

KURZBERICHT

Thema	Ergebnisse der kontrollierten Behandlungsstudie INCANT
Schlüsselbegriffe	Cannabis-Abhängigkeit, Jugendliche, Multidimensionale Familientherapie MDFT, Evaluation, Kontrollgruppenstudie RCT
Ressort, Institut	Bundesministerium für Gesundheit
Auftragnehmer(in)	delphi Gesellschaft Berlin, Therapieladen e.V.
Projektleitung	Dr. Peter Tossmann, Andreas Gantner
Autor(en)	Dr. Peter Tossmann, Benjamin Jonas
Beginn	01.03.2006
Ende	31.03.2010

Vorhabensbeschreibung, Arbeitsziele (max. 1.800 Zeichen)

Angesichts der vergleichsweise weiten Verbreitung des Cannabiskonsums und der Cannabisabhängigkeit in allen Ländern Europas verständigten sich im Jahr 2003 Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsministerien Frankreichs, Belgiens, der Niederlande, der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland auf einen Aktionsplan Cannabisforschung. Im Zusammenhang hiermit wurde der Bedarf formuliert, Erkenntnisse über wirksame Methoden zur Behandlung von cannabisabhängigen Jugendlichen zu gewinnen.

In den 90er Jahren wurde in den USA die Multidimensionale Familientherapie (MDFT) entwickelt und in zahlreichen Studien empirisch überprüft (z.B. Liddle, Rowe, Dakof, Ungaro & Henderson, 2004). Die vielversprechenden Ergebnisse dieses spezifischen Therapieansatzes waren die Grundlage für die Entscheidung der fünf Länder Europas, im Rahmen der INCANT-Studie die Wirksamkeit von MDFT im europäischen Raum wissenschaftlich zu überprüfen. Eine differenzierte Darstellung der Inhalte von MDFT erfolgt im Abschlussbericht der deutschen Teilstudie von INCANT.

Im Rahmen der INCANT-Studie sollte überprüft werden, ob sich MDFT im Vergleich mit einem herkömmlichen sozial- bzw. psychotherapeutischen Verfahren (Treatment as usual, TAU) als wirkungsvoller erweist. Dabei galt es, folgende Forschungsfragen zu bearbeiten:

1. Ist MDFT im Hinblick auf die Reduzierung des Cannabiskonsums wirkungsvoller als herkömmliche Verfahren (TAU)? (Primärhypothese)
2. Ist MDFT im Hinblick auf die Minimierung von Risikofaktoren für cannabisassoziierte Störungen wirkungsvoller als herkömmliche Verfahren (TAU)?
3. Ist MDFT im Hinblick auf die Haltequote besser als herkömmliche Verfahren (TAU)? Als Haltequote ist der Anteil von Jugendlichen definiert, der die jeweilige Therapiemethode regulär abschließt.
4. Findet MDFT die Akzeptanz von Jugendlichen und Eltern?

Durchführung, Methodik & Gender Mainstreaming

Bei INCANT handelte es sich um eine multizentrische randomisiert-kontrollierte Studie, die in Belgien, Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz und in Deutschland durchgeführt wurde. Studienstandort in Deutschland war der Therapieladen in Berlin, eine ambulante Therapieeinrichtung, die seit mehr als 25 Jahren Erfahrung in der Behandlung von Cannabisabhängigen aufweist. Der Therapieladen ist seit vielen Jahren integraler Bestandteil des Berliner Verbundsystems der Sucht- und Drogenhilfe sowie der Jugendhilfe und steht im Kontakt mit einer Vielzahl von Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe, der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Zur Überprüfung der Untersuchungsfragen wurde MDFT mit einem Therapieverfahren verglichen, das in seinen Grundzügen seit mehreren Jahren im Therapieladen angewandt wird: die Jugendpsychotherapie. Diese hat den methodischen Schwerpunkt in personenzentrierter Gesprächspsychotherapie (Rogers, 1981) und kognitiver Verhaltenstherapie (Beck, 1986). Im Weiteren sind die therapeutischen Interventionen und Techniken an der motivierenden Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2009) sowie an suchtspezifischen psychoedukativen Konzepten orientiert.

Die Rekrutierung der Untersuchungspopulation erfolgte primär innerhalb des Netzwerks der Kooperationspartner des Therapieladens im Zeitraum von Oktober 2006 bis März 2009. Interessierte Jugendliche

und ihre Familienangehörigen wandten sich zu einem ersten Klärungsgespräch an die Projektmitarbeiterin. Zugangskriterien zur Behandlungsstudie waren:

- Lebensalter 13-18 Jahre
- adäquate Sprachkenntnisse
- relative Wohnortnähe
- DSM-IV Abhängigkeit bzw. Missbrauch v. Cannabis
- Teilnahmebereitschaft zumindest eines Elternteils
- Einverständniserklärung des/der Jugendlichen und zumindest eines Elternteils

Ausgeschlossen wurden Personen, die unter einer schweren akuten psychiatrischen Erkrankung litten, sich aktuell in einer psychotherapeutischen Behandlung befanden oder für die die Indikation für eine spezifische Suchtbehandlung vorlag (z. B. stationäre Therapie). Nach Prüfung der Voraussetzungen für eine Studienteilnahme wurden die interessierten Jugendlichen und deren Eltern über die Details der Untersuchung informiert und im Anschluss daran gebeten, die Einverständniserklärung (Informed Consent) zu unterzeichnen.

Es wurden insgesamt 120 Jugendliche in die Studie aufgenommen; 59 von ihnen wurden per Zufall dem MDFT-Treatment zugeordnet, 61 dem Verfahren Jugendpsychotherapie (TAU).

Die INCANT-Studie umfasste fünf unterschiedliche Messzeitpunkte, an denen studienrelevante Informationen von den Jugendlichen erfragt wurden: Zu Beginn der Studie (Baseline), sowie drei, sechs, neun und zwölf Monate danach. Neben den Jugendlichen wurden ihre Erziehungsberechtigten zur Studienbaseline, sowie zum 6- und 12-Monats-Follow-Up (FU) befragt.

Die Forschungshypothesen wurden vornehmlich mit Kovarianzanalysen (ANCOVA) überprüft. Die Analysen wurden nach dem Intention-to-Treat-Prinzip (ITT) durchgeführt, wonach sämtliche Studienteilnehmenden (d.h. auch die, zu denen keine Nachbefragungsdaten vorliegen) in die Auswertungen einbezogen wurden. Die Imputation fehlender Follow-Up-Werte wurde mittels der Last-Observation-Carried-Forward-Methode (LOCF) vorgenommen. Neben den ITT- bzw. LOCF-Analysen wurden in zentralen Untersuchungsmerkmalen zudem Complete-Case-Analysen (CC) durchgeführt, in denen lediglich die Fälle ausgewertet wurden, die an den betreffenden Nachbefragungen teilnahmen.

Genderaspekte wurden insbesondere im Rahmen der Stichprobenbeschreibung berücksichtigt. Jedes Baseline-Merkmal wurde geschlechterspezifisch analysiert.

Ergebnisse, Schlussfolgerungen, Fortführung

Die unten dargestellte Tabelle zeigt, wie sich der Cannabiskonsum über die verschiedenen Messzeitpunkte der Studie entwickelt hat. In beiden Untersuchungsgruppen MDFT & TAU ist bereits zum 3-Monats-Follow-Up eine deutliche Reduktion zu verzeichnen; in den Folgemonaten ist zudem tendenziell eine weitere Abnahme festzustellen. Beide Gruppen lassen insgesamt (d.h. im Vergleich Baseline – 12-Monats-FU) jeweils eine statistisch signifikante und als stark zu bezeichnende Abnahme des Konsums erkennen (TAU: $p < .001$; $d = 0,94$; MDFT: $p < .001$; $d = 1,33$).

Obwohl somit auch das Vergleichstreatment TAU eine deutliche Reduzierung erbringt, lassen sich bei der MDFT-Klientel noch stärkere Effekte ausmachen. So äußerten Mitglieder der MDFT-Gruppe beim 12-Monats-Follow-Up mit durchschnittlich 21,9 Tagen einen deutlich niedrigeren Konsum als Jugendliche, die TAU nutzten ($M = 35,5$ Tage). Abhängig von der Auswertungsmethode beträgt der Zwischengruppeneffekt $d = 0,31$ ($p = .011$; ITT) bzw. $d = 0,37$ ($p = .009$; Complete-Case-Analysen). Mit dem signifikant besseren Abschneiden der Multidimensionalen Familientherapie ist somit die Primärhypothese bestätigt.

Der problematische Substanzkonsum (Alkohol und illegale Drogen) nach dem Personal Experience Inventory (PEI; Winters & Henly, 1989) konnte in beiden Treatmentgruppen statistisch signifikant und deutlich gesenkt werden (TAU: $p = .001$; $d = 0,85$; MDFT: $p = .001$; $d = 0,94$). MDFT ist tendenziell wirksamer als das Vergleichstreatment – ein Ergebnis, das jedoch nur im Rahmen der Complete-Case-Analysen statistisch abgesichert werden kann ($p = .048$; $d = 0,15$).

Die Ergebnisse des Youth Self Report (YSR) und Child Behaviour Checklist (CBCL) deuten darauf hin, dass im Rahmen beider Therapieformen sowohl psychischen Belastungen als auch

Verhaltensauffälligkeiten signifikant reduziert werden konnten. Ein Unterschied zwischen MDFT und TAU konnte hierbei nicht nachgewiesen werden (ITT-Analysen: YSR: $p = .281$; CBCL: $p = .377$).

Eine Überlegenheit von MDFT gegenüber dem Vergleichstreatment lässt sich weder in den Delinquenzmerkmalen noch in der Schuldistanz statistisch absichern ($p \geq .063$). Betrachtet man jedoch jede Studiengruppe separat, so lässt sich unter den MDFT-Teilnehmenden eine deutliche Reduktion des Schule-

schwänzens von durchschnittlich 31,7 Schultagen auf 7,1 Schultage erkennen ($p < .001$). Ein solcher Effekt bleibt bei TAU aus.

Sowohl MDFT als auch TAU stoßen den Angaben zufolge aufseiten der Jugendlichen und ihrer Eltern auf große Akzeptanz. So liegt der Anteil derer, die MDFT bzw. TAU als „hervorragend“ bewerten bzw. angeben, damit „überwiegend zufrieden“ zu sein, bei rund um 80%. Allerdings bewerten die Erziehungsberechtigten MDFT deutlich besser als das Vergleichstreatment ($d=0,49$; $p=.006$).

Die Haltequote für MDFT ist mit 88% im Vergleich zu 74% signifikant höher als für TAU. Dies kann mit einer stärkeren Einbindung des familiären Umfelds in den therapeutischen Prozess und einer stärkeren Akzeptanz des Treatments erklärt werden.

Mit der INCANT-Studie konnte der Nachweis erbracht werden, dass eine oft sehr schwer zu behandelnde Klientel mit Hilfe eines ambulanten MDFT-Ansatzes erfolgreich behandelt werden kann. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse bleibt zu wünschen, dass dieser Ansatz zu einem integralen Methodenbaustein in der Versorgung jugendlicher Cannabisabhängiger in Deutschland wird.

Tabelle 1: Cannabiskonsum im Studienverlauf (Konsumtage in den letzten 90 Tagen; $n=120$)

	Baseline	3 Monate	6 Monate	9 Monate	12 Monate	Effekt pro Gruppe	TAU vs. MDFT
TAU ($n=61$)	62,3 (24,1)	39,0 (27,9)	38,3 (28,9)	33,7 (29,2)	35,5 (32,9)	$d=0,94$	ITT: $d=0,31$
MDFT ($n=59$)	58,8 (28,3)	27,8 (31,1)	24,4 (29,4)	23,1 (29,7)	21,9 (27,5)	$d=1,33$	CC: $d=0,37$
Anmerkung: Werte in Klammern hinter dem Mittelwert bezeichnen die Standardabweichungen (SD)							

Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Aufgrund der positiven Ergebnisse der deutschen Teilstudie von INCANT und zur Förderung eines Transfers des MDFT-Ansatzes in die Versorgungspraxis hat das BMG 2009 die Entwicklung eines deutschsprachigen Manuals zur Fortbildung von geeigneten Fachkräften in der Sucht- und Drogenhilfe und anderen Leistungsbereichen zu MDFT-Therapeuten gefördert. Diese Adaption der amerikanischen MDFT-Vorlage entspricht mit aller inhaltlichen Überarbeitung und Umstrukturierung der von Howard Liddle entwickelten Konzeption von MDFT und ist von den MDFT-Entwicklern und der Dachorganisation *MDFT Europe* als Ausbildungsgrundlage anerkannt. Das Manual umfasst mit Anhang insgesamt 278 Seiten. Darüber hinaus wurden in Kooperation mit den US-Entwicklern und anderen beteiligten INCANT Partnern im Rahmen des Projektes drei Fachkräfte zu MDFT Trainer/-innen qualifiziert.

Hinsichtlich einer möglichen Förderung der Umsetzung von MDFT in den Einrichtungen der Psychiatrie, Jugendhilfe sowie Sucht- und Drogenhilfe steht das BMG mit den Suchtbeauftragten der Länder in Kontakt.

verwendete Literatur

- Beck, A.T. (1986). Kognitive Therapie der Depression. München: Urban & Schwarzenberg.
- Gantner, A. & Spohr, B. Multidimensionale Familientherapie (MDFT) in der Praxis: Therapeutische Erfahrungen mit jugendlichen Cannabisabhängigen und ihren Familien. SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, JG 56, 2010 Heft 1: 71-76
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Ungaro, R.A. & Henderson, C.E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. J Psychoactive Drugs, 36 (1), 49-63.
- Miller, W.M. & Rollnick, S. (2009). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus
- Rogers, C.R. (1981). Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. München: Kindler.
- Spohr, B., Gantner, A., Bobbink, J: Das MDFT Manual. Multidimensionale Familientherapie. Theoretische Grundlagen und Praxis (unveröffentlicht)
- Winters, K. C. & Henly, G. A. (1989). Personal Experience Inventory and Manual. Los Angeles: Western Psychological Services.