („Element wurde behandelt“ bzw. „Element wurde nicht behandelt“). Diese Methode zur Ermittlung der Manualtreue wurde bereits bei anderen Prozessevaluationen angewendet (Byrnes et al., 2010).

Insgesamt stand für die Adhärenzanalyse Videomaterial von zehn der insgesamt 19 durchgeführten CAN Stop-Trainings zur Verfügung, da es in den anderen Fällen zu technischen Problemen bei der Aufnahme gekommen war. Es wurden pro Training zwei Sitzungen zufällig ausgewählt, die von zwei Raterinnen mithilfe der oben erwähnten Checkliste beurteilt wurden. Bei den Raterinnen handelte es sich um eine Psychologie-Diplomandin und um eine studentische Hilfskraft. Nachdem zwischen beiden Raterinnen eine ausreichende Beurteilerübereinstimmung festgestellt wurde, beurteilten diese unabhängig voneinander die Programmadhärenz. Die genaue Prozedur zum Ablauf der Ratings ist in Kapitel 7.2.1 dargestellt.

### *Ergebnisse*

Die Raterinnen beurteilten, wie viele der 10 bis 12 Elemente pro Sitzung von den Trainern durchgeführt wurden, wodurch sich für jede Sitzung pro Raterin eine Prozentzahl ergab, in welchem Ausmaß die Trainer sich an das Manual gehalten hatten. Eine Sitzung, in der die Trainer alle Elemente gemäß Manual behandelt hatten, erhielt demnach einen Adhärenzwert von 100 %. Die individuellen Einschätzungen beider Raterinnen wurden anschließend zu einem Mittelwert zusammengefasst. Die Mittelwerte aller acht Sitzungen sind in Tabelle 10 zu finden. Die Analyse der Beurteilungen ergab, dass die Manualtreue insgesamt über alle Einrichtungen und alle ausgewählten Settings sehr hoch war (Adhärenz über alle acht Sitzungen: 95.25 %). Somit kann davon ausgegangen werden, dass das Training in der Mehrzahl der Fälle so durchgeführt wurde, wie es von den Programmentwicklern entworfen worden war.

Tabelle 10  
*Beurteilungen der Adhärenz pro Sitzung (in %)*

<b>Adhärenz</b>	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>M</b>
Sitzung 1	4	91	100	97
Sitzung 2	4	100	100	100
Sitzung 3	10	90	100	98
Sitzung 4	6	75	92	83
Sitzung 5	6	90	100	98
Sitzung 6	6	90	100	93
Sitzung 7	6	80	100	93
Sitzung 8	2	100	100	100

Durch die randomisierte Auswahl der zu beurteilenden Sitzung ergibt sich eine ungleichmäßige Verteilung der beurteilten Sitzungen, wodurch sich die unterschiedlich hohen Adhärenzwerte der Sitzungen nur unter Vorbehalt interpretieren lassen. Dennoch lässt sich sagen, dass Sitzung 4 durch deutlich niedrigere Adhärenzwerte auffällt. Sitzung 4 trägt die Überschrift „Express your emotions“ und beinhaltet das Wahrnehmen und den Umgang mit den eigenen Gefühlen. Eine Rückmeldung aus der Trainertagung, bei der die Trainer in Fokusgruppen Rückmeldung zur Programmdurchführung gaben (siehe Kapitel 7.6.2) könnte erklären, warum die Adhärenz in dieser Sitzung niedriger war: Sich in der Gruppe zu öffnen und über die eigenen Gefühle zu sprechen sei für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ungewohnt und unangenehm gewesen. Bei einigen Übungen hätten sich die Teilnehmenden hier „vorgeführt“ gefühlt. Unter diesen Umständen ist es möglich, dass eine ordnungsgemäße Durchführung des Programms erschwert wird, da die Trainer auf Widerstände und Schamgefühle in der Gruppe eingehen müssen.

Die Vermutung, dass die niedrigere Adhärenz mit den Inhalten von Sitzung 4 zusammenhängen könnte, bestätigt sich auch in der Arbeit von Mause (2011), in der die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit Inhalt und Durchführung der einzelnen Sitzungen untersucht wurde. Hierbei ergab sich, dass Sitzung 4 die niedrigste Akzeptanz aufwies. Diese Sitzung fand vor allem bei den Teilnehmenden aus dem stationär-medizinischen Setting am wenigsten Anklang.

Jedes der vier Settings, in denen CAN Stop durchgeführt wurde, hat eigene Besonderheiten, die die Durchführung des Programms erschweren. Die settingspezifische Analyse der Adhärenz ergab jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den vier Settings. Dies lässt sich zum einen durch die geringen Fallzahlen und die ungleiche Verteilung der beurteilten Sitzungen pro Setting erklären.

### *Schlussfolgerungen*

Zwei geschulte Raterinnen beurteilten unabhängig voneinander die Programmadhärenz der Trainer bei der Durchführung des Programms CAN Stop. Übereinstimmend kamen sie zu dem Schluss, dass insgesamt eine sehr hohe Adhärenz erreicht wurde. Lediglich in Sitzung 4 wurden niedrigere Werte ermittelt. Das Ergebnis der Adhärenzprüfung ist wichtiger Aspekt im Rahmen der Evaluation der Programmwirksamkeit, da somit mit größerer Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass eventuelle Wirksamkeitsnachweise von CAN Stop auf das Programm zurückzuführen sind und nicht auf andere, nicht kontrollierbare Umgebungsfaktoren (Dusenbury, Brannigan, Hansen, Walsh & Falco, 2005).

Interessant ist der Zusammenhang zwischen Adhärenz und der Zufriedenheit von Trainern und Probanden: Sitzung 4 wies die niedrigsten Adhärenzwerte auf und hatte gleichzeitig die niedrigsten Beurteilungen sowohl bei den Trainern als auch bei den Probanden. Möglicherweise mussten die Trainer auf die mangelnde Akzeptanz der Teilnehmenden kurzfristig reagieren und Teile aus dem Manual auslassen. Für die weitere Implementierung von CAN Stop ist es deshalb wichtig, bei der Trainerschulung auf die besonderen Herausforderungen in Sitzung 4 hinzuweisen. Eventuell müssten in der Trainerschulung andere Akzente gesetzt werden, um den Trainern Methoden zu zeigen, wie

man mit dem Widerstand der Teilnehmenden umgehen kann. Aus Sicht der Programmentwickler ist die Psychoedukation in Sitzung 4 über das Wahrnehmen und das Umgehen mit den eigenen Gefühlen ein wichtiges Element, das nicht ausgelassen werden sollte. Die hier vermeldeten Ergebnisse müssen unter Vorbehalt interpretiert werden, da nur knapp die Hälfte aller insgesamt durchgeführten Trainings in die Analyse einfluss und auch jeweils nur zwei der insgesamt acht Sitzungen beurteilt wurden. Es kann sein, dass die Analyse einer größeren Stichprobe zu anderen Ergebnissen gekommen wäre und mögliche Unterschiede zwischen den vier Settings deutlich geworden wären. Der Zusammenhang zwischen der hier vermeldeten Programmadhärenz und der Wirksamkeit des Programms CAN Stop wird in Kapitel 7.9 erörtert.

### 7.3 Zufriedenheit mit dem Training

#### *Stichprobe*

Die Stichprobe ( $n = 121$ ) setzt sich aus den Teilstichproben der vier Hilfesettings zusammen, die an dem CAN Stop-Training teilgenommen haben. Das Geschlechterverhältnis war mit 4:1 seitens der Jungen und jungen Männer zwar nicht ausgeglichen, aber zu erwarten, da es den Überhang der männlichen Cannabiskonsumenten widerspiegelt. Insgesamt waren männliche Teilnehmer mit 97 Fällen vertreten, weibliche Teilnehmerinnen mit 24 Fällen. Der Altersdurchschnitt der Jugendlichen lag zum Zeitpunkt des CAN Stop-Trainings in der hier untersuchten Stichprobe bei 18.2 Jahren ( $SD = 2.2$  Jahre, *Range*: 13 – 22 Jahre). Des Weiteren konnten 21 von 23 CAN Stop-Gruppen regulär beendet werden, sodass die Ergebnisse der Smiley-Fragebögen von 21 Gruppen vorliegen. Dabei handelt es sich um Bewertungen der Sitzungsinhalte von fünf Gruppen der Jugend-Suchthilfe, fünf Gruppen der ambulant-medizinischen Hilfe, sieben Gruppen aus dem stationär-medizinischen Setting und vier Gruppen der Jugendstrafanstalt.

#### *Methodik*

*Gruppenbewertung der einzelnen Sitzungsinhalte.* Die folgende Einordnung der Sitzungsbewertungen in die Smiley-Semantik des Smiley-Fragebogens (siehe Anhang A.4) geschah auf der Grundlage von 21 Gesamtgruppenmittelwerten für jede Sitzung. Aus Abbildung 2 geht hervor, dass der Gesamtgruppenmittelwert stets über der 2.5-Marke (3 = ☺) und somit im obersten Bereich nahe dem Maximalscore von 3 innerhalb der Smiley-Semantik lag. Insgesamt ergab sich daraus eine deutlich positive Bewertung über alle acht Sitzungen hinweg.

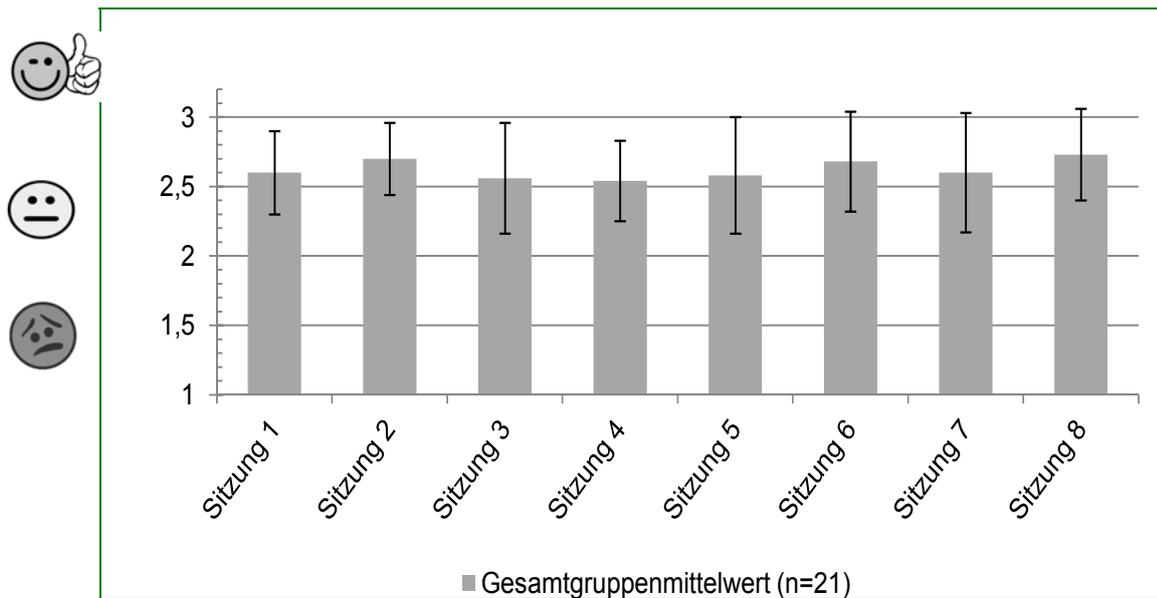


Abbildung 2 Zufriedenheit der Gesamtstichprobe mit den einzelnen Sitzungsinhalten im Smiley-Fragebogen

Anmerkungen. Fehlerbalken zeigen die einfachen Standardabweichungen an; angegeben ist der jeweilige Mittelwert innerhalb der Smiley-Semantik.

### Ergebnisse

Folgenden werden die Ergebnisse der Smiley-Fragebogen-Erhebung für jedes der vier Settings separat betrachtet und verglichen, um differenziertere Hinweise für die Zufriedenheit mit den Sitzungsinhalten zu erhalten und um womöglich einen Bedarf an qualitätssichernden Maßnahmen in den jeweiligen Settings identifizieren zu können. Insgesamt zeigte sich ein tendenziell positives Bild der Zufriedenheit seitens der Teilnehmer, da alle Sitzungen mindestens eine Bewertung im positiven bis mittleren Zufriedenheitsbereich erreichten. Außerdem lässt sich feststellen, dass über 80 % der Zufriedenheitsmittelwerte dabei sogar im äußerst positiven Bereich der Smiley-Semantik, das bedeutet über der 2.5-Marke, lagen. Dieser Befund weist auf eine größtenteils hohe Zufriedenheit seitens der Teilnehmer aus den jeweiligen Settings hin. Bei der Analyse der Mittelwertsunterschiede ergaben weder ein Kruskal-Wallis-Test, noch eine einfaktorische Varianzanalyse signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den settingspezifischen Sitzungsbewertungen. Allerdings ergaben sich große Effekte ( $d > 0.8$ ; nach Cohen, 1992) für die Differenz der Maximum-Minimum-Werte bei nahezu allen Sitzungen. Lediglich für die Maximum-Minimum-Differenz der Sitzungen 7 und 8 entsprach  $d \approx 0.5$  einem mittleren Effekt (nach Cohen, 1992).

*Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-P).* Die in Abbildung 3 dargestellten Ergebnisse der Auswertung des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB-P; Matzejat & Remschmidt, 1999) zeigten im Durchschnitt mittelmäßige subjektive Einschätzungen des Behandlungserfolges seitens der Gesamtstichprobe ( $n = 121$ ), bis hin zu sehr positiven Bewertungstrends für den Trainingsaspekt „Beziehung zum Trainer“, sodass sich ein eher uneinheitliches Beurteilungsbild über die drei Trainingsaspekte abzeichnete. Aus Abbildung 3 geht hervor, dass Fragen zu der FBB-P-Skala „Erfolg der Behandlung“ (mögliche Werte 0 – 4) im Mittel weniger zuversichtlich als die anderen zwei Skalen

beantwortet wurden, sodass sich daraus ein Mittelwert von  $M = 2.34$  ( $SD = 0.79$ ,  $Range = 0.4 - 4.0$ ) ergab. Nach den Interpretationsvorgaben nach Mattejat und Remschmidt (1999) entspricht dieser Wert dem verbalen Äquivalent eines „teilweise erfolgreichen“ Trainings. Aufgrund der sehr großen Variationsbreite wurde zusätzlich der Median berechnet, welcher mit einem Wert von 2.4 darauf hinweist, dass die Hälfte der Teilnehmenden den subjektiven Trainingserfolg mindestens im mittleren Bereich der Beurteilungsskala einordneten, darunter rund ein Drittel (33.1 %) der Gesamtstichprobe, die das Training sogar als „überwiegend bis vollständig erfolgreich“ einschätzten.

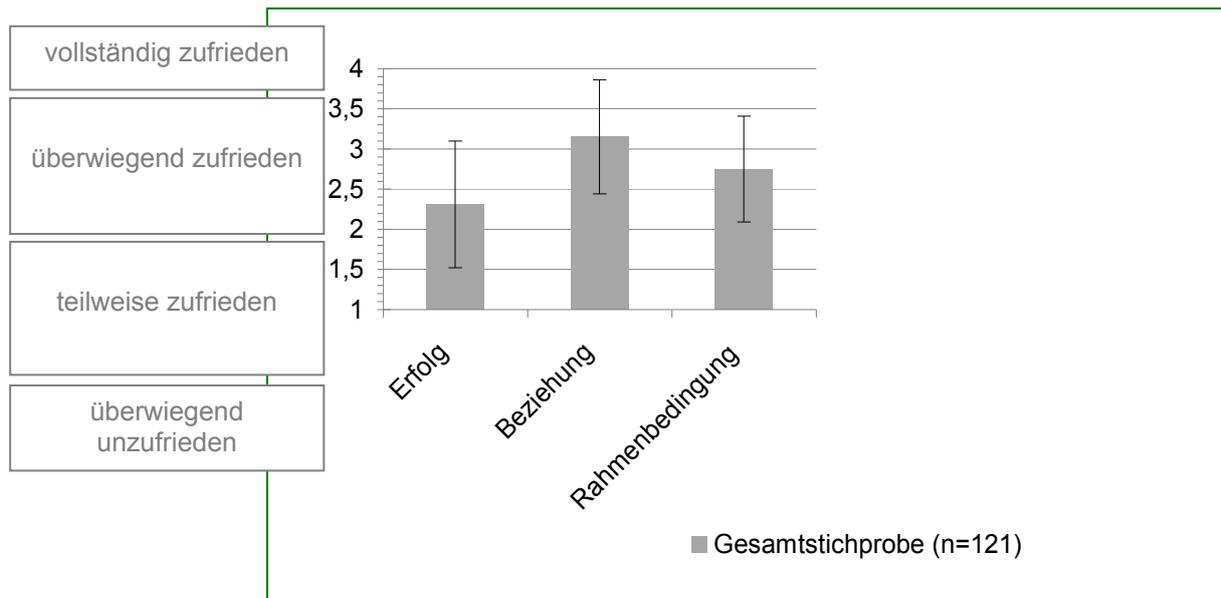


Abbildung 3 Beurteilung unterschiedlicher Trainingsaspekte der Gesamtstichprobe im Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung mit Interpretationsvorgaben für die Skalenmittelwerte (nach Mattejat & Remschmidt, 1999)

Anmerkungen. Fehlerbalken zeigen die einfachen Standardabweichungen an.

Die beste Bewertung erfolgte auf der FBB-P-Skala „Beziehung zum Trainer“ mit einem Mittelwert von  $M = 3.13$  ( $Range = 1.43 - 4.0$ ,  $SD = 0.71$ ). Laut Testmanual (Mattejat & Remschmidt, 1999) entspricht dies einer „überwiegenden Zufriedenheit“ ( $2.5 < x \leq 3.5$ ) mit Tendenz zur „vollständigen Zufriedenheit“ ( $3.5 < x \leq 4.0$ ). In der Verteilung zeigt sich, dass insgesamt rund ein Drittel (31.4 %) der CAN-Stop-Teilnehmenden sogar eine vollständige Zufriedenheit äußerten. Die Beurteilung der FBB-P-Skala „Rahmenbedingungen des Trainings“ fiel ebenfalls positiv aus, indem sich der Mittelwert von  $M = 2.75$  ( $SD = 0.66$ ,  $Range = 0.88 - 4.0$ ) mit einer „überwiegenden Zufriedenheit“ übersetzen lässt. Die Betrachtung der Antwortverteilung bestätigt dieses Urteil: So sind 61.2 % der 121 Befragten mindestens „überwiegend zufrieden“ mit den Rahmenbedingungen der Behandlung. Wie schon aus der Gesamtschau der Skalenauswertung ersichtlich wurde, lagen die Mittelwerte zur subjektiven Einschätzung des Trainingserfolges seitens der Teilnehmenden auch im settingspezifischen Vergleich unverändert im Bereich eines „teilweise erfolgreichen“ Trainings, das heißt zwischen  $M = 2.26$  ( $SD = 0.7$ ,  $Range = 0.8 - 3.6$ ) im stationär-medizinischen Setting und  $M = 2.41$  ( $SD = 0.79$ ,  $Range = 0.8 - 3.6$ ) in der Jugend-Suchthilfe. Die Überprüfung der Mittelwertsunterschiede mithilfe einer ein-

faktoriellen Varianzanalyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Beurteilungen der Skala „Erfolg des Trainings“. Für den Unterschied der oben genannten Maximum-Minimum-Mittelwerte lag somit ein kleiner Effekt von  $d = 0.20$  (nach Cohen, 1992) vor. Die settingspezifischen Unterschiede sowie die dazugehörigen Effektstärken können Tabelle 11 entnommen werden.

Tabelle 11

*Settingspezifische Unterschiede in der Beurteilung von Behandlungserfolg, Beziehung zum Trainer und Rahmenbedingungen im Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-P; Mattejat & Remschmidt, 1999)*

	Jugend-Suchthilfe	ambulant-med. Setting	stationär-med. Setting	JVA	$d$ Max-Min
Erfolg					
AM	2.41	2.35	2.26	2.38	0.20
SD	0.79	0.78	0.70	0.93	
Beziehung					
AM	3.21	3.04	3.09	3.18	0.23
SD	0.65	0.80	0.73	0.67	
Rahmenbedingungen					
AM	2.82	2.51	2.75	2.88	0.54
SD	0.66	0.75	0.61	0.62	

*Anmerkungen.*  $M$  = Mittelwert der FBB-P-Skalen;  $SD$  = Standardabweichung;  $d$  = Effektstärke zwischen höchstem und niedrigsten Mittelwerte (nach Cohen, 1992).

In den Beurteilungen zur Skala „Beziehung zum Trainer“ zeigte sich eine weitgehende Übereinstimmung der Mittelwerte der verschiedenen Settings (Jugend-Suchthilfe:  $M = 3.21$ ,  $SD = 0.65$ ,  $Range = 2.0 - 4.0$ ; ambulant-medizinisches Setting:  $M = 3.04$ ,  $SD = 0.80$ ,  $Range = 1.43 - 4.0$ ; stationär-medizinisches Setting:  $M = 3.09$ ,  $SD = 0.73$ ,  $Range = 1.50 - 4.0$ ; JVA:  $M = 3.18$ ,  $SD = 0.67$ ,  $Range = 1.67 - 4.0$ ), sodass sich im Mittel für die Teilnehmer aller Settings eine „überwiegende Zufriedenheit“ mit der Trainer-Trainee-Beziehung abzeichnete. Eine einfaktorielle Varianzanalyse erbrachte keine signifikanten, settingspezifischen Unterschiede. Auch die kleine Effektstärke ( $d = 0.23$ ; nach Cohen, 1992) der Unterschiedlichkeit des höchsten und niedrigsten Mittelwertes deutete auf eine hohe Übereinstimmung zwischen den Beurteilungen der vier Settings hin. Anders als für die FBB-P-Skalen „Erfolg“ und „Beziehung“, lässt sich für die Skala „Rahmenbedingungen des Trainings“ ein inkonsistenteres Antwortverhalten der Teilnehmer in den vier unterschiedlichen Settings erkennen. Dabei fällt vor allem die im Vergleich zu den anderen Mittelwerten zurückhaltendere Beurteilung des ambulant-medizinischen Settings auf, wobei allerdings sämtliche Beurteilungen demselben Ergebnis einer „überwiegenden Zufriedenheit“ gleichkamen. So befanden sich die settingspezifischen Mittelwerte zwischen dem niedrigsten Wert bei  $M = 2.51$  ( $SD = 0.75$ ,  $Range = 1.13 - 3.88$ ) im ambulant-medizinischen Setting und dem positivsten Wert von  $2.88$  ( $SD = 0.62$ ,  $Range = 1.38 - 4.0$ ) in der JVA. Für den Unterschied zwischen dem Minimum und Maximum in der Beurteilung der Rahmenbedingungen ergab eine ANOVA mit  $p = .17$  keine Signifikanz. Die durchgeführte Berechnung der Effektstärke ergab dazu einen mittleren Effekt ( $d = 0.54$ ; nach Cohen, 1992) der Unterschiedlichkeit.

*Zusammenhänge der FBB-P-Skalen.* Zur Beantwortung der Frage, inwieweit es Zusammenhänge zwischen den Beurteilungen der drei unterschiedlichen Trainingsaspekte gab, wurden die Interkorrelationen mithilfe der Pearson's Produkt-Moment-Korrelation beziehungsweise Spearman-Rangkorrelation berechnet. Die Korrelationsberechnungen deuteten auf einen schwachen Zusammenhang ( $r = .298$ ,  $p < .01$ ; nach Bühner, 2004) der Skalen „Erfolg des Trainings“ und „Rahmenbedingungen des Trainings“ hin. Ein Korrelationskoeffizient von  $\rho = .437$  ( $p < .01$ ) wies auf einen moderaten Zusammenhang zwischen den Beurteilungen der Rahmenbedingungen und der Beziehung zum Trainer hin. Schließlich zeigte sich die höchste Interkorrelation mit  $\rho = .55$  ( $p < .01$ ) zwischen den FBB-P-Skalen „Erfolg des Trainings“ und „Beziehung zum Trainer“, was ebenfalls als moderater Zusammenhang interpretiert werden kann (nach Bühner, 2004). Die Interkorrelationen der drei Subskalen sind in Tabelle 12 aufgeführt.

Tabelle 12

*Interkorrelationen zwischen den Skalen Erfolg des Trainings, Beziehung zum Training und Rahmenbedingungen im Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-P; Matzejat & Remschmidt, 1999)*

	<b>Erfolg</b>	<b>Beziehung</b>
Beziehung	.550 <sup>1**</sup>	
Rahmenbedingungen	.329 <sup>2**</sup>	.437 <sup>1**</sup>

*Anmerkungen.* <sup>1</sup> Spearman's Rho ( $\rho$ ); <sup>2</sup> Pearson's Produkt-Moment-Korrelation ( $r$ ); \*\*:  $p \leq .01$ .

*Effekte des Teilnahmegrundes „Druck von außen“:* Insgesamt gaben 32.5 % ( $n = 37$ ) der CAN-Stop-Teilnehmenden in einem zum Zeitpunkt  $t_0$  geführten Interview als Teilnahmegrund unter anderem „Druck von außen“, beispielsweise von den Eltern oder aufgrund von gerichtlichen Auflagen, an. Die Untersuchung seiner Effekte auf die Beurteilung der qualitätsbezogenen Trainingsaspekte im FBB-P erfolgte über einen Vergleich der FBB-P-Ergebnisse von Teilnehmenden mit „Druck von außen“ ( $n = 37$ ) und Teilnehmenden ohne „Druck von außen“ ( $n = 77$ ) mittels t-Tests für unabhängige Stichproben.

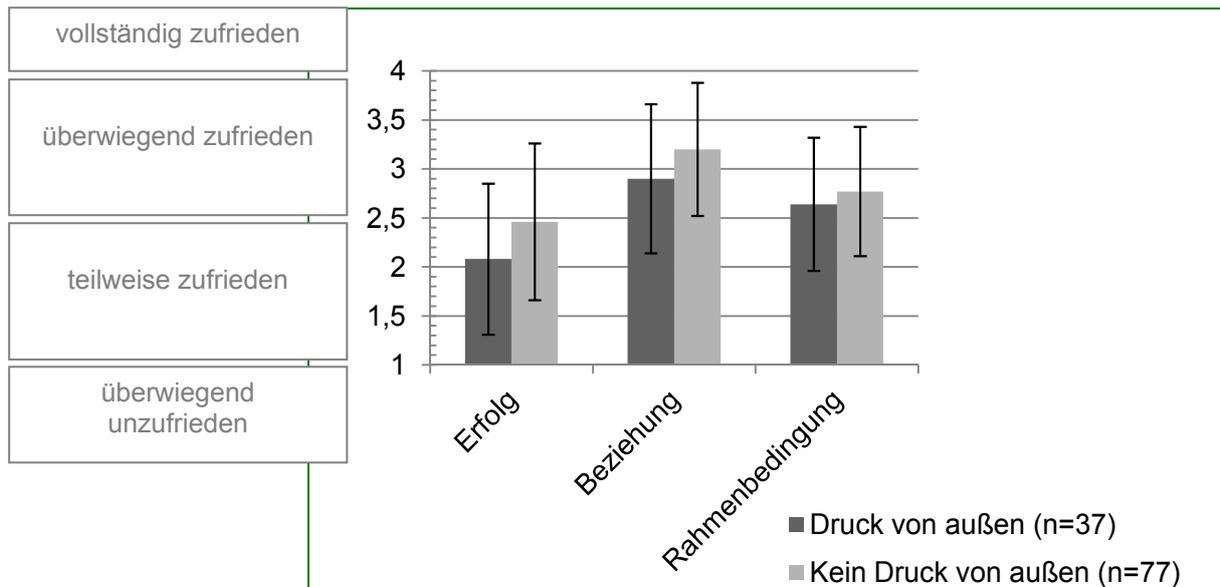


Abbildung 4 Beurteilung unterschiedlicher Trainingsaspekte im Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-P; Matzejat & Remschmidt, 1999) für die Teilstichproben mit versus ohne den Teilnahmegrund „Druck von außen“ (Interpretationsvorgaben für die Skalenmittelwerte nach Matzejat & Remschmidt, 1999)

Anmerkungen. Fehlerbalken zeigen die einfachen Standardabweichungen an.

Dabei ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den in Abbildung 4 dargestellten Beurteilungen des subjektiven Trainingserfolges ( $p = .017$ ,  $T = 2.42$ ,  $d = 0.49$ ) sowie ein signifikanter Unterschied zwischen den Beurteilungen der Beziehung zum Trainer ( $p = .039$ ,  $T = 2.08$ ,  $d = 0.41$ ). Der Trainingserfolg wurde von den Teilnehmenden, die sich nicht von äußeren Einflüssen zu einer Teilnahme am CAN Stop-Training gedrängt sahen, erwartungsgemäß signifikant positiver bewertet. Demnach standen der Beurteilung des Trainingserfolges als „überwiegend erfolgreich“ ( $M = 2.46$ ,  $SD = 0.8$ ), eine signifikant negativere Beurteilung des Trainingserfolges als „teilweise erfolgreich“ ( $M = 2.08$ ,  $SD = 0.77$ ) gegenüber. Die Hypothese  $H_{1a}$  ist somit bestätigt. Ein tendenziell ähnliches Beurteilungsbild ergab sich für die Skala „Beziehung zum Trainer“, der Unterschied wurde aber nicht signifikant ( $p > .017$ ). Die Hypothese  $H_{1b}$  ließ sich somit nicht bestätigen. Für die letzte Skala „Rahmenbedingungen des Trainings“ ergab der t-Test ( $p = .312$ ,  $T = 1.01$ ,  $d = 0.20$ ) ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Auch die Hypothese  $H_{1c}$  wird somit verworfen. Um genauere Ergebnisse zu erhalten, wurde ferner eine Berechnung der Effektstärken durchgeführt. Dabei zeigten sich ein mittlerer Effekt von  $d = 0.49$  für die Unterschiede im Antwortverhalten beider Gruppen für die Skala „Erfolg des Trainings“ sowie kleine Effekte für die Skalenwerte zur „Beziehung zum Trainer“ und zu den „Rahmenbedingungen des Trainings“ ( $d = 0.41$  bzw.  $d = 0.2$ ; nach Cohen, 1992).

## 7.4 Effekte des CAN Stop-Trainings auf den Cannabiskonsum

### *Methodik*

Die Auswertung der Primärhypothesen erfolgte hinsichtlich des Cannabiskonsum bezogen auf die letzten 30 Tage. Die Analysen wurden sowohl hinsichtlich der Konsummenge in Gramm bei einer typischen Konsumgelegenheit in den letzten 30 Tagen als auch hinsichtlich der Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen gerechnet.

Wie beschrieben steht die Auswertungsstrategie – intention-to-treat versus per protocol – bei unserer Fragestellung in einem Spannungsfeld. Einerseits gilt das intention to treat-Verfahren mit der missing-Ersetzung durch die „last observation carried forward“-Methode als besonders anerkannt, gleichzeitig ist dieses Verfahren sehr konservativ in der Effektschätzung. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der Effektnachweis sowieso schwierig ist, weil die Interventionsstärke als nicht groß geschätzt wird. CAN Stop ist darüber hinaus ein Programm, das in seiner Additivität getestet wurde, denn in allen Settings existierten bereits mehr oder weniger intensive Interventionen, welche als TAU bezeichnet wurden. Daher wurde beschlossen, die konservative ITT-Effektschätzung durch eine PP-Analyse zu ergänzen, welche dann den Nachteil hat, nur jene Individuen zu umfassen, die während der Intervention „bei der Stange blieben“. Für den Bereich der Suchthilfe und insbesondere der Cannabis-bezogenen Interventionen muss eine hohe Zahl von zensierten Daten (Abbrechern) angenommen werden, da sich die Intervention unter anderem direkt auf die persönliche „intention to be treated“ richtet. In anderen Worten: anders als in Medikamenten- oder Therapiestudien darf für drogenbezogene Interventionen kein durchgehendes personales Interesse an einer „Heilung“ angenommen werden, womit die Compliance gegenüber herkömmlichen Therapiestudien als vermindert zu betrachten ist. Andererseits dürften die Unterschiede zwischen ITT und PP-Analysen durch die unterschiedliche Geschlossenheit der Settings moderiert werden.

Zur Auswertung der Konsumtage wurden für beide Auswertungsvarianten verallgemeinerte lineare gemischte Modelle gerechnet, denen – , weil die Anzahl der Konsumtage in den letzten 30 Tagen als Zählvariable zu behandeln ist, – eine negative Binomialverteilung bei logarithmierter Anzahl zugrunde gelegt wird. Errechnet wurde zunächst das volle Modell mit den Faktoren Setting, Messzeitpunkt und Interventionsbedingung und allen Zweifach-Wechselwirkungen, wobei die Korrelation der Faktoren untereinander kontrolliert wurde. Das vollständige Modell wurde dann schrittweise an die Daten angepasst. Entsprechend den Hypothesen wurden dabei auf Interaktionen von Zeit (Veränderung) und Bedingung (CanStop versus TAU) fokussiert.

### *Ergebnisse*

In der ITT-Variante ergaben sich für die Vergleiche der Zeitpunkte  $t_1$  und  $t_2$  gegen  $t_0$  signifikante Effekte für den Haupteffekt Setting (Wald- $\chi^2 = 119.82$ ,  $p < .001$ ) und den Haupteffekt Zeit (Wald- $\chi^2 = 8.49$ ,  $p = .014$ ) sowie den Interaktionseffekt Bedingung x Setting (Wald- $\chi^2 = 9.56$ ,  $p = .023$ ). Der

Cannabiskonsum verringerte sich signifikant über die Settings hinweg durchschnittlich von  $t_0$  nach  $t_1$  (also während des Trainings), diese Verringerung im Cannabiskonsum war in diesem Modell jedoch nicht abhängig von der Zuweisung zum CAN Stop-Training oder zu TAU.

Um die Modellgüte weiterhin zu verbessern, wurde das Modell den Daten angepasst, indem zuvor nicht-signifikante Effekte schrittweise aus dem Modell entfernt wurden. Die Anpassungsgüte nach dem QICC-Kriterium (Korrigierte Quasi-Likelihood unter Unabhängigkeitsmodellkriterium) verbesserte sich damit von vormals 919.85 auf  $QICC = 903.47$ . Die oben genannten signifikanten Effekte umfassten wiederum den Haupteffekt Setting ( $Wald-\chi^2 = 111.74$ ,  $p < .001$ ) und den Haupteffekt Zeit ( $Wald-\chi^2 = 9.25$ ,  $p = .010$ ) sowie den Interaktionseffekt Bedingung x Setting ( $Wald-\chi^2 = 8.82$ ,  $p = .032$ ). Der für die Effektmessung interessante Effekt Bedingung wurde nicht signifikant ( $Wald-\chi^2 = .03$ ,  $p = .855$ ). In die Betrachtung der Veränderungen zu den Zeitpunkten  $t_1$  und  $t_2$  wurde der ursprüngliche Konsumwert zu  $t_0$  als Kovariate einbezogen, um damit eine Baseline-Adjustierung herzustellen. Die Modellschätzung ergab signifikante Haupteffekte für das Setting ( $Wald-\chi^2 = 51.50$ ,  $p < .001$ ), die Zeit ( $Wald-\chi^2 = 10.98$ ,  $p = .001$ ) sowie die Kovariate ( $Wald-\chi^2 = 62.71$ ,  $p < .001$ ), sowie signifikante Interaktionseffekte für Bedingung x Setting ( $Wald-\chi^2 = 12.38$ ,  $p = .006$ ) und Zeit x Setting ( $Wald-\chi^2 = 11.21$ ,  $p = .011$ ). Der hypothetische Interaktionseffekt für Zeit x Bedingung blieb jedoch wiederum aus ( $Wald-\chi^2 = 0.87$ ,  $p = .350$ ). Die Anpassungsgüte lag bei diesem Modell bei  $QICC = 615.12$ .

Um die Anpassungsgüte ein weiteres Mal zu verbessern wurden die vorher nicht signifikanten Interaktionen aus dem Modell entfernt. Bis auf den Haupteffekt für Bedingung ( $Wald-\chi^2 = 0.54$ ,  $p = .462$ ) erreichten in dem Modell alle verbleibenden Effekte signifikante Ergebnisse, zusammenfassend sind dies der Haupteffekt für das Setting ( $Wald-\chi^2 = 51.84$ ,  $p < .001$ ), der Haupteffekt für die Zeit ( $Wald-\chi^2 = 10.37$ ,  $p = .001$ ), der Haupteffekt für die Kovariate ( $Wald-\chi^2 = 61.56$ ,  $p < .001$ ), sowie die Interaktionseffekte Bedingung x Setting ( $Wald-\chi^2 = 9.16$ ,  $p = .027$ ), Zeit x Setting ( $Wald-\chi^2 = 11.90$ ,  $p = .008$ ), Setting x Kovariate ( $Wald-\chi^2 = 39.36$ ,  $p < .001$ ) und Zeit x Kovariate ( $Wald-\chi^2 = 11.79$ ,  $p = .001$ ). Auch in diesem Modell konnte also kein Hinweis auf eine Interaktion Zeit x Bedingung gefunden werden, der für einen Setting-unabhängigen Effekt des CAN Stop-Trainings gesprochen hätte.

Die PP-Analysen wurden hinsichtlich der Analysestrategie analog zu den ITT-Analysen durchgeführt. Zur Sichtung der Veränderungen von  $t_0$  zu  $t_1$  und  $t_2$  ergab gleich das Modell mit zweifachen Wechselwirkungen signifikante Ergebnisse für alle Haupt- und Interaktionseffekten, der Bedingung ( $Wald-\chi^2 = 4.15$ ,  $p = .042$ ), des Settings ( $Wald-\chi^2 = 151.95$ ,  $p < .001$ ), der Zeit ( $Wald-\chi^2 = 13.88$ ,  $p = .001$ ), sowie für die Interaktionseffekte für Bedingung x Setting ( $Wald-\chi^2 = 17.83$ ,  $p < .001$ ), Setting x Zeit ( $Wald-\chi^2 = 12.79$ ,  $p = .047$ ) und Bedingung x Zeit ( $Wald-\chi^2 = 6.87$ ,  $p = .032$ ). Die Anpassungsgüte lag bei  $QICC = 657.05$ . Paarweise Vergleiche zeigen dabei, dass es in der Bedingung CAN Stop von  $t_1$  zu  $t_0$  über alle Settings hinweg einen signifikanten durchschnittlichen Rückgang der Anzahl der Konsumtage gibt (Mittlere Differenz  $t_0-t_1 = .675$ ,  $df = 1$ ,  $p = .001$ ), während die Verringerung unter TAU-Bedingungen statistisch nicht bedeutsam ist (Mittlere Differenz  $t_0-t_1 = .348$ ,  $df = 1$ ,  $p = .070$ ). Dieser Effekt wird zu  $t_2$  etwas schwächer, ist aber mit einer mittleren Differenz von  $.640$  ( $df = 1$ ,  $p = .004$ ) bei der Bedingung CAN Stop signifikant. In anderen Worten: Auch nach dem Ende des Trainings verringern ehemalige CAN Stop-Teilnehmer ihren Konsum stärker als diejenigen, die

Interventionen ohne CAN Stop erlebten (TAU), wenn der Konsum ein halbes Jahr nach Trainingsende ( $t_2$ ) mit dem zu Beginn des Trainings ( $t_0$ ) verglichen wird.

Zur Analyse der Unterschiede zwischen  $t_1$  und  $t_2$  wurde wiederum die Anzahl der Konsumtage als Kovariate in das Grundmodell aufgenommen um so den Effekt unterschiedlicher Ausgangswerte zu kontrollieren (Baseline-Adjustierung). Die Schätzung eines vollständigen Modells ergab signifikante Haupteffekte für die Faktoren Setting (Wald- $\chi^2 = 65.26$ ,  $p < .001$ ), Zeit (Wald- $\chi^2 = 10.00$ ,  $p = .002$ ) und die Kovariate (Wald- $\chi^2 = 28.15$ ,  $p < .001$ ), sowie für die Interaktionen Bedingung x Setting (Wald- $\chi^2 = 11.37$ ,  $p = .010$ ), Zeit x Setting (Wald- $\chi^2 = 13.25$ ,  $p = .004$ ), Kovariate x Setting (Wald- $\chi^2 = 13.34$ ,  $p = .004$ ) und Kovariate x Zeit (Wald- $\chi^2 = 5.63$ ,  $p = .018$ ). Es ergab sich jedoch kein weiterer signifikanter Interaktionseffekt zwischen Zeit x Bedingung (Wald- $\chi^2 = 2.90$ ,  $p = .089$ ). In anderen Worten: Für die Zeit nach dem Training unterscheidet sich die Konsumreduktion in beiden Gruppen nicht mehr, wohl aber für den Vergleich über den gesamten Zeitraum. Das reduzierte Modell konnte die Modellpassung von  $QCC = 433.74$  auf  $QCC = 429.76$  senken (bei diesem Maß sind kleinere Werte erstrebenswert). Im reduzierten Modell zeigen sich dann entsprechend signifikant der Haupteffekt für das Setting (Wald- $\chi^2 = 66.62$ ,  $p < .001$ ), die Zeit (Wald- $\chi^2 = 9.89$ ,  $p = .002$ ), die Kovariate (Wald- $\chi^2 = 29.67$ ,  $p < .001$ ), sowie signifikante Interaktionseffekte für Bedingung x Setting (Wald- $\chi^2 = 9.89$ ,  $p = .019$ ), Zeit x Setting (Wald- $\chi^2 = 13.92$ ,  $p = .003$ ), Setting x Kovariate (Wald- $\chi^2 = 12.89$ ,  $p = .005$ ) und Zeit x Kovariate (Wald- $\chi^2 = 5.40$ ,  $p = .020$ ).

Die Setting-Effekte für den Zeitraum nach dem Training lassen sich wie folgt beschreiben. Während im ambulanten Jugend- und Suchthilfesetting und der stationären medizinischen Versorgung zwischen TAU und CAN Stop kein signifikanter Unterschied besteht, gaben die CAN Stop-Teilnehmer in der ambulanten medizinischen Versorgung signifikant mehr Konsumtage als die TAU Teilnehmer an (Mittlere Differenz CAN Stop - TAU = .611;  $df = 1$ ,  $p = .008$ ). In den Jugendstrafanstalten schneiden die Teilnehmer von CAN Stop jedoch signifikant besser ab als die von TAU (Mittlere Differenz CAN Stop - TAU = -1.214;  $df = 1$ ,  $p = .028$ ). Betrachtet man in den paarweisen Vergleichen die Veränderungen zwischen  $t_1$  und  $t_2$  in den unterschiedlichen Settings, ergeben sich außer für die stationäre medizinische Versorgung, wo der Konsum von  $t_1$  zu  $t_2$  zunimmt (Mittlere Differenz  $t_1-t_2 = -1.82$ ;  $df = 1$ ,  $p < .001$ ), keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen diesen Messzeitpunkten. Die hier dargestellten Ergebnisse bezüglich der Konsumtage werden in Tabelle 13 settingspezifisch dargestellt (geschätzte Randmittel der logarithmierten Konsumtage zu den verschiedenen Messzeitpunkten). Die genaue Betrachtung der Verhältnismäßigkeiten der Veränderungen lassen sich so in den einzelnen Settings genauer verfolgen, statistisch bedeutsam sind jedoch nur die oben schon dargestellten Effekte.

Tabelle 13  
*Geschätzte Randmittel der Konsumtage über Settings und Messzeitpunkte hinweg*

	Messzeitpunkt		
	t <sub>0</sub>	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>
Ambulante Jugend- und Suchthilfe			
CAN Stop	1.47	2.18	2.19
TAU	1.40	1.92	2.31
Ambulante medizinische Versorgung			
CAN Stop	1.47	2.52	2.54
TAU	1.41	1.69	2.15
Stationäre medizinische Versorgung			
CAN Stop	0.17	-0.50	1.48
TAU	0.45	-0.32	1.41
Jugendstrafanstalt			
CAN Stop	0.81	0.69	-0.41
TAU	1.36	1.26	1.87

Zur Auswertung der Konsummenge zu einer typischen Konsumgelegenheit innerhalb der letzten 30 Tage wurde die Konsummenge zunächst logarithmiert, um eine günstigere Verteilung zu erzielen. Wie zuvor wurde zunächst die ITT-Variante gewählt und gemischte lineare Modelle mit den Faktoren Bedingung, Zeitpunkt und Setting sowie Konsummenge zu t<sub>0</sub> als Kovariate sowie allen Zweifach-Wechselwirkungen gerechnet. Auch hier wurde die Abhängigkeitsstruktur in den Daten berücksichtigt. Im ersten vollen Modell ergaben sich signifikante Effekte nur für die Kovariate (F = 57.26, p < 001), den Interaktionseffekt Setting x Kovariate (F = 3.32, p = .020) und den Interaktionseffekt Zeit x Kovariate (F = 6.93, p = .009). Der für die Wirksamkeitsnachweis bedeutsamen Interaktionseffekt für Zeit x Bedingung wurde nicht signifikant (F = 2.09, p = .150). Eine weitere Anpassung des Modells änderte an diesem Ergebnis nichts. Auch die per protocol-Analysen konnten keine weiteren Effekte nachweisen als die, die in der ITT Variante schon sichtbar waren, nämlich die Effekte für die Kovariate (F = 81.51, p < .001), für die Interaktion Bedingung x Kovariate (F = 4.36, p = .038) und die Interaktion Zeit x Kovariate (F = 7.49, p = .007). Der Interaktionseffekt Zeit x Bedingung (F = 1.49, p = .223) bleibt statistisch unbedeutsam.

### *Schlussfolgerungen*

Die Auswertung des CAN Stop Trainings hinsichtlich der primären Outcome-Variablen, nämlich des Cannabiskonsums zeigt positive Effekte des Trainings – und dies nicht nur im Vergleich zu Konsumenten, die gar keine Behandlung, Beratung o.ä. erhalten hatten, sondern im Vergleich zu Konsumenten, die ein anderes „treatment as usual“ erhalten hatten. Dies ist insofern bemerkenswert, als dass die mutmaßliche „Therapiestärke“ des CAN Stop Trainings – auch wenn es wie z.B. im stationären medizinischen Setting mit anderen therapeutischen Maßnahmen parallel liefen –

verhältnismäßig bzw. bezogen auf den therapeutischen „Mehrwert“ geringer einzuschätzen ist. Dennoch ist es gelungen einen vorteilhaften Effekt von CAN Stop hinsichtlich der Konsumtage nachzuweisen, nicht jedoch hinsichtlich der Konsummenge zu einer typischen Konsumgelegenheit der letzten 30 Tage. Vor dem Hintergrund, dass es sich bei der Stichprobe laut SDS um meist abhängig konsumierende Teilnehmer handelt, erscheint dies nachvollziehbar: die „Stellschraube“, an der Veränderungen implementiert werden ist die Frage, ob an dem Tag gekifft wird oder nicht. Wenn jedoch Cannabis konsumiert wird, wird auch gleich die sonst übliche Menge konsumiert die notwendig ist - vermutlich entsprechend des Ausmaßes der körperlichen Gewöhnung an Cannabis – um den gewünschten Effekt (z.B. Entspannung) zu erzielen.

Der Vergleich der Analysen zur ITT und PP Population belegt die Wichtigkeit motivationaler Interventionen zu Beginn des Trainings. Während sich in der ITT-Analyse, die auch die Trainingsabbrüche verrechnet, keine Effekte des Trainings fanden, sind diese bei den Nicht-Abbrechern nachweisbar. Wieder einmal erweist sich damit motivationale Arbeit als unerlässlich in der Suchthilfe. Die in das CAN Stop-Training integrierten Konzepte des Motivational Interviewing erwiesen sich als sinnvoll, gelang es doch, einen großen Teil der TeilnehmerInnen in der Gruppe zu halten, was am Ende nachweisbare Reduktionen des Konsums nach sich zog.

Ein weiterer Grund für die Nichtnachweisbarkeit von Trainingseffekten in der ITT-Analyse liegt in den starken Setting-Effekten, welche mit Abbruchquoten und -mechanismen konfundiert sind (siehe Kapitel 7.1). Während für geschlossene Settings (JVA) ITT und PP-Populationen quasi deckungsgleich sind, differieren diese in den offenen bzw. halboffenen Settings stärker (ambulante Jugendhilfe, medizinische Suchthilfe). Der auch in der PP-Analyse gefundene Setting-Effekt ist damit nicht mehr auf die Abbruchquoten zurückzuführen und kann damit noch besser als „reiner“ Setting-Effekt interpretiert werden. Dabei darf nicht vergessen werden, dass auch hier der Faktor „Setting“ ggf. mit anderen Variablen konfundiert ist, welche nicht Bestandteil der Analyse sein konnten, z.B. Trainervariablen wie dem Geschlecht, den Einstellungen gegenüber Cannabis und dem Training usw..

Die für die Vergleiche  $t_0 - t_1$  und  $t_0 - t_2$  gefundene Überlegenheit des CAN Stop-Trainings ließ sich für den Zeitraum nach dem Ende des Trainings ( $t_1 - t_2$ ) nicht verifizieren. In diesem Zeitraum reduzieren zwar beide Gruppen ihren Konsum, jedoch wird dieser Unterschied nicht mehr signifikant. Hieraus darf geschlussfolgert werden, dass die Effekte des CAN Stop-Trainings nicht nur psychoedukativer, d.h. einstellungsverändernder, Natur sind, sondern auch auf die Gruppensituation selbst zurückzuführen sind. Der relative Nutzen, der während des Trainings gegenüber gebräuchlichen Interventionen erzielt wird, hält zwar an, ist jedoch kein Effekt der Zeit nach dem Training. In anderen Worten: CAN Stop erzeugt eine relativ schnelle Verhaltensänderung, welche dann zwar verstetigt, aber nicht mehr gesteigert wird. Für zukünftige Trainings wäre hier darauf zu achten, dass bereits bei Beendigung Möglichkeiten für Booster-Sessions oder andere Arten der langfristigen Bindung an Training und Gruppe etabliert werden.

Die Interaktion von Setting und postinterventiver Veränderung sollte nach den Resultaten differenziert betrachtet werden. Während für Jugendhilfe und ambulantes Medizinisches Setting, in denen es keine nachinterventive Veränderung gab, auffrischende Interventionen besonders angezeigt scheinen, bedarf es dieser im JVA Setting eher nicht. Da es im Untersuchungsfeld nicht möglich war, die Katamnesen an die Bewährungsbiographie der jugendlichen Straftäter anzupassen, lässt sich dieser positive Setting-Effekt mit dem Verbleib in der Haftanstalt erklären. Entlassene Strafgefangene gehörten häufig zu den Studienabbrechern, die in der PP-Analyse nicht vorkommen. Die Reduktion des Konsums in der Haftanstalt, in der dieser ohnehin verboten ist, darf deshalb nicht allein mit einem psychoedukativen Effekt des Trainings erklärt werden. Für das stationäre medizinische Setting ergab sich stattdessen ein paradoxer Trainingseffekt für den Katamnesezeitraum. Die durch die Addition von CAN Stop zum therapeutischen Regime erzeugte stärkere Reduktion des Konsum zum Ende des Trainings ( $t_1$  -0.95 versus -0.317) ließ sich poststationär nicht durchhalten.

## 7.5 Ergebnisse der Abbrecherbefragung

Unter Berücksichtigung der CONSORT-Richtlinien (Zwarenstein et al., 2008) wurden Probanden, die nach dem Messzeitpunkt  $t_0$  aus der Befragung ausschieden, durch einen Abbrecherfragebogen zu den Gründen ihres Abbruches befragt.

### *Methodik*

In Anlehnung an den „REASONS“-Fragebogen von Kelly, Kahler und Humphreys (2010), mit dem Abbrecher der *Anonymen Alkoholiker* zu den Gründen ihres Abbruches der Teilnahme an dem Gruppenprogramm befragt wurden, wurden im Rahmen des CAN Stop-Projektes ebenfalls die Gründe für den Abbruch der Teilnahme erhoben. Die Skalen und Items des „REASONS“-Fragebogens, die inhaltlich zu möglichen Abbruchgründen des CAN Stop-Projektes passten, wurden in die Befragung mit aufgenommen. In die Befragung aufgenommene Skalen in Anlehnung an Kelly et al. (2010) sind logistische Hürden (beispielsweise „Die Anreise zum Gruppentraining war zu lang“, „Terminschwierigkeiten hielten mich von einer regelmäßigen Teilnahme ab“), fehlende Motivation oder Notwendigkeit (beispielsweise „Ich dachte, ich könnte mich alleine ändern und selbst aufhören“, „Ich war nicht bereit oder motiviert genug, um etwas an meinem Cannabiskonsum zu ändern“), soziale Unsicherheit (beispielsweise „Ich fühle mich in Gruppen unwohl“, „Ich mag es nicht, in Gruppen zu sprechen“), Probleme mit dem Inhalt und der Form des Gruppentrainings (beispielsweise „Mir gefielen die Inhalte des Gruppentrainings nicht“, „Mir gefiel die Form des CAN Stop-Trainings nicht“) und Probleme im Kontakt mit anderen Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmern (beispielsweise „Es war schwierig, mit anderen Gruppenteilnehmern in Kontakt zu kommen“, „Ich hatte Schwierigkeiten / Streit mit anderen Gruppenteilnehmern“). Da im Rahmen des CAN Stop-Projektes das Zurechtkommen mit den Gruppentrainern eine wichtige Rolle spielt, wurde zusätzlich die Skala „Probleme mit den Trainern“ (beispielsweise „Die CAN Stop-Trainer waren zu streng in ihren Ansichten“, „Die CAN Stop-Trainer waren nicht sehr freundlich“) konstruiert. Die Probanden konnten auf einer 4-stufigen Likert-Skala mit den Stufen „trifft nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft eher zu“ und „trifft zu“ antworten.

Die Befragung der Abbrecherinnen und Abbrecher fand in einem Zeitraum von drei Monaten von Februar bis April 2011 statt. Insgesamt konnte eine Rücklaufquote von 37.5 % verzeichnet werden. Kontaktdaten von Probanden, die nicht zu erreichen waren, wurden über die zuständigen Einwohnermeldeämter oder die jeweiligen Einrichtungen recherchiert. Als Hauptgrund für das Nichtausfüllen des Fragebogens kann trotz der Bemühungen die schwere Erreichbarkeit der Probanden benannt werden.

#### *Stichprobe*

Insgesamt wurde an 40 Probanden der Abbrecherfragebogen verschickt, an n = 26 aus der CAN Stop-Gruppe und an n = 14 aus der TAU-Gruppe. Die Verteilung der Abbrecherinnen und Abbrecher auf die verschiedenen Settings gestaltete sich wie folgt: n = 15 aus dem medizinisch-ambulanten Setting, n = 6 aus der Jugend-Suchthilfe, n = 18 aus dem stationären Setting und n = 1 aus der Justizvollzugsanstalt (JVA).

#### *Ergebnisse*

Insgesamt kamen n = 15 Fragebögen zurück. Der höchste Rücklauf war im medizinisch-ambulanten Setting mit n = 11 zu verzeichnen im Vergleich zur Jugend-Suchthilfe mit n = 2, dem stationären Setting mit n = 2 und der JVA mit n = 0. Alle Probanden, die den Fragebogen zurückschickten, können der CAN Stop-Bedingung zugeordnet werden. Von den 15 Probanden waren 80 % (n = 12) männlich und 86.7 % (n = 13) deutscher Herkunft.

Als Gründe für den Abbruch des Trainings wurden hauptsächlich die fehlende Motivation bzw. Notwendigkeit und logistische Hürden benannt. Andere frei benannte Gründe für den Abbruch entsprachen vor allem logistischen Problemen wie Umzug in eine andere Stadt, Krankenhausaufenthalt oder privaten Hindernissen wie beispielsweise Probleme mit Beruf und Familie oder Überforderung mit gleichzeitig einzuhaltenden Bewährungsaufgaben.

## 7.6 Rückmeldungen der Trainer

### 7.6.1 Auswirkungen von Trainereigenschaften auf den Trainingserfolg

#### *Hintergrund*

Therapeutenvariablen sind ein in der Behandlung Suchtkranker selten untersuchter, aber vielversprechender Faktor. Die bisher diesbezüglich veröffentlichten Ergebnisse sind widersprüchlich: Während Kim, Wampold und Bolt (2006) nachwiesen, dass 8 % der Varianz im Therapieerfolg durch Therapeutencharakteristika erklärbar sind, konnte eine zweite Studie, die die Analyse des gleichen Datensatzes zugrunde lag, diese Ergebnisse nicht bestätigen (Elkin, Falconnier, Martinovich & Mahoney, 2006). Mit der Einführung von manualisierten Interventionen, zu denen auch CAN Stop gehört, sollte der Einfluss individueller Trainermerkmale auf den Behandlungserfolg geringer sein, da mögliche Behandlungseffekte dem durchgeführten Behandlungsmanual zugeschrieben werden können und nicht den Behandlern. Dennoch hat auch die fortschreitende Manualisierung und

Standardisierung von Therapien den Einfluss des individuellen Therapeuten nach Ansicht einiger Autoren nicht eliminiert (vgl. Luborsky, McLellan, Diguier, Woody & Seligman, 1997). Trotz der widersprüchlichen Forschungslage waren Therapeutenvariablen, insbesondere im Suchtbereich, nur selten Gegenstand systematischer Untersuchungen. Noch geringer ist die Anzahl der Studien im Suchtbereich, die das Zusammenspiel von Therapeuten- und Patientenvariablen betrachten, obgleich entsprechende Studien in der Psychotherapieforschung existieren. Im Folgenden sollen in diesem Kapitel relevante Ergebnisse aus diesem Forschungszweig berichtet werden. Trainervariablen können in zwei große, nichtdisjunkte Kategorien eingeteilt werden: Eigenschaften (beispielsweise Persönlichkeit) sowie das Verhalten im Therapieprozess. Das vorliegende Kapitel fokussiert Trainereigenschaften: soziodemografische Trainervariablen, Qualifikation, Berufserfahrung mit der untersuchten Altersgruppe sowie Einstellungen gegenüber Cannabis und der CAN Stop-Intervention. Zusätzlich werden Aspekte der Passung von Trainern und Klienten fokussiert. Auf das Verhalten im Trainingsprozess wird an anderer Stelle in diesem Bericht eingegangen (vgl. Kapitel 7.2 und Kapitel 7.9).

### *Methodik*

Es wird zwei Fragestellungen nachgegangen. Zunächst wird der Einfluss reiner Trainermerkmale sowie von Aspekten der Passung von Trainer und Patient auf den symptombezogenen Interventionserfolg untersucht. Hinsichtlich der Passung von Trainer- und Klientenmerkmalen werden mit der Altersdifferenz zwischen Trainern und Probanden ein soziodemografischer und mit der Zielkongruenz ein inhaltlich-therapeutischer Aspekt herausgegriffen. Unter Zielkongruenz wird verstanden, dass sich Trainer und Patient einig sind hinsichtlich des Therapieziels. Bei der zweiten Fragestellung geht es darum, ob Trainermerkmale einen Einfluss auf die Haltequote des Programms haben. Für die Analyse wurden drei binäre logistische Regressionen durchgeführt, Erfolgskriterien waren hierbei Symptomreduktion und Haltequote. Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Vorabuntersuchung innerhalb des Projektprozesses, die nur die Daten von  $t_0$  und  $t_1$  umfasst.

### *Ergebnisse*

Von den 106 Klienten hatten 71 mindestens fünf Gruppensitzungen besucht und zum zweiten Messzeitpunkt Daten abgegeben. 35 wurden als Abbrecher klassifiziert. Von den 71 Teilnehmenden, die das Training vollständig abschlossen, wurden durch die drei Experten 34 als erfolgreiche und 37 als nicht erfolgreiche Behandlungen klassifiziert. Die Analyse mithilfe der logistischen Regression ergab, dass therapeutische Qualifikation und Traineralter signifikante Prädiktoren beider Erfolgskriterien sind. Hinsichtlich der Symptomreduktion wies auch die Nichtübereinstimmung der Trainingsziele (Abstinenz vs. kontrollierter Konsum) von Trainern und Klienten zu Interventionsbeginn einen gewissen Vorhersagewert auf. Als signifikanter Prädiktor für einen Erfolg zum Zeitpunkt „post“ erwies sich zudem ein jüngeres Alter der Trainer. Hinzu trat die Altersdifferenz zwischen Trainern und Probanden, die mit einem positiven Regressionskoeffizienten darauf hindeutete, dass ein größerer Altersunterschied zu besseren Trainingsergebnissen führte. Schließlich wurde der Einfluss von Trainermerkmalen und Passung auf ein anderes Erfolgskriterium, die Haltekraft, untersucht. Wieder zeigte sich ein signifikanter Effekt des Traineralters, dieses Mal allerdings in umgekehrter Richtung: Um einen Klienten kontinuierlich in der Gruppe zu halten, schien ein höheres Alter günstiger zu sein. Noch deutlicher stellte sich der Effekt eines in den vorangegangenen Analysen nicht signifikant gewordenen

Prädiktors dar: Das Vorhandensein einer Ausbildung im sozialen oder Gesundheitsbereich entfaltete den größten Effekt auf die kontinuierliche Anwesenheit der Klienten.

### *Schlussfolgerungen*

Für die Steigerung der Haltekraft erwiesen sich andere Trainermerkmale als bedeutsam für die erfolgreiche Behandlung der in der Gruppe Verbliebenen. Dieses Ergebnis kann dahingehend interpretiert werden, dass die Abbrecher sich in ihren Bedürfnissen an die Trainer systematisch von jenen Klienten unterschieden, die in der Gruppe verblieben. Für die Bedeutung der Passung könnte auch der hohe prädiktive Wert der Altersdifferenz zwischen Trainer und Klienten sprechen. Eine alternative Erklärung wäre, dass das Klientenalter ebenso wie das Traineralter einen eigenen Vorhersagewert hat. Hinsichtlich der Trainingsziele hingegen besaß in der CAN Stop-Stichprobe die Passung von Trainer und Patient einen höheren Stellenwert als das Trainingsziel jedes Einzelnen: Möglicherweise stößt Inkongruenz intensivere emotionale und kognitive Prozesse beim Klienten an als eine bereits von Beginn an bestehende Übereinstimmung. Weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben sollten diesen Zusammenhang überprüfen und Wirkmechanismen untersuchen. Mit Traineralter, Berufserfahrung, höchstem Bildungsabschluss und Art der Ausbildung wurden Prädiktoren signifikant, die untereinander teilweise in Zusammenhang stehen. Hier könnte das Setting, in dem die Gruppen stattfanden, eine moderierende Rolle spielen: Von der JVA über Beratungsstellen und Ambulanzen hin zu Stationen steigt die Höhe des höchsten Bildungsabschlusses und sinken Alter und Berufserfahrung. Daher steht zu vermuten, dass die Befunde zu den Trainervariablen durch die Hinzunahme nicht nur von Klienten-, sondern auch von Settingvariablen sowie Wechselwirkungen ein noch schlüssigeres Gesamtbild ergeben könnten. Trotz anderer beachtenswerter Einflussfaktoren sowie enger Manualisierung, Schulung, Supervision und Adhärenzmessung blieben jedoch in der untersuchten Substichprobe Trainereffekte bestehen. Dies unterstreicht die Bedeutung, die der Person des Trainers zugemessen werden sollte. Beachtenswert sind aber auch die nicht signifikant gewordenen Effekte. So könnte das Fehlen von Einflüssen sowohl einstellungsbezogener Variablen als auch therapeutischer oder suchtspezifischer Zusatzausbildungen auf die starke Standardisierung zurückzuführen sein. Damit wird der Anspruch des CAN Stop-Programms eingelöst, auch durch Trainer ohne therapeutische Ausbildung durchführbar zu sein. Auch über CAN Stop hinaus untermauert dieses Ergebnis den Nutzen von Manualisierung und Schulung gerade für Laientrainer. Durch Standardisierung kann somit ein überprüfbarer Qualitätsstandard flächendeckend auch in niedrighwelligen Einrichtungen gewährleistet werden.

Die dargestellten Ergebnisse zu den Trainereffekten im CAN Stop-Gruppentraining wurden 2011 bereits in einem Sonderheft der Fachzeitschrift SUCHT veröffentlicht (Weymann et al., 2011). Die Publikation ist dem Bericht nachfolgend in Form eines kurzen EXKURSES beigefügt.

**EXKURS: „Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten – Ergebnisse der Multicenterstudie ‚CAN Stop‘“**

## Themenschwerpunkt

# Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten

## Ergebnisse der Multicenterstudie „CAN Stop“

Nina Weymann<sup>1</sup>, Christiane Baldus<sup>1</sup>, Alejandra Miranda<sup>1</sup>, Kerstin Moré<sup>2</sup>,  
Olaf Reis<sup>2</sup> und Rainer Thomasius<sup>1</sup>  
Unter Mitarbeit von Inibong Essien<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), Zentrum für Psychosoziale  
Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

<sup>2</sup>Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter,  
Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock

**Zusammenfassung:** *Fragestellung:* Therapeutenvariablen sind ein in der Behandlung Suchtkranker selten untersuchter, aber viel versprechender Faktor. In der Multicenterstudie CAN Stop wird eine Gruppenintervention für junge Cannabiskonsumenten von Trainern mit einer großen Bandbreite an beruflichen Hintergründen durchgeführt. Der vorliegende Artikel geht innerhalb dieser Studie der Fragestellung nach, inwieweit sich der Interventionserfolg aus Trainermerkmalen sowie aus Aspekten der Passung von Trainer- und Patientenvariablen vorhersagen lässt. *Methodik:* Es wurden drei binaire logistische Regressionen durchgeführt. Erfolgskriterien waren Symptomreduktion und Haltequote. *Ergebnisse:* Das Traineralter ist ein signifikanter Prädiktor beider Erfolgskriterien. Hinsichtlich der Symptomreduktion weist auch die Nichtübereinstimmung der Trainingsziele (Abstinenz vs. kontrollierter Konsum) von Trainern und Patienten zu Interventionsbeginn einen gewissen Vorhersagewert auf. *Schlussfolgerungen:* Die Ergebnisse legen eine Bedeutung von Trainervariablen nahe. In Studien zur Effektivität von Interventionen sollten Trainer- und Matching-Variablen in die Analyse einbezogen werden, um das Verständnis der Wirkungsprozesse zu erweitern.

**Schlüsselwörter:** Cannabis, Gruppenintervention, Trainereffekte

### Trainer Effects in a Group Training for Young Cannabis Consumers – Results of the Multisite Trial “CAN Stop”

**Abstract:** *Aims:* Therapist variables are a promising but neglected factor in the research of the treatment of addiction. CAN Stop, a group intervention program for adolescents with problematic cannabis use, was designed for trainers with varying degrees of professional education in drug treatment. The present study analyses effects of individual trainer variables, such as socio-demographic variables, professional qualification and attitudes towards cannabis, and effects of matching of trainer's and patient's goals at the beginning of the program on various outcomes. *Method:* Binary logistic regressions were performed to predict symptom reduction and retention rates after training. *Results:* Trainer age was a significant predictor of both criteria. Incongruence of treatment goals (abstinence vs. moderate use) at the beginning of the intervention predicted more symptom reduction. *Conclusions:* Results suggest that trainer variables are an important factor in group trainings with young cannabis consumers. Research should include trainer and dyadic (matching) variables in the analysis in order to broaden the understanding of underlying processes.

**Keywords:** Cannabis, group intervention, trainer effects

Anmerkung. Die vollständige Publikation ist in Anhang A.5 zu finden.

## 7.6.2 Qualitative Ergebnisse der Befragung der Trainer zu ihren Erfahrungen mit dem CAN Stop-Gruppentraining

### *Hintergrund*

Wie bereits erwähnt wird auch der Prozessevaluation innerhalb der CAN Stop Studie eine große Bedeutung beigemessen. Ein Teil hiervon waren die direkten Rückmeldungen der CAN Stop-Trainer während einer zweitägigen Trainertagung. Hierbei standen Hinweise auf die Zufriedenheit der Trainer mit dem Training, insbesondere bezüglich seiner Durchführbarkeit, sowie die Akzeptanz des Trainings in der Zielgruppe im Vordergrund

Um das Potential an Rückmeldungen der Trainer bezüglich der Durchführbarkeit des Trainings in der Praxis der verschiedenen Settings auszuschöpfen, wurde neben der telefonischen und schriftlichen Befragung der Trainer im April 2011 in Hamburg eine 2-tägige Trainertagung durchgeführt. Des Weiteren sollte gemäß dem verfolgten Laientraineransatz mit der Tagung eine Grundlage für die Vernetzung der Beteiligten gelegt werden, die Möglichkeiten des Austauschs untereinander schafft.

Das Ziel war es, die Rückmeldungen der Trainer zusammenzufassen, thematisch zu ordnen und die gewonnenen Erkenntnisse in eine Überarbeitung der Trainingsmaterialien einfließen zu lassen. Vor allem auf die unterschiedlichen Anforderungen in ambulanten einerseits und stationären Settings andererseits sollte stärker eingegangen werden.

### *Methodik*

Zu der am 14./15.04.2011 in Hamburg stattfindenden Trainertagung wurden alle CAN Stop-Trainer, die mindestens eine CAN Stop-Gruppe durchgeführt hatten (36 Trainer aus 18 Einrichtungen), zum Erfahrungsaustausch eingeladen. Des Weiteren folgten einer Einladung wichtige Projektbeteiligte wie Herr Kern (Bundesministerium für Gesundheit), Herr Thiel (Justizbehörde Hamburg) und Frau Dr. Wrociszewski (Gesundheitsamt Rostock).

Zu Beginn der Tagung wurde von den Mitarbeitenden der Studienzentren in Form von Kurzvorträgen ein Überblick über die Studie und bisherige Ergebnisse gegeben:

- ▶ Inhalt und Ablauf der Studie
- ▶ Vorstellung der Stichprobe
- ▶ Akzeptanz des Trainings (Auswertung des Fragebogens zur Gruppenbewertung und des FBB-P und FBB-T)
- ▶ Effekte der Intervention (erste Ergebnisse der Auswertung der ersten und zweiten Datenerhebung)
- ▶ Trainereffekte

Danach erfolgte eine intensive Kleingruppenarbeit in zwei Fokusgruppen (stationäres und ambulantes Setting), die von jeweils zwei Studienmitarbeitern moderiert wurden. Dabei ging es um die Bearbeitung folgender Leitfragen:

- Welche Stärken und Schwächen hat das CAN Stop-Gruppentraining?
- Welche Sitzungselemente wurden von den Teilnehmern positiv beurteilt?
- Welche Elemente waren in der Umsetzung schwierig?
- Welche problematischen Situationen mit den Teilnehmern traten bei der Durchführung des Trainings auf?
- Welche settingspezifischen Schwierigkeiten führten bei der Umsetzung zu Problemen?
- Wie gut fühlten sich die Trainer durch das Manual und die Schulung auf die Durchführung vorbereitet?

Die Trainer wurden gebeten, die Sitzungselemente hinsichtlich zweier Aspekte zu beurteilen: Eigene Einschätzung der Sitzungsinhalte und Motivation der Klienten an den Elementen teilzunehmen. Die Sitzungsinhalte wurden nacheinander diskutiert. Des Weiteren wurden die Trainer gebeten, über Schwierigkeiten, die in der Durchführung aufgetreten sind, zu berichten.

Am zweiten Tag ging es um Fragen der Programmumsetzung:

- Durchführbarkeit und Organisation des Trainings
- Zukunft von CAN Stop
- Wie können die Schulungen verbessert werden?

Dazu wurden zwei Gruppen gebildet, die im Wechsel die Fragestellungen in Form von Mindmaps bearbeiteten. Die Ergebnisse wurden danach gemeinsam betrachtet und von den Moderatoren im Plenum ausgewertet. Die Trainer wurden des Weiteren gebeten, einen Fragebogen zur Durchführbarkeit des Trainings auszufüllen, indem sie zu jeder Sitzung und den beinhalteten Übungen eine Bewertung zu folgenden Fragestellungen:

- Verständlichkeit / Erklärung der Übung im Manual
- Umsetzbarkeit
- Motivation der Teilnehmer
- Ob sie die Übung für sinnvoll halten

In einem weiteren Fragebogen sollten Angaben zur Organisation und Umsetzung des Trainings in der jeweiligen Einrichtung der Trainer gemacht werden. Hierbei ging es um Fragestellungen was die Trainer als hilfreich bei der Motivation von Teilnehmern empfanden, inwieweit es Schwierigkeiten bei der Durchführung des Trainings aber auch bei der Implementierung des Programms in der Einrichtung gegeben hat, wie gut sie sich durch die Schulung auf das Gruppentraining vorbereitet gefühlt haben (Skalierung 5-stufig von „sehr gut“ bis „schlecht“), wie gut sie sich durch das jeweilige Projektzentrum betreut gefühlt haben und ob sie das Gruppentraining weiter in der Einrichtung anbieten werden. Die Trainer der ambulanten Settings wurden weiterhin dazu befragt, was sich bei der Rekrutierung von

Teilnehmern bewährt hat und was als schwierig empfunden wurde. Trainer die nicht an der Trainertagung teilgenommen hatten, wurden schriftlich gebeten, die beiden Fragebögen auszufüllen.

### *Ergebnisse*

Von den 37 eingeladenen Trainern konnten aufgrund zeitlicher und personeller Engpässe in den Einrichtungen nur 17 Trainer kommen. Eine Übersicht darüber, von wie vielen Trainern die einzelnen Settings während der Tagung vertreten wurden und ob diese Personen Fachkräfte oder so genannte Laientrainer waren, gibt Tabelle 14.

Tabelle 14  
*Teilnehmer Trainertagung*

	<b>Amb. Jugend- Suchthilfe</b>	<b>Amb. med. Hilfe</b>	<b>Stat. med. Hilfe</b>	<b>Jugendanstalt</b>
Teilnehmeranzahl	7	2	3	5
Verhältnis Fachkräfte Suchtkrankenhilfe und sog. Laientrainer	5/ 2	2/ 0	0/ 3	0/ 5

### *Stärken und Schwächen des CAN Stop Gruppentrainings*

Die Trainer beider Gruppen benannten vor allem die klare Struktur des Trainings, den Informationsgehalt, den Spaß für Trainer und Teilnehmer übereinstimmend als Stärken von CAN Stop. Positiv wurde auch in beiden Gruppen bewertet, dass nur eine geringe Vorerfahrung zur Durchführung notwendig ist. Bezüglich der Schwächen wurden in beiden Gruppen die vorgeschriebene Manualtreue im Rahmen der Studie, das Tagebuch und die Substanzbeschränkung benannt. Tabelle 15 und Tabelle 16 stellen eine Zusammenfassung der Stärken und Schwächen aus beiden Fokusgruppen dar.

Tabelle 15

*Stärken und Schwächen des CAN Stop Trainings – Aussagen von Trainern des stationären Settings (Klinik und Jugendstrafanstalt)*

<b>Stärken und Schwächen des CAN Stop Trainings – Stationär</b>	
<i>Stärken</i>	<i>Schwächen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhaltliche Relevanz für Klienten</li> <li>• Programm auf andere Lebenslagen übertragbar</li> <li>• Struktur der Sitzungen und der Inhalte</li> <li>• Verständliche Formulierungen</li> <li>• Wenig Vorerfahrung oder Vorwissen erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einige Manualteile sind schwer zu vermitteln</li> <li>• Inflexibilität des Programms aufgrund der starren Vorgaben</li> <li>• Mangelnde Zeit zur Vor- und Nachbereitung der Gruppensitzung</li> <li>• In den JA: Einholung der Einwilligung der Eltern der Klienten zur Teilnahme am Programm schwierig durchzuführen</li> <li>• Programmdurchführung mit nur einem Trainer problematisch</li> <li>• In den JA ist eine so genannte freiwillige Abstinenz nicht möglich</li> <li>• In den JA sind einige Übungen schwierig durchzuführen</li> <li>• Der Einsatz des CAN Stop-Tagebuchs</li> <li>• Beschränkung auf Cannabis als einzige Droge</li> </ul>

Tabelle 16

*Stärken und Schwächen des CAN Stop Trainings – Aussagen von Trainern des ambulanten Settings (Jugend- und Suchthilfe, med. Suchtambulanz)*

<b>Stärken und Schwächen des CAN Stop Trainings – Ambulant</b>	
<i>Stärken</i>	<i>Schwächen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodenvielfalt</li> <li>• Jugendspezifisch</li> <li>• Ressourcenorientiert</li> <li>• Gruppendynamisch</li> <li>• Jugendliche stärken sich gegenseitig</li> <li>• Viele Informationen für Teilnehmer</li> <li>• Basiswissen leicht zugänglich/vermittelbar</li> <li>• Guter Aufbau, klare und feste Struktur</li> <li>• Vermittelt „Wir“-Gefühl</li> <li>• Spaßfaktor</li> <li>• Viel Platz für Aktivitäten durch Teilnehmer</li> <li>• Jugendliche können Erfahrungen teilen</li> <li>• Training auf andere Problembereiche übertragbar</li> <li>• Zieloffenheit – Abstinenz nicht zwingend, sondern Konsumreflexion</li> <li>• Keine Therapie, sondern Training</li> <li>• Nicht wertend bzw. ergebnisoffen</li> <li>• 8 Treffen sind überschaubare Zeit</li> <li>• Gutes, professionelles Design</li> <li>• Nur durchschnittliche Vorerfahrung von Nöten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inhomogene Gruppe</li> <li>• Substanzbeschränkung</li> <li>• Sehr genaues Vorgehen (Manualtreue)</li> <li>• Einhaltung der Zeitvorgabe teilweise schwierig</li> <li>• Fehlende geschlechtsspezifische Themen, wie Liebe &amp; Partnerschaft</li> <li>• Für bestimmte Zielgruppen zu lang – kürzere Interventionen besser</li> <li>• Funktion von Cannabis bei hochbelasteten Mädchen (Trauma) fehlt</li> <li>• Tagebuch schwierig zu integrieren</li> </ul>

### Passung CAN Stop und Setting – Auswertung der Fokusgruppen

Bei der Diskussion über die Sitzungen bezüglich der Durchführbarkeit im Behandlungssetting, der Motivation der Teilnehmer und der aufgetretenen Schwierigkeiten zeigte sich, dass in keinem Setting erhebliche Probleme bei der Durchführung der Gruppensitzungen vorgekommen waren. Einzig im stationären Setting wurde über Umsetzungsprobleme in der Sitzung 5 („Kifft nicht jeder mal?“) bezüglich der Übung „Spiders Web“ und der daraus abgeleiteten Aufgabe „Was ist der Plan?“ aufgrund der eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten der Klienten berichtet. Vor allem die Trainer der Jugendanstalten berichteten über Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Themen Freizeitgestaltung, abstinente Netzwerke und Planung von Aktivitäten, da dort Ausgänge selten möglich sind, Freizeitgestaltung nur in geringem Maße selbst wählbar ist und die Perspektiven nach Entlassung für häufig nicht geklärt sind. In beiden Fokusgruppen fanden die Trainer die Erklärung der Zusammenhänge von Gehirn und Cannabiskonsum schwierig und wünschten sich mehr Hintergrundwissen im Theorieteil sowie Formulierungshinweise. Darüberhinaus wurde nur vereinzelt über kleinere Schwierigkeiten aufgrund von Motivationsproblemen der Teilnehmenden berichtet. Insgesamt wurde berichtet, dass das Training sowohl von Trainern als auch bei Klienten als unterhaltsam und kurzweilig empfunden wurde.

Weiterhin wurde die Anwendbarkeit des Tagebuchs kritisch bewertet, da dies auf mangelnde Akzeptanz bei den Klienten gestoßen wäre. Aufgrund der mangelnden Motivation, sich mit dem Tagebuch auseinanderzusetzen, konnten die Sitzungselemente, die hierauf aufbauen, häufig nicht behandelt werden. In beiden Fokusgruppen wurde eine Arbeit mit Arbeitsblättern bevorzugt.

Im Folgenden (siehe Tabelle 17 und Tabelle 18) wurden die Ergebnisse der zwei Fokusgruppen und die Modifikationswünsche der Trainer zusammengefasst.

Tabelle 17  
Passung CAN Stop und Setting -Fokusgruppe stationäres Setting

Sitzung	Schwierigkeiten/ Fazit/ Modifikationswünsche fürs Manual
1. You CAN Stop	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veränderung der Kennlernrunde – Klienten kenn sich häufig bereits</li> <li>Aufnahme von Vorschlägen für Nachteile von Cannabiskonsum ins Manual – diese waren teilweise beim Vierfelderschema nicht ausreichend vertreten</li> </ul>
2. Wissen ist Macht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zusatzfragen für Cannabisquiz (bei Gleichstand)</li> <li>Mehr Hintergrundwissen zum Gehirn</li> <li>Verbesserung der Formulierungshilfen für die Erklärung der Zusammenhänge von Cannabis und Gehirn</li> <li>Hinweise für Nutzung multimedialer Hilfen (Quellen) oder personelle Unterstützung</li> </ul>
3. Finde deine Stärken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schwierig, wenn das Selbstbild der TN verzerrt ist</li> <li>Arbeitsbogen für eigene Stärken statt Tagebucheintrag</li> </ul>
4. Express your emotions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gut für Gruppendynamik</li> <li>Arbeitsbogen für Strategien im Umgang mit Gefühlen statt Tagebucheintrag</li> </ul>
5. Kifft nicht jeder mal?	<ul style="list-style-type: none"> <li>BZGA Studie sorgt für viel Diskussion – gut um kognitive Dissonanzen zu schaffen</li> <li>TN tun sich teilweise schwer bei den Unterschieden in Freizeitaktivitäten mit kiffenden und nichtkiffenden Menschen– Hinweise für Umgang, Frage nach Fitness</li> <li>„Spiders Web“ modifizieren auf weitere Zukunft (mögliches abstinentes Netzwerk nach Entlassung)</li> <li>Modifikation für Hausaufgabe „mein Plan“ – Vorsatz für Beurlaubung oder nach</li> </ul>

Sitzung	Schwierigkeiten/ Fazit/ Modifikationswünsche fürs Manual
	Entlassung
6. Just say no	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gedanke der sozialen Verführung schwierig – nein sagen angeblich kein Problem</li> <li>„Just say no“- Arbeitsblatt mit Hinweisen und Lieblingssätzen statt Tagebucheintrag</li> <li>Das gemeinsame Rappen stieß auf Akzeptanz, TN sehr einfallsreich</li> </ul>
7. Rückfallmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Engel-Teufel-Dialog stieß auf Akzeptanz – Aufnahme von Vorschlägen für Engel-Strategien in das Manual, da TN Probleme hatten die Argumente gegen den Cannabiskonsum zu finden</li> <li>Arbeitsblätter zu Hauptauslösern und Strategien statt Tagebucheintrag</li> </ul>
8. Emergency and goodbye	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problematisch, wenn TN kein Tagebuch führen</li> <li>Modifikation des Notfallkoffers - Streichholzschachteln in JVA verboten. Eventl. Collage?</li> </ul>
Tagebuch	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mangelnde Akzeptanz</li> <li>Genauere Protokollierung des Suchtdrucks scheint eine Überforderung zu sein</li> <li>Besser Arbeitsblätter zu den einzelnen Sitzungen</li> </ul>
Wandposter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umsetzung schwierig, wegen mangelnder Akzeptanz der Tagebücher</li> <li>Vertraulichkeit in JVA problematisch (kein Suchtdruck deutet auf Konsum?)</li> </ul>

Tabelle 18  
*Passung CAN Stop und Setting – Fokusgruppe ambulantes Setting*

Sitzung	Schwierigkeiten/ Fazit/ Modifikationswünsche fürs Manual
1. You CAN Stop	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tagebuch an einem Beispiel demonstrieren</li> </ul>
2. Wissen ist Macht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zusammenhänge Gehirn teilweise schwierig zu erklären</li> <li>Bessere Bilder zur Präsentation, andere Medien nutzen (Filme, Animationen) =&gt; Erleichterung für Trainer und Verständlicher für TN</li> </ul>
3. Finde deine Stärken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mädchen haben hier mehr Schwierigkeiten</li> <li>Variationen für Reise zu den Stärken, wenn TN keine eigenen Stärken sehen</li> </ul>
4. Express your emotions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gefühlsphantomime teilweise schwierig – Freiwilligkeit beachten ist wichtig</li> <li>Gemeinsames Aufstehen kann schwierig sein, wenn TN Schwierigkeiten mit Körperkontakt haben</li> <li>Methode Flaschendrehern möglicherweise ungünstig, da oft als sexualisiertes Spiel in Verwendung – auf Variationen ohne Flasche hinweisen</li> </ul>
5. Kiff nicht jeder mal?	<ul style="list-style-type: none"> <li>TN sehr interessiert an Daten zu Konsum</li> <li>Nicht-Kiffertermometer-polung schwierig</li> <li>Mehr Auswahl bei den Freizeitaktivitäten</li> <li>Spiders Web schwierig für Jugendliche, da oft kaum nicht-konsumierende Kontakte – Hinweise im Manual wichtig, vor allem Hinweis auf Beispiel</li> </ul>
6. Just say no	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tagebucheintrag problematisch, Arbeitsblätter sind eine Alternative</li> </ul>
7. Rückfallmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktive Mitarbeit der Teilnehmer</li> <li>Aufgabe Hauptauslöser braucht Zeit</li> <li>Arbeitsblatt statt Tagebucheintrag</li> <li>Hausaufgabe Abstinenzhilfe schwierig, da TN oft vergesslich – Erinnerung per SMS, Trainer Beispiele mitbringen</li> </ul>
8. Emergency and goodbye	<ul style="list-style-type: none"> <li>Strategien sammeln gut</li> <li>Notfallkoffer wurde wegen basteln teilweise als nicht altersgerecht angesehen – vor allem jüngere TN unkooperativer</li> </ul>

Sitzung	Schwierigkeiten/ Fazit/ Modifikationswünsche fürs Manual
Tagebuch	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mangelnde Akzeptanz des Tagebuchs (Format zu klein, einige TN Probleme lesen und schreiben, Ältere TN weniger Probleme)</li> <li>Einzelne Arbeitsblätter die in Mappe gesammelt und am Ende übergeben werden, sind eine Alternative,</li> </ul>
Wandposter	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verständnisprobleme und Überforderung bei einigen Teilnehmern</li> </ul>
Zertifikat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Umfang des Programms sollte genauer definiert sein</li> </ul>

### Passung CAN Stop und Setting – Auswertung der Fragebögen

Insgesamt wurden 24 Fragebögen in die Auswertung aufgenommen (14 von Teilnehmern der Trainertagung und 10 von den 18 angeschriebenen Trainern). Die einzelnen Übungen wurden bezüglich ihrer Erklärung im Manual als überwiegend gut verständlich beurteilt (siehe Abbildung 5).

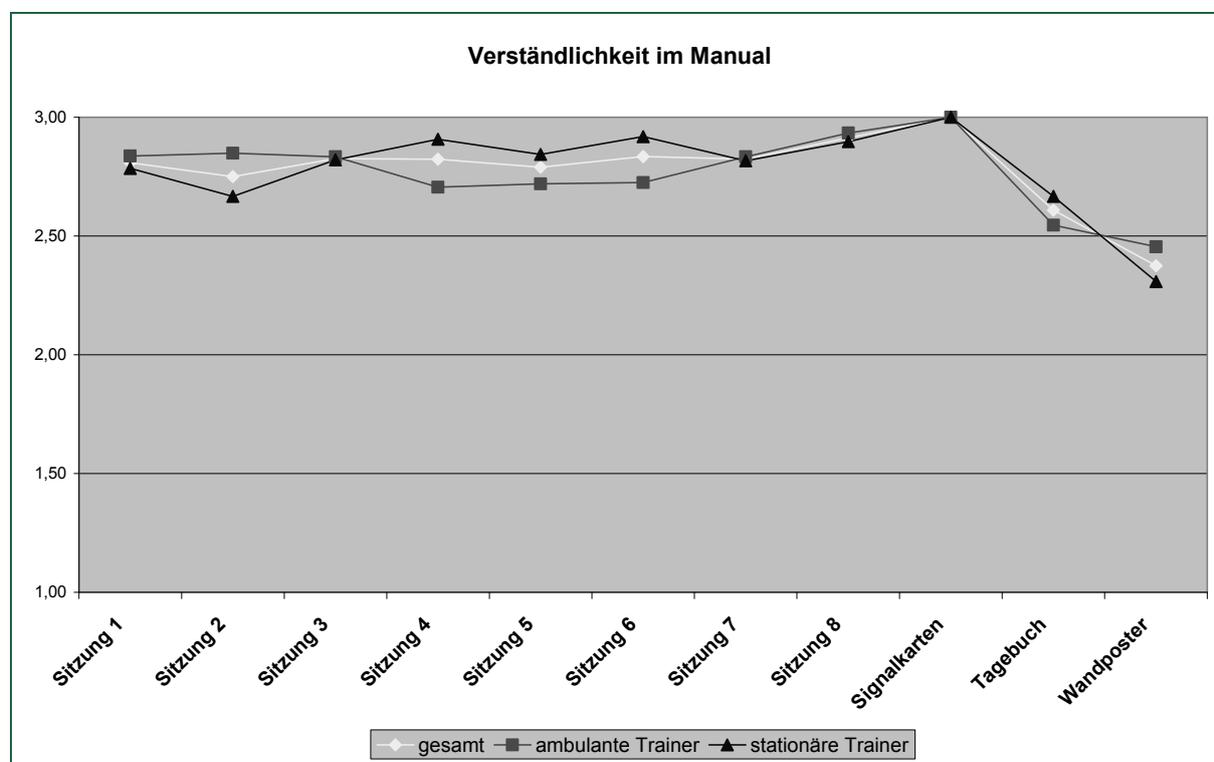


Abbildung 5 Verständlichkeit der Beschreibung der Übungen im Manual

Bezüglich der Durchführbarkeit der einzelnen Sitzungen und deren Übungen zeigten sich zwischen dem ambulanten und dem stationären Setting wenige Unterschiede. Lediglich die Durchführbarkeit der Übungen „Gefühlspantomime“ und „Flaschendreher“ der Sitzung 4 und „Typische Konsum- / Risikosituationen“ und „Engel-Teufel-Dialog“ der Sitzung 7 wurde negativer beurteilt. Die Umsetzung dieser Übungen und die Motivation der Teilnehmer (siehe auch Abbildung 6 und Abbildung 7) scheint im ambulanten etwas schwieriger zu sein als im stationären Setting. Auch die Umsetzung der Arbeit mit dem Tagebuch wurde im ambulanten Setting als deutlich schwieriger eingeschätzt als im stationären Setting. Die Frage nach der Motivierbarkeit der Teilnehmer das Tagebuch zu führen,

wurde auch im stationären Setting von den Trainern eher als schwierig eingeschätzt. Bezüglich der Umsetzung und Motivation erhielt Sitzung 2 (Wissen ist Macht), vor allem aufgrund des Cannabisquiz, die beste Beurteilung. Die Psychoedukation zu den Zusammenhängen von Gehirn und Cannabiskonsum stieß auf breite Akzeptanz, wurde von aber öfter als etwas schwierig eingeschätzt, was, wie in den Fokusgruppen zurückgemeldet wurde, mit der Unsicherheit der Trainer zusammenhängt, die sich mit dieser Thematik im Vorfeld nur selten beschäftigt haben.

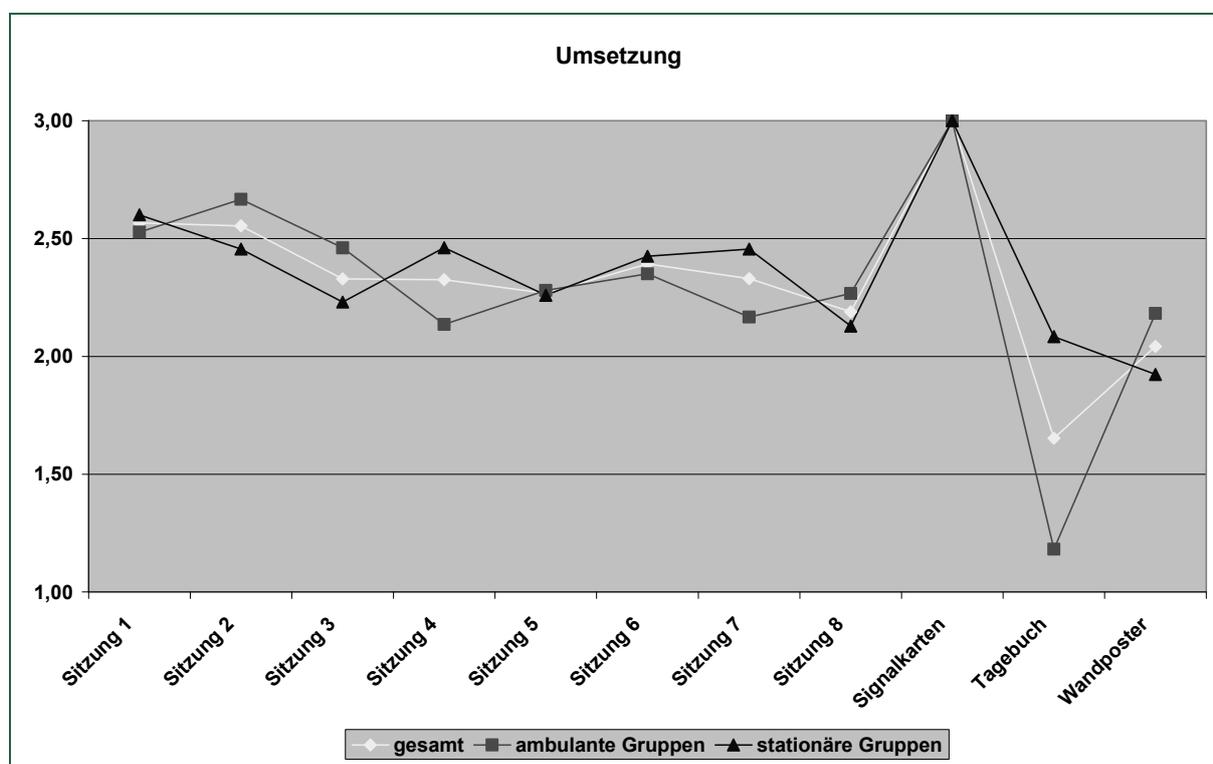


Abbildung 6 Umsetzung der Sitzungsinhalte (einfach-schwierig)

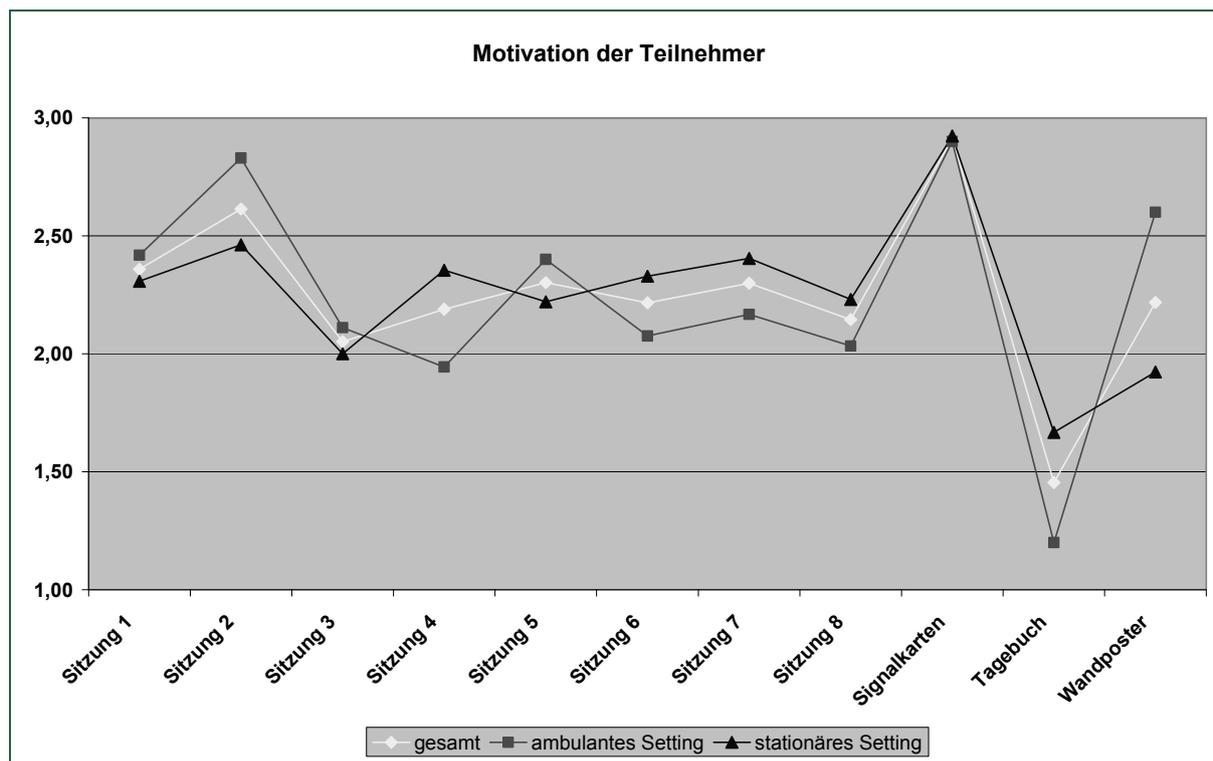


Abbildung 7 Motivation der Teilnehmer zur Mitarbeit

#### Durchführbarkeit und Organisation des Trainings - Zukunft von CAN Stop

Vor allem im ambulanten Setting gestaltete sich die Rekrutierung von Teilnehmern schwierig. In der Gruppenarbeit konnten folgende Rückmeldungen bezüglich guter Rekrutierungswege gesammelt werden:

- Pressemitteilungen
- Informationen über das Internet
- Information von Bewährungshilfe, Jugendrichtern (richterliche Auflage für Training) und Jugendamt über das Angebot
- Gruppenvorstellung bei Infoabend
- Kontaktaufnahme zu Jugendhilfeeinrichtungen
- Verteilung von Flyern bei Krankenkassen, Arbeitsämtern, Ärzten
- Information von nahegelegenen Schulen bzw. Schulsozialarbeitern

In den stationären Settings verlief die Rekrutierung von Teilnehmern problemlos, teilweise wurde das Training in das reguläre Programm integriert und damit in Kliniken zum Pflichtprogramm. Schwierigkeiten eine Gruppe zu beginnen gab es lediglich, wenn keine ausreichende Anzahl an Klienten bzw. Häftlingen mit einer Cannabisproblematik anwesend waren. Eine Klinik entgegnete diesem Problem dadurch, dass sie Jugendliche anderen stoffgebundenen Abhängigkeitsstörungen ins Training aufnahm. Auch wenn das Training als eine geschlossene Gruppe vorgesehen war, berichtete eine Klinik auch über gute Erfahrungen mit dem Quereinstieg von Teilnehmern in laufende Gruppen, wenn die Inhalte vorher über ein Einzelsetting nachgearbeitet wurden.

Durch die gezahlte Aufwandsentschädigung war es nach Ansicht der Trainer nicht schwierig die Jugendlichen zur Teilnahme zu motivieren Gruppenaktivitäten zwischen den Sitzungen (sogenannte „Bergfeste“, beispielsweise gemeinsames Grillen) und ein Höhepunkt am Ende in den Einrichtungen haben sich bewährt, um die Abbrecherquote zu reduzieren. Im ambulanten Setting gestaltete es sich teilweise als schwierig die Teilnehmer über Wartezeit von Anwerbung bis zum endgültigen Beginn des Gruppentrainings hinweg zu motivieren. Hier haben sich Einzelgespräche und Kontakte über E-Mail oder SMS bewährt. Schwierigkeiten bei der Implementierung des Programms in den Einrichtungen wurden vor allem im stationären Setting berichtet. Hauptsächlich wurden hierfür dienstplantechnische Probleme und fehlende Personalkapazitäten verantwortlich gemacht. Von den acht stationären Einrichtungen, die im Rahmen der Studie mindestens eine CAN Stop-Gruppe durchgeführt haben, beabsichtigen sechs CAN Stop weiter anzubieten, von den neun ambulanten Einrichtungen ebenfalls sechs. (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19  
Weiterführung von CAN Stop in den Einrichtungen

	Einrichtung	Absicht, CAN Stop weiter anzubieten ?	Grund
Ambulante Jugend- und Suchthilfe	AFW Gemeinnütziges Arbeitsförderungs- und Fortbildungswerk GmbH, Rostock	ja	Gute Möglichkeit den Klienten bei der Bewältigung von Suchtproblematik Hilfestellung geben zu können
	Kajal Suchtprävention und Beratung für Mädchen, Hamburg	ja	Themen und Inhalte des Trainings entsprechen der Arbeitsweise und den Inhalten der Einrichtung/viele ähnliche Methoden werden in der Einzelberatung angewandt/die Methoden sind dem Team also nicht fremd
	Jugend-Drogenberatung Prisma, Hannover	nein	Es gibt eine Cannabisgruppe, in die einzelne Methoden aufgenommen wurden.
	Drogenberatungsstelle Drob, Nordhorn	ja	<i>keine Angabe</i>
	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention des Diakonischen Werkes Osnabrück	nein	Junge KonsumentInnen anderer Suchtstoffe müssen mit bedient werden/ zu lange Wartezeiten bis ausreichend TN für Gruppe
	Integratives Beratungszentrum Fachstelle für Sucht und Suchtprävention, Melle	ja	<i>keine Angabe</i>
Ambulante medizinische Hilfe	Landschaftsverband Rheinland, Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychosomatik, - psychotherapie (Bedburg-Hau)	ja	Gutes ergänzendes Gruppenangebot

<b>Jugendstrafanstalten</b>	Institutsambulanz und Drogensprechstunde der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock	nein	Keine ausreichende Patientenzahl mit Cannabisproblematik – weitere Gruppen nur über zusätzlichen Aufwand und Rekrutierung möglich, dafür zuwenig Personalkapazität
	Asklepios Klinik Göttingen - Suchtambulanz	<i>keine Angabe</i>	<i>keine Angabe</i>
	Jugendanstalt Schleswig	nein	Die meisten Gefangen haben multiple Suchtprobleme - Beschränkung auf Cannabis schwierig.
	Jugendanstalt Neustrelitz	nein	Von der Dienstplanung nicht möglich keine Unterstützung durch Anstaltsleitung
	JVA Hahnöfersand, Jugendvollzug und Jugendarrest	ja	Kurzweilig und gut akzeptiert. Klientel ist vorhanden, Grundstrukturen geeignet, gute Erfahrungen. Teil im Vollzugsplan
<b>Stationäres medizinisches Setting</b>	LWL-Klinik Hamm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	ja	Es ist ein erfrischendes, abwechslungsreiches Manual
	Fachklinik Holthäuser Mühle, Holthausen	ja	Hat sich als hilfreich bewährt
	Chance Jugendhilfe und Therapie gGmbH, Bugk	ja	Neben Gruppentherapie, weitere Form der Wissensvermittlung Gute Ergänzung zum vorhandenen Therapieangebot
	Salus Fachklinikum Uchtspringe, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtstation	ja	Interesse der Patienten, Andere Form von Gruppentherapiesitzungen
	Jugendsuchtstation, UKE	ja	Aufgenommen als festes und regelmäßiges Gruppenangebot

Von vielen Trainern wurde geäußert, dass sie eine Erweiterung des Programms auf andere Suchtmittel begrüßen würden.

#### *CAN Stop Schulungen – Beurteilung der bisherigen Schulungen und Verbesserungsvorschläge*

Die Trainer fühlten sich in der überwiegenden Anzahl gut durch die Schulung auf das Gruppentraining vorbereitet (siehe Abbildung 8) und gut durch das Projektzentrum betreut (siehe Abbildung 9).

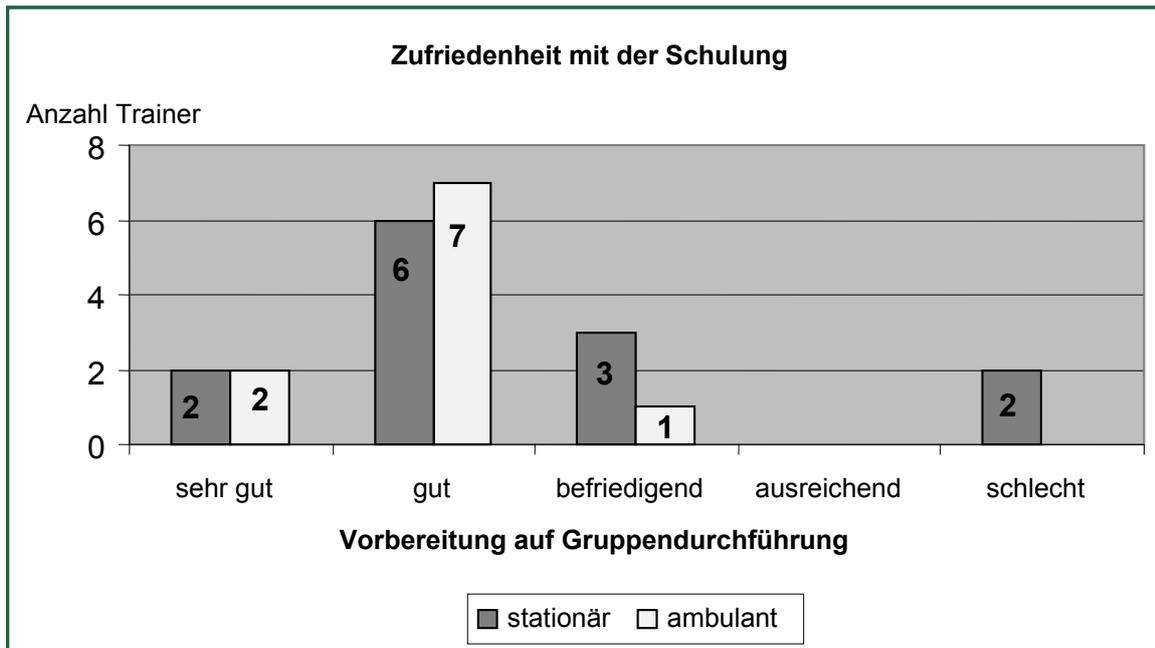


Abbildung 8 Auswertung Fragebogen / Vorbereitung durch die Schulung auf das CAN Stop-Gruppentraining

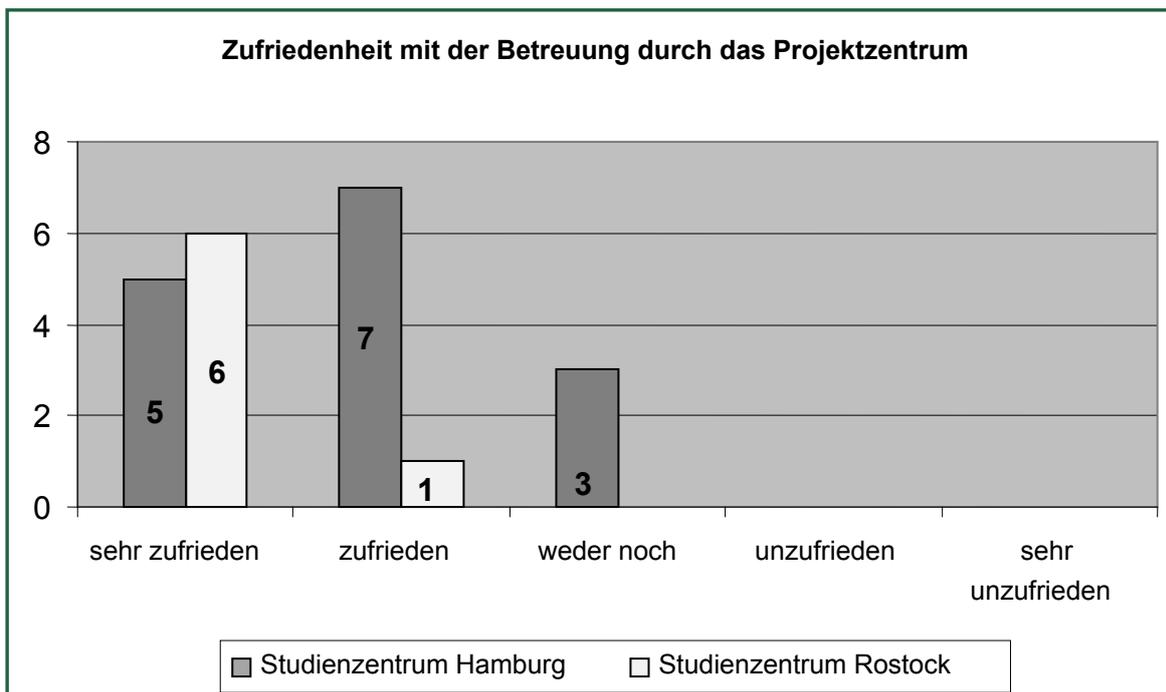


Abbildung 9 Auswertung Fragebogen/ Zufriedenheit mit der Betreuung durch das Projektzentrum

Im Rahmen der Trainertagung wurden folgende Stärken und Schwächen der bisherigen Schulungen an den 2 Studienzentren zurückgemeldet:

Tabelle 20  
*Stärken und Schwächen bisheriger Schulungen*

<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verständlichkeit der Sprache</li> <li>- Praxisnah</li> <li>- Beispiele anhand von Videoausschnitten</li> <li>- Übungen des Trainings während der Schulungen ausprobieren</li> <li>- Gute Vorbereitung, wenn nur wenig Vorkenntnisse über Gruppen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- durch geringe Dauer nur oberflächlich</li> <li>- nur Wissensvermittlung wird als sinnlos beurteilt</li> <li>- schlechte Präsentation, schlechte Folien</li> <li>- nur für Trainer ohne Vorkenntnisse – bei Erfahrung mit Gruppen nicht notwendig</li> </ul>

Für zukünftige Schulungen wurden von den Trainern folgende Vorschläge gemacht:

- ▶ maximale Gruppengröße: 10 Teilnehmer
- ▶ mehr Rollenspiele und praktische Übungen
- ▶ längere Schulung (ggf. 2 Tage) und Intensiveres Üben
- ▶ Zeit um eine ganze Sitzung durchzuspielen oder Simulation eines kompletten Trainings
- ▶ Noch mehr Vorbereitung auf mögliche schwierige Situationen (z.B. Beleidigungen, Verherrlichung von Cannabis, Störungen etc.)
- ▶ Gesprächsstrategien üben, schlagkräftige Argumente entwickeln

#### *Schlussfolgerungen*

Die Trainertagung und die Nachbefragung der Trainer ist trotz einer eher geringen Beteiligung (Trainertagung 46 % / Fragebögen 66.7 %) als erfolgreich anzusehen. Alle Beteiligten äußerten am Ende der Tagung eine große Zufriedenheit mit den Inhalten und dem Ablauf der Tagung und es konnten hilfreiche Hinweise für die Überarbeitung des Manuals und die Weiterführung von CAN Stop gewonnen werden.

## 7.7 Die Wirkung des CAN Stop-Trainings auf peer-bezogene Konsummuster

### *Hintergrund*

Die Attraktivität der Droge Cannabis, die wie in Kapitel 4 des vorliegenden Berichtes dargelegt heutzutage einen nach wie vor sehr hohen Stellenwert bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat, wird durch mit dem Konsum assoziierte Attribute wie „im Trend sein“, Dazugehörigkeit, Kreativität und Revolution bzw. Opposition gegen die Erwachsenenwelt (vgl. Settertobulte, 2010; Schneider, 2002) unterstrichen. Die Wirksamkeitserwartungen an Cannabis entsprechen damit genau den typischen Bedürfnissen, die in der Entwicklungsphase des Jugendalters befriedigt werden wollen: Individualität, Beflügelung der Phantasie, Intensivierung von Wahrnehmung und Gefühlen, Euphorisierung, Genusssteigerung (vgl. Kleiber, Soellner & Tossmann, 1997). Darüber hinaus stellt das Erlernen eines verantwortungsbewussten Konsums von Suchtmitteln eine Entwicklungsaufgabe

dar, welche Teil des Erwerbens von Lebenskompetenz im Prozess des Erwachsenwerdens ist (Jungblut, 2004). Dazu zählt auch das Experimentieren mit psychoaktiven Substanzen wie Cannabis.

Der Konsum von Cannabis im Jugendalter wird mit vielfältigen auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren in Verbindung gebracht, darunter biologische, soziale und psychologische Faktoren. Als Hauptindikatoren werden neben ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen (Compton, Thomas, Conway & Colliver, 2005) vor allem ein Substanzkonsum der Eltern und der Peers sowie deren positive Einstellung gegenüber Cannabiskonsums genannt (vgl. Agrawal, Lynskey, Bucholz, Madden & Heath, 2007; Gruber & Pope, 2002; Ferguson, Horwood & Swain-Campbell, 2002). Die Anzahl der Cannabis konsumierender Peers im Freundeskreis stellt dabei den größten Risikofaktor für Cannabiskonsum unter Jugendlichen dar (vgl. Korhonen, Huizink, Dick, Pulkinnen, Rose & Kaprio, 2008; Chabrol, Chauchard, Mabila, Mantoulan, Adèle & Rousseau, 2006). Gervilla, Cajal & Palmer (2011) haben herausgefunden, dass die Anzahl der wöchentlich gerauchten Joints mit der Anzahl der Cannabis konsumierenden Peers und der Kontakthäufigkeit zu diesen zunimmt. Entsprechende Zusammenhänge wurden auch für den Konsum legaler Suchtmittel nachgewiesen (Guxens, Nebot & Ariza, 2007), insbesondere für missbräuchlichen Alkoholkonsum (vgl. Böhnisch, 2002; Töppich, 2005; Greca, 2008).

Der Einfluss der Peers auf die Einstellungen und die Lebensweise ist im Jugendalter größer als in allen anderen Lebensphasen und scheint seinen Höhepunkt während der frühen Adoleszenz zwischen 13 und 15 Jahren zu haben (vgl. Eccles & Barber, 1999; Urberg, Luo, Pilgrim & Degirmencioglu, 2003; Steinberg & Monahan, 2007). In dieser sensiblen Entwicklungsphase, die mit dem Einsetzen der Pubertät eingeläutet wird, sind die Heranwachsenden im natürlichen Ablösungsprozess von den Eltern auf der Suche nach einem persönlichen Stil und einer eigenständigen Lebensgestaltung. Die Jugendlichen wünschen sich in diesem Alter in erster Linie ein neues Gefühl der Zugehörigkeit außerhalb ihres Elternhauses und finden dies in ihrer Clique. Je älter die Jugendlichen werden, desto mehr Zeit verbringen sie mit Gleichaltrigen: bei 7-11-Jährigen sind es bereits 40% der Tageszeit, am Ende der Sekundarstufe I sind es sogar 50% (vgl. Updegraff, McHale, Crouter & Kupanoff, 2001). Unabhängig von den Eltern werden im sicheren Kreis der Peers Entwicklungserfahrungen gesammelt und reflektiert (vgl. Scharp, Coatsworth, Darling, Cumsille & Ranieri, 2007). Die Peer Group bietet damit Orientierungsmöglichkeiten für die Jugendlichen und stellt ein zentrales jugendalterspezifisches Lernfeld dar (vgl. Harring, 2007; Schröder, 2006; Hornstein, 2001), welches entwicklungsförderlich ist. Cliques kann folglich einerseits eine pro-soziale Funktion zugesprochen werden (Hurrelmann & Albert (Hrsg.), 2002, 148), da sie die Herausbildung sozialer Kompetenzen fördern. Andererseits birgt die Identifikation mit der Peer Group aber auch die Gefahr einer emotionalen Abhängigkeit, die sich dann entwicklungshemmend auswirken kann, wenn innerhalb der Bezugsgruppe nicht-konforme Werte vermittelt werden (vgl. Rauschenbach, Leu, Lingenauber, Schilling, Schneider, Züchner, 2004; Grunert, 2006; Schröder, 2006). Dabei sind die Jugendlichen besonders empfänglich für gruppenspezifische Prozesse, was durch den Wunsch begünstigt wird, mit der Gruppen-Norm überein zu stimmen (McIntosh, MacDonald & McKeganey, 2003). Um der Clique gegenüber möglichst keine Entwicklungsdefizite zu haben, da dies unter

Umständen die Positionsfindung innerhalb der Clique und die Anerkennung durch die Peers gefährden könnte, sind die Jugendlichen eher geneigt sich dem anzuschließen, was die Gleichaltrigengruppe in Annahme des Entwicklungsfortschritts an Erfahrungen sammelt (vgl. Brown, Clasen & Eichner, 1986; Evans, Powers, Hersey & Renaud, 2006). Dazu gehören im Selbstverständnis der Jugendlichen auch Risikoverhaltensweisen wie der Konsum legaler und illegaler Suchtmittel (Johnston, O'Malley, Bachmann & Schulenberg, 2008). Weitere häufig genannte Ursachen für jugendlichen Cannabiskonsum sind Neugier, Langeweile, der Wunsch nach einem erfahrbaren Zusammengehörigkeitsgefühl, etwas Neues und möglicherweise Angenehmes erleben zu wollen, das Streben nach Andersartigkeit und eine Demonstration der Unabhängigkeit von den Eltern (Schneider, 2002; McIntosh, MacDonald & McKeganey, 2006).

Mit fortschreitendem Alter nimmt der Einfluss der Peer Group kontinuierlich ab, was darauf zurückzuführen ist, dass die Jugendlichen im Prozess der Ablösung von den Eltern und der Entwicklung eines eigenen Identitätsgefühls zunehmend mehr nach Autonomie streben (vgl. Denscombe, 2001; McIntosh et al., 2006). Ein Individuum zu sein wird wichtiger als sich einer Gruppe anzupassen, um sich dieser zugehörig zu fühlen. Gleichzeitig wirkt sich die Übernahme konventionellerer Rollen mit dem Eintritt in das Erwachsenenalter abschwächend auf den Drogenkonsum aus (vgl. Schneider, 2002; Weber & Schneider, 1997).

Kritisch wird es jedoch, wenn die Jugendlichen in der Experimentierphase mit dem Konsum von Drogen in zunehmendem Maße die Erfahrung machen, dass ihnen die Substanz bei der Bewältigung problematischer Lebenssituationen und psychischer Zustände hilft. Auslöser dafür können kritische Lebensereignisse oder aber Überforderung mit allgemeinen Entwicklungsaufgaben, z.B. bedingt durch Entwicklungsdefizite sein. Das Suchtmittel wird dann schnell zum Kompensator bzw. zur Stress- und Gefühlsbewältigung eingesetzt, um der aktiven Problemlösung über das Verschaffen einer scheinbaren Erleichterung bei der Lebensbewältigung durch den Substanzkonsum auszuweichen. Diese ungünstige passive Reaktion (vgl. Oerter & Montada, 2008) kann dazu führen, dass der Betroffene im Rückgriff auf die Droge keine eigenen produktiven Handlungsstrategien entwickelt, um seine Entwicklungsaufgaben ohne diese bewältigen zu können. Aus dieser erlebten Rückständigkeit in der Fähigkeit der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben können Selbstwertprobleme, Versagensängste und Identitätskrisen resultieren, die wiederum durch den Konsum in geselliger Runde der Peers geschmälert werden (vgl. Settertobulte, 2010).

Jugendliche, die über ein gesundes Selbstbewusstsein und Durchsetzungsvermögen verfügen, zeigen vergleichsweise weniger Risikoverhaltensweisen und können dann auch dem Druck von Gleichaltrigen in Bezug auf den Konsum von Drogen in bestimmten sozialen Situationen eher widerstehen (vgl. Wills, Baker & Botvin, 1989; Caplan, Weissberg, Grober, Sivo, Grady & Jacoby, 1992). Mädchen scheinen generell weniger beeinflussbar durch ihre Peers zu sein als Jungen und berichten bereits in der frühen Adoleszenz von einem stärker ausgeprägten Gefühl von Eigenständigkeit (Steinberg & Monahan, 2007). Darüber hinaus wird im Umkehrschluss zur Erhöhung des Risikos für den Konsum von Suchtmitteln durch Substanz gebrauchende Peers angenommen,

dass ein positives Verhältnis und eine enge Bindung an nicht konsumierenden Peers dieses Risiko mildert (Fallu, Janosz, Brière, Descheneaux, Vitaro & Tremblay, 2010).

Aus diesen Ergebnissen lassen sich wichtige Implikationen im Hinblick auf Prävention und Intervention ableiten. Grundlegend für die Entwicklung von Präventionsprogrammen zur allgemeinen Gesundheitsförderung ist dabei die „Theory of Planned Behaviour“ (TPB: Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 2010). Der TPB zufolge ist die wichtigste Determinante des Verhaltens einer Person deren Verhaltensintention. Diese bildet sich heraus aus der persönlichen Einstellung gegenüber dem Verhalten, der subjektiven Norm und/oder dem empfundenen sozialen Druck dieses Verhalten auszuführen sowie dem Ausmaß der wahrgenommenen Kontrolle, welche die Person selbst auf das Zielverhalten ausüben kann (Selbstwirksamkeitserleben). In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass das Verhalten einer Person durch diese drei Faktoren vorhergesagt werden kann (z.B. Ajzen, 1991; Godin & Kok, 1996). Das schließt auch die Vorhersage des Konsums legaler und weicher illegaler Substanzen wie Cannabis mit ein (Godin, Valois, Lepage & Desharnais, 1992; Schlegel, D’Avernas, Zanna, DeCourville & Manske, 1992; Richard, Van der Pligt & de Vries, 1996). Vor allem normative Einflüsse, die sich in der Zustimmung oder dem Missfallen anderer hinsichtlich des beabsichtigten Verhaltens äußern, können auf die Herausbildung der Konsumabsicht und den tatsächlichen Konsum von Cannabis einwirken. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat wie beschrieben vor allem die Peer Group maßgeblichen Einfluss.

Anwendung finden diese Erkenntnisse bereits in Präventionsprogrammen wie Projekt DARE (Drug Abuse Resistance Education) von Ringwalt, Ennett & Holt (1991; Ennett, Tobler, Ringwalt & Flewelling, 1994), dem „Life Skills Training“ (LST) von Botvin (1983, 1995) und dem Ansatz des „sozialen Einflusses“ (Evans, Dratt, Raines & Rosenberg, 1988), der Maßnahmen beinhaltet, welche bei der Peer Group und deren Einfluss auf das eigene Verhalten ansetzen. Dadurch werden die sozialen Lebensbezüge und die psychosoziale Funktion von Verhaltensweisen im Kontext sozialer Netzwerke berücksichtigt. Derartige Programme zeigen viel versprechende Effekte. Sie klären über die sozialen und gesundheitlichen Folgen des Konsums auf und fokussieren die Förderung sozialer und personaler Kompetenzen, von Stressbewältigung und Konfliktlösestrategien sowie der Vermittlung von Fertigkeiten zur Vorbeugung gesundheitsschädlichen Verhaltens. Der Konsum von Sucht- und Rauschmitteln wird in diesem Zusammenhang als entwicklungsbedingtes Problemverhalten verstanden, welches darlegt, dass es an gesunden alternativen Bewältigungsstrategien mangelt (Silbereisen, 1995). Ziel ist es daher, die Jugendlichen mit Hilfe des Trainings zu befähigen, in sozialen Risiko- und Verführungssituationen dem Druck Drogen zu nehmen widerstehen zu können. Dies wird im Rahmen von Gruppenarbeiten und Rollenspielen eingeübt. Die Ausrichtung solcher Interventionsprogramme, denen der *Lebenskompetenzansatz* zugrunde liegt, ist folglich stark verhaltensorientiert und geht unter anderem auf die sozial-kognitive Lerntheorie Banduras (1974) sowie dessen Arbeiten in Zusammenhang mit Selbstwirksamkeitserwartungen zurück (Bandura, 1977; 1982).

Auf diesen Prinzipien beruht auch die konzeptionelle Gestaltung von „CAN Stop“, die bereits in Kapitel 5.5 beschrieben wurde. Die Inhalte einzelner Trainingseinheiten des Manuals zielen unmittelbar auf das Thema „Peers“ ab (siehe Kapitel 5.5.2), in der Analyse konnte jedoch ausschließlich der Gesamteffekt der Maßnahme „CAN Stop“ berücksichtigt werden und nicht der einzelner Sitzungselemente oder Übungen.

Im Rahmen der vorliegenden Teilauswertung sollen die Fragestellungen beantwortet werden, ob und inwieweit das CAN Stop- Training im Vergleich zur Kontrollgruppe TAU einen Einfluss auf die Fähigkeit der Studienteilnehmer hat, dem Druck durch Cannabis konsumierende Peers in bestimmten sozialen Risiko- und Verführungssituationen zu widerstehen und ob dies zu einer Veränderung der abstinenz-bezogenen Selbstwirksamkeitsüberzeugung führt. „Peer Resistance“ würde insofern einen Prädiktor für den Behandlungserfolg darstellen, was von den Autoren angenommen wird.

### *Methodik*

In die statistischen Auswertungen wurden zunächst N = 306 Probanden eingeschlossen, davon haben 147 das herkömmliche Treatment in den Einrichtungen erhalten und 159 haben zusätzlich am CAN Stop Training teilgenommen. Die Probanden verteilten sich wie folgt auf die vier Settings: 25.5% in der Jugend- und Suchthilfe, 24.8% im ambulant medizinischen System, 28.4% im stationär medizinischen System und 21.6% im Jugendstrafvollzug.

Die mittels des Peer Resistance Inventars (RPI) erhobenen Daten zu den abstinenz-bezogenen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen wurden als abhängige Variable in die Analysen einbezogen. Das Setting, die Bedingung (CAN Stop vs. TAU), das Alter der Probanden, das Geschlecht, die Menge und Häufigkeit des Cannabiskonsums sowie der Gebrauch von Cannabis und Nikotin im Freundeskreis wurden als mögliche Einflussgrößen auf die Peer Resistance berücksichtigt. Das Konsumverhalten des Partners/der Partnerin blieb aufgrund zu geringer Fallzahlen in der Gesamtstichprobe unberücksichtigt.

Es wurde ein baseline-adjustiertes lineares gemischtes Modell gerechnet. Die Abhängigkeitsstruktur in den Daten wurde berücksichtigt. Als abhängige Variable wurde die Differenz des Peer Resistance Summenmittelwertes zu  $t_1$  bzw.  $t_2$  und des Peer Resistance Summenmittelwertes zu  $t_0$  als Veränderungsmaß für die Peer Resistance (Peer Resistance<sub>Diff</sub>) gebildet. Für die Analyse konnten die Daten von N = 221 Probanden verwendet werden. Als Faktoren wurden das Setting, die Bedingung, der Zeitfaktor sowie das Geschlecht der Probanden unter Berücksichtigung der Kovariaten des  $t_0$ -Baselinewerts der Peer Resistance (Peer Resistance<sub>Kov\_t0</sub>), des Alters der Probanden sowie der von den Probanden zu  $t_0$  angegebenen Konsummenge und der Anzahl der Konsumtage (Konsumtage<sub>t0</sub>) in das Modell einbezogen. Die Wahl des Maßes für die Anpassungsgüte fiel auf das Akaike Informationskriterium (AIC). Das AIC kann verwendet werden, um verschiedene Modelle zu vergleichen. Das Modell mit dem kleinsten AIC hat die höchste Anpassungsgüte (Burnham & Anderson, 2004). Ausgehend von der Analyse der Haupteffekte und aller Zweifach-Wechselwirkungen

zwischen den einzelnen Faktoren und Kovariaten wurden Schritt für Schritt die nicht-signifikanten Wechselwirkungen aus dem Modell entfernt, bis nur noch signifikante Effekte resultierten (siehe Tabelle 21). Alle Haupteffekte, für die signifikante Wechselwirkungen mit anderen Variablen vorlagen, wurden im Modell belassen, auch wenn für sie selbst kein signifikanter p-Wert resultierte.

Tabelle 21  
Signifikante feste Effekte für die abhängige Variable (AV) Peer Resistance<sub>Diff</sub> (N = 221)

	df Zähler	df Nenner	F-Wert	p
Konstanter Term	1	207,898	43,399	,000
Setting	3	200,554	2,689	,048
Bedingung	1	205,454	,798	,373
Geschlecht	1	198,238	2,731	,100
Peer Resistance <sub>Kov_t0</sub>	1	202,157	34,179	,000
Zeitpunkt	1	170,937	,496	,482
Konsumtage <sub>t0</sub>	1	210,828	3,891	,050
Setting*Bedingung	3	203,516	4,245	,006
Setting*Geschlecht	2	199,366	3,221	,042
Peer Resistance <sub>Kov_t0</sub> Konsumtage <sub>t0</sub>	1	210,524	6,080	,014

Der baseline-adjustierte Vergleich des Zeitpunkts  $t_1$  gegen  $t_2$  fällt hier mit  $p = .482$  nicht signifikant aus. Da als abhängige Variable die Differenzen zu  $t_0$  im Modell verwendet wurden, kann der Vergleich zwischen  $t_0$  und  $t_1$  sowie  $t_0$  und  $t_2$  basierend auf den geschätzten Randmitteln (siehe Tabelle 22) erfolgen. Es zeigt sich eine mit  $p < .001$  statistisch hoch signifikante Entwicklung der Peer Resistance. Die positiven Mittelwerte sprechen dabei für eine Verbesserung der Peer Resistance.

Tabelle 22  
Veränderungen über die Zeit für die (AV) Peer Resistance<sub>Diff</sub> (N = 221)

Zeitpunkt	Mittelwert	Standardfehler	df	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
t1-t0	,217 <sup>a)</sup>	,056	221,236	,107	,328
t2-t0	,266 <sup>a)</sup>	,075	192,894	,118	,413

Basiert auf dem geänderten Randmittel der Grundgesamtheit.

a) Die Kovariaten in dem Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: Peer Resistance Summenmittelwert zu  $t_0 = 2.3349$ , Anzahl der Konsumtage = 8.6925

Über das baseline-adjustierte lineare gemischte Modell konnte zudem eine signifikante Wechselwirkung zwischen den Variablen „Setting“ und „Bedingung“ in Abhängigkeit von Peer Resistance<sub>Diff</sub> festgestellt werden. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit des CAN Stop Trainings im Vergleich zu den bisherigen Interventionsformen in den Einrichtungen der verschiedenen Settings (= TAU) sind in Tabelle 23 dargestellt.

Tabelle 23

Paarweise Vergleiche der Bedingungen anhand der AV Peer Resistance getrennt nach Setting über die Zeitpunkte ( $t_1$  und  $t_2$ )

Setting	Bedingung (I)	Bedingung (J)	M (I-J)	SEM	p <sup>a)</sup>
Jugend- und Suchthilfe	CAN Stop	TAU	-,122	,181	,499
Ambulant medizinisches System	CAN Stop	TAU	-,438*	,184	,019
Jugendstrafanstalt	CAN Stop	TAU	,400*	,162	,014
Stationär medizinisches System	CAN Stop	TAU	-,146	,155	,350

Basiert auf geschätzten Randmitteln.

\* Die Differenz der Mittelwerte ist für  $\alpha=.05$  signifikant.

a) Anpassung für Mehrfachvergleiche: Geringste signifikante Differenz (entspricht keiner Korrektur).

Wie aus Tabelle 21 ersichtlich, resultierte für die Zweifach-Wechselwirkung zwischen den Faktoren „Bedingung“ und Setting“ ein statistisch hoch signifikantes Ergebnis. In Bezug auf die Effektivität des CAN Stop Trainings zur Verbesserung der abstinenzbezogenen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen in Punkto Peer Resistance ist diese im Setting der Jugendstrafanstalten TAU signifikant überlegen ( $p = .014$ ). Im ambulant medizinischen Setting ist dagegen die bisherige Behandlungsmaßnahme TAU gegenüber CAN Stop signifikant überlegen ( $p = .019$ ). CAN Stop hat in beiden Settings eine Verbesserung um 0.2 Einheiten auf der Skala Peer Resistance im Vergleich zur Baseline. Allerdings hat TAU in den Jugendstrafanstalten zu einer Verschlechterung der Peer Resistance um 0.2 Einheiten geführt, während im ambulant medizinischen Setting TAU zu einer Verbesserung um 0.6 Einheiten führte.

Sowohl für die Jugend- und Suchthilfe als auch für das stationär medizinische Hilfesystem konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen gefunden werden.

Darüber hinaus konnte zwischen der Variable „Setting“ und dem Geschlecht der Probanden eine signifikante Wechselwirkung ermittelt werden. Diese besteht in allen Settings mit Ausnahme des Jugendstrafvollzugs, da dort nur männliche Probanden an der Studie teilgenommen haben. Tabelle 24 gibt die Unterschiede zwischen den Mittelwerten der männlichen und weiblichen Probanden in den Settings wieder. Bei den Probanden männlichen Geschlechts besteht zwischen den Settings ein signifikanter Unterschied ( $p = .007$ ), während für das weibliche Geschlecht mit  $p = .112$  kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Settings nachgewiesen werden konnte. Aufgrund der zahlenmäßigen Überlegenheit der männlichen Probanden innerhalb der Stichprobe (siehe Abschnitt 9 „Gender Mainstreaming Aspekte“) können jedoch keine Rückschlüsse auf einen tatsächlichen Gendereffekt gezogen werden können.

Tabelle 24  
Geschlechtereffekt für die AV Peer Resistance<sub>Diff</sub> in den Settings (N = 221)

Setting	Geschlecht*	M	SEM	Konfidenzintervall 95%	
				Untergrenze	Obergrenze
Jugend- und Suchthilfe	männlich	,017	,111	-,201	,235
	weiblich	,204	,205	-,200	,609
Ambulant medizinisches Hilfesystem	männlich	,157	,118	-,076	,390
	weiblich	,690	,183	,329	1,050
Jugendstrafanstalt	männlich	-,020	,092	-,201	1,62
Stationär medizinisches Hilfesystem	männlich	,390	,099	,194	,586
	weiblich	,251	,139	-,022	,524

\* Die Kovariaten in dem Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: Peer Resistance Summenmittelwert zu  $t_0 = 2.3349$ , durchschnittliche Anzahl der Konsumtage = 8.9188

Eine weitere Analyse mittels eines gemischten linearen Modells diente der Prüfung einer möglichen Abhängigkeit der Peer Resistance von der Anzahl der Cannabis konsumierenden und der Nikotin konsumierenden Freunde sowie von der Häufigkeit der Treffen mit diesen. Dabei blieb die Zugehörigkeit der Probanden zur Interventions- bzw. Kontrollgruppe und den vier verschiedenen Settings unberücksichtigt. Berücksichtigt wurde dagegen die Abhängigkeit in den Daten über die beiden Messzeitpunkte ( $t_1$  und  $t_2$ ) hinweg sowie der Baselinewert der Peer Resistance zu  $t_0$  als Kovariate. Es handelt sich folglich um ein baseline-adjustiertes Vorgehen. Aus der Prüfung der Wechselwirkungen zwischen den in das Modell einbezogenen Faktoren resultierten keine signifikanten Effekte. Die Anzahl der rauchenden Freunde und die Häufigkeit der gemeinsamen Treffen mit diesen haben keinen Einfluss auf die mittels des PRI erhobene Peer Resistance der Probanden. Dagegen konnte sowohl für die Anzahl der Cannabiskonsumenten unter den Freunden der Probanden als auch die Häufigkeit der Treffen mit diesen jeweils ein hoch signifikanter Einfluss (mit  $p < .002$ ) auf die Peer Resistance ermittelt werden (s. Tabelle 25).

Tabelle 25  
Signifikanztest auf feste Effekte für die AV Peer Resistance<sub>Diff</sub> (N = 225)

	df Zähler	df Nenner	F-Wert	p
Konstanter Term	1	297,870	131,514	,000
Anzahl Cannabis konsumierender Freunde	2	326,343	6,603	,002
Häufigkeit der Treffen mit Cannabis konsumierenden Freunden	3	344,083	9,458	,000
Peer Resistance <sub>Kov_t0</sub>	1	220,431	80,497	,000

Zwischen den Antwortkategorien besteht zudem ein über die geschätzten Randmittel ersichtlicher deskriptiver linearer Zusammenhang: je weniger Cannabis konsumierende Freunde die Probanden im

Durchschnitt haben und je seltener sie diese Freunde durchschnittlich treffen, desto höher fällt der Summenmittelwert für die Peer Resistance aus. Dies verdeutlicht Tabelle 26.

Tabelle 26

*Geschätzte Randmittel der AV Peer Resistance<sub>Diff</sub> und der Anzahl Cannabis konsumierender Freunde/der Häufigkeit der Treffen mit Cannabis konsumierenden Freunden (N = 225)*

<b>Anzahl Cannabis konsumierender Freunde</b>	<b>Peer Resistance <sup>a)</sup></b>	<b>Standardfehler</b>	<b>df</b>
keine	2,959 <sup>b)</sup>	,212	312,761
einige Wenige	2,847 <sup>b)</sup>	,076	320,506
die Hälfte oder mehr	2,542 <sup>b)</sup>	,059	321,093
<b>Häufigkeit der Treffen mit Cannabis konsumierenden Freunden</b>			
mehrmals pro Woche	2,494 <sup>b)</sup>	,091	357,219
einmal pro Woche	2,679 <sup>b)</sup>	,126	361,195
1 – 2 mal im Monat	2,978 <sup>b)</sup>	,137	354,005
seltener als einmal im Monat	2,980 <sup>b)</sup>	,095	348,802

a) Peer Resistance Summenmittelwert

b) Berechnung der Kovariaten anhand des Peer Resistance Summenmittelwerts zu  $t_0 = 2.3157$

Ein statistisch signifikanter linearer Trend zwischen den Kategorien der beiden Variablen konnte anhand hypothesengeleiteter Prüfung jedoch nur bei der Anzahl der Treffen mit Cannabis konsumierenden Freunden beobachtet werden ( $p = .000$ ), nicht jedoch in Bezug auf die Anzahl der Cannabiskonsumenten unter den Freunden der Probanden ( $p = .056$ ).

### *Schlussfolgerungen*

Das Ziel dieser Teilstudie war zu ermitteln, ob CAN Stop einen additiven Effekt auf die Widerstandsfähigkeit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Hinblick auf den vornehmlich von Peers ausgelösten Druck hat, Cannabis zu konsumieren.

Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass die Resistenz gegenüber Peer Einflüssen auf das Konsumverhalten zwar über die Messzeitpunkte hinweg in beiden Untersuchungsgruppen signifikant abnimmt, es diesbezüglich aber wie zu erwarten (Baldus et al., 2011) große Unterschiede in den einzelnen Settings gibt. Hinsichtlich der Ausgangsfragestellung zur Wirkung von CAN Stop auf peer-bezogene Konsummuster kann von allen vier Settings im Jugendstrafvollzug ein positives Resümee gezogen werden: hier konnte das Training die abstinenz-bezogene Selbstwirksamkeitserwartung in sozialen Verführungssituationen mit Peers signifikant erhöhen ( $p = .014$ ). Die jungen Straftäter, die CAN Stop erhalten haben, sahen sich folglich nach dem Training deutlich mehr/häufiger in der Lage, den Konsum gegenüber Peers abzulehnen und „nein“ zu sagen als die Teilnehmer der Kontrollgruppe TAU. Dies spricht für die Tatsache, dass es in Jugendstrafanstalten bisher kaum geeignete strukturierten Ansätze oder gar evidenzbasierte Programme zur Prävention von Drogen bzw. Cannabis gibt, welche diesen Aspekt hinreichend thematisieren (Thiel, 2008), obwohl bekannt ist, dass nahezu alle jugendlichen Straftäter Erfahrungen mit dem Missbrauch legaler Substanzen haben

und ca. 60% angeben während der letzten vier Wochen vor ihrer Inhaftierung illegale Substanzen konsumiert zu haben (Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs, 2006). Cannabis ist dabei die am häufigsten konsumierte illegale Droge (Köhler, 2004). Es besteht hier folglich nach wie vor ein großer Bedarf an geeigneten Maßnahmen, die in das Vollzugssystem integriert werden können. CAN Stop könnte hier eine zu füllende Lücke schließen, vor allem auch wegen seiner Niedrigschwelligkeit und des innovativen Laientraineransatzes, der scheinbar im Jugendstrafvollzug unter Einsatz geschulter Vollzugsbeamter als CAN Stop Trainer sehr gut umgesetzt werden konnte. Natürlich ist die Verbesserung der Peer Resistance bzw. der dahinter stehenden abstinenz-bezogenen Selbstwirksamkeitserwartung nur ein Erfolgskriterium für das Programm, so dass die abschließende Diskussion über die Wirksamkeit des Programms zeigen wird, inwieweit mit CAN Stop alle Ziele erreicht werden konnten und/oder welcher Überarbeitungsbedarf sich aus den Resultaten der Evaluationsstudie ableiten lässt.

Deutlich geworden ist, dass die herkömmlichen Maßnahmen, welche mit jugendlichen Cannabiskonsumenten in den verschiedenen Einrichtungen der anderen Settings des Suchthilfesystems durchgeführt werden, zumindest hinsichtlich des Aspektes der Förderung von Peer Resistance hinreichend gut sind. Hier konnte CAN Stop keinen Mehrwert erzielen. Wie die Ergebnisse belegen, wirkt TAU im ambulant medizinischen Setting sogar signifikant besser als CAN Stop ( $p = .019$ ). Eine mögliche Erklärung wäre, dass die bisherigen Interventionsformen strukturell bereits gut in den jeweiligen Einrichtungen implementiert sind und ein neues Programm nicht sofort denselben Stellenwert unter Mitarbeitern und Patienten erlangt. Auch die Trainerhaltung könnte in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen. Überlegungen, inwieweit der statistisch signifikante Effekt für das männliche Geschlecht ( $p = .007$ ) in Wechselwirkung mit der Settingvariablen hierbei zum Tragen kommt, können aufgrund des beschriebenen ungleichen Verhältnisses von männlichen und weiblichen Probanden in der vorliegenden Stichprobe nicht unterstützt werden. Ergebnisse bisheriger Studien sprechen zudem eher dafür, dass adoleszente Mädchen über eine bessere Peer Resistance verfügen als gleichaltrige Jungen (vgl. Steinberg & Monahan, 2007).

Was anhand der Ergebnisse dieser Teilstudie zur Peer Resistance definitiv bestätigt und repliziert werden konnte, ist der in verschiedenen Studien nachgewiesene Zusammenhang zwischen dem eigenen Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen und dem ihrer Freunde: die Anzahl der Cannabis konsumierenden Freunde unter den Peers hat auch in der vorliegenden Studie einen sichtbaren Einfluss auf das Ausmaß der Fähigkeit zur Peer Resistance. Je mehr Cannabiskonsumenten zum Freundeskreis gehören, desto geringer schätzen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ihre Widerstandsfähigkeit gegenüber dem von Außen/durch Peers herbeigeführtem Konsumdruck. Dieser Zusammenhang fiel knapp nicht signifikant ( $p = .056$ ) aus. Zwischen der Kontakthäufigkeit zu Cannabis konsumierenden Peers und der Peer Resistance konnte dagegen ein hoch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden, der belegt, dass ein häufiges Zusammentreffen mit gleichaltrigen Cannabiskonsumenten sich negativ auf die Peer Resistance auswirkt und damit einen Risikofaktor für Cannabiskonsum unter Jugendlichen und jungen

Erwachsenen darstellt (vgl. Gervilla, Cajal & Palmer, 2011; Korhonen, Huizink, Dick, Pulkinen, Rose & Kaprio, 2008; Chabrol, Chauchard, Mabila, Mantoulan, Adèle & Rousseau, 2006).

Es sei an dieser Stelle noch abschließend auf die methodischen Limitationen hingewiesen, die bei zukünftigen Studien berücksichtigt werden sollten. So basieren etwa sämtliche Daten zur Peer Resistance ausschließlich auf Selbstauskünften der Probanden, die unter Umständen von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht wahrheitsgemäß oder vollständig abgegeben worden sind. Darüber hinaus handelt es sich beim PRI um ein neu entwickeltes Instrument zur Erfassung der Peer Resistance, welches noch nicht validiert wurde. Da die Streuung in der vorliegenden Stichprobe sehr groß ausfiel, was es schwierig macht eine eindeutig gerichtete Entwicklung abzusehen, liegt zudem die Vermutung nahe, dass das PRI eher die Selbsteinschätzung einer individuellen situationsspezifischen Widerstandsfähigkeit gegenüber dem Druck/der Versuchung Cannabis zu konsumieren misst als die generelle Überzeugung einer Person, sich dem Druck von Peers entgegen stellen zu können. Es bedarf daher noch der weiteren Erprobung und gegebenenfalls der Überarbeitung des Instruments, um das Konstrukt der Peer Resistance in Bezug auf Cannabiskonsum im Jugend- und jungen Erwachsenenalter zuverlässig erfassen zu können.

## 7.8 Der Einfluss von CAN Stop auf die Cannabiswirksamkeitserwartungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

### *Hintergrund*

In verschiedenen Studien zur Ergründung der Ursachen für Substanzkonsum und dessen Aufrechterhaltung wurde im Vergleich von Konsumenten und Nichtkonsumenten nachgewiesen, dass insbesondere die von den Konsumenten erwartete Wirkung der Substanz einen essentiellen Einflussfaktor auf das Konsumverhalten darstellt (z.B. Goldman, Brown & Christensen, 1987; Brown, 1993; Goldman, Del Boca und Darkes, 1999). Damit kann basierend auf der Sozialen Lerntheorie (Bandura, 1977) angenommen werden, dass die Motivation Drogen zu konsumieren aus dem Wunsch resultiert, eine bestimmte mit dem Konsum assoziierte Wirkung zu erzielen (Leventhal & Schmitz, 2006). Ein Großteil der bisherigen Forschungsergebnisse zu diesem Thema bezieht sich vorwiegend auf Alkoholwirksamkeitserwartungen. Hier wurde die Annahme positiver Konsumeffekte bereits als Prädiktor für ein stärkeres Trinkverhalten ermittelt (z.B. Goldman, Del Boca und Darkes, 1999). In zwei unabhängigen Studien von Schafer & Brown (1991) sowie Aarons, Brown, Stice und Coe (2001) konnte dieses Ergebnis auch für den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Cannabiswirksamkeitserwartungen nachgewiesen werden. Die Erwartungshaltung steht folglich in signifikanter Relation zum Ausprägungsgrad des Konsumverhaltens (vgl. Gaher & Simons, 2007; Skenderian, Siegel, Crano, Alvaro & Lac, 2008). Positive Wirkungserwartungen, insbesondere eine erwartete Anspannungsreduktion und Entspannung, korrelieren signifikant mit der Konsumhäufigkeit und der Konsummenge von Cannabis sowie dem Grad der Abhängigkeit (vgl. Barnwell & Earlywine, 2006; Hayaki, Hagerty, Herman, de Dios, Anderson & Stein, 2010) und sind daher Risikofaktoren, während negative Wirksamkeitsüberzeugungen vor allem bei Nichtkonsumenten und nur selten

konsumierenden Cannabiskonsumenten gefunden wurden (z.B. Galen & Henderson, 1999) und damit Schutzfaktoren darstellen (Chabrol, Chauchard, Mabila, Mantoulan, Adèle & Rousseau, 2006). Das Bestehen dieses Zusammenhangs soll im Rahmen einer geplanten englischsprachigen Publikation mit dem Titel „How do expectancies regarding cannabis use effects mediate the effect of a secondary prevention program for adolescent and young adult cannabis users?“ untersucht werden, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch in der Vorbereitung ist.

Aus den genannten Ergebnissen ergeben sich wichtige Implikationen im Hinblick auf Prävention und Intervention. So konnte in Untersuchungen zu geprimten Wirkungserwartungen gezeigt werden, dass ein gezieltes Priming positiver Effektannahmen einen gesteigerten Konsum bewirkt und geprimte negative Wirkungserwartungen einen reduzierten Konsum zur Folge haben (vgl. Connors, Tarbox & Faillace, 1993; Darkes & Goldman, 1993, 1998; Corbin, McNair & Carter, 2001; D'Amico & Fromme, 2002). Ein Nachweis dieser kausalen Zusammenhänge konnte bisher nur für Alkoholkonsumenten erbracht werden. Vor allem im Hinblick auf ein bei positiven Wirkungserwartungen höheres Rückfallrisiko in kritischen Situationen, auf das bereits in der sozial-kognitiven Rückfalltheorie von Marlatt & Gordon (1985) eingegangen wird, ist daher die Implementierung präventiver Maßnahmen zur Modifikation von Wirksamkeitserwartungen in entsprechende Behandlungsprogramme ein erfolgsversprechendes und daher anzustrebendes Vorhaben. Dies wurde beispielsweise bereits im Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students- Programm (BASICSS) von Dimeff, Baer, Kivlahan und Marlatt (1999) und dem Risk Skills Training Programm (RSTP) von D'Amico und Fromme (2002) umgesetzt, die eine Thematisierung alkoholbezogener Wirkungserwartungen und deren kritisches Hinterfragen beinhalten.

Da bei Cannabiskonsumenten nach wie vor Forschungsbedarf hinsichtlich der Erfassung von Wirksamkeitserwartungen an diese Substanz besteht, wurde Anfang der 90er Jahre der Marijuana Effects Expectancy Questionnaire (MEEQ) entwickelt und veröffentlicht (Schafer & Brown, 1991). Dieses nur für den englischsprachigen Raum anwendbare Instrument erfasst positive wie negative Cannabiswirksamkeitserwartungen über insgesamt 48 dichotom skalierte Items mit den Antwortmöglichkeiten „wahr“ und „falsch“. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der sechs MEEQ-Skalen variiert zwischen  $\alpha = .59$  und  $\alpha = .76$ . Die Test-Retest-Reliabilität liegt bei  $r = .66$ . Signifikante Unterschiede in den Substanzwirksamkeitserwartungen von verschiedenen Konsumentengruppen lieferten erste Hinweise auf eine Validität des Instruments. Es gibt jedoch verschiedene Kritikpunkte am MEEQ: zunächst hat sich die statistische Auswertung von Items mit dichotomen Antwortformaten als schwierig erwiesen, da diese weder normalverteilt noch intervallskaliert sind, was zu Verzerrungen von Korrelationskoeffizienten und fehlerhaften Faktorenanalysen führen kann (z.B. Bortz, 1999). Darüber hinaus berücksichtigt der MEEQ nicht die Ausprägungsstärke der Wirksamkeitserwartungen, die aber möglicherweise ein Prädiktor für die Vorhersage des Substanzkonsums sein könnte. Problematisch ist weiterhin, dass in den Items des MEEQ zwischen Selbst- und Fremdperspektive gewechselt wird und sich die Fragen nicht durchgängig auf die Wirksamkeitsüberzeugungen in Bezug auf die eigene Person beziehen (Wensing,

2007). Infolge dessen wurden diese Aspekte bei der Neukonstruktion einer deutschsprachigen Version des MEEQ, dem *Comprehensive Cannabis Expectancy Questionnaire* (CCEQ; Jäschke, 2006) berücksichtigt (siehe Kapitel 5).

Der CCEQ kam 2007 in der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zur Erhebung der Cannabiswirksamkeitserwartungen von insgesamt 12.448 Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse aus Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen zur Anwendung (Kraus, Pabst & Steiner, 2008). Verwendet wurde eine aus 18 Items bestehende Kurzversion, für die pro Faktor je sechs Items mit der höchsten Faktorladung ausgewählt wurden. Ein Großteil der Schüler/Innen erwarteten unter Cannabis langsamer als sonst zu reagieren (48,5%), risikobereiter (47,2%) und weniger schüchtern (42,7%) zu sein. Dagegen hielten es deutlich weniger Schüler/Innen für wahrscheinlich, dass Cannabis ihre Sinne schärft (6,9%), ihre Wahrnehmung intensiviert (14,9%) oder ihre körperlichen Empfindungen stärkt (18,8%). Bezogen auf die drei Faktoren des CCEQ ergaben sich die höchsten Anteile positiver Antworten im Bereich soziales Kontaktverhalten und Stimulation – 18,2% der befragten Schüler/Innen erwarteten hier einen positiven Effekt durch Cannabis, wobei Mädchen dies häufiger annahmen als Jungen (19,2% vs. 17%). Für am unwahrscheinlichsten hielten die Jugendlichen, dass Cannabis ihre Wahrnehmung intensiviert und ihre Kreativität steigert (6,1%). Eine beeinträchtigende Cannabiswirkung wurde von 8,4% der Schüler/Innen erwartet. Hinsichtlich der Schulform (Haupt-, Real-, Gesamtschule, Gymnasium) gab es keine nennenswerten Unterschiede.

Der CCEQ wurde wie in Kapitel 5 des vorliegenden Berichtes aufgeführt auch für die Evaluation von „CAN Stop“ zur Erfassung der Cannabiswirksamkeitserwartungen der teilnehmenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingesetzt. Das Manual beinhaltet alle acht Sitzungen übergreifend psychoedukative Anteile, die auf eine bessere Aufklärung der Jugendlichen in Bezug auf die Substanz Cannabis, ihr Wirkungsspektrum und die gesundheitlichen Folgen des Konsums abzielen, um so die Änderungsmotivation hinsichtlich einer Konsumreduktion fördern. Folglich wird von den Autoren angenommen, dass CAN Stop einen positiven Effekt auf die Cannabiswirksamkeitserwartungen der Gruppenteilnehmer hat. Um dies überprüfen zu können, wurden die Cannabiswirksamkeitserwartungen mittels des CCEQ zu allen drei Messzeitpunkten ( $t_0$ - $t_1$ - $t_2$ ) erhoben.

Die weiterführende Hypothese der Autoren lautet dass die Cannabiswirksamkeitserwartungen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die an der Studie teilgenommen haben, einen Einfluss auf die Zielgrößen der Evaluation haben. Fallen die Cannabiswirksamkeitserwartungen der Gruppenteilnehmer besonders positiv aus, wäre anzunehmen, dass die Aussichten für einen Behandlungserfolg im Sinne der zu erreichenden Zielgrößen schlechter ausfallen als bei negativen Effektannahmen. Die Cannabiswirksamkeitserwartungen würden insofern einen Prädiktor für den Behandlungserfolg im Sinne der Zielgrößen der Evaluationsstudie darstellen. Diese weiterführende Annahme soll ebenfalls im Zuge der geplanten Publikation geprüft werden.

### Methodik

In die statistischen Auswertungen wurden zunächst  $N = 306$  Probanden eingeschlossen, davon haben 147 das herkömmliche Treatment in den Einrichtungen erhalten und 159 haben zusätzlich am CAN Stop Training teilgenommen. Die Probanden verteilten sich wie folgt auf die vier Settings: 25.5% in der Jugend- und Suchthilfe, 24.8% im ambulant medizinischen System, 28.4% im stationär medizinischen System und 21.6% im Jugendstrafvollzug.

Die mittels der drei Skalen des CCEQ erhobenen Daten zu den cannabisbezogenen Wirksamkeitserwartungen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden als abhängige Variable in die Analysen einbezogen. Die ersten beiden Skalen erfassen positive Wirkungserwartungen in der Folge von Cannabiskonsum, die dritte Skala negative Cannabiswirksamkeitserwartungen. Die Messzeitpunkte, das Setting, die Bedingung (CAN Stop vs. TAU), das Alter der Probanden, das Geschlecht sowie die durchschnittliche Anzahl der Konsumtage und die Menge des Cannabiskonsums wurden in die Analyse möglicher Wechselwirkungen zwischen den genannten Variablen und den Cannabiswirksamkeitserwartungen aufgenommen.

Es wurde ein baseline-adjustiertes lineares gemischtes Modell getrennt für jede der drei Skalen des CCEQ gerechnet. Die Abhängigkeitsstruktur in den Daten wurde berücksichtigt. Als abhängige Variable wurde die Differenz des CCEQ Summenmittelwerts jeder Skala zu  $t_1$  bzw.  $t_2$  und des CCEQ Summenmittelwerts jeder Skala zu  $t_0$  als Veränderungsmaß für die anhand der jeweiligen Skala erfassten Cannabiswirksamkeitserwartungen ( $\text{Diff\_CCEQ}_{\text{Skala}}$ ) gebildet. Für die Skala 1 „Soziale Erleichterung und Stimulation“ konnten die Daten von  $N = 240$  Probanden für die Analyse verwendet werden, für die Skalen 2 „Wahrnehmungsintensivierung und Kreativität“ und 3 „Beeinträchtigung und Sedierung“ lagen vollständige Datensätze von  $N = 227$  Probanden vor. Als Faktoren wurden die Messzeitpunkte, das Setting, die Bedingung sowie das Geschlecht der Probanden unter Berücksichtigung der Kovariaten des  $t_0$ -Baselinegesamtwerts der jeweiligen Skala ( $\text{CCEQ}_{\text{Skala\_Kov\_}t_0}$ ), des Alters der Probanden sowie der von den Probanden zu  $t_0$  angegebenen Konsummenge ( $\text{Konsummenge}_{t_0}$ ) und die Anzahl der Konsumtage ( $\text{Konsumtage}_{t_0}$ ) in das Modell einbezogen. Die Wahl des Maßes für die Anpassungsgüte fiel auf das Akaike Informationskriterium (AIC). Das AIC kann verwendet werden, um verschiedene Modelle zu vergleichen. Das Modell mit dem kleinsten AIC hat die höchste Anpassungsgüte (Burnham & Anderson, 2004). Ausgehend von der Analyse der Haupteffekte und aller Zweifach-Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Faktoren und Kovariaten wurden Schritt für Schritt die nicht-signifikanten Wechselwirkungen aus dem Modell entfernt, bis nur noch signifikante Effekte resultierten. Alle Haupteffekte, für die signifikante Wechselwirkungen mit anderen Variablen vorlagen, wurden im Modell belassen, auch wenn für sie selbst kein signifikanter p-Wert resultierte.

#### Skala 1 „Soziale Erleichterung und Stimulation“ ( $\text{CCEQ}_{\text{Skala1}}$ )

Tabelle 27 gibt die über die Analyse von gemischten Modellen getesteten signifikanten Effekte für die abhängige Variable wieder, bei welcher es sich um die Differenz des Skalengesamtwerts der Skala

„Soziale Erleichterung und Stimulation“ (=Diff\_CCEQ<sub>Skala1</sub>) zu  $t_0$  handelt. Diese Variable ist das Veränderungsmaß für den Summenmittelwert der ersten CCEQ-Skala zum jeweiligen Messzeitpunkt  $t_1$  bzw.  $t_2$  im Vergleich zu  $t_0$ .

Tabelle 27

*Signifikante feste Effekte für die abhängige Variable (AV) Diff\_CCEQ<sub>Skala1</sub> (N=240)*

	df Zähler	df Nenner	F-Wert	p
Konstanter Term	1	210,340	25,779	,000
Zeitpunkt	1	184,576	6,798	,010
Geschlecht	1	219,920	4,025	,046
CCEQ <sub>Skala1_Kov_t0</sub>	1	211,206	41,640	,000
Zeitpunkt*CCEQ <sub>Skala1_Kov_t0</sub>	1	184,683	8,501	,004
Zeitpunkt*Geschlecht	1	183,631	8,095	,005
Geschlecht*CCEQ <sub>Skala1_Kov_t0</sub>	1	220,786	4,263	,040

Die Ergebnisse sprechen für eine signifikante Veränderung der an soziale Erleichterung und Stimulation geknüpften Cannabiswirksamkeitserwartungen über die Zeit. Hinsichtlich des Haupteffekts „Zeitpunkt“ ist allerdings aufgrund der signifikanten Wechselwirkung mit dem Geschlecht der Probanden keine statistische Aussage möglich. Die Haupteffekte sind nicht mehr interpretierbar, wenn es signifikante Wechselwirkungen, bei denen der eigentlich interessierende Haupteffekt beteiligt ist, vorliegen.

Die signifikante Wechselwirkung zwischen Zeitpunkt und Geschlecht äußert sich in einer hoch signifikanten Verringerung der Erwartung der männlichen Probanden von  $t_0$  zu  $t_2$  in Bezug auf das Erfahren sozialer Erleichterung und Stimulation durch den Cannabiskonsum ( $p < .001$ ). Unmittelbar nach der Intervention zum Zeitpunkt  $t_1$  liegt noch kein signifikanter Effekt vor ( $p = .716$ ). Für die weiblichen Probanden konnte nur von  $t_0$  zu  $t_1$  ein statistisch signifikanter Effekt ermittelt werden ( $p = .015$ ). In Anbetracht der inhomogenen Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe bei einem etwa viermal höheren Anteil männlicher im Vergleich zu weiblichen Probanden (siehe Abschnitt 9 „Gender Mainstreaming Aspekte“) ist eine Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede jedoch nicht möglich.

Sowohl zwischen den beiden Untersuchungsbedingungen CAN Stop und TAU als auch zwischen den verschiedenen Settings gab es hinsichtlich Diff\_CCEQ<sub>Skala1</sub> keine signifikanten Unterschiede.

#### *Skala 2 „Wahrnehmungsintensivierung und Kreativität“ (CCEQ<sub>Skala2</sub>)*

Die Analyse der zweiten CCEQ-Skala „Wahrnehmungsintensivierung und Kreativität“ über die abhängige Variable Diff\_CCEQ<sub>Skala2</sub> ergab im Vergleich zu ersten CCEQ-Skala noch umfänglichere signifikante Wechselwirkungen zwischen den getesteten Variablen. Das Ergebnis ist Tabelle 28 zu entnehmen.

Tabelle 28  
Signifikante feste Effekte für die abhängige Variable (AV) Diff\_CCEQ<sub>Skala2</sub> (N=227)

	df Zähler	df Nenner	F-Wert	p
Konstanter Term	1	198,389	43,287	,000
Setting	3	210,294	2,235	,085
Bedingung	1	205,308	1,513	,220
Zeitpunkt	1	181,956	7,778	,006
CCEQ <sub>Skala2_Kov_t0</sub>	1	219,920	4,025	,046
Alter	1	200,238	8,932	,003
Konsummenge <sub>t0</sub>	1	224,494	7,657	,006
Konsumtage <sub>t0</sub>	1	196,898	2,199	,140
Setting* CCEQ <sub>Skala2_Kov_t0</sub>	3	208,937	2,706	,046
Setting*Konsumtage <sub>t0</sub>	3	199,898	2,726	,045
Bedingung*Konsummenge <sub>t0</sub>	1	206,446	10,408	,001
CCEQ <sub>Skala2_Kov_t0</sub> *Konsummenge <sub>t0</sub>	1	218,239	5,823	017

Aufgrund der positiv getesteten Wechselwirkung zwischen der Settingvariablen und der Bedingungsvariablen mit den Kovariaten des Baselinewerts von CCEQ<sub>Skala2</sub> sowie der durchschnittlichen Anzahl der Konsumtage und der Konsummenge in Abhängigkeit von Diff\_CCEQ<sub>Skala2</sub>, kann bezüglich der Veränderung der erfragten Cannabiswirksamkeitserwartungen keine statistisch relevante Einzelaussage zu den beiden Haupteffekten getroffen werden. Es ist nicht möglich, Aussagen über die Unterschiede zwischen den Setting bzw. den Bedingungen zu machen. Es gibt jedoch eine signifikante Veränderung der erwarteten Wahrnehmungsintensivierung und gesteigerten Kreativität durch den Cannabiskonsum im Vergleich zwischen dem ersten Messzeitpunkt  $t_0$  und den  $t_2$ -Katamnesedaten, die auf den geschätzten Randmitteln der Grundgesamtheit basiert: der Summenmittelwert von CCEQ<sub>Skala2</sub> nimmt von  $t_0$  zu  $t_2$  signifikant ab ( $p = .041$ ); von  $t_0$  zu  $t_1$  liegt trotz einer Abnahme des Wertes (noch) kein signifikanter Unterschied vor ( $p = .601$ ).

### Skala 3 „Beeinträchtigung und Sedierung“ (CCEQ<sub>Skala3</sub>)

Im Gegensatz zu den ersten beiden Skalen des CCEQ erfasst CCEQ<sub>Skala3</sub> negative Wirkungserwartungen an die Substanz Cannabis. Folglich stehen hier zunehmende Werte für eine Verbesserung der Cannabiswirksamkeitserwartungen. Tabelle 29 gibt zunächst einen Überblick über die getesteten Haupteffekte und Wechselwirkungen in Abhängigkeit von Diff\_CCEQ<sub>Skala3</sub>.

Tabelle 29  
Signifikante feste Effekte für die abhängige Variable (AV) Diff\_CCEQ<sub>Skala3</sub> (N=227)

	df Zähler	df Nenner	F-Wert	p
Konstanter Term	1	201,963	10,877	,001
Setting	3	203,988	,264	,851
Bedingung	1	206,872	,009	,927
Zeitpunkt	1	182,923	5,525	,020
Geschlecht	1	193,164	4,632	,033
Alter <sub>t0</sub>	1	201,905	5,675	,018
Konsummenge <sub>t0</sub>	1	213,385	,020	,888
Konsumtage <sub>t0</sub>	1	207,418	4,832	,029
Setting*Bedingung	3	204,932	4,491	,004
Zeitpunkt*CCEQ <sub>Skala3_Kov_t0</sub>	1	180,664	5,407	,021
CCEQ <sub>Skala3_Kov_t0</sub> *Alter <sub>t0</sub>	1	197,669	5,782	,017
Geschlecht*CCEQ <sub>Skala3_Kov_t0</sub>	1	194,574	5,701	,018
Konsummenge <sub>t0</sub> *Konsumtage <sub>t0</sub>	1	211,960	7,016	,009

Wie der tabellarischen Übersicht zu entnehmen ist, fällt der Zeitfaktor im baseline-adjustierten Vergleich des Zeitpunkts  $t_1$  gegen  $t_2$  signifikant aus ( $p = .020$ ). Dieser Haupteffekt ist jedoch aufgrund der ebenfalls signifikanten Wechselwirkung des Zeitfaktors mit der Kovariaten des  $t_0$ -Baselinewerts von CCEQ<sub>Skala3</sub> auch an dieser Stelle keiner darüber hinausgehenden Interpretation zugänglich.

Die Wechselwirkungen zwischen den Variablen „Setting“ und „Bedingung“ in Abhängigkeit von Diff\_CCEQ<sub>Skala3</sub>, die anhand des gerechneten Modells als signifikant ausgewiesen wurden, werden in Tabelle 30 in Form paarweiser Vergleiche der beiden Bedingungen getrennt für jedes der vier Settings wiedergegeben.

Tabelle 30  
Paarweise Vergleiche der Bedingungen anhand der AV Diff\_CCEQ<sub>Skala3</sub> getrennt nach Setting über die Zeitpunkte ( $t_1$  und  $t_2$ )

Setting	Bedingung (I)	Bedingung (J)	M (I-J)	SEM	p <sup>a)</sup>
Jugend- und Suchthilfe Ambulant	CAN Stop	TAU	3,558*	1,157	,002
medizinisches System Jugendstrafanstalt Stationär	CAN Stop	TAU	-1,951	1,207	,107
medizinisches System	CAN Stop	TAU	-,667	1,096	,543
medizinisches System	CAN Stop	TAU	-1,147	1,073	,286

Basiert auf geschätzten Randmitteln.

\* Die Differenz der Mittelwerte ist für  $\alpha = .05$  signifikant.

a) Anpassung für Mehrfachvergleiche: Geringste signifikante Differenz (entspricht keiner Korrektur).

Aus der tabellarischen Darstellung ist ersichtlich, dass CAN Stop hinsichtlich einer Zunahme negativer Cannabismwirksamkeitserwartungen im Setting der ambulanten Jugend- und Suchthilfe TAU signifikant

überlegen ist ( $p = .002$ ). In den anderen Settings konnten keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen gefunden werden.

### *Schlussfolgerungen*

Im Rahmen dieser Teilauswertung war das Ziel die Prüfung der Fragestellung, ob CAN Stop gegenüber TAU einen Mehrwert in Bezug auf die positive Veränderung von substanzbezogenen Wirkungserwartungen bei Cannabis konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat. Dies kann anhand der vorliegenden Ergebnisse nur für die dritte Skala des CCEQ („Beeinträchtigung und Sedierung“) bestätigt werden und trifft auch nur für diejenigen Probanden zu, die im Setting der Jugend- und Suchthilfe an der Studie teilgenommen haben. Hier war die Kombination aus CAN Stop und dem regulären Treatment TAU signifikant besser als die alleinige Anwendung von TAU ( $p = .002$ ) und führte zu einer deutlichen Zunahme von an den Cannabiskonsum geknüpften negativen Wirksamkeitsüberzeugungen. Für die anderen drei Settings konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Bedingungen CAN Stop und TAU gefunden werden. Dies scheint vor allem darauf zurückzuführen zu sein, dass diese ersten Analysen durch gemischte Modelle bedeutsame Wechselwirkungen zwischen den getesteten Variablen aufgedeckt haben, wodurch die Haupteffekte „überlagert“ werden bzw. nur noch schwer einer Interpretation zugänglich sind. So geschehen bei der ersten Skala des CCEQ, deren Erwartungswerte an soziale Erleichterung und Stimulation zwar über die Messzeitpunkte hinweg abnehmen, dies jedoch in Abhängigkeit vom Geschlecht der Probanden, so dass keine generelle statistische Aussage mehr möglich ist. In Anbetracht der vorliegenden Ergebnisse scheinen sich die positiven Cannabiswirksamkeitserwartungen bei den männlichen Probanden insgesamt stärker und zudem nachhaltiger reduziert zu haben. Eine mögliche Ursache könnte sein, dass sich Mädchen Ergebnissen der ESPAD-Studie zufolge häufiger als Jungen einen positiven Effekt von Cannabis auf ihr soziales Kontaktverhalten erhoffen (Kraus, Pabst & Steiner, 2008) und demnach stärker an dieser Überzeugung festhalten. Bei einem Geschlechterverhältnis von 8:2 in der Gesamtstichprobe der CAN Stop-Evaluationsstudie ist es wie bereits im Ergebnisteil hervorgehoben jedoch kaum möglich, eine stichhaltige und statistisch aussagekräftige Interpretation zum Einfluss des Geschlechtes auf die Zielgrößen der Erhebung vorzunehmen. Es scheint sich aber um einen bedeutsamen Faktor zu handeln, was anhand einer homogeneren Stichprobe unter Einbezug eines größeren Mädchen- bzw. Frauenanteils zu überprüfen wäre.

Auch die Auswertung der zweiten Skala des CCEQ ergab eine Abnahme der positiven Effektannahmen in Bezug auf die Intensivierung der Wahrnehmung und die Steigerung der Kreativität unabhängig von Bedingung und Setting, die im Vergleich von  $t_2$  zu  $t_0$  signifikant ausfiel ( $p = .041$ ). Wie Tabelle 28 zu entnehmen ist, traten zudem Wechselwirkungen zwischen den Faktoren „Setting“ und „Bedingung“ mit den Kovariaten „Konsumtage“ und „Konsummenge“ auf. Diese sind im Rahmen des gewählten Modells jedoch keiner Interpretation zugänglich, was sämtliche ermittelten Wechselwirkungen zwischen einem Faktor und einer Kovariaten betrifft (siehe auch Tabelle 29).

Die Ergebnisse der Auswertungen des CCEQ liefern damit jedoch trotzdem wichtige Hinweise auf mögliche Einflussgrößen wie das Alter der Probanden, die Anzahl der Konsumtage und die

Konsummenge, mit denen das Ausmaß an positiven und negativen Cannabiswirksamkeitserwartungen in unterschiedlicher Form zusammenzuhängen scheint. Diese Hypothese bedarf jedoch einer weiterführenden Überprüfung anhand eines anderen statistischen Modells und war im Rahmen dieser Analyse nicht vorgesehen. Weiterhin gilt zu berücksichtigen, dass die dargestellten paarweisen Vergleiche kein vollständiges Abbild der möglichen Wechselwirkungen zwischen den Haupteffekten Setting, Bedingung und Zeit liefern und auch keine etwaigen Dreifach-Wechselwirkungen zwischen den getesteten Variablen untersucht wurden.

Unter Berücksichtigung der genannten Aspekte sollen zukünftig weiterführende Analysen für die geplante Publikation zu der Thematik der Mediatorenrolle von Cannabiswirksamkeitserwartungen durchgeführt werden.

## 7.9 Der Zusammenhang zwischen Programmadhärenz, Interventionskompetenz und Trainingserfolg

### *Hintergrund*

Die Begriffe Adhärenz und Kompetenz sowie die Erfassung dieser Konstrukte im Rahmen der CAN Stop-Studie wurden bereits im Kapitel 7.2 dieses Berichts erläutert. In diesem Abschnitt wird auf den Zusammenhang zwischen Adhärenz und Kompetenz auf der einen und der Programmwirksamkeit auf der anderen Seite näher eingegangen. Ergebnisse verschiedener Studien lassen darauf schließen, dass dieser Zusammenhang noch nicht eindeutig geklärt ist. Einige Studien ergaben, dass eine höhere Programmadhärenz mit einer besseren Wirksamkeit einhergeht (Huey, Hengeler, Brondino & Pickrel, 2000; Frank, Kupfer, Wagner, McEachran & Cornes, 1991). Aus anderen Studien hingegen ergaben sich dennoch gegenteilige Ergebnisse (Omalley, Foley, Rounsaville, Watkins, Imber, Sotsky & Elkin 1988). Schließlich ergab sich aus einer dritten Gruppe von Studien, dass weder eine besonders hohe noch eine niedrige Adhärenz zu den besten Wirksamkeitsnachweisen führt, sondern eine mittlere Adhärenz (Hogue, Henderson, Dauber, Barajas, Fried & Liddle, 2008; Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 2006). Während das Thema Adhärenz im Zusammenhang mit Gruppeninterventionen und Trainings zumindest teilweise erforscht wurde, ist der Forschungsstand zum Thema Interventionskompetenz noch weniger weit entwickelt. Das Konstrukt Interventionskompetenz wurde zwar in den Studien von Hogue et al. (2008) und Barber et al. (2006) mit erfasst, hatte hier jedoch keinen Einfluss auf die Wirksamkeit der Therapien. Ein Review von Barber, Sharpless, Klostermann und McCarthy (2007), in dem die Ergebnisse aus zwölf Studien zum Zusammenhang zwischen Interventionskompetenz und Programmwirksamkeit verglichen wurden, ergab, dass in den meisten Fällen die Interventionskompetenz für kleine Effekte verantwortlich war. In diesem Kapitel soll der Zusammenhang zwischen der Programmadhärenz, der Trainerkompetenz und der Programmwirksamkeit beschrieben werden. Es wird erwartet, dass Programmadhärenz und Interventionskompetenz auf diese Größen als Moderatorvariablen fungieren und dass eine mittlere Programmadhärenz mit den wirksamsten Programmdurchführungen einhergeht.

### Methodik

Zwei Psychologiestudentinnen beurteilten anhand von Videoaufnahmen der Trainings die Kompetenz der Trainer unter Verwendung eines selbst entwickelten Checkbogens, in dem Verhaltensweisen, die als wichtig für eine erfolgreiche Durchführung des Programms erachtet wurden, operationalisiert wurden. Die Ergebnisse dieser Adhärenz- und Kompetenzratings (Kapitel 7.2) wurden als unabhängige Variablen in ein hierarchisches Modell zur Berechnung der Zusammenhänge eingeführt. Zur Datenreduktion wurden Skalen gebildet. Da jedoch für eine Faktoranalyse die Fallzahlen nicht ausreichten, wurden Faktoren nach inhaltlichen Gesichtspunkten gebildet. Diese sind in Kapitel 7.2.1 zu finden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Faktoren für die anstehende Analyse noch einmal reduziert. Die Skala „Kongruenz“, die in Kapitel 7.2.1 vermeldet wurde, wurde entfernt, da diese lediglich aus zwei Items bestand und nicht von zentraler Bedeutung bei der Bewertung der Trainerkompetenz stand. Somit wurden für die Berechnungen folgende vier Faktoren berücksichtigt: Struktur, Transparenz, Akzeptanz, Empathie. Für eine ausführliche Beschreibung der vier Skalen sei wiederum auf Kapitel 7.2.1 verwiesen. Ebenfalls wurde die Adhärenz, über die bereits in Kapitel 7.2.2 berichtet wurde, in das Modell als Variable eingefügt. Die unabhängigen Variablen, die die Darstellung des Behandlungserfolgs darstellen, sind die Konsummenge Cannabis an einem typischen Konsumtag, Konsumtage Cannabis innerhalb der letzten 30 Tage und die Zuversicht, sich gegen Aufforderung zum Cannabiskonsum von Peers durchzusetzen, die mithilfe des *Peer Resistance* Fragebogens (siehe auch Kapitel 7.7) gemessen wurde. Weiterhin wurde die Zuversicht, abstinenter von Cannabis zu bleiben, mithilfe des HEISA-Fragebogens untersucht. Die Drop-out-Rate wurde als zusätzliche Zielvariable hinzugenommen, um Effekte von Adhärenz und Kompetenz auf die Haltequote zu ermitteln. Für die Analyse werden genestete Daten verwendet, da für diese Analyse hierarchische Modelle zu Rate gezogen wurden. Hierbei wurde eine logistische Regression der Werte über den Verlauf von  $t_0$  über  $t_1$  zu  $t_2$  berechnet. Die Analysen wurden mit der Statistiksoftware SAS, Version 9.3 durchgeführt.

### Ergebnisse

Die durchschnittlichen Beurteilungen der Trainerkompetenzen anhand der vier Skalen sind in Tabelle 24 zu finden. Insgesamt konnten 17 Trainer, die insgesamt 10 CAN Stop-Gruppen durchgeführt hatten, zu zwei zufällig ausgewählten Sitzungen beurteilt werden. Somit liegen 34 Werte vor. Von den 17 Trainern liegen soziodemografischen Daten von 16 Trainern vor: Hiervon waren 12 (80 %) weiblich, 10 (63.5 %) der beurteilten Trainer verfügten über einen Hochschulabschluss. Die Berufsgruppe der Sozialpädagogen war mit fünf Mitgliedern (31 %) am stärksten vertreten. Über eine therapeutische Zusatzausbildung bzw. eine suchtspezifische Zusatzausbildung verfügten jeweils drei Trainer (19 %). Durchschnittlich waren die Trainer 4.8 Jahre bei der betreffenden Einrichtung beschäftigt. Tabelle 31 zeigt, dass die vier Kompetenzen insgesamt mit sehr hohen Werten beurteilt wurden und die gesamte Bandbreite der Skale nicht verwendet wurde, was darauf hindeutet, dass es zu Deckeneffekten gekommen ist. Die Leistungen der Trainer sind kaum noch unterscheidbar, wodurch es schwierig ist, Einflüsse dieser Unterschiede auf wiederum andere Variablen zu messen. Aus der Analyse mithilfe des hierarchischen Modells ergaben sich keine Zusammenhänge zwischen den Bewertungen der Trainereigenschaften und dem Behandlungserfolg. Ebenso wenig ließen sich Einflüsse der vier Kompetenzvariablen auf die Haltequote ausmachen.

Tabelle 31  
*Durchschnittliche Bewertung der Trainerkompetenzen auf den 4 Skalen*

<b>Skala</b>	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Struktur	34	2	5	4,7	0,58
Transparenz	34	2,75	5	4,5	0,55
Akzeptanz	34	3,25	5	4,65	0,47
Empathie	34	3,17	5	4,66	0,44

### *Schlussfolgerungen*

Der Zusammenhang zwischen Interventionskompetenz, Programmadhärenz und Behandlungserfolg sollte im Rahmen des CAN Stop-Projekts untersucht werden. Vermutlich aufgrund eines Deckeneffekts konnten jedoch keinerlei Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen den Größen gefunden werden. Der Begriff Deckeneffekt bezeichnet einen Messfehler, der auf der Überschreitung des Messbereichs beruht, wodurch ein Messergebnis nicht mehr als valide angesehen werden kann (Krauth, 1995). Die Leistungen der Trainer sind kaum noch unterscheidbar, wodurch es schwierig ist, Einflüsse dieser Unterschiede auf andere Variablen zu messen. Eine mögliche Erklärung für den Deckeneffekt könnte das Vorgehen der Raterinnen beim Versuch, eine ausreichend große Beurteiler-Übereinstimmung zu erreichen, sein (siehe Kapitel 7.2.1). Wie auch in den Artikel von Hogue et al. (2008) und Barber et al. (2006) erläutert wird, ist es möglich, dass die Trainer, die CAN Stop durchgeführt hatten, generell ein hohes Niveau bezüglich ihrer Kompetenz aufwiesen. Die beurteilten Trainer hatten zum Zeitpunkt des Trainingsbeginns bereits 4.8 Jahre Berufserfahrung im Suchthilferebereich, was dafür spricht, dass eine gewisse Kompetenz im Umgang mit der Zielgruppe erwartet werden kann. Zudem verfügte ein nicht unerheblicher Teil der Trainer über einen beruflichen Hintergrund, der sie gut auf ihre Rolle als CAN Stop-Trainer qualifizierte. So waren 31 % der Trainer studierte Sozialpädagogen.

Obwohl in dieser Studie kein Zusammenhang zwischen Trainerkompetenz und Behandlungserfolg gefunden werden konnte, hat diese Studie dennoch wichtige Erkenntnisse für die Forschung im Bereich der Prozessevaluation und Implementierung gebracht: Bei den Planungen für Forschungsfragen in dem Bereich, in dem Kompetenzen beurteilt werden, ist es wichtig zu definieren, welches Verhalten als „gut“ bewertet werden soll und welches als „schlecht“. Es sollte auch Spielraum geben, um außergewöhnlich gute oder schlechte Trainer angemessen beurteilen zu können. Bei der vorliegenden Studie war die Varianz innerhalb der Beurteilungen zu niedrig, so dass zwischen den verschiedenen Trainern keine signifikanten Unterschiede ausgemacht werden konnten. In der Zukunft sollte Beurteiler so angewiesen werden, dass es einen Durchschnittswert gibt, mit dem durchschnittliche Leistungen beurteilt werden, so dass besonders gute Leistungen oder schlechte Leistungen eindeutiger beurteilt werden können.

## 8 Diskussion der Ergebnisse

Insgesamt zeigen die verschiedenen Ergebnisse der Evaluation des CAN Stop Trainings ein sehr facettenreiches Bild des Trainings in den vier untersuchten Settings. Der Wirksamkeit des CAN Stop Trainings auf den primären Outcome, die Reduzierung des Cannabiskonsums bei problematisch konsumierenden Jugendlichen, konnte bestätigt werden, wenngleich erwartungsgemäß Unterschiede im Setting zu verzeichnen sind. Das Training scheint bei den Teilnehmern gut angekommen zu sein. Auch die Idee, bei der Durchführung des Trainings einen Lientraineransatz zu verfolgen, und damit einen praktikablen und ökonomischen Modus der Trainingsimplementierung gleich in der Evaluation vorwegzunehmen, kann als gelungen gelten. Die Rückmeldung der Trainer zeigen gleichfalls eine allgemeine Zufriedenheit mit der Durchführbarkeit des Trainings und insbesondere die Idee, Personen mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund und unterschiedlicher therapeutischer Vorerfahrung dazu zu befähigen, mit problematisch konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Richtung auf deren Konsumreduktion zu arbeiten. Rückmeldungen der befragten Trainer lassen darauf schließen, dass dies insbesondere der Fall ist, weil sie sich in ihrer Arbeit wertgeschätzt und gesehen fühlten. Dass die Arbeit der Trainer auch inhaltlich wirksam war, konnte gezeigt werden: die Anzahl der Konsumtage verringerte sich statistisch signifikant über alle Settings hinweg, war aber am deutlichsten in der JVA, langfristig sichtbar aber auch in der ambulanten Jugend- und Suchthilfe..

Die Wirksamkeit des Trainings ist in unterschiedlichen Settings verschieden. Eine Zunahme des Konsums scheint die Regel in Jugendhilfe und ambulanter Versorgung zu sein - hier dürfen keine falschen Erwartungen bei den Trainern geweckt werden. Es kommt jedoch darauf an, diese Zunahmen langfristig anzuhalten – das schafft CAN Stop besser als TAU. Die Ergebnisse der Wirksamkeitsuntersuchung legen nahe, dass bei der zukünftigen Anwendung des Trainings bzw. der Entwicklung ähnlicher Maßnahmen Booster-Sessions von Vorteil sein könnten und die Betrachtung längerfristiger Effekte für die Beteiligten vorteilhaft ist.

In der stationären medizinischen Versorgung sind Abnahmen des Konsums die Regel, diese lassen sich dann aber schwer durchhalten wenn die Teilnehmerinnen – wie zum Messzeitpunkt t2 der Fall ist – wieder entlassen sind. Die stationäre Reduktion wird durch CAN Stop verstärkt, weshalb der Rückfall etwas stärker ist.

Die Betrachtung der Ergebnisse zur Konsumreduktion ist in der Jugendstrafanstalt besonders eindrücklich, hier ist der Effekt von CAN Stop im Gegensatz zu TAU besonders deutlich. Auch die Auswertungen im Hinblick auf die Peer Resistance scheinen in diesem Setting besonders vorteilhaft. Weitere Analysen müssten hier durchgeführt werden, um noch besser abschätzen zu können, ob es sich hierbei um einen „echten“ Trainingswirksamkeitseffekt handelt, oder ob konkurrierende Erklärungsstrategien eine Rolle spielen, beispielsweise, dass in den Gruppen eine verschiedene Anzahl an Teilnehmern zu t2 bereits aus der Jugendstrafanstalt entlassen worden waren. Theoretisch

dürfte dies nicht der Fall sein, weil die Zuordnung der Jugendlichen zu den Gruppen zufällig erfolgen sollte. Dennoch ist hier einschränkend zu sagen, dass die relativ geringe Anzahl der (verfügbaren) Jugendstrafanstalten eine Randomisierung über mehrere Institutionen hinweg nur eingeschränkt zuließ.

In Bezug auf die Methodik, gibt es einige Einschränkungen der vorliegenden Studie. Im Antrag war dies nicht spezifiziert worden, aber ursprünglich war geplant, die Teilnehmer der Studie auf personenebene randomisiert auf die beiden Bedingungen TAU und CAN Stop zu verteilen. Dies ist aus verschiedenen organisatorischen und strukturellen Gründen nicht geglückt, wie im Methodenteil schon dargelegt wurde und es sich in der Diskussion des Studienprotokolls (Baldus et al., 2011) bereits angedeutet hatte. Stattdessen wurden die verschiedenen kooperierenden Institutionen zufällig auf die Bedingungen verteilt, in der Hoffnung dass die Selbstzuweisung der Studienteilnehmer zu diesen Institutionen dann ebenfalls einigermaßen zufällig geschieht. Bei einer genügend großen Anzahl von Institutionen kann dies zunehmend angenommen werden, bei einer geringen Anzahl kooperierender Institutionen – wie den Jugendstrafanstalten – wird es schwierig. Ein statistisches Verfahren, das für die geteilte Varianz der Teilnehmer einer jeweiligen Institution kontrolliert, nämlich die Teilnehmer einer Institution in einer Multilevelanalyse zu „nesten“, konnte nach sorgfältiger Prüfung nicht angewandt werden, da dazu wiederum häufig zu wenig Teilnehmer einer Institution zusammenkamen, als nötig gewesen wäre.

Eine Wirkung der Gruppierung von Teilnehmern spielt jedoch nicht nur auf Institutionsebene eine Rolle (gemeinsame Varianz durch z.B. geteilten geographischen Einzugsbereich der kooperierenden Institution, geteiltes Personal), sondern auch auf der Ebene der CAN Stop-Trainingsgruppe an sich. Die Idee des Trainings ist ja, dass es sich auf Gruppenebene abspielt – ein Merkmal, das im Übrigen die Studienteilnehmer der Bedingung TAU nicht unbedingt teilen. Wie mehrfach beschrieben, kann TAU alle möglichen Interventionen umfassen, seien es nun alternative Gruppen oder Einzelmaßnahmen. An dieser Stelle ist die vorliegende Studie methodisch etwas „unsauber“, dennoch aber in ihrer pragmatischen Vorgehensweise eng an der Realität bezogen, was letztlich für die Validität der Studienergebnisse ausgesprochen positiv zu bewerten ist.

Neben etwaigen methodischen Problemen birgt der Gruppenansatz an sich sowohl Vor- als auch Nachteile. Nachteilig ist sicherlich, dass organisatorisch erst eine bestimmte Anzahl infrage kommender Teilnehmer für die Gruppe zusammengesammelt werden müssen, bevor es für alle losgehen kann. Je nach Andrang der Zielgruppe wird dies mehr oder weniger schnell gehen, lange Wartezeiten werden sich für die Compliance der Teilnehmer mutmaßlich nachteilig auswirken. Weiterhin problematisch ist der Abbruch der gesamten Gruppe, falls eine zu hohe Anzahl an Trainingsteilnehmern das Training abbrechen. Dann kann es zu der Situation kommen, dass das Training auch für nach wie vor motivierte Trainingsteilnehmer abgebrochen wird, die dann anderweitig „versorgt“ werden müssen. Der Gruppenansatz birgt jedoch auch einige Vorteile. So sind dies neben

der Ökonomie in der Durchführung auch die sozialen Lernprozesse in der Gruppe, der vorhandene Bezug zu Peers sowie der Gruppenzusammenhalt.

Aus methodischer Perspektive bleibt zu bemängeln, dass die Datenerhebung nicht vollständig geblindet (zu t2 geblindet, zu t0 und t1 nicht) verlief. Das heißt die Daten zu t0 und t1 wurden von den jeweiligen Trainern bzw. Mitarbeitern, die TAU durchführten, erhoben. Diese Trainer/ Mitarbeiter wussten entsprechend auch zwangsläufig, welcher Studienteilnehmer welcher Interventionsbedingung zugeordnet war und die Ergebnisse könnten somit durch soziale Erwünschtheit verzerrt worden sein. Es wurde gleichwohl versucht, diesen Effekt möglichst gering zu halten, indem die Trainer und Mitarbeiter von TAU vor dem Beginn der Datenerhebung eindringlich darauf hingewiesen wurden, die Fragebögen anonym zu halten und dies auch gegenüber den Teilnehmern deutlich zu machen, beispielsweise indem sofort nach Einsammeln der Hefte diese in einen Briefumschlag gelegt und verschlossen wurden. Ein vollständig geblindetes Vorgehen wäre organisatorisch deutlich aufwändiger gewesen und mit sehr viel mehr Personalaufwand verbunden, was im Angesicht der geographisch weiten Verteilung der Kooperationspartner schwer durchführbar gewesen wäre.

Eine weitere methodische Schwierigkeit besteht in der Erhebung von Substanzgebrauch in den beiden geschlossenen Settings: der stationär medizinischen Versorgung und der Jugendstrafanstalt. In beiden ist von Seiten der Institution her der Substanzgebrauch kategorisch verboten. Gleichwohl wird Substanzgebrauch betrieben – dies ist insbesondere den Mitarbeitern der Jugendstrafanstalten auch klar. Im Hinblick auf das Training wurde sich damit beholfen, wenn nicht vom Substanzkonsum an sich zu reden, so doch zumindest vom Verlangen nach Konsum – es sollte dabei eine Atmosphäre geschaffen werden, die möglichst so vertrauensvoll ist, dass zwischen den Zeilen auch vom Substanzkonsum an sich die Rede sein konnte. Dies ist laut Rückmeldungen insbesondere auch aus den Jugendstrafanstalten geglückt, und stellt eine besondere Leistung der dort durchführenden Trainer da. Hinsichtlich der Messung ist zu sagen, dass die Daten zum Substanzkonsum sicher unter einem anderen Druck hinsichtlich sozialer Erwünschtheit zustande gekommen sind, als in den beiden offenen Settings. Ängste, der Fragebogen würde doch vom Aufsichtspersonal durchgesehen und dann bei positivem Substanzkonsum gegen den Teilnehmer gewandt werden zumindest teilweise sicher bestanden haben. Dennoch bleibt festzuhalten, dass dieser erhöhte Druck zur sozialen Erwünschtheit bei beiden Interventionsbedingungen gleich gewirkt hat, und somit die Aussagekraft der Unterschiede zwischen der TAU- und der CAN Stop-Trainingsgruppe nicht schmälern dürfte.

Als weiterer Ausblick bleibt festzuhalten, dass das CAN Stop Gruppentraining mit seinem Lientraineransatz eine vielversprechende Möglichkeit bietet, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit problematischem Cannabiskonsum zu helfen. CAN Stop ist dabei nicht mit einer Therapie oder einer Behandlung zu verwechseln, aber CAN Stop ist eine wirksame, evidenzbasierte, sekundärpräventive Maßnahme, die sich in sehr unterschiedlichen Settings einsetzen lässt. In der Fachöffentlichkeit wurde wiederholt gelobt, dass durch die Implementierung des Lientraineransatzes in der Studie diese besonders praxisnah gestaltet war. Somit sind die Ergebnisse von besonders

großer Validität für die Praxis. Gleichsam gelobt wurde der Ansatz, dass CAN Stop für Teilnehmer zunächst offen lässt, was das Trainingsziel ist und Suchtmittelabstinenz nicht von vornherein als Ziel festgeschrieben ist. Dies sei besonders für die Motivierung junger Teilnehmer in die Gruppen entscheidend. Bedauern wurde darüber geäußert, dass CAN Stop sich vor allem und primär nur auf problematischen Cannabiskonsum bezieht. Eine Ausdehnung der Zielsubstanzen sei vor dem Hintergrund beispielsweise steigender Probleme Jugendlicher und junger Erwachsener mit Alkohol erstrebenswert.

## 9 Gender Mainstreaming-Aspekte

Der Gesichtspunkt des *Gender Mainstreaming* war bei der Konzeption des CAN Stop-Gruppentrainings von besonderer Bedeutung. Ziel war die Entwicklung eines Trainings, welches sich explizit auch an weibliche Konsumierende richten sollte, da auf diese in bisherigen Bemühungen nicht angemessen eingegangen wurde. Im Folgenden wird ausgeführt, inwieweit ein genderspezifischer Bedarf besteht und welche Wege beschritten wurden, diesem Bedarf zu begegnen.

Zunächst muss festgestellt werden, dass die Mehrzahl der Einrichtungen überwiegend Jungen behandelt. Die Angaben der Kooperationspartner stammen hierzu aus dem Selbstauskunftsbogen, den alle kooperierenden Einrichtungen zu Beginn der Kooperation erhalten haben. Dieses Ergebnis ist unabhängig vom Setting mit Ausnahme der JVA zu betrachten. In den kooperierenden Strafanstalten finden sich ausschließlich männliche Probanden. Im Bereich der Jugend- / Suchthilfe gibt es nur eine weitere Ausnahme. Eine vom Zentrum Hamburg betreute Einrichtung behandelte ausschließlich Mädchen und Frauen und war daher für die Betrachtung von Gender-Aspekten von besonderem Interesse. Leider konnte eine dort gestartete CAN Stop-Gruppe nach der zweiten Sitzung nicht weitergeführt werden, da der überwiegende Teil der Mädchen, die alle aus einer Jugendhilfeeinrichtung kamen, sich entschloss, das Gruppentraining zugunsten der Teilnahme an einem Casting zu beenden.

Der oben beschriebene starke Überhang von Jungen und Männern spiegelt sich erwartungsgemäß in der Gesamtstichprobe (siehe „Stichprobenbeschreibung“, Kapitel 7.1) wider. Dabei zeigt sich, dass sowohl in der Jugend- und Suchthilfe als auch im medizinischen Setting durchaus auch weibliche Teilnehmende erreicht werden konnten, diese aber durchgehend in der Minderheit waren. In den meisten Fällen waren nur 1-2 Mädchen bzw. Frauen pro Gruppe mit einer durchschnittlichen Gruppengröße von sechs Teilnehmerinnen vertreten. Zu  $t_0$  konnten aber immerhin insgesamt 57 weibliche Teilnehmerinnen in die Studie eingeschlossen werden, was einem Prozentsatz von 18% an der Gesamtstichprobe entspricht. Betrachtet man dieses Ergebnis stärker aus dem Blickwinkel, wie erfolgreich die Rekrutierung war, d. h. schließt man die Teilnehmer der Jugendstrafanstalten aus, weil diese qua definitionem nur männliche Teilnehmer bereitstellen konnten, kommt man auf einen Anteil weiblicher Teilnehmer von immerhin 23.75 %. Dieser Anteil liegt dennoch unter dem erhofften, stärker ausgeglichenen Geschlechterverhältnis, spiegelt aber den Umstand wieder, dass problematischer Cannabiskonsum nach wie vor häufiger von männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen betrieben wird. Die relativ kleine Anzahl weiblicher Probanden und die damit kleine Stichprobe erlauben geschlechtsspezifische Auswertungen der Trainingswirksamkeit nur mit einigen Einschränkungen. Daher wurde zunächst davon Abstand genommen. Weitere interessante Fragestellungen, deren Bearbeitung ebenfalls noch offen sind betreffen die Zusammensetzung der Gruppen: macht es für weibliche Teilnehmerinnen einen Unterschied, ob sie beispielsweise die einzige weibliche Gruppenteilnehmerin ist oder nicht?

Rückmeldungen der Teilnehmer der Trainertagung (teilweise mit explizit gendersensitiver Kompetenz) gehen in die Richtung, dass es innerhalb des Manuals durchaus gelungen ist, auch explizit „weibliche“

Thematiken anzusprechen bzw. ansprechbar zu machen, beispielsweise die Rolle eines ebenfalls konsumierenden Partners beim Cannabiskonsum.

Insgesamt blieb die Erwartung an die Integration weiblicher Studienteilnehmer hinter den hoch gesteckten Zielen der Studie zurück – dass dies nicht gelungen ist, scheint jedoch den in der Realität gegebenen Bedingungen geschuldet zu sein. Wäre es gelungen, etwa durch überproportionale Rekrutierung von weiblichen Teilnehmerinnen, das Geschlechterverhältnis ausgeglichener zu machen, so wären die Studienergebnisse unter Umständen gar nicht mehr auf die Realität übertragbar gewesen, weil die Studienergebnisse diese Gegebenheiten gar nicht wirklichkeitsgetreu wiedergeben.

## 10 Gesamtbeurteilung

Im Projekt CAN Stop wurde ein Trainingsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene mit problematischem Cannabiskonsum erfolgreich entwickelt und evaluiert. Anders als zuvor beantragt, wurde die Zielgruppe auf ein jüngeres Klientel im Alter zwischen 14 und 21 Jahren fokussiert, weil aus wissenschaftlicher Sicht (a) ein möglichst frühes Eingreifen in eine protrahierte Konsumkarriere für den weiteren Entwicklungsverlauf von Cannabiskonsumenten vorteilhaft ist und (b) hier eine besondere Lücke im bisherigen Versorgungsstand von Cannabiskonsumenten lag. Wie beabsichtigt, konnte mit dem CAN Stop Training eine vergleichsweise junge, durchschnittlich 18-jährige Zielgruppe angesprochen werden. Die Zielgruppe liegt damit ca. 6 Jahre jünger als bei anderen Maßnahmen zur Reduktion des Cannabiskonsums (z.B. CANDIS-Studie; Hoch et al., 2011). Aus methodischer Sicht hat die Studie einige Stärken: sie testet die Wirksamkeit des Trainings sowohl im ITT- als auch im PP-Analyseverfahren und konnte – anders als im Antrag vorhergesehen – auch im stationären medizinischen Setting eine Kontrollgruppe in Befragung und Analysen einbeziehen. Die Studie verbindet damit methodisch hohe Standards mit einer engen Orientierung an die Praxis der Versorgungslandschaft von jungen Cannabiskonsumenten. Die Studie ist nicht unter „Laborbedingungen“, sondern im Feld entstanden und somit leicht auf die Praxis übertragbar. Die Wirksamkeit des CAN Stop Trainings hat sich gezeigt, das Training wurde sowohl von teilnehmenden Cannabiskonsumenten als auch von durchführenden Lainertrainern gut angenommen. Der Lainertraineransatz hat sich in der vorliegenden Studie bewährt.

## 11 Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit

### 11.1 Präsentationen von CAN Stop zur Werbung von Kooperationspartnern

In der Akquisephase des Projektes wurden seitens der Projektmitarbeiterinnen und –mitarbeiter zahlreiche Informationsveranstaltungen für interessierte Praxiseinrichtungen in ganz Deutschland angeboten, um so für die Teilnahme am Projekt und der Durchführung der Evaluationsstudie zu werben. Tabelle 32 gibt einen Überblick zu allen Projektpräsentationen im Projektzeitraum von September 2008 bis April 2010.

Tabelle 32

*Präsentationen bei potentiellen Kooperationspartnern (Zeitraum September 2008 bis April 2010)*

Präsentierende	Termin	Einrichtung	Setting
Fr. Moré	15.10.2008	Parkkrankenhaus Leipzig Südost-GmbH Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie - Teen Spirit Island (Leipzig)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem
Fr. Moré	18.11.2008	Helios Klinikum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtstation</li> <li>• Kinder- und Jugendpsychiatrie</li> </ul> (Schwerin)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem
Fr. Moré	25.11.2008	Johanna-Odebrecht-Stiftung, Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung für Suchtmedizin (Greifswald)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem
Fr. Moré	27.11.2008	Hanse-Klinikum Stralsund Behandlungszentrum für Kinder und Jugendliche mit Suchterkrankungen (Stralsund)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem
Fr. Moré	9.12.2008	JA Neustrelitz (Neustrelitz)	Jugendstrafanstalt
Fr. Weymann	11.11.2008	Klinikum Bremen-Ost, Kinder und Jugendpsychiatrie - Institutsambulanz (Bremen)	Ambulantes Medizinisches Hilfesystem
Fr. Weymann	11.11.2008	KiJu Beratungsstelle Kipsy, Gesundheitsamt Bremen (Bremen)	Ambulantes Medizinisches Hilfesystem
Fr. Weymann	11.11.2008	Therapiehilfe Bremen Adaptationseinrichtung (Bremen)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Weymann	3.11.2008	Dietrich-Bonhoeffer-Klinik - Entwöhnungsklinik (Großenkneten-Ahlhorn)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem

Fr. Weymann	10.11.2008	Drogenberatungsstelle Drob (Nordhorn)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Miranda	24.10.2008	Drogenberatung Lehrte e. V. DroBel (Lehrte)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Miranda	4.11.2008	Jugend- Drogenberatung Prisma (Hannover)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Miranda	30.10.2008	Lukas-Werke-Helmstedt gGmbH (Helmstedt)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Miranda	19.11.2008	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Drobz (Göttingen)	Ambulantes Medizinisches Hilfesystem
Fr. Miranda	6.11.2008	Fachkliniken Nordfriesland gGmbH, Fachambulanz Kiel (Kiel)	Ambulantes Medizinisches Hilfesystem
Fr. Miranda	10.11.2008	Fachkliniken Nordfriesland gGmbH, Klinik Brestedt, Aufnahmeabteilung für Abhängigkeitserkrankungen (Brestedt)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem
Fr. Miranda	9.2.2009	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention des Diakonischen Werkes Osnabrück (Osnabrück)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Weymann	7.11.2008	Sozialwerk Norderstedt e. V., Suchtkrankenberatung (Norderstedt)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Weymann	12.1.2009	ATS Suchtberatung Quickborn (Quickborn)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Weymann	6.8.2008	Drogenambulanz für Jugendliche, Junge Erwachsene und ihre Familien, UKE (Hamburg)	Ambulantes Medizinisches System
Fr. Miranda	6.10.2008	Jugend hilft Jugend e. V. (Hamburg)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Weymann	21.11.2008	Kajal - Suchtprävention und Beratung für Mädchen / Beratung und Fortbildung für pädagogische Fachkräfte (Hamburg)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Miranda	20.10.2008	Palette - Straßensozialarbeit, Lotse im sozialen System (Hamburg)	Ambulantes Medizinisches System
Fr. Weymann	24.11.2008	Psychiatrische Klinik Lüneburg (Lüneburg)	Ambulantes Medizinisches System
Fr. Weymann	20.10.2008	Oberberg-Klinik Weserbergland (Extertal-Laßbruch)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem
Fr. Weymann	17.10.2008	Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e. V. Café Fix (Frankfurt / Main)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Weymann	18.11.2008	Therapiezentrum Schloss Düstertal (Delligsen)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem

Fr. Weymann	25.11.2008	Asklepios Psychiatrie Göttingen, Suchtambulanz der Abteilung für Psychiatrie	Ambulantes Medizinisches System
Fr. Weymann	16.11.2008	Kreiskrankenhaus Eckernförde, Abteilungen für Psychiatrie und Pädiatrie sowie Diakonisches Werk der Kirchenkreise Rendsburg und Eckernförde (Rendsburg)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Weymann	15.1.2009	AMEOS Psychiatrium gGmbH, Suchtmedizinische Ambulanz (Neustadt)	Ambulantes Medizinisches System
Fr. Weymann	17.11.2008	Integratives Beratungszentrum, Fachstelle für Sucht und Suchtprävention (Melle)	Jugend- und Suchthilfe
Fr. Miranda	3.12.2008	SCHLEI-Klinikum Schleswig FKSL GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie (Schleswig)	Ambulantes Medizinisches System
Fr. Miranda	24.11.2008	HG Klinik Holstein, Psychiatrische Institusambulanz (Lübeck)	Ambulantes Medizinisches System
N. Weymann	03.02.2009	Fachklinik Moorkieker	Stationäres Medizinisches Hilfesystem
A. Miranda	09.02.2009	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention des Diakonischen Werkes Osnabrück	Jugend- und Suchthilfe
N. Weymann	21.04.2009	Jugend-Suchtstation, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Hamburg)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem
N. Weymann	14.05.2009	Jugendstrafanstalt Hahnöfersand (Hamburg)	Jugendstrafanstalt
A. Miranda	24.09.2009	LVR-Klinik Bedburg-Hau KJPP Cannabisambulanz für Kinder und Jugendlich(Bedburg-Hau)	Ambulantes Medizinisches System
A. Miranda	19.10.2009	Rheinische Kliniken Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Essen)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem
K. Moré	25.11.2009	Salus-Fachklinikum Uchtspringe Therapiestation für suchtgefährdete Kinder und Jugendliche der KJP(Uchtspringe)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem
N. Weymann	18.01.2010	LWL-Klinik, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen (Viersen)	Stationäres Medizinisches Hilfesystem

## 11.2 Geplante Publikationen

Tabelle 33 gibt einen Überblick über die noch geplanten Publikationen, die aus dem Projekt CAN Stop hervorgehen sollen. In 2011 bereits erschienen ist das Studienprotokoll (Baldus et al., 2011; siehe Anhang A.5) sowie die Publikation zu den Trainereffekten im CAN Stop-Gruppentraining (Weymann et al., 2011; siehe Anhang A.7).

Tabelle 33  
Geplante Publikationen: Stand November 2011

Zielzeitschrift	Arbeitstitel der Publikation	Erstautorin / Erstautor
Journal of Adolescent Health	Motivation for change in adolescent and young adult cannabis users who seek a group prevention program to reduce substance use	C. Baldus
Addictive Behaviors	The effect of a secondary prevention program for adolescent and young adult cannabis users on peer-related consume patterns	S. Kindermann
	How do expectancies regarding cannabis use effects mediate the effect of a secondary prevention program for adolescent and young adult cannabis users?	S. Kindermann
	CAN Stop – Evaluation of a secondary group prevention program for adolescent and young adult cannabis users in various contexts	C. Baldus
	Die Entwicklung eines Fragebogens zur Manualtreue und Trainereigenschaften zu einem manualisierten Gruppenprogramm gegen Cannabisgebrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	L. Cordes
Health Education Research	Influence of treatment adherence and intervention competence on outcome, drop-out rate and participant satisfaction in a secondary prevention program for young cannabis users	J. Stappenbeck
	Patterns of polydrug use among adolescent cannabis users: Effects on results of an intervention program	O. Reis

## 11.3 Pressemitteilungen

Einige Einrichtungen gaben Pressemitteilungen heraus, um über ihr CAN Stop-Angebot zu informieren und weitere Teilnehmende für ihre CAN Stop-Gruppe zu finden (siehe Tabelle 34). Hiermit entwickelte sich eine relativ dichte Pressearbeit an unterschiedlichen Standorten. In Rostock wurde im Januar 2010 eine Pressekampagne als Teil der Nachrekrutierungsbemühungen gestartet. Die Kampagne gipfelte in einem wenig korrekten Bericht der Bild-Zeitung und einem Feature des NDR-Nordmagazins.

Tabelle 34  
Zeitungsberichte und Pressemitteilungen zu CAN Stop

Datum	Zeitung	Kooperationseinrichtung / Setting	Titel
04.08.2009	Hamburger Abendblatt – Lüneburger Rundschau	Psychiatrische Klinik Lüneburg, KJP-Suchtambulanz (amb.-med. Setting)	„Can Stop“-Suchtprävention: Schluss mit dem Cannabis-Konsum
05.08.2009	Meller Kreisblatt	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Melle (amb. Suchthilfe)	„Can Stop“ statt Cannabis-Konsum
09.09.2009	Osnabrücker Nachrichten	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Osnabrück (amb. Suchthilfe)	„CAN Stop“ für junge Leute
09.09.2009	Neue Osnabrücker Zeitung	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Osnabrück (amb. Suchthilfe)	Weniger Cannabis konsumieren
28.10.2009	Meller Kreisblatt	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Melle (amb. Suchthilfe)	Ambitionierte Texte statt der „Tüte“
08.01.2010	Pressemitteilung der Universität Rostock	Institutsambulanz und Drogensprechstunde der KJPP an der Universität Rostock (amb.-med. Setting)	„CAN Stop“ statt kiffen – Freiwillige für Trainingsprogramm gegen Cannabis-Konsum gesucht
08.01.2010	DPA	Institutsambulanz und Drogensprechstunde der KJPP an der Universität Rostock (amb.-med. Setting)	Entwöhnungsprogramm für Kiffer an Uni Rostock
09.01.2010	Ostseezeitung Rostock	Institutsambulanz und Drogensprechstunde der KJPP an der Universität Rostock (amb.-med. Setting)	Cannabis: Entzugstraining an Uni Rostock
09.01.2010	Rostocker Neueste Nachrichten	Institutsambulanz und Drogensprechstunde der KJPP an der Universität Rostock (amb.-med. Setting)	Uni sucht Kiffer für Ausstieg
09.01.2010	Schweriner Volkszeitung	Institutsambulanz und Drogensprechstunde der KJPP an der Universität Rostock (amb.-med. Setting)	Uni sucht Kiffer für Ausstiegs-Test
09.01.2010	Schweriner Volkszeitung	Institutsambulanz und Drogensprechstunde der KJPP an der Universität Rostock (amb.-med. Setting)	Uni Rostock startet Entwöhnungsprogramm für Kiffer
09.01.2010	Bild	Institutsambulanz und Drogensprechstunde der KJPP an der Universität Rostock (amb.-med. Setting)	Uni sucht Kiffer für Entzugstraining
25.01.2010	Neue Osnabrücker Zeitung	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Osnabrück (amb. Suchthilfe)	Can Stop: Der sanfte Abschied

Anmerkung. Artikel von 2011 Rostocker Projekt ist „Ausgewählter Ort 2011“. Die vollständigen Artikel sind dem Anhang (A.8) zu entnehmen.

Leider waren Inhalte und Überschriften der Zeitungsmeldungen mitunter dem Einfluss der Mitarbeitenden entzogen, sodass das Projekt teilweise einer verfälschten Darstellung unterlag. Dies betrifft vor allem jene Zeitungsmeldungen, die als Folge auf die Pressemitteilung der Universität Rostock und der DPA-Meldung ohne Rücksprache mit der Projektstelle Rostock erschienen.

Durch die DPA-Meldung wurden die Campuszeitung „Campolis“ und das „Nordmagazin“ auf das Projekt aufmerksam. Im Februar 2010 erschien nach einem Interview mit Herrn Dr. Reis ein Artikel in der Zeitung „Campolis“. Das „Nordmagazin“ drehte am 26.01.2010 über einen Teilnehmer der CAN Stop-Gruppe des Rostocker Kooperationspartners AFW und dessen Erfahrungen einen Beitrag, in dem auch die Trainerin der Einrichtung befragt und die Projektmitarbeiterin Frau Kerstin Moré interviewt wurde. Der knapp vierminütige Beitrag wurde am 06.03.2010 gesendet.

## 11.4 Kongressbeiträge

Im Berichtszeitraum wurde das Projekt „CAN Stop“ im Rahmen von insgesamt fünf Kongressbeiträgen der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Im Zentrum standen dabei die CAN Stop-Gruppenintervention, das Projektdesign sowie Berichte aus der laufenden Studie (Vorgehen und Erfahrungen hinsichtlich der Implementierung in die Versorgungspraxis, Ergebnisse der Pilotstudie). Tabelle 34 zeigt die Kongressbeiträge für den Zeitraum Mai 2009 bis April 2010.

Tabelle 34  
Kongressbeiträge zum Projekt „CAN Stop“ für den Zeitraum Mai 2009 bis April 2010

Kongress	Art des Beitrags	Titel des Beitrags	Referentin / Referent
<b>11. Wissenschaftliches Gespräch der DG-Sucht</b> 28.10.2007, Hamburg	Vortrag	CAN Stop: Gruppenprogramm für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum – Konzeption eines Manuals für niedrigschwellig erreichbare Einrichtungen	M. Feldmann
<b>1. Arbeitstagung „Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter“</b> 6.3.2008, Heidelberg.	Vortrag	CAN Stop: Entwicklung eines Psychotherapiematerials für Cannabis missbrauchende Jugendliche	M. Feldmann
<b>1. Deutscher Suchtkongress</b> 11.6.2008, Mannheim.	Vortrag	CAN Stop: Entwicklung eines Gruppenprogramms für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum	M. Feldmann
<b>Tagung der Bundespsychotherapeutenkammer „Psychotherapie und Suchtbehandlung“</b> Berlin, 25.11.2008	Vortrag	Vertretung des Forschungsprojektes „CAN Stop“ (BMG)	R. Thomasius

Kongress	Art des Beitrags	Titel des Beitrags	Referentin / Referent
<b>Jahreskongress der Society for Prevention Research (SPR)</b> 26.-29. Mai 2009, Washington, D.C.	Posterpräsentation	CAN Stop – Development and Evaluation of a group intervention with adolescents and young adults with problematic cannabis use	N. Weymann
<b>21. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.</b> „Lebensaltersuchtformen und Behandlungspraxis“ Heidelberg, 16.06. – 18.06.2008	Vortrag	CAN Stop – Psychoedukation und Rückfallprävention für junge Menschen mit problematischem Cannabiskonsum	R. Thomasius
<b>Rostocker Sucht-symposium „Alkohol? Kenn Dein Limit.“</b> 16. Juni 2009, Rostock	Vortrag	CAN Stop – ein Gruppentraining für junge Leute, die ihren Cannabiskonsum überdenken wollen	K. Moré
<b>7. Hanesymposium Suchterkrankungen und komorbide Störungen: Aktuelle Aspekte aus Forschung und Therapie</b> 25.-26. September 2009, Rostock Warnemünde	Vortrag	Entwicklung und Einführung eines niedrigschwelligen Gruppenprogramms für Jugendliche mit Cannabismissbrauch	Dr. O. Reis
<b>Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)</b> 25.-28. November 2009, Berlin	Posterpräsentation	Implementierung des CAN Stop-Gruppentrainings für junge Cannabiskonsumanten in vier verschiedenen Behandlungssettings	A. Miranda
<b>Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)</b> 25.-28. November 2009, Berlin	Posterpräsentation	CAN Stop – Entwicklung und Evaluation eines indizierten Präventionskonzepts für Jugendliche und junge Erwachsene mit problematischem Cannabiskonsum	N. Weymann
<b>Deutscher Suchtkongress</b> 22.–25. September 2010, Tübingen	Vortrag	CAN Stop – Evaluation eines Gruppentrainings für junge Cannabiskonsumanten und erste Evaluationsergebnisse	A. Miranda
<b>Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)</b> 24.-27. November 2010, Berlin	Vortrag	CAN Stop – erste Evaluationsergebnisse einer Gruppenintervention für junge Cannabiskonsumanten Trainereffekte in einem hoch standardisierten Programm	N. Weymann
<b>Jahrestagung der Gesellschaft für Nervenheilkunde des Landes Mecklenburg-Vorpommern e.V. (DGN)</b> 10.-12. Dezember 2010, Rostock/Warnemünde	Vortrag	CAN Stop – eine Gruppenintervention für junge Cannabiskonsumanten. Ergebnisse einer multi-zentrischen Erprobung in 8 Bundesländern	K. Moré

Kongress	Art des Beitrags	Titel des Beitrags	Referentin / Referent
<b>Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)</b> 02.-05. März 2011, Essen	Vortrag	„CAN Stop“ – Ergebnisse einer multizentrischen Erprobung in 8 Bundesländern	C. Baldus
<b>CAN Stop Trainertagung</b> 14.-15. April 2011, Hamburg	Vortrag	CAN Stop – ein Gruppentraining für junge Leute, die ihren Cannabiskonsum überdenken wollen	O. Reis
<b>CAN Stop Trainertagung</b> 14.-15. April 2011, Hamburg	Vortrag	CAN Stop – Stichprobenbeschreibung zum Messzeitpunkt t0	J. Stappenbeck
<b>CAN Stop Trainertagung</b> 14.-15. April 2011, Hamburg	Vortrag	CAN Stop – Akzeptanz des Trainings	K. Moré
<b>CAN Stop Trainertagung</b> 14.-15. April 2011, Hamburg	Vortrag	CAN Stop – Erste, vorläufige Evaluations-ergebnisse	C. Baldus
<b>CAN Stop Trainertagung</b> 14.-15. April 2011, Hamburg	Vortrag	Ergebnisse der Multicenter-Studie CAN Stop: Trainereffekte	S. Kindermann
<b>24. Heidelberger Kongress</b> 06.-08. Juni, Heidelberg	Vortrag	CAN Stop – Erste Evaluationsergebnisse CAN Stop – erste Evaluationsergebnisse einer Gruppenintervention für junge Cannabiskonsumenten	S. Kindermann
<b>4. Deutscher Suchtkongress</b> 28. September – 01. Oktober 2011, Frankfurt a. M.	Vortrag	„CAN Stop“ – Entwicklung und Evaluation CAN Stop – erste Evaluations-ergebnisse einer Gruppenintervention für junge Cannabiskonsumenten	C. Baldus

## 11.5 Auszeichnungen

Dem Projekt CAN Stop wurde im Mai 2011 das Prädikat „Ausgewählter Ort“ im Rahmen des Wettbewerbs „365 Orte der Ideen“ verliehen. Der Wettbewerb wurde von der Bundesregierung und dem Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) ins Leben gerufen und zeichnet besonders innovative Erfindungen aus. Schirmherr ist Bundespräsident Christian Wulff. Durch die Auszeichnung wird die Neuartigkeit und Besonderheit des Programms in der Öffentlichkeit noch einmal explizit gewürdigt.

## 12 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Die Herausgabe des Can Stop-Manuals sowie die Ergebnisse der randomisiert-kontrollierten Evaluationsstudie können als die Hauptergebnisse des Forschungsprojektes beschrieben werden. Schon bei der Konzeption des Programms nahmen die Begriffe „Nachhaltigkeit“ und „Transferpotential“ eine wichtige Stellung ein. Es sollte ein Programm entwickelt werden, das im Fall eines positiven Wirksamkeitsnachweises mit vergleichsweise kleinem Aufwand und niedrigen Kosten in die Praxis implementiert werden kann.

Viele wichtige Fragestellungen, die in Bezug auf die Evaluationsstudie definiert wurden, werden in dem vorliegenden Bericht beantwortet. Es ist vorgesehen, die vorliegenden Arbeiten zu den verschiedenen Fragestellungen in internationalen Journalen zu veröffentlichen. Somit werden die Erkenntnisse, die durch das Projekt gewonnen wurden, einer internationalen Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht. Die in diesem Bericht enthaltenen Artikel sollen unter anderem in Journalen wie *Addiction*, *BMC Health Services Research*, *Evaluation & the Health Professions* oder *Health Education Research* erscheinen. Während es in diesem Abschlussbericht zentral um die Klärung der Fragen nach der Programmwirksamkeit und der Prozessevaluation geht, soll der umfangreiche Datensatz noch weiter analysiert werden. Weitere Publikationen sollen aus diesen geplanten Auswertungen hervorgehen, unter anderem zu den Themen „Polyvalente Konsummuster“ und dem „Einfluss der psychischen Gesundheit auf den Behandlungserfolg“. Zudem sollen Zusammenhänge zwischen bedeutsamen Variablen mithilfe von sogenannten Pfadmodellen sichtbar gemacht werden. Es soll unter anderem untersucht werden, ob Klienten, die freiwillig am Programm teilgenommen haben, stärker vom Programm profitieren als Klienten, die vom Umfeld oder vom Justizsystem dazu gedrängt wurden. Zudem soll untersucht werden, inwieweit ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der psychischen Belastung, dem gegenwärtigen Cannabiskonsum und dem Erfolg des CAN Stop-Trainings besteht.

Bereits während der Pilotstudie und in der Folge auch während der Durchführungsphase des Projektes wurde deutlich, dass ein großer Bedarf für ein indiziertes Präventionsprogramm besteht, welches gemäß Lainertraineransatz arbeitet. Die Rückmeldungen der Trainer, die das Programm durchgeführt hatten, fielen in Bezug auf dessen Praktikabilität des Manuals sowie die Übungen und Arbeitsmaterialien durchweg positiv aus. Die Trainer bestätigten, dass mit CAN Stop die Nachfrage nach einem ökonomischen niedrigschwelligen Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene mit einem problematischen Cannabiskonsum erfolgreich bedient werden und somit eine große Versorgungslücke geschlossen werden kann. Dies wurde insbesondere auf der Trainertagung im April 2011 deutlich, wo die gute und einfache Durchführbarkeit des Programms hervorgehoben wurde. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass das Programm eine gute Ergänzung zu den gegenwärtigen Angeboten der Einrichtungen darstellt, vor allem dort, wo für Cannabis konsumierende Jugendliche und junge Erwachsene bisher keine evidenzbasierte Maßnahme verfügbar war. Dies betrifft insbesondere den Jugendstrafvollzug und Beratungsstellen der Jugend- und Suchthilfe. Dieser Umstand bestärkte das Forscherteam darin, die flächendeckende Implementierung des Programms vor allem im Hinblick auf die verschiedenen Bereiche des Versorgungssystems weiter zu fokussieren. Für die Überarbeitung des Manuals wurde daher abgestrebt, die auf der Trainertagung thematisierten

settingspezifischen Anforderungen an das Training zu berücksichtigen und daraus notwendige Ergänzungen und Modifikationen für das Manual abzuleiten. Unter Bewahrung des grundsätzlichen Charakters des Trainingsmanuals wurden vor allem die Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Settings stärker hervorgehoben und bei der Modularisierung des Programms berücksichtigt, so dass das Trainingsmanuals nach seiner Überarbeitung den Anforderungen dieser unterschiedlichen Settings nun optimal gerecht wird.

Dass durch CAN Stop eine Lücke im bisherigen Beratungsangebot des bundesweiten medizinischen Hilfesystems geschlossen werden konnte belegen auch die nach Abschluss der Feldphase fortlaufenden Anfragen am Programm interessierter Einrichtungen in beiden Studienzentren in Hamburg und Rostock. Derzeit wird für diese eine Warteliste geführt, um die Anfragen umgehend bearbeiten zu können, sobald die Veröffentlichung des Manuals unmittelbar bevorsteht und darauf aufbauende neue CAN Stop-Trainer Schulungen angeboten werden können. Aufgrund der guten Erfahrungen wird CAN Stop derzeit weiterhin in der Jugendsuchtstation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt und gehört dort mittlerweile zum festen Bestandteil des Behandlungsprogramms für die entsprechende Zielgruppe. Auch kooperierende Praxispartner aus der Feldphase beabsichtigen das Trainingsmanual nach seiner Überarbeitung weiterhin in den Einrichtungen anzubieten.

Folgende, z.T. bereits genannte wichtige Schritte zur Implementierung des CAN Stop-Trainings in die Praxis wurden bereits gemacht, um es als zusätzliches Angebot zur Versorgung von Menschen mit problematischem Cannabiskonsum in der deutschen Präventionslandschaft zu etablieren: Das Manual wird nach seiner Überarbeitung (siehe Kapitel 7.6) im Jahr 2012 im psychologisch orientierten Hogrefe Verlag veröffentlicht und soll dann frei verkäuflich im Handel erworben werden können. Mit dem Verlag wurde sich bereits im Vorwege darauf verständigt, dass eine Anzahl gedruckter Exemplare direkt an die durchführenden Praxispartner übergeben werden soll.

Sie sind nach dem Erhalt des Trainingsmanuals, genau wie interessierte neue Einrichtungen, die dieses käuflich erwerben, dazu verpflichtet Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an einer eintägigen Trainerschulung teilzunehmen zu lassen, um die Lizenz zur Durchführung des Programms zu erlangen. In Zukunft sollen diese Schulungen an der noch zu gründenden DZSKJ-Akademie am Standort des Hamburger Studienzentrums zum Selbstkostenpreis angeboten werden. Erfahrene Projektmitarbeiter, die bei der Konzeption des Programms mitgewirkt haben, werden den angehenden Trainern in einem gestrafften Ablauf die essentiellen Punkte des Programms näher bringen und dessen Übungsinhalte gemeinsam mit ihnen erproben. Es ist geplant, Jugend- und Suchtberatungsstellen, Jugendvollzugsanstalten sowie Einrichtungen im medizinischen Bereich gezielt zu kontaktieren, das Programm vor Ort vorzustellen und auf die positiven Ergebnisse der Evaluationsstudie hinzuweisen. Ein wichtiges Argument bei der Akquise neuer teilnehmender Einrichtungen sollte der prämierte Laientrainer-Ansatz sein, der sich in diesem Projekt als erfolgreich und durchführbar erwiesen hat.

Entscheidern in Politik und in den Einrichtungen kann mit Can Stop ein überzeugendes Paket angeboten werden: Ein Programm, das wissenschaftlich evaluiert ist und mit relativ geringem

organisatorischem und finanziellem Aufwand als passgenaues Angebot für Jugendliche und junge Erwachsene in den Einrichtungen eingeführt werden kann. Insbesondere Bereichen des Versorgungssystems, die durch Personalknappheit geprägt sind, kommt es entgegen, dass für die Durchführung des Programms weder eine langwierige Ausbildung noch eine dezidierte Berufserfahrung erforderlich sind.

Zur Förderung der flächendeckenden Verbreitung des Programms soll auch in Zukunft über die reguläre Laufzeit des Projektes hinweg das Online-Angebot des Projekts als Informationsportal für Interessierte nutzbar gemacht werden. Die CAN Stop Homepage wird derzeit im Auftrag des Projektes von einer Grafikagentur vollständig überarbeitet und soll Anfang 2012 in einem neuen und ansprechenden Layout online über einen eigenen Server verfügbar sein. Die Website soll dann sowohl betroffene junge Cannabiskonsumenten ansprechen als auch Informationen für deren Familienangehörige bereitstellen und zudem interessiertes Fachpersonal über das Programm, die Evaluationsergebnisse sowie geplante Schulungstermine informieren. Es ist vorgesehen, eine Liste der geschulten CAN Stop-Trainer auf der Homepage zu führen und über die Standorte zu informieren, an denen neue CAN Stop-Gruppen angeboten werden sollen. Auch über das Projektende hinaus kann somit über eine fortlaufende Aktualisierung der Website gewährleistet werden, dass der Transfer des Programms in die Öffentlichkeit und in die Praxis weiter vorangetrieben wird. So wird ein bundesweites Netzwerk geschaffen werden, in dessen Rahmen ein Austausch von Erfahrungen mit der Durchführung von CAN Stop-Gruppen in den verschiedenen Settings und auch die regionale Vermittlung interessierter betroffener Jugendlicher und junger Erwachsener in CAN Stop-Angebote in ihrer Umgebung ermöglicht werden können.

Abschließend kann festgehalten werden, dass mit den bisher unternommenen Anstrengungen und im Ausblick auf die weiteren Schritte, die über das Projektende hinaus geplant sind, ein sehr vielversprechendes Transferkonzept zur Umsetzung der Implementierung von CAN Stop in die Praxis entwickelt werden konnte, für welches die Ergebnisse der Evaluationsstudie bestmöglich verwertet wurden.

## 13 Publikationsverzeichnis

- Baldus, C., Miranda, A., Weymann, N., Reis, O., Moré, K. & Thomasius, R. (2010). „CAN Stop“– Implementation and evaluation of a secondary group prevention for adolescent and young adult cannabis users in various contexts – study protocol. *BMC Health Services Research* 2011, 11:80. doi:10.1186/1472-6963-11-80
- Cordes, L. (2011). *Entwicklung eines Beobachtungsinstruments zur Beurteilung des Trainingsverhaltens in Gruppentrainings*. Universität Hamburg, unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Mause, L. (2011). *Quantitative Studie zur Akzeptanz eines Gruppentrainingsprogramms für Jugendliche mit problematischem Cannabiskonsum: CAN Stop*. Universität Hamburg, unveröffentlichte Bachelor-Arbeit.
- Weymann, N., Baldus, C., Miranda, A., Moré, K., Reis, O. & Thomasius, R. (2010). Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten - Ergebnisse der Multicenterstudie „CAN Stop“. *Sonderheft SUCHT*, 57 (3), 193-202.

## Literatur

- Agrawal, A., M. T. Lynskey, K. K. Bucholz, P. A. F. Madden, and A. C. Heath. 2007. "Correlates of cannabis initiation in a longitudinal sample of young women: The importance of peer influences." *Preventive Medicine* 45(1): 31-34.
- Ajzen, I. 1991. "The Theory of Planned Behavior." *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50(2): 179-211.
- Amelang, M., & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (4.Auflage). Heidelberg: Springer Medizin.
- Aarons, G. A., Brown, S. A., Stice, E., & Coe, M. T. (2001). Psychometric evaluation of the marijuana and stimulant effect expectancy questionnaires for adolescents. *Addictive Behaviors*, 26(2), 219-236.
- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A. & Moffitt, T.E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*, 325, 1212-1213.
- Asendorpf, J. (2007). *Psychologie der Persönlichkeit*. 4. Auflage, Berlin: Springer.
- Baldus, C., A. Miranda, N. Weymann, O. Reis, K. More, and R. Thomasius. 2011. "'CAN Stop' - Implementation and evaluation of a secondary group prevention for adolescent and young adult cannabis users in various contexts study protocol." *Bmc Health Services Research* 11: 10.
- Bandura, A. (1974). Behavior-Theory and Models of Man. *American Psychologist* 29(12): 859-69.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. . New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy - toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* 84(2): 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist* 37(2): 122-47.
- Barber, J.P., Crits-Christoph, P. & Luborsky, L. (1996). Effects of Therapist Adherence and Competence on Patient Outcome in Brief Dynamic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619-622.
- Barber, J.P., Gallop, R., Critis-Christoph, P., Frank, A., Thase, M., Weiss, R.D., & Gibbons, M. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-240.
- Barber, J.P., Sharpless, B.A., Klostermann, S. & McCarthy, K.S. (2007). Assessing Intervention Competence and its Relation to Therapy Outcome: A Selected Review derived from the Outcome Literature. (2007). *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 493-500.
- Barnwell, S. S., & Earleywine, M. (2006). Simultaneous alcohol and cannabis expectancies predict simultaneous use. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 1, 9.
- Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Metha, G., Pawlowsky, G., & Wiesnagrotzki, S. (2005). *Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard*. Wien: Springer.
- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., Katz, E. C. & Sears, E. A. (2004). Evaluation of a group-based substance abuse treatment program for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 123-134.
- Baumgärtner, T. (2006). *Epidemiologie des Drogengebrauchs bei Jugendlichen und Heranwachsenden in Hamburg 2005 – Zusammenfassender Basisbericht der Schüler- und Lehrerbefragung zum*

*Umgang mit Suchtmitteln (Hamburger SCHULBUS), Teilmodul SchülerInnenbefragung.* Hamburg: Büro für Suchtprävention.

- Best, D., Gross, S., Manning, V., Gossop, M., Witton, J., Strang, J. (2005). Cannabis use in adolescents: the impact of risk and protective factors and social functioning. *Drug Alcohol Rev*, 24 (6), 483-488.
- Böhnisch, L. 2002. "Drogengebrauch in den Jugendphasen." In *Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention. Handlungsfelder - Handlungskonzepte - Praxisschritte.*, edited by H. Arnold and H.-J. Schille, pp. 107-19. Weinheim/München.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler. 5. Auflage.* Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage,* Heidelberg: Springer Medizin.
- Botvin, G. J. 1983. "Prevention of adolescent substance abuse through the development of personal and social competence." *NIDA research monograph* 47: 115-40.
- Botvin, G. J. 1995. "Life skills training and the prevention of adolescent drug abuse: Theoretical issues and empirical findings." *Psicologia Conductual* 3(3): 333-55.
- Brown, B. B., D. R. Clasen, and S. A. Eicher. 1986. "Perceptions of Peer Pressure, Peer Conformity Dispositions, and Self-Reported Behavior among Adolescents." *Developmental Psychology* 22(4): 521-30.
- Brown, S. A. (1993). Recovery patterns in adolescent substance abuse. In J. S. Baer, G. A. Marlatt & R. J. McMahon (Eds.), *Addictive behaviors across the life span: Prevention, treatment, and policy issues.* (pp. 161–183). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Budney, A.J., Vandrey, R.G., Hughes, J.R., Thostenson, J.D., Bursac, Z. (2008). Comparison of cannabis and tobacco withdrawal: Severity and contribution to relapse. *J Subst Abus Treat*, 35 (4), 362-368.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2009). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Alkohol-, Tabak-, und Cannabiskonsum. Erste Ergebnisse zu aktuellen Entwicklungen und Trends. Oktober 2008.* Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007). *Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzbericht Juni 2007.* Köln: BZgA.
- Burnham, K. P. and D. R. Anderson. 2004. "Multimodel inference - understanding AIC and BIC in model selection." *Sociological Methods & Research* 33(2): 261-304.
- Byrnes, H. F., Miller, B. A., Aalborg, A. E., Plasencia, A. V. & Keagy, C. D. (2010). Implementation fidelity in adolescent family-based prevention programs: relationship to family engagement. *Health Education Research*, 25 (4). 531-541.
- Caplan, M., R. P. Weissberg, J. S. Grober, P. J. Sivo, K. Grady, and C. Jacoby. 1992. "Social Competence Promotion with Inner-City and Suburban Young Adolescents - Effects on Social-Adjustment and Alcohol-Use." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60(1): 56-63.
- Chabrol, H., E. Chauchard, J. D. Mabila, R. Mantoulan, A. Adele, and A. Rousseau (2006). "Contributions of social influences and expectations of use to cannabis use in high-school students." *Addictive Behaviors* 31(11): 2116-19.
- Chabrol, H., Chauchard, E., Mabila, J. D., Mantoulan, R., Adele, A., & Rousseau, A. (2006). Contributions of social influences and expectations of use to cannabis use in high-school students. [Article]. *Addictive Behaviors*, 31(11), 2116-2119.

- Chassin, L., Pitts, S.C., DeLucia, C. (1999). The relation of adolescent substance use to young adult autonomy, positive activity involvement, and perceived competence. *Developmental Psychopathology*, 11 (4), 915-932.
- Compton, W. M., Y. F. Thomas, K. P. Conway, and J. D. Colliver. 2005. "Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders." *American Journal of Psychiatry* 162(8): 1494-502.
- Connors, G. J., Tarbox, A. R., & Faillace, L. A. (1993). Changes in alcohol expectancies and drinking behavior among treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(6), 676-683.
- D'Amico, E. J., & Fromme, K. (2002). Brief prevention for adolescent risk-taking behavior. *Addiction*, 97(5), 563-574.
- Darkes, J., & Goldman, M. S. (1993). Expectancy challenge and drinking reduction - experimental-evidence for a mediational process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 344-353.
- 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., Liddle, 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, 16-34.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Barbor, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27 (3), 197-213.
- Denscombe, M. 2001. "Peer group pressure, young people and smoking: New developments and policy implications." *Drugs-Education Prevention and Policy* 8(1): 7-32.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (1998). *Vorschläge zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. Empfehlungen der Kommission „Selbstkontrolle in der Wissenschaft“*. *Proposals for Safeguarding Good Scientific Practice. Recommendations of the Commission on Professional Self Regulation in Science*. *Denkschrift*. Weinheim: Wiley-VCH.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (2001). *Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen*. *Sucht* 47, Sonderheft 2, 5-94.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2010). *Drogen- und Suchtbericht Mai 2009*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., & Marlatt, G. A. (1999). *Brief alcohol screening and intervention for college students: A harm reduction approach*. New York: Guilford.
- Donabedian (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166-206.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W., Walsh, J. & Falco, M. (2005). Quality of implementation: Developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research*, 20 (3). 308-313.
- Eccles, J. S. and B. L. Barber. 1999. "Student council, volunteering, basketball, or marching band: What kind of extracurricular involvement matters?" *Journal of Adolescent Research* 14(1): 10-43.
- Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z. & Mahoney, C. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research*, 16(2), 144-160.

- Ennett, S. T., N. S. Tobler, C. L. Ringwalt, and R. L. Flewelling. 1994. "How Effective Is Drug-Abuse Resistance Education - a Metaanalysis of Project Dare Outcome Evaluations." *American Journal of Public Health* 84(9): 1394-401.
- Evans, R. I., L. M. Dratt, B. E. Raines, and S. S. Rosenberg. 1988. "Social Influences on Smoking Initiation - Importance of Distinguishing Descriptive Versus Mediating Process Variables." *Journal of Applied Social Psychology* 18(11): 925-43.
- Evans, W. D., A. Powers, J. Hersey, and J. Renaud. 2006. "The influence of social environment and social image on adolescent smoking." *Health Psychology* 25(1): 26-33.
- Fallu, J. S., M. Janosz, F. N. Briere, A. Descheneaux, F. Vitaro, and R. E. Tremblay. 2010. "Preventing disruptive boys from becoming heavy substance users during adolescence: A longitudinal study of familial and peer-related protective factors." *Addictive Behaviors* 35(12): 1074-82.
- Fergusson, D. M., L. J. Horwood, and N. Swain-Campbell. 2002. "Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood." *Addiction* 97(9): 1123-35.
- Fiedler, P. (2005). *Verhaltenstherapie in Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. 2. Auflage, Weinheim/Basel: Beltz.
- Fishbein, M. and I. Ajzen. 2010. *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C., Clayton, R. (2004). Early adolescent through young adult alcohol and marijuana use trajectories: Early predictors, young adult outcomes, and predictive utility. *Dev Psychopathol*, 16 (1), 193-213.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner E.F., McEachran, A. B. & Cornes, C. (1991). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy as a Maintenance Treatment of Recurrent Depression - Contributing Factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1053-1059.
- Gaher, R. M., & Simons, J. S. (2007). Evaluations and expectancies of alcohol and marijuana problems among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(4), 545-554.
- Galen, L. W., & Henderson, M. J. (1999). Validation of cocaine and marijuana effect expectancies in a treatment setting. *Addictive Behaviors*, 24(5), 719-724.
- Gervilla, E., B. Cajal, and A. Palmer. "Quantification of the influence of friends and antisocial behaviour in adolescent consumption of cannabis using the ZINB model and data mining." *Addictive Behaviors* 36(4): 368-74.
- Godin, G. and G. Kok. 1996. "The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors." *American Journal of Health Promotion* 11(2): 87-98.
- Godin, G., P. Valois, and L. Lepage. 1993. "The Pattern of Influence of Perceived Behavioral-Control Upon Exercising Behavior - an Application of Ajzen Theory of Planned Behavior." *Journal of Behavioral Medicine* 16(1): 81-102.
- Godin, G., P. Valois, L. Lepage, and R. Desharnais. 1992. "Predictors of Smoking-Behavior - an Application of Ajzens Theory of Planned Behavior." *British Journal of Addiction* 87(9): 1335-43.
- Goldman, M. S., Brown, S. A., & Christiansen, B. A. (1987). Expectancy theory: Thinking about drinking. In H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 181-226). New York: Guilford.
- Goldman, M. S., Del Boca, F. K., & Darkes, J. (1999). Alcohol expectancy theory: The application of cognitive neuroscience. In K. E. Leonard & H. T. Blane (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford.

- Görge, W., Hartmann, R. & Oliva, H. (2003). Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten (FreD) – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Köln: Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich.
- Görge, W. & Hartmann, R. (2006). *Expertise - Zugang zu jungen CannabiskonsumentInnen*. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- Greca, R. 2008. "Das Projekt Suchtprävention." In *Gefährdung Jugendlicher durch Alkohol und Drogen. Eine Fallstudie zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen.*, edited by R. Greca, S. Schäfferling, and S. Siebenhüter. Wiesbaden.
- Gruber, A. J. and H. G. Pope. 2002. "Marijuana use among adolescents." *Pediatric Clinics of North America* 49(2): 389-+.
- Grunert, C. 2006. "Bildung und Lernen - ein Thema der Kindheits- und Jugendforschung?" In *Informelles Lernen im Jugendalter. Vernachlässigte Dimensionen der Bildungsdebatte.*, edited by T. Rauschenbach, W. Düx, and E. Sass, pp. 15-34. Weinheim/München: Juventa.
- Guxens, M., M. Nebot, and C. Ariza. 2007. "Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study." *Drug and Alcohol Dependence* 88(2-3): 234-43.
- Harring, M. 2007. "Informelle Bildung - Bildungsprozesse im Kontext von Peerbeziehungen im Jugendalter." In *Perspektiven der Bildung. Kinder und Jugendliche in formellen, nicht-formellen und informellen Bildungsprozessen.*, edited by M. Harring, C. Rohlf, and C. Palentien, pp. 237-58. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hayaki, J., Hagerty, C. E., Herman, D. S., de Dios, M. A., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2010). Expectancies and marijuana use frequency and severity among young females. *Addictive Behaviors*, 35(11), 995-1000.
- Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Höfler, M., Behrendt, S., Bühringer, G. & Wittchen, H.-U. (2011) Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *European Neuropsychopharmacology*.
- Hogue, A., Henderson, C.E., Daber, S., Barajas, C., Fried, A. & Liddle, H.A. (2008) Treatment Adherence, Competence, and Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 544-555.
- Hornstein, W. 2001. "Education and instruction in the era of globalization - Topics and issues of educational science." *Zeitschrift Für Pädagogik* 47(4): 517-37.
- Hoyer, J., & Wittchen, H.-U. (2006). Gesprächsführung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In J. Hoyer & H.-U. Wittchen (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, 397-408, Heidelberg: Springer Medizin.
- Huey, S.J., Henggeler, S.W., Brondino, M.J., & Pickrel, S.G. (2000). Mechanisms of change in Multisystemic Therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 451-467.
- Hüsler, G. Werlen, E., & Plancherel, B. (2004). Der Einfluss psychosozialer Faktoren auf den Cannabiskonsum. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 6 (3) 221 - 235.
- Hurrelmann, K. and M. Albert. 2002. *Jugend 2002. 14. Shell Jugendstudie*. Frankfurt: Fischer.
- Jäschke, J. (2006). *Cannabiswirkungserwartungen: Entwicklung des Comprehensive Cannabis Expectancy Questionnaire (CCEQ)*. Westfälische Wilhelms-Universität. Münster.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2011). *Monitoring the Future. National survey results on drug use, 1975–2010: Volume I, Secondary school students*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan.

- Jungblut, H. J. 2004. *Drogenhilfe. Eine Einführung*. Weinheim/München: Juventa.
- Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive Behaviours*, 30, 1765-1774.
- Kim, D.-M., Wampold, B.E. & Bolt, D.M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program Data. *Psychotherapy Research*, 16(2), 161-172.
- Kleiber, D., R. Soellner, and P. Tossmann. 1997. "Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflussfaktoren. Bundesministerium für Gesundheit." Bonn.
- Knibbe, R. A., Joosten, J., Choquet, M., Morin, D., Derickx, M., Monshouwer, K. & Vollebergh, W. (2006). Association of adolescent substance use with peer group and deviancy. *SUCHT*, 52, 245-252.
- Köhler, D. (2004). *Psychische Störungen bei jungen Straftätern*. Hamburg: Kovac.
- Korhonen, T., A. C. Huizink, D. M. Dick, L. Pulkkinen, R. J. Rose, and J. Kaprio. 2008. Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: A longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. *Drug and Alcohol Dependence* 97(1-2): 33-43.
- Kraus, L., Pabst, A., & Steiner, S. (2008). *Die europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen*. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Krauth, J.: *Testkonstruktion und Testtheorie*. Weinheim: Beltz Verlag 1995.
- Kriminologischer Dienst im Bildungsinstitut des niedersächsischen Justizvollzugs (2006). *Drogenerfahrungen von Inhaftierten im niedersächsischen Justizvollzug – Ergebnisse einer Zugangs- und Stichtagserhebung*. Celle: Kriminologischer Dienst.
- Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen – Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.*. Berlin: Springer.
- Kuntsche, E., Simons-Morton, B., Fotiou, A., ter Bogt, T. & Kokkevi, A. (2009). Decrease in adolescent cannabis use from 2002 to 2006 and links to evenings out with friends in 31 European and North American countries and regions. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 163, 119-125.
- Küstner, U., Baldus, C. (2009). Motivationsbehandlung eines Adoleszenten mit einer substanzbedingten Störung. *Psychotherapeut*, 54, 205-210.
- Leventhal, A. M., & Schmitz, J. M. (2006). The role of drug use outcome expectancies in substance abuse risk: An interactional-transformational model. [Review]. *Addictive Behaviors*, 31(11), 2038-2062.
- Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K. & Tejada, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for adolescent substance abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 27, 651-687.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Diguier, L., Woody, G. & Seligman, D.A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-63.
- Marlatt, G. A., & Gorden, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1999). *FBB – Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Göttingen: Hogrefe.

- Marmorstein, N.R., Iacono, W.G. (2011). Explaining associations between cannabis use disorders in adolescence and later major depression: A test of the psychosocial failure model. *Addictive Behaviors*, 36, 773-776.
- McIntosh, J., F. MacDonald, and N. McKeganey. (2003). Dealing with the offer of drugs: the experiences of a sample of pre-teenage schoolchildren. *Addiction* 98(7): 977-86.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing – preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Oerter, R. & Montada, L. (2008). *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. München.
- Omalley, S.S., Foley, S.H., Rounsaville, B.J., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M. & Elkin, I. (1988). Therapist Competence and Patient Outcome in Interpersonal Psychotherapy of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 496-501.
- 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.
- Pinther, A. (1980). Beobachtung. In W. Friedrich & W. Henning (Hrsg.), *Der sozialwissenschaftliche Forschungsprozeß* (2. Auflage). Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Rauschenbach, T., H. R. Leu, S. Lingenauber, W. Mack, M. Schilling, K. Schneider, and I. Züchner. 2004. *Non-formale und informelle Bildung im Kindes- und Jugendalter. Konzeptionelle Grundlagen für einen Nationalen Bildungsbericht, hg. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, Reihe Bildungsreform, Bd. 6*. Bonn.
- Richard, R., J. van der Pligt, and N. de Vries. 1996. "Anticipated regret and time perspective: Changing sexual risk-taking behavior." *Journal of Behavioral Decision Making* 9(3): 185-99.
- Richer, I., Bergeron, J. (2009). Driving under the influence of cannabis: Links with dangerous driving, psychological predictors, and accident involvement. *Accident Analysis and Prevention*, 41, 299-307.
- Ringwalt, C., S. T. Ennett, and K. D. Holt. 1991. "An Outcome Evaluation of Project Dare (Drug-Abuse Resistance Education)." *Health Education Research* 6(3): 327-37.
- Rogers C.R. (2004). *Therapeut und Klient: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. 18. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Rohrman, B. (1978). Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 9, 222-245.
- Schafer, J., & Brown, S. A. (1991). Marijuana and cocaine effect expectancies and drug-use patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 558-565.
- Schermelleh-Engel, K., & Werner, C. (2007). Methoden der Reliabilitätsbestimmung. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*, 114-134, Heidelberg: Springer Medizin.
- Schlegel, R. P., J. R. Davernas, M. P. Zanna, N. H. Decourville, and S. R. Manske. 1992. "Problem Drinking - a Problem for the Theory of Reasoned Action." *Journal of Applied Social Psychology* 22(5): 358-85.
- Schneider, W. 2002. "Mythos Cannabis." *SuchtMagazin* 3: 3-12.

- Schröder, A. 2006. "Cliques und Peers als Lernort im Jugendalter." In *Informelles Lernen im Jugendalter. Vernachlässigte Dimensionen der Bildungsdebatte.*, edited by T. Rauschenbach, W. Düx, and E. Sass, pp. 173-204. Weinheim/München: Juventa.
- Settertobulte, W. 2010. "Die Bedeutung von Alkohol und Rausch in der Lebensphase Jugend." In *Jugend und Rausch. Interdisziplinäre Zugänge zu jugendlichen Erfahrungswelten.*, edited by Y. Niekrenz and S. Ganguin, pp. 73-84. Weinheim/München: Juventa.
- Sharp, E. H., J. D. Coatsworth, N. Darling, P. Cumsille, and S. Ranieri. 2007. "Gender differences in the self-defining activities and identity experiences of adolescents and emerging adults." *Journal of Adolescence* 30(2): 251-69.
- Shaw, B.F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmstead, M., VAllis, T.M., Dobson, K.S., et al. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 837-846.
- Silbereisen, R. K. 1995. "Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch." In *Entwicklungspsychologie*, edited by R. Oerter and L. Montada, pp. 1056-68. München.
- Simon, R., Sonntag, D., Bühringer, G. & Kraus, L. (2004). *Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland*. München: Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- Skenderian, J. J., Siegel, J. T., Crano, W. D., Alvaro, E. E., & Lac, A. (2008). Expectancy change and adolescents' intentions to use marijuana. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 563-569.
- Steinberg, L. and K. C. Monahan. 2007. "Age differences in resistance to peer influence." *Developmental Psychology* 43(6): 1531-43.
- Steiner, S., Baumeister, S.E. & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. *Sucht*, 54 (1), 57-63.
- 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, 109-124.
- Taylor, D.R., Poulton, R., Moffitt, T.E., Ramankutty, P., Sears, M.R. (2000). The respiratory effects of cannabis dependence in young adults. *Addiction*, 95 (11), 1669-1677.
- Thomasius, R., Weymann, N., Stolle, M. & Petersen, K.U. (2009). Cannabiskonsum und -missbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auswirkungen, Komorbidität und therapeutische Hilfen. *Psychotherapeut*, 54 (3), 170-178.
- Thomasius, R. & Petersen, K. U. (2008). Aktuelle Ergebnisse der Cannabisforschung: Verbreitung des Konsums - Wirkstoffgehalte - Gesundheitsrisiken. Konturen: Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen, 29 (3), 32-35.
- Tims, F. M., Dennis, M. L., Hamilton, N., Buchan, B. J., Diamond, G., Funk, R. et al. (2002). Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment. *Addiction*, 97 (1), 46-57.
- Töppich, J. (2004). Cannabiskonsum von Jugendlichen. In Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005). *Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen. Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. November 2004 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*, (S. 15-18). Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Töppich, J. 2005. "Cannabiskonsum von Jugendlichen." In *Jugendkult Cannabis - Risiken und Hilfen.*, edited by D. D. d. Bundesregierung, pp. 15-18. Berlin.

- Updegraff, K. A., S. M. McHale, A. C. Crouter, and K. Kupanoff. 2001. "Parents' involvement in adolescents' peer relationships: A comparison of mothers' and fathers' roles." *Journal of Marriage and Family* 63(3): 655-68.
- Urberg, K. A., Q. Luo, C. Pilgrim, and S. M. Degirmencioglu. 2003. "A two-stage model of peer influence in adolescent substance use: individual and relationship-specific differences in susceptibility to influence." *Addictive Behaviors* 28(7): 1243-56.
- Van Ours, J. C., Williams, J. (2009). Why parents worry: Initiation into cannabis use by youth and their educational attainment. *Journal of Health Economics*, 28, 132-142.
- Wadsworth, E.J.K., Moss, S.C., Simpson, S.A., Smith, A.P. (2006). A community based investigation of the association between cannabis use, injuries and accidents. *J Psychopharm*, 20 (1), 5-13.
- Weber, G. and W. Schneider. 1997. *Herauswachsen aus der Sucht*. Berlin: VWB-Verlag.
- Weichold, K., Bühler, A. & Silbereisen, R. K. (2004). Konsum von Alkohol und illegalen Drogen im Jugendalter. In R. K. Silbereisen & M. Hasselhorn (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C Theorie und Forschung, Serie V Entwicklungspsychologie, Band 5 Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests*. Göttingen: Hogrefe.
- Wensing, K. (2007). *Cannabiswirkungserwartungen: Skalenentwicklung und Korrelate*. Diplomarbeit. Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft. Münster.
- Wessel, T. (2005). Das Psychoedukative Gruppenprogramm bei problematischem Partydrogen- und Opiatkonsum (PEGPPOK). *Konturen*, 26, 11-13.
- Wills, T. A., E. Baker, and G. J. Botvin. 1989. "Dimensions of Assertiveness - Differential Relationships to Substance Use in Early Adolescence." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(4): 473-78.
- Wittchen, H. U. (2010). Targeted cognitive-behavioral treatment for cannabis use disorders (CANDIS): efficacy, longterm stability, and efficiency. *European Neuropsychopharmacology*, 20, (3), 206.
- Zumdick, S., Schneider, U., Leweke, M., Jülicher, A., Tossmann, P. & Bonnet, U. (2006). Studienlage zur Behandlung der Cannabisabhängigkeit. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 74, 211-225.
- Zwarenstein, M., Treweek, S., Gagnier, J. J., Altman, D. G., Tunis, S., Haynes, B., Oxman, A. D., Moher, D. (2008). Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *British Medical Journal*, 337 (12).

# Anhang (A)

## A.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	<i>4X4X3-ANOVA-Design zur Evaluation der psychoedukativen Gruppenintervention CAN Stop in vier Settings mit vier Kontrollgruppen zu jedem von drei Messzeitpunkten...</i>	15
Tabelle 2	<i>Befragte Einrichtungen im Rahmen der Machbarkeitsstudie...</i>	16
Tabelle 3	<i>Gruppenzusammensetzung der Pilotstudie...</i>	25
Tabelle 4	<i>Übersicht über verwendete Messinstrumente bei Studienteilnehmern und Trainern</i>	27
Tabelle 5	<i>Projektzeitplan</i>	40
Tabelle 6	<i>Detailzeitplan anhand wichtiger Meilensteine</i>	41
Tabelle 7	<i>Beschreibung der Teilnehmenden zum Messzeitpunkt <math>t_0</math> nach Interventionsart und Setting...</i>	47
Tabelle 8	<i>Problembelastung, Schwere der Abhängigkeit und Familienfunktion der Teilnehmenden (<math>t_0</math>)...</i>	48
Tabelle 9	<i>Itembeschreibungen des Fragebogens zur Trainerkompetenz...</i>	52
Tabelle 10	<i>Beurteilungen der Adhärenz pro Sitzung (in %)</i>	56
Tabelle 11	<i>Settingspezifische Unterschiede in der Beurteilung von Behandlungserfolg, Beziehung zum Trainer und Rahmenbedingungen im Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-P; Mattejat &amp; Remschmidt, 1999)...</i>	61
Tabelle 12	<i>Interkorrelationen zwischen den Skalen Erfolg des Trainings, Beziehung zum Training und Rahmenbedingungen im Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung, (FBB-P; Mattejat &amp; Remschmidt, 1999)...</i>	62
Tabelle 13	<i>Geschätzte Randmittel der Konsumtage über Settings und Messzeitpunkte hinweg</i>	67
Tabelle 14	<i>Teilnehmer Trainertagung</i>	76
Tabelle 15	<i>Stärken und Schwächen des CAN Stop Trainings – Aussagen von Trainern des stationären Settings (Klinik und Jugendstrafanstalt)...</i>	77
Tabelle 16	<i>Stärken und Schwächen des CAN Stop Trainings – Aussagen von Trainern des ambulanten Settings (Jugend- und Suchthilfe, med. Suchtambulanzen)...</i>	77
Tabelle 17	<i>Passung CAN Stop und Setting -Fokusgruppe stationäres Setting</i>	78
Tabelle 18	<i>Passung CAN Stop und Setting – Fokusgruppe ambulantes Setting</i>	79
Tabelle 19	<i>Weiterführung von CAN Stop in den Einrichtungen</i>	83
Tabelle 20	<i>Stärken und Schwächen bisheriger Schulungen</i>	86
Tabelle 21	<i>Signifikante feste Effekte für die abhängige Variable (AV) Peer Resistance<sub>Diff</sub> (N = 221).</i>	91

Tabelle 22	<i>Veränderungen über die Zeit für die (AV) Peer ResistanceDiff (N = Tabelle 22 Veränderungen über die Zeit für die (AV) Peer ResistanceDiff (N =221).....</i>	91
Tabelle 23	<i>Paarweise Vergleiche der Bedingungen anhand der AV Peer Resistance getrennt nach Setting über die Zeitpunkte (t1 und t2).....</i>	92
Tabelle 24	<i>Geschlechtereffekt für die AV Peer Resistance<sub>Diff</sub> in den Settings (N = 221).....</i>	93
Tabelle 25	<i>Signifikanztest auf feste Effekte für die AV Peer Resistance<sub>Diff</sub> (N = 225).....</i>	93
Tabelle 26	<i>Geschätzte Randmittel der AV Peer Resistance<sub>Diff</sub> und der Anzahl Cannabis konsumierender Freunde/der Häufigkeit der Treffen mit Cannabis konsumierenden Freunden (N = 225).....</i>	94
Tabelle 27	<i>Signifikante feste Effekte für die abhängige Variable (AV) Diff_CCEQ<sub>Skala1</sub> (N=240).....</i>	100
Tabelle 28	<i>Signifikante feste Effekte für die abhängige Variable (AV) Diff_CCEQ<sub>Skala2</sub> (N=227).....</i>	101
Tabelle 29	<i>Signifikante feste Effekte für die abhängige Variable (AV) Diff_CCEQ<sub>Skala3</sub> (N=227).....</i>	102
Tabelle 30	<i>Paarweise Vergleiche der Bedingungen anhand der AV Diff_CCEQ<sub>Skala3</sub> getrennt nach Setting über die Zeitpunkte (t<sub>1</sub> und t<sub>2</sub>).....</i>	102
Tabelle 31	<i>Durchschnittliche Bewertung der Trainerkompetenzen auf den 4 Skalen .....</i>	106
Tabelle 32	<i>Präsentationen bei potentiellen Kooperationspartnern (Zeitraum September 2008 bis April 2010).....</i>	114
Tabelle 33	<i>Geplante Publikationen: Stand November 2011.....</i>	118
Tabelle 34	<i>Zeitungsberichte und Pressemitteilungen zu Can Stop .....</i>	119

## A.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	<i>Fluss der Teilnehmenden in der CAN Stop-Studie</i> .....	45
Abbildung 2	<i>Zufriedenheit der Gesamtstichprobe mit den einzelnen Sitzungsinhalten im Smiley-Fragebogen</i> .....	59
Abbildung 3	<i>Beurteilung unterschiedlicher Trainingsaspekte der Gesamtstichprobe im Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung mit Interpretationsvorgaben für die Skalenmittelwerte (nach Mattejat &amp; Remschmidt, 1999)</i> .....	60
Abbildung 4	<i>Beurteilung unterschiedlicher Trainingsaspekte im Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-P; Mattejat &amp; Remschmidt, 1999) für die Teilstichproben mit versus ohne den Teilnahmegrund „Druck von außen“ (Interpretationsvorgaben für die Skalenmittelwerte nach Mattejat &amp; Remschmidt, 1999)</i> .....	63
Abbildung 5	<i>Verständlichkeit der Beschreibung der Übungen im Manual</i> .....	80
Abbildung 6	<i>Umsetzung der Sitzungsinhalte (einfach-schwierig)</i> .....	81
Abbildung 7	<i>Motivation der Teilnehmer zur Mitarbeit</i> .....	82
Abbildung 8	<i>Auswertung Fragebogen / Vorbereitung durch die Schulung auf das CAN Stop-Gruppentraining</i> .....	85
Abbildung 9	<i>Auswertung Fragebogen/ Zufriedenheit mit der Betreuung durch das Projektzentrum</i> .....	85

## A.3 Trainingsmanual

## A.4 „Smiley“-Fragebogen

A.5 „CAN Stop’ – Implementation and evaluation of a secondary group prevention for adolescent and young adult cannabis users in various contexts – study protocol”

A.6 Endversion des Beobachtungsinstruments zur  
Trainerkompetenzmessung

A.7 „Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten –  
Ergebnisse der Multicenter-Studie ‚CAN Stop‘“

## A.8 Vollständige Zeitungsberichte und Pressemitteilungen zu CAN Stop