



INCANT Hauptstudie

Nationaler Schlussbericht Schweiz

Michael Schaub, Esther Grichting, Philip Nielsen, Severin Haug

Meilenstein Nr. 7

BAG Vertrag Nr. 06.004289 / 204.0001.-316

Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich

Bericht Nr. 290, Juni 2011



INCANT Hauptstudie

Nationaler Schlussbericht Schweiz – Executive Summary

Bei der INCANT Hauptstudie handelt es sich um eine internationale, randomisierte Kontrollstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) nach Howard Liddle im Vergleich zur üblichen Behandlung (Treatment as Usual, TAU) bei Jugendlichen mit Cannabisproblemen. Die Effekte der beiden Therapien wurden im Verlauf von Follow-up-Befragungen bis zu 12 Monaten nach Behandlungsbeginn hinsichtlich des Cannabiskonsums, des Konsums anderer Substanzen (Alkohol, illegale Drogen), weiterer Probleme psychischer oder sozialer Art sowie weiterer Aspekte wie Haltequote oder Akzeptanz der Therapie verglichen. Der nationale Schlussbericht Schweiz stellt die innerhalb der Schweizer Stichprobe erzielten Ergebnisse sowie ein Bezug zu den Ergebnissen der Gesamtstichprobe dar, die im Internationalen Bericht veröffentlicht wurden.

Die Zuweisung der Jugendlichen mit problematischem Cannabiskonsum zur Behandlung bei der Fondation Phénix, wo alle durchgeführten Therapien aus der Schweiz stattfanden, erfolgte überwiegend durch die Justiz, die Eltern oder durch Selbstzuweisung. Im Mittel waren die in die Studie eingeschlossenen Jugendlichen 16 bis 17 Jahre alt und männlich. Ein Grossteil der eingeschlossenen Jugendlichen wies einen Migrationshintergrund auf und stammte aus Familien deren Eltern getrennt oder geschieden waren. Knapp die Hälfte berichtete über substanzbezogene oder psychische Probleme in der Familie, nahezu alle berichteten über regelmässigen Konsum von Drogen in ihrem Freundeskreis. Mehr als die Hälfte der eingeschlossenen Jugendlichen hatte im vorangegangenen Jahr die Schule geschwänzt oder wurde von der Schule verwiesen. Eine Alkoholproblematik konnte bei über der Hälfte dieser Jugendlichen festgestellt werden. Drei von vier Jugendlichen berichteten über ein kritisches Lebensereignis innerhalb des letzten Jahres. Insgesamt handelte es sich bei den eingeschlossenen Jugendlichen - unabhängig von der Cannabisproblematik - um stark belastete Individuen. Bei nahezu allen behandelten Jugendlichen wurde eine Cannabisabhängigkeit diagnostiziert. Im Mittel konsumierten die behandelten Jugendlichen an 60% der Tage Cannabis.

Die Randomisierungsprozedur resultierte in der Schweiz wie auch in den anderen involvierten Ländern wie beabsichtigt in zwei vergleichbaren Stichproben, wobei ein Vergleich der soziodemographischen, psychosozialen und substanzbezogenen Charakteristika der Jugendlichen in den beiden Behandlungsgruppen keine gravierenden Unterschiede ergab. Besonders erwähnenswert für die Schweiz ist die hohe Erreichbarkeit von jeweils über 90% der Jugendlichen und der beteiligten Eltern für die einzelnen Nachbefragungen, die eine hohe Aussagekraft und Validität der innerhalb der schweizerischen Stichprobe generierten Daten versprach. Die wichtigsten Verlaufsdaten lassen sich wie folgt beschreiben:

Substanzkonsum:

Die Auswertung der schweizerischen Daten zum Hauptergebnismass der Studie – der Veränderung des Cannabiskonsums – zeigten in beiden Behandlungsgruppen eine Abnahme mittlerer Effektgrösse im Verlauf der Erhebungen. Die Abnahme in der Anzahl der Konsumtage war in der MDFT-Gruppe nach Abschluss der Behandlung zunächst stärker ausgeprägt, gleichete sich zum letzten Erhebungszeitpunkt aber wieder an die TAU-Gruppe an. Hinsichtlich der Cannabisabhängigkeitsdiagnosen nach 12 Monaten erwies sich in den schweizerischen Daten die MDFT-Behandlung der Standardbehandlung als leicht überlegen. Auch beim Problematischen Substanzkonsum insgesamt, gemessen mit dem Personal Experiences Inventory (PEI), zeigte sich MDFT gegenüber der Standardbehandlung im Ausmass einer kleinen bis mittleren Effektgrösse überlegen.

Psychosoziale Problematik und Therapiezufriedenheit:

Diese tendenziell positivere Entwicklung in der Gruppe MDFT im Vergleich zur Gruppe TAU zeigte sich auch in der selbstberichteten psychozialen Problematik. Die Therapiezufriedenheit der behandelten Jugendlichen und deren Eltern lagen insgesamt im mittleren Bereich. Bei den beteiligten Eltern waren die Zufriedenheitswerte in der MDFT-Gruppe tendenziell etwas höher. Auch die Anzahl der regulären Therapieabschlüsse war in der Gruppe MDFT etwas höher.

Behandlungsintensität:

Deutliche Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen gab es in der Therapiedauer und im Umfang der Therapie. Im Mittel waren die Jugendlichen der MDFT-Gruppe 1.3 Monate länger in Behandlung und die Anzahl der Therapiestunden der MDFT Gruppe überstieg die Anzahl der Therapiestunden der TAU-Gruppe um mehr als das Dreifache.

Insgesamt zeigten die Ergebnisse zur Wirksamkeit in beiden in der Schweiz untersuchten Therapiegruppen eine deutliche Abnahme der substanzbezogenen und psychozialen Problematik im Verlauf der Erhebungen. Hinsichtlich der Reduktion des Substanzkonsums und der selbstberichteten psychozialen Problematik war die MDFT-Behandlung der Standardbehandlung tendenziell überlegen, allerdings bei wesentlich höherer Therapiedauer und höherem Therapieumfang.

Die Ergebnisse des internationalen Schlussberichts für die Gesamtstichprobe aller beteiligten Länder zeigten ebenfalls, dass MDFT gegenüber der Standardbehandlung tendenziell bezüglich der Reduktion des Cannabiskonsums (TLFB) überlegen war. Allerdings wurde dieser Zusammenhang bei Berücksichtigung relevanter Ko-Variablen nur in Belgien und Deutschland statistisch signifikant. Hingegen reduzierte MDFT in der Gesamtstichprobe besser substanzbezogene Probleme als in der TAU Bedingung, welche mittels der PEI gemessen wurden. In einer ersten vertieften Analyse konnte im internationalen Schlussbericht schliesslich wie zuvor schon in einer amerikanischen Studie gezeigt werden, dass die Reduktion des Cannabiskonsums zwischen MDFT und TAU auf dem TLFB statistisch signifikant höher war bei Jugendlichen mit hohen Konsumausprägungen (65 oder mehr Konsumtage auf dem TLFB), wenn sie mit solchen mit niedrigen Konsumausprägungen verglichen wurden (64 oder weniger Konsumtage auf dem TLFB).

Inhaltsverzeichnis

1.	EINLEITUNG	3
	1.1. Ausgangslage	3
	1.2. Aufbau des Berichts	3
2.	DIE INCANT HAUPTSTUDIE – METHODIK	3
	2.1. Kurze Beschreibung der Hauptstudie	4
	2.1.1. Grundlagen	4
	2.1.2. Studiendesign	4
	2.1.3. Begleitforschung	5
	2.2. Durchführung in der Schweiz	6
	2.2.1. Rekrutierung	6
	2.2.2. Behandlung	6
	2.2.3. Datenerhebung	6
	2.2.4. Dateneingabe und Datenbereinigung	7
	2.2.5. Datenauswertung	7
3.	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	8
	3.1.1. Zuweisung	8
	3.1.2. Soziodemographische Charakteristika der Jugendlichen	8
	3.1.3. Substanzkonsum	10
	3.1.4. Kritische Lebensereignisse, Psychosoziale Probleme und Familienklima	12
	3.1.5. Die Eltern und ihre Sicht des Kindes	13
4.	ERGEBNISSE	15
	4.1. Wirkung auf den Konsum von Cannabis und cannabisbezogenen Störungen	15
	4.1.1. Veränderung des Cannabiskonsums	15
	4.1.2. Veränderung im Nachweis von Cannabiskonsum im Urin	16
	4.1.3. Veränderung bezüglich cannabisbezogener Diagnosen	16
	4.1.4. Veränderung im problematischen Substanzkonsum	18
	4.2. Wirkung auf psychosoziale Probleme und das Familienklima	19
	4.2.1. Selbstberichtete Psychosoziale Probleme	19
	4.2.2. Psychosoziale Probleme aus Elternsicht	20
	4.2.3. Familienklima	22
	4.3. Akzeptanz der Therapie	23
	4.3.1. Allgemeine Zufriedenheit nach 6 Monaten	24
	4.4. Engagement und Haltequote	24

4.4.1	Dauer der Intervention	24
4.4.2	Umfang der Intervention	25
4.4.3	Therapieabschluss.....	26
5.	DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	27
5.1	Diskussion.....	27
5.2	Schlussfolgerungen.....	29
6.	LITERATUR.....	30

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage

Das ISGF wurde 2006 vom Bundesamt für Gesundheit BAG beauftragt, zusammen mit der Fondation Phénix, Genève, die Schweizer Teilnahme an der Hauptstudie INCANT¹ vorzubereiten und durchzuführen. Der Vertrag für die Hauptstudie (Vertrag Nr. 06.004289 / 204.0001) ist für den Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis zum 31. Januar 2011 (gemäss Vertragsergänzung; ursprünglich 31. Januar 2010) ausgestellt.

Das ISGF war bei der Durchführung der Hauptstudie zuständig für die Gesamtkoordination der Forschung in der Schweiz sowie für die Dateneingabe und die Auswertung der Schweizer Daten. Die Fondation Phénix war gemäss separatem Vertrag verantwortlich für den therapeutischen Teil der Studie (Rekrutierung der Studienteilnehmenden, Durchführung der Therapien) und für die Feldarbeit im Rahmen der Begleitforschung (Datenerhebung). Die internationale Gesamtprojektleitung oblag Prof. Henk Rigter, Erasmus Universität Rotterdam. Am Projekt waren fünf europäische Länder – die Niederlanden, Deutschland, Frankreich, Belgien und die Schweiz – beteiligt.

Der vorliegende Bericht entspricht dem wissenschaftlichen Schlussbericht zur Schweizer Teilnahme. Der Schlussbericht zu den therapeutischen Erfahrungen und Aspekten, verfasst durch die Fondation Phénix, liegt bereits vor (Nielsen & Croquette Krokhar, 2009). Der internationale Schlussbericht, für den die Erasmus Universität Rotterdam verantwortlich zeichnet, ist derzeit in Bearbeitung.

1.2. Aufbau des Berichts

Kapitel 2 informiert über die relevanten methodischen Aspekte einerseits zur INCANT Hauptstudie allgemein sowie zur Durchführung in der Schweiz.

Kapitel 3 gibt Aufschluss über die erreichte Stichprobe: die Teilnehmenden der beiden Vergleichsgruppen werden in ausgewählten Merkmalen beschrieben und es wird geprüft, inwieweit Unterschiede zwischen den Teilnehmenden der beiden Gruppen vorliegen. Unterschiede zwischen der Schweiz und den andern Studienländern werden ebenfalls erwähnt.

Kapitel 4 stellt die wesentlichen Ergebnisse vergleichend zwischen den beiden Behandlungsgruppen dar.

Kapitel 5 enthält eine Zusammenfassung der Ergebnisse, die Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerungen.

Die INCANT Hauptstudie – Methodik

¹ INCANT: International Cannabis Need of Treatment

1.3. Kurze Beschreibung der Hauptstudie

1.3.1. Grundlagen

Die INCANT Hauptstudie beruht auf den Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats der internationalen Arbeitsgruppe Cannabis (später INCANT Study Team genannt sowie damals bestehend aus den folgenden Personen: Prof. Henk Rigter aus Rotterdam, Prof. Isidore Pelc aus Brüssel, Dr. Olivier Phan aus Paris, Dr. Peter Tossmann aus Berlin, Dr. Vincent Hendricks aus The Hague, Dr. Cindy Rowe aus Miami und Prof. Jürgen Rehm aus Zürich), welche die Durchführung der Hauptstudie beantragte. Vorgegangen war eine Pilotstudie in den Jahren 2004-2005 (Rigter, 2005), die auf dem Aktionsplan zur Cannabisforschung 2003 (Steering Committee Belgium, France, Germany, the Netherlands, Switzerland, 2003) basierte. Letzterer war auf Initiative der internationalen Arbeitsgruppe Cannabis (Gesundheitsministerien Holland, Belgien, Deutschland, Frankreich, Schweiz) hin erarbeitet worden. Massgeblich für die Durchführung der Hauptstudie war das INCANT Main Study Protocol 2006-2010 (INCANT Study Team, 2006).

1.3.2. Studiendesign

Bei der INCANT Hauptstudie handelt es sich um eine internationale, randomisierte Kontrollstudie zur Überprüfung der Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT; Liddle, 2002; <http://www.med.miami.edu/CTRADA/x14.xml>) im Vergleich zur üblichen Behandlung (Treatment as Usual, TAU) bei Jugendlichen mit Cannabisproblemen (Eine ausführliche Erklärung der beiden Therapien findet sich auf Seite 5). Die Effekte der beiden Therapien werden hinsichtlich des Konsums von psychotropen Substanzen, Probleme psychischer und sozialer Art sowie weiterer Aspekte wie Haltequote und Akzeptanz der Therapie verglichen. Untersucht wird der Verlauf anhand einer Baseline-Befragung und von Follow-up-Befragungen nach 3, 6, 9 und 12 Monaten.

Studienteilnehmende sind Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren, welche folgende Kriterien erfüllen:

- Cannabis-Konsum im letzten Jahr (mind. 5 mal) und Vorliegen von „Cannabis-Abhängigkeit“ oder „Cannabis-Missbrauch“ (DSM IV-Diagnose^{*})
- Mindestens ein Elternteil resp. gesetzlicher Vertreter ist bereit, an der Behandlung teilzunehmen bzw. diese zu unterstützen
- Sowohl der/die Jugendliche als auch der Elternteil verfügen über ausreichende Kenntnisse der Lokalsprache, in welcher die Studie durchgeführt wird
- Keine Indikation für eine spezifische Behandlung wie z.B. Substitutionstherapie oder stationäre Behandlung
- Keine Teilnahme an einer anderen relevanten Studie im Bereich der Drogen- oder Delinquenzforschung
- Schriftliches Einverständnis des/der Jugendlichen sowie mindestens eines Elternteils (informed consent).

^{*} Gemäss DSM IV(-TR) liegt ein Cannabis-Missbrauch vor, wenn mindestens eine der folgenden Kriterien erfüllt ist: 1) der Konsum wird trotz Problemen den alltäglichen Verpflichtungen nachzukommen weiter geführt (z.B. Schule verschla-

fen), 2) wird wiederholt in Situationen konsumiert, die in physischen Schädigungen resultieren könnten (z.B. Autofahren), 3) es zu wiederholten Problemen mit der Polizei oder der Justiz kommt, 4) wenn es zu wiederholten und sich nicht verändernden Verhaltensweisen kommt, die zu intrapersonellen Problemen führen (z.B. häufiger Streit mit Eltern, Freunden aufgrund des Cannabiskonsums).

Eine Cannabis-Abhängigkeit liegt gemäss DSM IV(-TR) vor, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind: 1) Entwicklung von Toleranz (die bei Cannabis allerdings wissenschaftlich umstritten sind), 2) Vorhandensein von Entzugssymptome bei Konsumstopp, 3) die Cannabiseinnahme erfolgt oft über eine längere Periode in einem erhöhten Ausmass, als ursprünglich beabsichtigt, 4) das Fortbestehen vom intensiven Konsumwunsch bzw. das wiederholte Scheitern eines Konsumstopps, 5) ein wesentlicher Zeitabschnitt des Alltags wird mit der Beschaffung, dem Cannabiskonsum oder der Erholung nach einem Konsumereignis verbracht, 6) wichtige soziale oder berufliche Aktivitäten oder Freizeitaktivitäten werden zu Gunsten des wiederholten Cannabiskonsums aufgegeben, 7) Cannabis wird trotz dem Wissen darüber weiter konsumiert, dass der Ursprung für wiederholt auftretende physische und/oder psychische Erkrankungen (z.B. depressive Symptome, Hustenanfälle etc.) ganz beziehungsweise teilweise dem Konsum geschuldet werden.

Die Studienteilnehmenden wurden in den beteiligten Behandlungsstellen rekrutiert und zentral durch die Erasmus Universität in Rotterdam randomisiert einer der beiden folgenden Behandlungsformen zugewiesen:

- MDFT: Die Multidimensionale Familientherapie ist eine ambulante, familien- und systemorientierte Behandlungsform von hoher Intensität, welche in der Regel zeitlich auf sechs Monate begrenzt ist. Dieser umfassende Ansatz beinhaltet Methoden des Case Management, der Elternberatung, der kognitiven Verhaltenstherapie, der klientenzentrierten Psychotherapie und der strukturellen und strategischen Familientherapie. Die angewandten Interventionen basieren auf einem standardisierten Therapiemanual und werden laufend überprüft. Der therapeutische Einbezug mindestens eines Elternteils ist unabdingbarer Bestandteil von MDFT.
- TAU: Die Vergleichstherapie entspricht dem Treatment as Usual (TAU), das heisst dem vor Ort üblichen Behandlungs-/Therapieangebot für Jugendliche mit einer Cannabisproblematik und ggf. weiteren Problemen. In der Schweiz handelt es sich bei TAU um ein Angebot, das hauptsächlich psychodynamische und kognitiv-verhaltensorientierte Ansätze beinhaltet, je nach Situation ergänzt um weitere Verfahren (z.B. körperorientierte Methoden, Entspannung, Hypnose). Im Unterschied zu MDFT erfolgt der Einbezug der Eltern in die Behandlung nicht im therapeutischen Sinne, sondern im Sinne von Information und Unterstützung. Die Therapiedauer sollte derjenigen bei MDFT entsprechen.

Eine ausführliche Beschreibung des Studiendesigns findet sich bei Rigter et al. (2010).

1.3.3. Begleitforschung

Die Begleitforschung erfolgte mittels standardisierter face-to-face-Befragungen zu den verschiedenen Messzeitpunkten gemäss Forschungsprotokoll. Die verwendeten Instrumente sind auf der Website www.incant.eu einsehbar und im INCANT Main Study Protocol 2006-2010 (INCANT Study Team, 2006) sowie im Schweizer Protokoll kurz beschrieben. Eine Übersicht zur Befragung findet sich im Anhang.

1.4. Durchführung in der Schweiz

Für die Durchführung in der Schweiz war das Schweizer Protokoll massgeblich (INCANT Equipe Suisse, 2006).

1.4.1. Rekrutierung

Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden erfolgte gemäss dem im Schweizer Protokoll beschriebenen Vorgehen in der Fondation Phénix Genf. Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren, die auf eigene Initiative oder aufgrund einer Zuweisung (z.B. durch die Justiz) bei der Fondation Phénix Genf um Beratung/Behandlung nachsuchten, wurden über INCANT informiert und bei Interesse auf die Erfüllung der Einschlusskriterien hin geprüft.

Insgesamt wurden 119 Jugendliche zusammen mit ihren Eltern in die Rekrutierung einbezogen. In 60 dieser Fälle waren alle Einschlusskriterien inklusive Einverständnis der/des Jugendlichen und mindestens eines Elternteils erfüllt. Dies entspricht einer Randomisierungsquote von 50.4%.

Die Teilnehmenden wurden randomisiert einer der Behandlungsgruppen zugewiesen (30 MDFT, 30 TAU). Die erste Randomisierung fand am 10. April 2007 statt, die letzte am 16. April 2009. Der Rekrutierungszeitraum war ursprünglich auf Sommer 2008 festgelegt worden, hatte sich aber im Laufe der Studie in allen beteiligten Ländern als zu knapp erwiesen und war in der Folge um 1 Jahr verlängert worden.

1.4.2. Behandlung

Die Behandlung der Studienteilnehmenden erfolgte durch die zwei Behandlungsteams der Fondation Phénix Genf. Informationen zu den Teams und den angebotenen Behandlungen finden sich im Schweizer Protokoll (INCANT Equipe Suisse, 2006). Informationen zur Ausbildung des MDFT-Teams sind im Bericht der Fondation Phénix zur INCANT Vorbereitungsphase zusammengestellt (Nielsen et al., 2007). Die wesentlichen Erkenntnisse basierend auf den Behandlungserfahrungen in der Fondation Phénix sind im entsprechenden Schlussbericht ausgeführt (Nielsen & Croquette Krokar, 2009).

1.4.3. Datenerhebung

Die Befragungen wurden durch die Forschungsbeauftragte der Fondation Phénix, Cécilia Soria, organisiert und durchgeführt. Das Vorgehen richtete sich nach den Vorgaben im Schweizer Protokoll. Insbesondere die Follow-up Interviews bei 3 und 6 Monaten wurden nach Möglichkeit zeitlich mit einem Behandlungstermin koordiniert. Um den Kontakt und Austausch mit den (räumlich getrennten) Behandlungsequipen sicherzustellen, fanden monatliche Treffen zwischen der Forschungsbeauftragten und den jeweiligen Teams (MDFT, TAU) statt. Den Forschungsbeauftragten ist es gelungen, die vorgesehenen Befragungen sowohl bei den Jugendlichen als auch bei den Eltern in äusserst hohem Masse zu realisieren. Selbst beim Follow-up nach 12 Monaten konnten deutlich über 90% sowohl der Jugendlichen als auch der Eltern nachbefragt werden (Tabelle 1).

Tabelle 1: Durchgeführte Befragungen nach Erhebungszeitpunkt bei den Jugendlichen (N=60) und den Eltern (N= 60)

	Baseline	FU 3M	FU 6M	FU 9M	FU 12M
Jugendliche/r	60 (100%)	59 (98.3%)	57 (95%)	56 (93.3%)	56 (93.3%)
Elternteil	60 (100%)	Keine Befragung vorgesehen	57 (95%)	Keine Befragung vorgesehen	57 (95%)

1.4.4. Dateneingabe und Datenbereinigung

Die Dateneingabe erfolgte durch das ISGF, indem die Daten online in der zentralen Projektdatenbank (an der Erasmus Universität Rotterdam) erfasst wurden. Allfällige Korrekturen sowie notwendige Bereinigungen erfolgten in der zentralen Datenbank durch die dafür zuständige Person an der Erasmus Universität.

1.4.5. Datenauswertung

Für die Auswertung der Schweizer Daten war das ISGF zuständig. Das ISGF erhielt hierzu sämtliche Schweizer Daten von der Erasmus Universität zugestellt, dies in Form von zahlreichen Syntax Files, die zunächst zu einem Gesamtdatensatz verbunden wurden. Die Auswertungen erfolgten mittels PASW, Version 18.

Die internationale Studie, bei der die Daten aller teilnehmenden Länder einbezogen werden, hat zum Ziel, die Effektivität von MDFT gegenüber TAU zu überprüfen. Dementsprechend wurde auch der notwendige Stichprobenumfang zum Nachweis möglicher Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen auf dieser Grundlage kalkuliert.

Da die Schweizer Stichprobe lediglich aus je 30 Personen in den beiden Behandlungsgruppen besteht, ist eine inferenzstatistische Überprüfung von Unterschieden zwischen den beiden Behandlungsgruppen nur sehr eingeschränkt möglich. Dieser Stichprobenumfang erlaubt lediglich einen Nachweis von grossen Effektstärken, die allerdings innerhalb dieser Therapievergleichsstudie nicht erwartet werden. Infolgedessen dienen die dargestellten Ergebnisse lediglich der Exploration möglicher Unterschiede und nicht deren Nachweis. Die Ergebnisse der Signifikanztests sind lediglich der Vollständigkeit halber dargestellt.

Für eine Abschätzung der zu erwartenden Effekte wurden jeweils die Effektstärkemasse d für metrische Variablen und w für kategoriale Variablen dargestellt. Die dargestellten p -Werte basieren auf t-Tests für metrische und Chi-Quadrat-Tests für kategoriale Variablen.

2. Beschreibung der Stichprobe

Für die Studienteilnahme in der Schweiz konnten 60 Fälle, jeweils bestehend aus dem/der Jugendlichen und einem Elternteil, rekrutiert werden, welche randomisiert einer der beiden Vergleichsgruppen zugewiesen wurden. Diese beiden Gruppen werden in diesem Kapitel zunächst in wesentlichen Aspekten beschrieben und miteinander verglichen.

2.1.1. Zuweisung

Die Zuweisung der Studienteilnehmenden an die Fondation Phénix erfolgte hauptsächlich durch die Justiz: in 7 von 10 Fällen ist dieser Zuweisungsgrund genannt (Tabelle 2). Damit zeigte die Schweiz eine relativ hohe Fremdzuweisungsrate, die nur von den Niederlanden übertroffen wurde (über 80%). Am zweithäufigsten werden die Eltern genannt, nämlich in 4 von 10 Fällen. Auch Selbstzuweisung kommt noch relativ häufig vor (etwa jede vierte Person). Weitere Zuweisende, die jedoch seltener genannt werden, sind die externe Jugendberatung (4 Fälle TAU), die Schule (1 Fall MDFT, 2 Fälle TAU), eine Einrichtung aus dem Bereich der Psychiatrie / Mental Health (2 Fälle TAU) sowie Verwandte oder Bekannte (je 1 Fall MDFT und TAU) (nicht dargestellt). In 4 Fällen (1 MDFT, 3 TAU) wurden andere Gründe genannt. Zuweisungen durch Freunde, extern via eine Suchthilfeeinrichtung oder intern durch die behandelnde Institution selbst wurden in keinem Fall angegeben. Die Gruppenunterschiede bezüglich der Zuweisungsgründe lagen maximal im Bereich kleiner Effektgrößen.

Tabelle 2 *Hauptsächlich genannte Zuweisungsinstanzen (Gesamt und nach Gruppe; Mehrfachantworten). Werte entsprechen Anzahl (Prozent).*

Zuweisungsgrund	MDFT (n=30)	TAU (n=30)	Gesamt (n=60)	Unterschied MDFT-TAU ¹
Justiz	24 (80.0)	19 (63.3)	43 (71.7)	$w=0.18, p=.15$
Eltern	13 (43.3)	11 (36.7)	24 (40.0)	$w=0.07, p=.60$
Selbstzuweisung	7 (23.3)	7 (23.3)	14 (23.3)	$w=0.00, p=1.0$

¹Chi-Quadrat-Tests, Effektstärke w : 0.1=kleiner Effekt, 0.3=mittlerer Effekt, 0.5=grosser Effekt.

2.1.2. Soziodemographische Charakteristika der Jugendlichen

Basierend auf den Selbstangaben der Jugendlichen im *Adolescent Intake Interview* lassen sich die beiden Stichproben anhand ausgewählter Merkmale wie folgt beschreiben (siehe auch Tabelle 3).

Die Studienteilnehmenden beider Gruppen sind mehrheitlich männlichen Geschlechts (92%), im Durchschnitt etwas mehr als 16 ½ Jahre alt und zumeist (83%) in der Schweiz geboren. Nur bei einem Drittel (33%) stammen allerdings beide Elternteile aus der Schweiz, während bei den meisten mindestens ein Elternteil aus einem anderen Land stammt. Damit liegt der Anteil an Jugendlichen aus fremdländischen Familien in der Schweiz höher als in den anderen Studienländern (unter 50%). Von den fremdländischen Jugendlichen stammt die Mehrheit (90%) aus europäischen Ländern. Bei mehr als der

Hälfte der Teilnehmenden (63%) sind die Eltern geschieden, getrennt oder bereits ein Elternteil verstorben. Zwei Fünftel der Jugendlichen (42%) berichten über Substanz- oder psychische Probleme in ihrer Herkunftsfamilie, ein Zehntel (22%) über Justizkontakte. Gut zwei Drittel der Teilnehmenden (68%) gehen aktuell zur Schule; mehr als die Hälfte (57% von 51 Personen, für die diese Frage relevant war) gibt an, im vergangenen Jahr die Schule geschwänzt zu haben oder von der Schule verwiesen worden zu sein. Von den Schweizer Jugendlichen weisen 43% eine mittlere Schulbildung auf, womit die Schweiz hier im Vergleich zu den anderen Ländern das Schlusslicht bildet; hingegen besitzen 22% eine höhere Schulbildung. Fast zwei Drittel der Jugendlichen (64%) geben an, weder arbeitstätig noch auf Stellensuche zu sein, die restlichen sind regelmässig oder unregelmässig arbeitstätig und selten arbeitslos. Der Arbeitssituation entsprechend lebt nur eine Minderheit (28%) (auch) von eigenem Einkommen, während die grosse Mehrheit (84%) von der Familie unterstützt wird. Ungefähr jede fünfte Person (19%) gibt auch illegale Einkünfte als Quelle zur Finanzierung des Lebensunterhalts an. Die Mehrzahl der Jugendlichen lebt bei Familienmitgliedern, 13% hingegen in einer Institution; diese Rate wird nur von Deutschland übertroffen (rund 20%). Je zwei Drittel (67%) der Jugendlichen berichten über Freunde, die regelmässig Alkohol konsumieren resp. über Freunde, die schon verhaftet wurden. Gar 85% berichten über regelmässigen Konsum von Drogen in ihrem Freundeskreis. Nur einzelne Jugendliche befinden sich zur Zeit des Studienbeginns in einer anderen Behandlung (8 Personen werden wegen psychischer Probleme bei einem Psychologen, einem Psychiater oder einem Sozialarbeiter betreut, 3 befinden sich in Suchtbehandlung, 1 in Jugendberatung und 2 in einer sonstigen Beratung/Betreuung) (nicht in Tabelle dargestellt). Mit dieser niedrigen Rate liegt die Schweiz tiefer als die anderen Länder, wo bis zu 50% (Belgien) der Jugendlichen bereits zu Studienbeginn in Behandlung waren. Allerdings ist in der Schweiz bei einer Mehrheit (70%) eine Anbindung an die Justiz auszumachen.

*Tabelle 3 Ausgewählte soziodemographische Charakteristika bei Eintritt (Gesamt und nach Gruppe).
Werte entsprechen Anzahl (Prozent), wenn nicht anders angegeben.*

	MDFT (n=30)	TAU (n=30)	Gesamt	p¹	ES²
Geschlecht männlich	27 (90.0)	28 (93.3)	55 (91.7)	1.00	w=0.00
Alter in Jahren, <i>M (SD)</i>	16.6 (1.2)	16.7 (1.2)	16.6 (1.2)	0.97	d=0.08
Herkunft				0.73	w=0.00
In Schweiz geboren	26 (86.7)	24 (80.0)	50 (83.3)		
Nicht in Schweiz geboren	4 (13.3)	6 (20.0)	10 (16.7)		
Herkunft der Eltern				0.27	w=0.04
Beide in Schweiz geboren	8 (26.7)	12 (40.0)	20 (33.3)		
Mind. ein Elternteil nicht in Schweiz geboren	22 (73.3)	18 (60.0)	40 (66.7)		
Zivilstand der Eltern				0.59	w=0.07
Verheiratet oder zusammenlebend	10 (33.3)	12 (40.0)	22 (36.7)		
Getrennt, geschieden oder verstorben	20 (66.7)	18 (60.0)	38 (63.3)		

Probleme in Herkunftsfamilie					
Drogen, Alkohol oder psychische Probleme	13 (43.3)	12 (40.0)	25 (41.7)	0.79	w=0.03
Aktueller Schulbesuch	20 (66.7)	21 (70.0)	41 (68.3)	0.78	w=0.04
Arbeit				0.91	w=0.06
Regelmässige oder unregelmässige Arbeit	7 (25.9) ³	9 (31.0) ⁴	16 (28.6) ⁵		
Keine Arbeit, nicht auf Arbeitssuche	18 (66.7) ³	18 (62.1) ⁴	36 (64.3) ⁵		
Arbeitslos	2 (7.4) ³	2 (6.9) ⁴	4 (7.1) ⁵		
Einkommen (Mehrfachantworten)					
Unterstützung durch Familie oder Verwandte	21 (75.0) ⁶	27 (93.1) ⁷	48 (84.2) ⁸	0.13	w=0.21
Eigenes Einkommen	6 (21.4) ⁶	10 (34.5) ⁷	16 (28.1) ⁸	0.27	w=0.15
Illegale Einkünfte	9 (32.1) ⁶	2 (6.9) ⁷	11 (19.3) ⁸	0.04	w=0.26
Freundeskreis (Mehrfachantworten)					
Freund/e mit regelmässigem Alkoholkonsum	20 (66.7)	20 (66.7)	40 (66.7)	1.00	w=0.00
Freund/e mit regelmässigem Drogenkonsum	26 (86.7)	25 (83.3)	51 (85.0)	1.00	w=0.00
Freund/e, die schon verhaftet wurden	20 (66.7)	20 (66.7)	40 (66.7)	1.00	w=0.00
Anbindung an die Justiz	23 (76.7)	19 (63.3)	42 (70.0)	0.26	w=0.15
Bildung				0.28	w=0.24
Sonderschule	0 (0)	1 (3.4)	1 (1.7)		
Primarschule	5 (16.7)	7 (24.1)	12 (20.3)		
Niedrige Ausbildung	1 (3.3)	5 (17.2)	6 (10.2)		
Mittlere Ausbildung	15 (50.0)	11 (37.9)	26 (44.1)		
Höhere Ausbildung	8 (26.7)	5 (17.2)	13 (22.0)		
Andere Ausbildung	1 (3.3)	0 (0)	1 (1.7)		

¹Vergleich zwischen den Gruppen MDFT und TAU. χ^2 -Tests für kategoriale Variablen, t-Tests für metrische Variablen. ²ES: Effektgrösse d: 0.2=kleiner Effekt, 0.5=mittlerer Effekt, 0.8=grosser Effekt; Effektgrösse w: 0.1=kleiner Effekt, 0.3=mittlerer Effekt, 0.5=grosser Effekt. ³⁻⁸Fehlende Angaben: ³n=3, ⁴n=1, ⁵n=4 ⁶n=2, ⁷n=1, ⁸n=3.

In Bezug auf die hier dargestellten Merkmale sind zwischen den Vergleichsgruppen überwiegend nur Unterschiede kleiner Effektgrösse auszumachen. Lediglich bezüglich des Einkommens und der früheren Kontakte mit Justiz oder Polizei betragen die Unterschiede eine kleine bis mittlere Effektgrösse. Jugendliche der MDFT-Gruppe bezogen häufiger illegale Einkünfte (w=0.21), erhielten weniger finanzielle Unterstützung durch die Familie oder Verwandte (w=0.26) und hatten häufiger Kontakte mit der Justiz oder Polizei (w=0.29).

2.1.3. Substanzkonsum

Substanzkonsum im Jahr vor der Studienteilnahme wurde in Bezug auf Cannabis, Alkohol und andere Substanzen mit einer Kurzversion des *Adolescent Diagnostic Interview (ADI-Light)* erhoben. Mittels *ADI-Light Cannabis* diagnostizierte Abhängigkeit oder Missbrauch von Cannabis im letzten Jahr ist Voraussetzung für die Studienteilnahme und liegt daher bei allen Teilnehmenden vor. Mehrheitlich handelt es sich um Abhängigkeit (95%), nur 3 Jugendliche (5%) weisen gemäss *ADI-Light* Missbrauch von Cannabis auf (Tabelle 4).

Mit dem Fragebogen *Time-Line Follow Back (TLFB)* wurde erhoben, an wie vielen der letzten 90 Tage Cannabis konsumiert wurde. Dabei werden auch Tage ohne Zugang zu Cannabis berücksichtigt. War der Zugang für mehr als 25 der letzten 90 Tage nicht möglich, wurde in der Regel das Zeitfenster bei der Datenerhebung entsprechend korrigiert, d.h. es werden die 90 Tage vor der Inhaftierung (o.ä.) berücksichtigt. Die hier angeführten Berechnungen sind analog zur Auswertung in den vorangehenden Zwischenberichten durchgeführt: ausgehend von der Anzahl Tage ohne Zugang zu Cannabis (z.B. wegen In-

haftierung) sowie der Anzahl Tage mit Konsum von Cannabis innerhalb der *verbleibenden* Tage aus dem Zeitfenster der letzten 90 Tage wird der Prozentwert für den Konsum an den Tagen mit Zugang errechnet. Ein Beispiel: ein Jugendlicher hatte an 80 Tagen Zugang zu Cannabis und hat an 40 dieser Tage Cannabis konsumiert. Der entsprechende Wert beträgt dann 50%. Bei Studieneintritt lag in beiden Gruppen der mittlere Prozentsatz der Tage mit Cannabiskonsum innerhalb der letzten 3 Monate bei knapp 60%. Damit lag der Cannabiskonsum bei Schweizer Jugendlichen ein wenig tiefer als in den anderen Ländern.

Ein Alkoholmissbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit wurde bei 62% der Jugendlichen mittels des *ADI-Light Alkohol* festgestellt.

Neben Cannabis und Alkohol haben nur wenige Jugendliche im vergangenen Jahr *andere Substanzen* eingenommen und dies meist in geringem Ausmass: Tranquilizer haben 7 Jugendliche konsumiert, Ecstasy 5 Personen, Amphetamine 2 Personen, Halluzinogene 6 Personen, Kokain oder Crack 7 Personen und Heroin 1 Person.

Das Ausmass und die Umstände problematischen Substanzkonsums wurden für die vorangegangenen 90 Tage mit der Skala „Personal Involvement with Chemicals“ des *Personal Experiences Inventory (PEI)* erfasst. Die Skala beinhaltet 36 Items zu Umständen und Absichten, die den Konsum von Alkohol oder Drogen begleiten können (und ist somit nicht spezifisch für Cannabiskonsum). Die Antwortskala umfasst 1 = „nie“, 2 = „ein bis zwei Mal“, 3 = „manchmal“, 4 = „oft“. Je höher die Summe, umso mehr Konsumumstände wurden genannt und desto höher ist der Problematische Substanzkonsum. Die PEI-Werte zu Baseline waren mit 63.9 (MDFT) und 62.2 (TAU) in beiden Gruppen ähnlich hoch.

Bei keinem der hier dargestellten Indikatoren zum Substanzkonsum zeigte sich zwischen den Gruppen ein Unterschied mit mindestens mittlerer Effektgrösse (Tabelle 4).

Tabelle 4 Substanzkonsum bei Eintritt (Gesamt und nach Gruppe). Werte entsprechen Anzahl (Prozent), wenn nicht anders angegeben.

	MDFT (n=30)	TAU (n=30)	Gesamt	p^1	ES^2
Cannabisbezogene Störung (ADI-Light)				0.60	$w=0.00$
Cannabisabhängigkeit	28 (93.3)	29 (96.7)	57 (95.0)		
Cannabismissbrauch	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (5.0)		
Prozentsatz der Tage mit Cannabiskonsum innerhalb der letzten 3 Monate, M (SD)	59.4 (27.8)	59.8 (33.4)	59.6 (30.5)	0.96	$d=0.01$
Alkoholmissbrauch/ -abhängigkeit (ADI-Light)	17 (56.7)	20 (66.7)	37 (61.7)	0.43	$w=0.10$
Konsum anderer Substanzen im letzten Jahr					
Tranquilizer oder Sedativa	4 (13.3)	3 (10.0)	7 (11.7)	1.00	$w=0.00$
Ecstasy	2 (6.7)	3 (10.0)	5 (8.3)	1.00	$w=0.00$
Amphetamine	2 (6.7)	0 (0)	2 (3.3)	0.47	$w=0.00$
Halluzinogene	3 (10.0)	3 (10.0)	6 (10.0)	0.67	$w=0.00$
Kokain oder Crack	4 (13.3)	3 (10.0)	7 (11.7)	1.00	$w=0.00$
Heroin oder andere Opiate	1 (3.3)	0 (0)	1 (1.7)	1.00	$w=0.00$
Problematischer Substanzkonsums (PEI), M (SD)	63.9 (11.7)	62.2 (16.4)	63.1 (14.1)	0.64	$d=0.12$

¹Vergleich zwischen den Gruppen MDFT und TAU. χ^2 -Tests für kategoriale Variablen, t-Tests für metrische Variablen. ²ES: Effektgrösse d : 0.2=kleiner Effekt, 0.5=mittlerer Effekt, 0.8=grosser Effekt; Effektgrösse w : 0.1=kleiner Effekt, 0.3=mittlerer Effekt, 0.5=grosser Effekt. ADI-Light: Adolescent Diagnostic Interview-Light. PEI: Personal Experiences Inventory.

2.1.4. Kritische Lebensereignisse, Psychosoziale Probleme und Familienklima

Mittels der *Life Event Scale (LES)* wurden bei Baseline kritische Lebensereignisse im Jahr vor Beginn der Studienteilnahme erhoben. Nur etwas mehr als ein Viertel (28%) der Befragten (7 MDFT, 10 TAU) weisen kein solches Ereignis auf (Tabelle 5).

Die gesamthaft am häufigsten genannten Ereignisse sind die Inhaftierung eines guten Freundes (14), der Wechsel der Schule (11), der Umzug in ein neues Quartier (10), der Verlust von Arbeitsstelle oder starke Lohnneinbusse bei einem Elternteil (9), die ernsthafte Erkrankung oder Verletzung eines Elternteils (9) und der Tod eines nahen Freundes (8). Alle übrigen Ereignisse wurden höchstens 5 Mal genannt (5 Nennungen: Tod eines Elternteils, ernsthafte Erkrankung oder Verletzung eines Freundes; 3 Nennungen: eigene ernsthafte Erkrankung oder Verletzung; 2 Nennungen: Trennung oder Scheidung der Eltern, neue sorgeberechtigte Person, Inhaftierung eines Geschwisterteils; 1 Nennung: ernsthafte Erkrankung oder Verletzung eines Geschwisterteils, Inhaftierung eines Elternteils, Geburt eines Geschwisterkindes; keine Nennung: Tod eines Geschwisterteils).

Von den Jugendlichen selbst berichtete psychosoziale Probleme innerhalb der letzten sechs Monate wurden mittels des Youth Self Report (Ivanova, et al., 2007) erfasst. Innerhalb dieser Studie wurden die Subskalen Externale Auffälligkeit (delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten) und Internale Auffälligkeit (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität) angewandt. In der vorliegenden Studie wiesen Jugendliche in der Schweiz und Deutschland etwas höhere Werte an Externaler Auffälligkeit auf als Jugendliche in Frankreich und den Niederlanden. Internale Auffälligkeiten wurden bei Schweizer und niederländischen Jugendlichen eher weniger festgestellt als bei den Jugendlichen anderer Länder.

Die Schweizer Jugendlichen wiesen aufgrund von Drogendelikten mehr Verhaftungen (40%) auf als Jugendliche aus den anderen Ländern, mit Ausnahme von Frankreich, welches eine gleich hohe Rate verzeichnete. Eigentumsdelikte kamen in der Schweizer Stichprobe häufiger vor (30%) als in den anderen Ländern (höchstens 10%). Inhaftierungen während den vorangegangenen 9 Monaten kamen bei den Schweizer Jugendlichen deutlich häufiger vor (52%) als bei Jugendlichen anderer Länder; diese Unterschiede waren zu erwarten aufgrund unterschiedlicher Gesetzgebungen zur Inhaftierung Minderjähriger.

Das Familienklima wurde hinsichtlich der Dimensionen „Konfliktbereitschaft“ und „Familienkohäsion“ durch die Jugendlichen anhand der Family Environment Scale (Moos & Moos, 1986) bewertet. Im Vergleich zu einer Referenzstichprobe 11-18 jähriger Schüler (Boyd, Gullone, Needleman, & Burt, 1997) (Konflikt $M=3.9$, Kohäsion $M=5.6$) bewerteten die Jugendlichen Teilnehmer der INCANT-Studie deren Familienklima ähnlich, tendenziell sogar etwas positiver.

Zwischen den Behandlungsgruppen gab es lediglich Unterschiede kleiner Effektgrösse hinsichtlich der hier berichteten Indikatoren zu kritischen Lebensereignissen, psychosozialen Problemen und zum Familienklima (Tabelle 5).

Tabelle 5 Ausgewählte Charakteristika bei Eintritt (Gesamt und nach Gruppe). Werte entsprechen Anzahl (Prozent), wenn nicht anders angegeben.

	MDFT (n=30)	TAU (n=30)	Gesamt	p ¹	ES ²
Kritische Lebensereignisse im letzten Jahr				0.57	w=0.11
Keines	7 (23.3)	10 (33.3)	17 (28.3)		
Mindestens 1	23 (76.7)	20 (66.7)	43 (71.7)		
Psychosoziales Probleme					
Youth Self Report (YSR)					
Externale Auffälligkeit, M (SD)	21.7 (9.4)	22.7 (8.8)	22.2 (9.0)	0.67	d=0.11
Internale Auffälligkeit, M (SD)	13.0 (8.3)	14.4 (9.3)	13.7 (8.7)	0.54	d=0.16
Familienklima (Family Environment Scale, FES)					
Familienkonflikt, M (SD)	3.6 (2.0)	3.7 (1.9)	3.7 (1.9)	0.77	d=0.09
Familienkohäsion, M (SD)	5.5 (2.6)	5.0 (2.5)	5.2 (2.5)	0.41	d=0.21

¹Vergleich zwischen den Gruppen MDFT und TAU. χ^2 -Tests für kategoriale Variablen, t-Tests für metrische Variablen. ²ES: Effektgrösse d: 0.2=kleiner Effekt, 0.5=mittlerer Effekt, 0.8=grosser Effekt; Effektgrösse w: 0.1=kleiner Effekt, 0.3=mittlerer Effekt, 0.5=grosser Effekt.

2.1.5. Die Eltern und ihre Sicht des Kindes

Die Sicht der Eltern wurde bei Eintritt mittels des *Parent Intake Interview* erhoben, wobei dieser Fragebogen in drei Viertel der Fälle (77%) von der Mutter und bei einem Viertel vom Vater des/der Jugendlichen ausgefüllt wurde.

Nur wenige Jugendliche (12%) sind gemäss Aussage der Eltern vor der Teilnahme an INCANT schon einmal wegen Alkohol oder Drogen in Behandlung gewesen, hingegen war insgesamt die Hälfte (50%) bereits wegen emotionaler oder psychischer Probleme in einer Behandlung und eine grosse Mehrheit (70%) hatte schon Kontakt mit Polizei oder Justiz (Tabelle 6). Der Freundeskreis ihrer Kinder wird von den Eltern gemischt beurteilt (Mehrfachantworten möglich): gute und nette Freunde werden mehrheitlich (58%) angegeben, ein noch grösserer Anteil (82%) berichtet jedoch auch über einen schlechten Einfluss durch den Freundeskreis. Etwas mehr als die Hälfte der Eltern (52% von 52 Personen, welche die Frage beantwortet haben) berichten, ihr Kind habe im letzten Jahr die Schule geschwänzt oder sei von der Schule verwiesen worden. Psychosoziale Probleme der Jugendlichen aus Elternsicht wurden mit der Child Behavior Checklist (CBCL) (Crijnen, Achenbach, & Verhulst, 1999), der Elternversion des Youth Self Report (YSR), erfasst. Innerhalb dieser Studie wurden wiederum die Subskalen Externale Auffälligkeit (delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten) und Internale Auffälligkeit (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität) angewandt.

Zwischen den beiden Behandlungsgruppen zeigten sich bei den Variablen „Behandlung wegen psychischer Probleme“, „frühere Kontakte mit Justiz oder Polizei“ und „schlechter Einfluss der Freunde“ Unterschiede mittlerer Effektgrösse. Eltern von Jugendlichen der Gruppe MDFT berichteten weniger häufig über eine Behandlung wegen psychischer Probleme, dagegen berichten sie häufiger einen früheren Kontakt mit der Justiz oder Polizei und auch häufiger einen schlechten Einfluss der Freunde (Tabelle 6).

Bezüglich der Subskala „Internale Auffälligkeit“ zeigte sich eine hohe Diskrepanz zwischen den Wahrnehmungen der Eltern, die mehr Symptome angaben, und den Kindern. Diese Diskrepanz war in der Schweiz höher als in den anderen Studienländern.

Tabelle 6 Ausgewählte Charakteristika aus Elternsicht bei Eintritt (Gesamt und nach Gruppe). Werte entsprechen Anzahl (Prozent), wenn nicht anders angegeben.

	MDFT (n=30)	TAU (n=30)	Gesamt	p¹	ES²
In Behandlung involvierter Elternteil				0.54	w=0.08
Mutter	24 (80.0)	22 (73.3)	46 (76.7)		
Vater	6 (20.0)	8 (26.7)	14 (23.3)		
Frühere Probleme aus Elternsicht (Mehrfachantworten)					
Behandlung wg. Alkohol-/ Drogenproblemen	5 (16.7)	2 (6.7)	7 (11.7)	0.42	w=0.10
Behandlung wg. Psychischen Problemen	11 (36.7)	19 (63.3)	30 (50.0)	0.04	w=0.27
Kontakt(e) mit Justiz oder Polizei	25 (83.3)	17 (56.7)	42 (70.0)	0.02	w=0.29
Freundeskreis					
Schlechter Einfluss der Freunde (,ja‘)	28 (93.3)	21 (70.0)	49 (81.7)	0.02	w=0.26
Nette und hilfsbereite Freunde (,ja‘)	16 (53.3)	19 (63.3)	35 (58.3)	0.43	w=0.10
Schule					
Im letzten Jahr geschwänzt oder von der Schule verwiesen (,ja‘)	14 (51.9) ³	13 (52.0) ⁴	27 (51.9) ⁵	0.99	w=0.02
Psychosoziale Probleme					
Child Behavior Checklist (CBCL)					
Externale Auffälligkeit, <i>M (SD)</i>	29.5 (13.1)	26.8 (13.4)	28.2 (13.3)	0.43	d=0.20
Internale Auffälligkeit, <i>M (SD)</i>	21.8 (10.4)	21.9 (11.5)	21.9 (10.9)	0.98	d=0.01

¹Vergleich zwischen den Gruppen MDFT und TAU. χ^2 -Tests für kategoriale Variablen, t-Tests für metrische Variablen. ²ES: Effektgrösse *d*: 0.2=kleiner Effekt, 0.5=mittlerer Effekt, 0.8=grosser Effekt; Effektgrösse *w*: 0.1=kleiner Effekt, 0.3=mittlerer Effekt, 0.5=grosser Effekt. ³⁻⁸Fehlende Angaben: ³n=3, ⁴n=5, ⁵n=8.

3. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden nachfolgend entlang der im Forschungsprotokoll formulierten Fragestellungen berichtet. Methodisch unterscheidet sich der Zugang in einzelnen Aspekten von dem dort erwähnten Vorgehen, z.B. wenn für gewisse statistische Verfahren deutlich grössere Stichproben (Gesamtstichprobe) benötigt würden. Solche vertiefenden Analysen sind Gegenstand des internationalen Schlussberichts sowie von Publikationen, die auf den Gesamtdaten basieren.

3.1. Wirkung auf den Konsum von Cannabis und cannabisbezogenen Störungen

3.1.1. Veränderung des Cannabiskonsums

Mit dem Fragebogen *Time-Line Follow Back* (TLFB) wurde zu allen Messzeitpunkten erhoben, an wie vielen der jeweils letzten 90 Tage Cannabis konsumiert wurde (Abbildung 1). Während der Prozentsatz der Konsumtage zu Beginn der Therapie in beiden Gruppen ähnlich hoch war, zeigte sich im Laufe der Therapie bis zur Nacherhebung nach 9 Monaten ein weniger häufiger Konsum in der Gruppe mit MDFT als in der Gruppe TAU (3 Monate $d=0.07$, 6 Monate $d=0.27$, 9 Monate $d=0.23$; alle Monate $p>.05$). Die Unterschiede entsprechen einem Effekt kleiner bis mittlerer Grösse. Allerdings glich sich anschliessend die Konsumhäufigkeit wieder an und war in den beiden Gruppen bei der Nacherhebung nach 12 Monaten nahezu identisch ($d=-0.01$, $p>.05$).

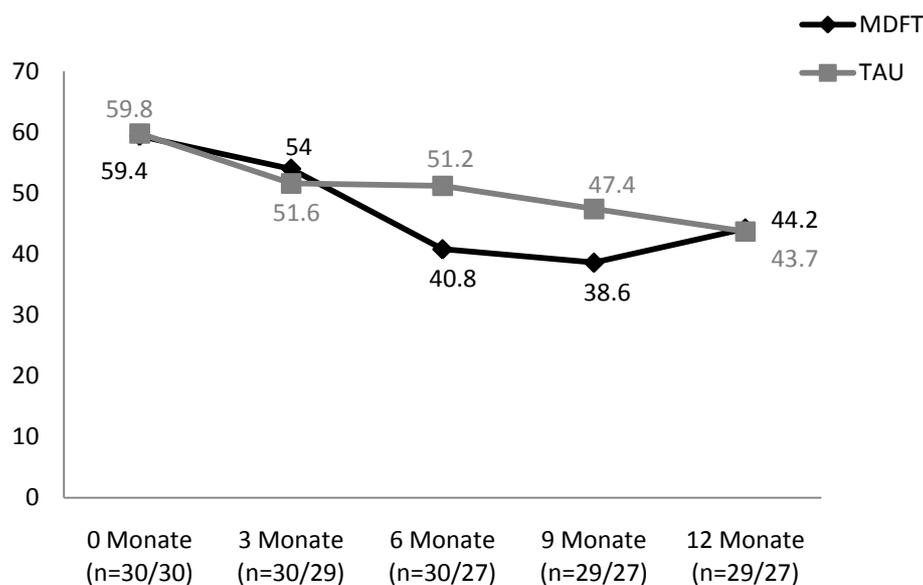


Abbildung 1 Prozentsatz der Tage mit Cannabiskonsum innerhalb der letzten 3 Monate

Vergleicht man die Konsumtage nach 12 Monaten mit den Konsumtagen zu Beginn, so konnte in beiden Gruppen eine Reduktion des Konsums erreicht werden. In beiden Gruppen betrug diese Reduktion eine mittlere Effektgrösse (MDFT $d=0.45$, TAU $d=0.43$).

Auch in der Gesamtstichprobe aller 5 Länder zeigte sich in beiden Studiengruppen eine deutliche Reduktion der Konsumtage von Studienbeginn bis zur Nacherhebung nach 12 Monaten. Im Gegensatz zur Schweiz zeigte sich in den anderen Ländern kein Anstieg der Konsumtage in der Gruppe MDFT zwischen den Nacherhebungen nach 9 und 12 Monaten. Insgesamt konnte für die Gesamtstichprobe hinsichtlich der Konsumtage ein tendenziell stärkerer Interventionseffekt in der Gruppe MDFT als in der Gruppe TAU nachgewiesen werden, dieser war allerdings nicht statistisch signifikant.

3.1.2. Veränderung im Nachweis von Cannabiskonsum im Urin

Bei Baseline wie auch zu jedem Zwischenzeitpunkt sollte in der Schweiz eine *Urinprobe* abgenommen werden, um den Konsum von Cannabis zu überprüfen („ja“ versus „nein“; positive Ergebnisse graduell abgestuft). Während bei Baseline von den allermeisten Jugendlichen eine aussagekräftige Urinprobe vorliegt, hat der Anteil von durchgeführten Urintests mit der Zeit deutlich abgenommen (Tabelle 7). Diese Abnahme ist vor dem Hintergrund zu erklären, dass während der Behandlung Urintests kontinuierlich als Bestandteil derselben durchgeführt wurden, während sie nach Abschluss der Therapiephase (also insbesondere bei den Erhebungen F9 und F12) im Rahmen der Follow-up Befragungen durchgeführt werden mussten. Diese Befragungen fanden jedoch oftmals nicht mehr in der Behandlungsstelle statt, sondern an einem öffentlichen Ort (z.B. Restaurant), wo Urinproben dann häufig verweigert wurden.

Tabelle 7 Cannabis Urintests, nach Messzeitpunkt (Gesamt, N=60)

Messzeitpunkt	Fehlende Information*	Anzahl positiver Tests	Anzahl negativer Tests
Baseline	3	39	18
Follow-up 3 Monate	8	34	18
Follow-up 6 Monate	17	24	19
Follow-up 9 Monate	31	22	7
Follow-up 12 Monate	35	18	7

*Verweigerung, Ergebnis unbekannt oder keine Angabe vorhanden

Vor dem Hintergrund des hohen Anteils fehlender Urinproben bei allen Nachbefragungen und der damit einhergehenden geringen Aussagekraft der Ergebnisse wurde auf einen Vergleich der Urintests zwischen den beiden Behandlungsgruppen verzichtet.

3.1.3. Veränderung bezüglich cannabisbezogener Diagnosen

Bei Studienbeginn und nach 12 Monaten wurden die Jugendlichen mittels *ADI-Light Cannabis* hinsichtlich cannabisbezogener Störungen diagnostiziert. Die Abbildung 2 zeigt den Prozentsatz der Jugendlichen bei dem nach 12 Monaten eine cannabisbezogene Abhängigkeit diagnostiziert wurde. Abbildung 3 zeigt den Prozentsatz Jugendlicher bei dem ein Cannabismissbrauch oder eine Cannabisabhängigkeit diagnostiziert wurde. Die Dia-

gramme zeigen die Daten (1) für eine „Complete Case Analyse“, bei der jeweils nur die 56 Jugendlichen eingehen, bei denen zum Erhebungszeitpunkt nach 12 Monaten eine Diagnostik durchgeführt werden konnte und (2) für eine „Intention to Treat Analyse“ bei denen Jugendliche, bei denen keine Diagnostik durchgeführt werden konnte weiterhin als cannabisabhängig angenommen werden.

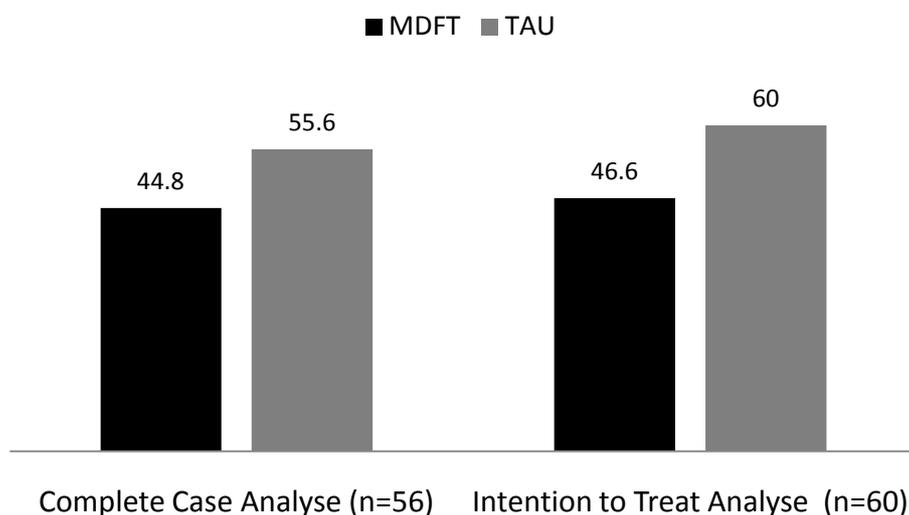


Abbildung 2 Prozentsatz der Personen mit Cannabisabhängigkeit nach 12 Monaten

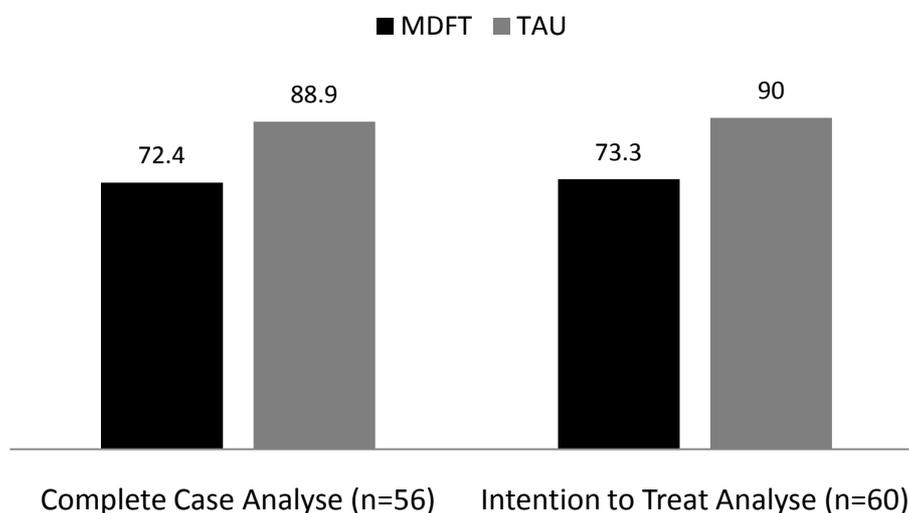


Abbildung 3 Prozentsatz der Personen mit Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit nach 12 Monaten

Bei beiden Darstellungsweisen zeigt sich in der Gruppe MDFT im Vergleich zur Gruppe TAU ein geringerer Prozentsatz Jugendlicher mit Cannabisabhängigkeit (Complete Case $w=0.11$, Intention to Treat $w=0.13$) und auch ein geringerer Prozentsatz mit Cannabismissbrauch oder -abhängigkeit (Complete Case $w=0.16$, Intention to Treat $w=0.17$). Die

Unterschiede entsprechen einer kleinen Effektgrösse. Eine Überprüfung der Unterschiede mittels χ^2 -Tests ergab keine signifikanten Ergebnisse (alle $p > .05$).

3.1.4. Veränderung im problematischen Substanzkonsum

Problematischer Substanzkonsum wurde bei Baseline sowie nach 6, 9 und 12 Monaten jeweils für die vorangegangenen 90 Tage mit der „Personal Involvement with Chemicals Scale“ des *Personal Experiences Inventory (PEI)* erfasst. Abbildung 4 stellt für die beiden Gruppen den Mittelwert dieser Skala über die Erhebungszeitpunkte hinweg dar.

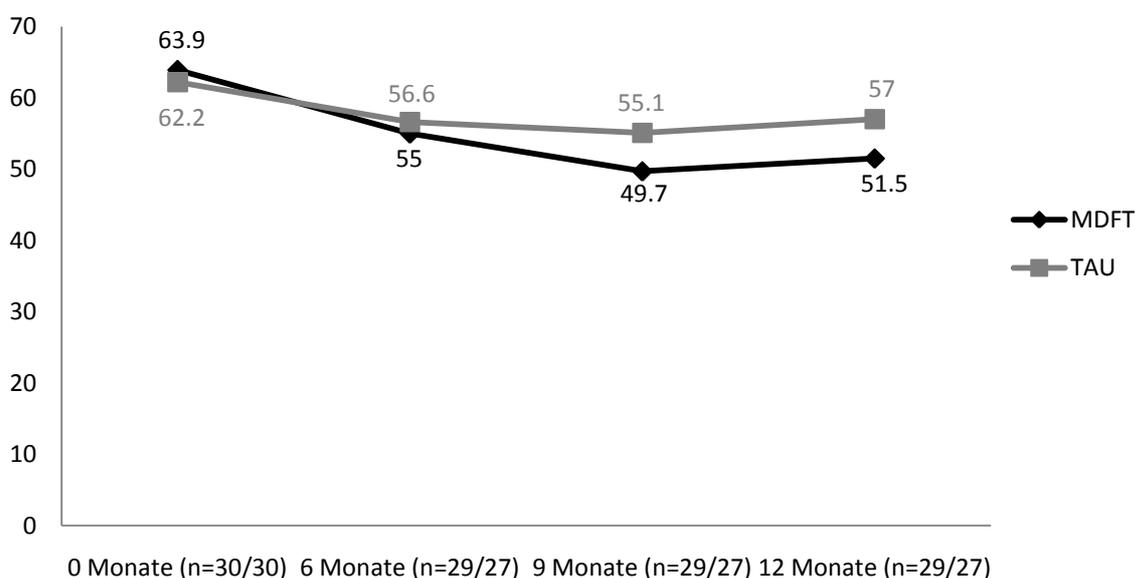


Abbildung 4 Problematischer Substanzkonsum (*Personal Experiences Inventory*)

Während die Häufigkeit der berichteten Konsumumstände beim geplanten Ende der Therapie in beiden Gruppen ähnlich hoch war (6 Monate $d=0.09$, $p > .05$), zeigte sich zu den beiden Nacherhebungen nach 9 und 12 Monaten eine geringere Anzahl an Konsumumständen in der Gruppe MDFT (9 Monate $d=0.36$, $p > .05$; 12 Monate $d=0.34$, $p > .05$). Die Unterschiede entsprechen einem Effekt kleiner bis mittlerer Grösse.

Vergleicht man Häufigkeit der berichteten Konsumumstände nach 12 Monaten mit denen zu Beginn, so konnte in der Gruppe MDFT eine Reduktion im Ausmass einer grossen Effektgrösse ($d=0.93$), in der Gruppe TAU eine Reduktion kleiner Effektgrösse ($d=0.31$) erreicht werden.

Auch in der Gesamtstichprobe über alle beteiligten Länder hinweg zeigte sich in beiden Behandlungsgruppen eine deutliche Reduktion der Konsumumstände vom Studienbeginn zur Nacherhebung nach 12 Monaten. Überdies zeigte sich auch die in der Schweizer Stichprobe gefundene Tendenz, dass die MDFT-Behandlung zu einer stärkeren Redukti-

on der Konsumumstände führte als TAU, allerdings war dieser Effekt nicht statistisch signifikant.

3.2. Wirkung auf psychosoziale Probleme und das Familienklima

3.2.1. Selbstberichtete Psychosoziale Probleme

Von den Jugendlichen selbst berichtete psychosoziale Probleme wurden mittels der Skalen interne und externe Auffälligkeit des Youth Self Report (Ivanova, et al., 2007) nach 6 und 12 Monaten wiederholt erfasst (Abbildungen 5 und 6).

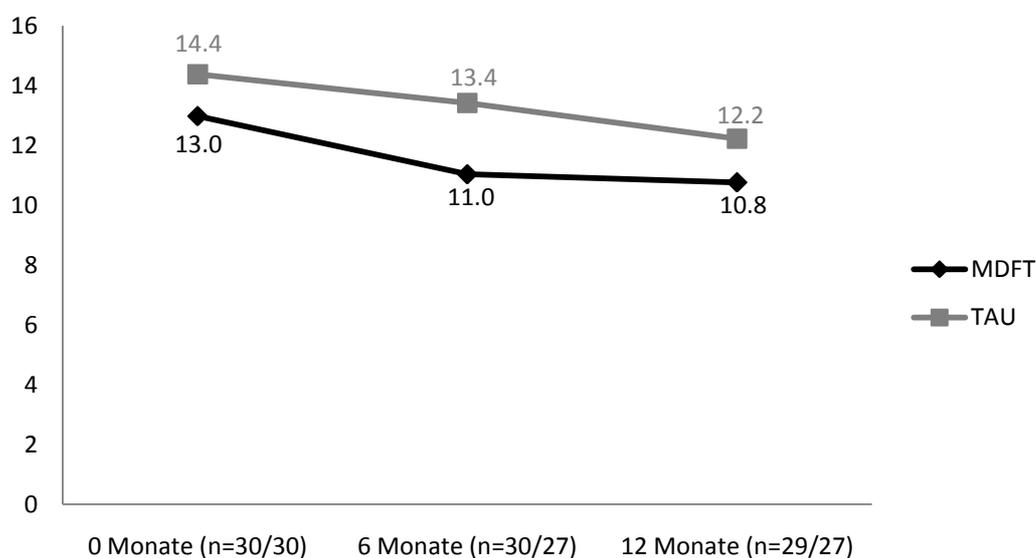


Abbildung 5 Psychosoziale Probleme: Internale Auffälligkeit (Youth Self Report)

Hinsichtlich der internalen Auffälligkeit zeigte sich bei allen Erhebungen (Baseline, 0, 6 und 12 Monate) eine geringere Problembelastung in der Gruppe MDFT als in der Gruppe TAU (0 Monate $d=0.16$, 6 Monate $d=0.34$, 12 Monate $d=0.17$, alle $p>.05$), wobei dieser Unterschied direkt nach Abschluss der Behandlung nach 6 Monaten am stärksten ausgeprägt war und sich nach 12 Monaten wieder an das Ausgangsniveau anglich.

Ein längsschnittlicher Vergleich (Monat 0 mit Monat 12) der internalen Auffälligkeit ergab für beide Gruppen einen Unterschied kleiner Effektgrösse (MDFT $d=0.28$, TAU $d=0.23$).

Auch in der Gesamtstichprobe aller beteiligten Länder zeigte sich im zeitlichen Verlauf eine Abnahme der internalen Auffälligkeit in beiden Gruppen, wobei, wie auch für die Schweizer Stichprobe, keine Überlegenheit der MDFT-Behandlung gezeigt werden konnte.

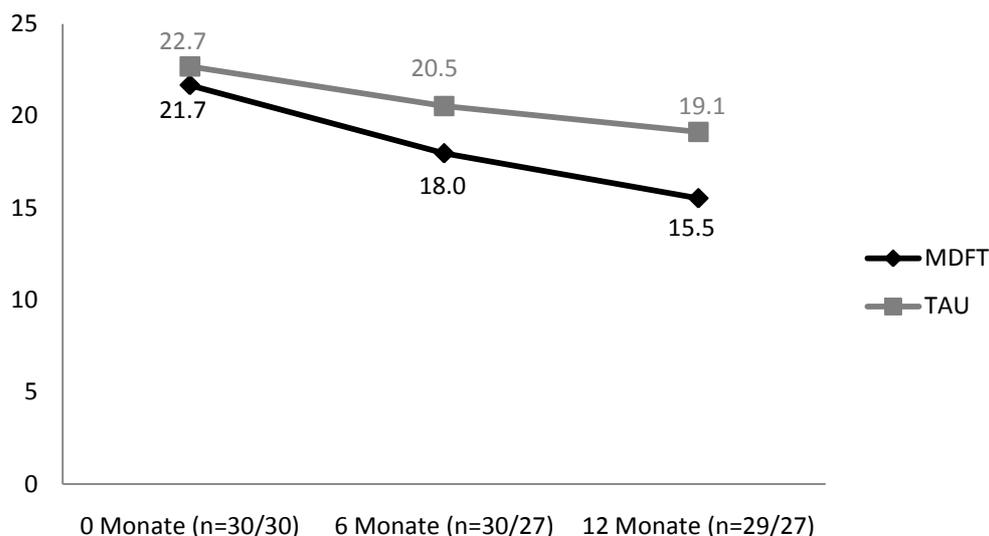


Abbildung 6 Psychosoziale Probleme: Externale Auffälligkeit (Youth Self Report)

Die selbstberichtete externe Auffälligkeit war zu Beginn der Behandlung in beiden Gruppen ähnlich ausgeprägt und entwickelte sich im Laufe der Behandlung und danach positiver in der Gruppe MDFT als in der Gruppe TAU (0 Monate $d=0.11$, 6 Monate $d=0.27$, 12 Monate $d=0.39$, alle $p>.05$).

Ein längsschnittlicher Vergleich (Monat 0 mit Monat 12) der internalen Auffälligkeit ergab für die Gruppe MDFT einen Unterschied grosser Effektgrösse ($d=0.71$), für die Gruppe TAU einen Unterschied kleiner bis mittlerer Effektgrösse ($d=0.37$).

Ein ähnliches Resultat zeigte sich auch in der Gesamtstichprobe aller beteiligten Länder. Im zeitlichen Verlauf konnte eine deutliche Abnahme der externalen Auffälligkeit in beiden Gruppen festgestellt werden. Diese war wie auch in der Schweizer Stichprobe stärker in der Behandlungsgruppe MDFT als in der Behandlungsgruppe TAU.

3.2.2. Psychosoziale Probleme aus Elternsicht

Ebenso wie die von den Jugendlichen selbst berichteten psychosozialen Probleme wurden die psychosozialen Probleme der Jugendlichen aus Elternsicht mittels der Skalen interne und externe Auffälligkeit der Child Behavior Checklist nach 6 und 12 Monaten wiederholt erfasst (Abbildungen 7 und 8).

Die interne Auffälligkeit aus Elternsicht verringerte sich deutlich im Laufe der Zeit, unterschied sich über alle Erhebungszeitpunkte hinweg jedoch nur marginal zwischen den beiden Gruppen (0 Monate $d=0.01$, 6 Monate $d=0.08$, 12 Monate $d=0.02$, alle $p>.05$).

Vergleicht man die interne Auffälligkeit aus Elternsicht nach 12 Monaten mit derjenigen zu Beginn, so konnte in beiden Gruppen eine Reduktion im Ausmass einer mittleren bis grossen Effektgrösse (MDFT $d=0.69$, TAU $d=0.63$) erreicht werden.

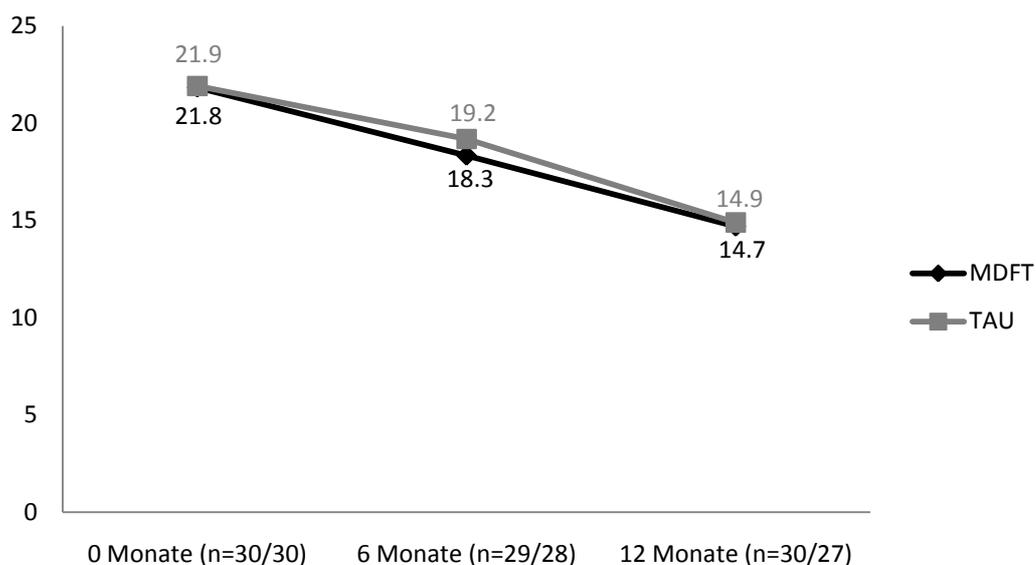


Abbildung 7 Psychosoziale Probleme: Internale Auffälligkeit (Child Behavior Checklist)

Die externe Auffälligkeit aus Elternsicht (Abbildung 8) war jeweils zu Beginn der Behandlung und bei der Nacherhebung nach 12 Monaten in der TAU-Gruppe niedriger als in der MDFT-Gruppe (0 Monate $d=0.20$, $p>.05$; 12 Monate $d=0.44$, $p>.05$), wohingegen der mittlere Skalenwert bei der Erhebung nach 6 Monaten in beiden Gruppen identisch war ($d=0.00$, $p>.05$).

Ein Vergleich der externalen Auffälligkeit aus Elternsicht nach 12 Monaten mit derjenigen zu Beginn, ergab in beiden Gruppen eine Reduktion im Ausmass einer grossen Effektgrösse (MDFT $d=0.82$, TAU $d=1.10$).

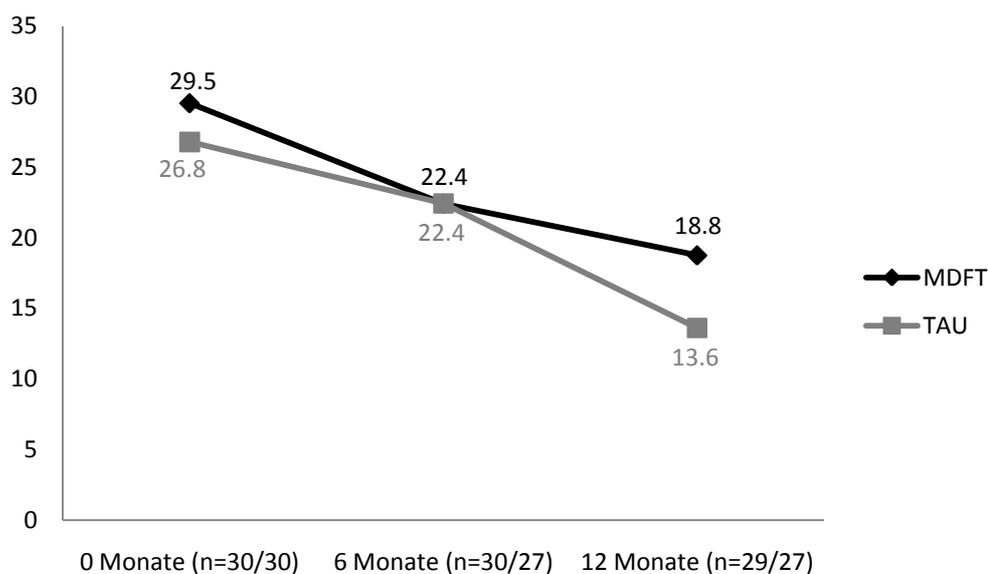


Abbildung 8 Psychosoziale Probleme: Externale Auffälligkeit (Child Behavior Checklist)

Ähnlich den Ergebnissen der Schweizer Stichprobe konnte auch für die Gesamtstichprobe keine Überlegenheit der MDFT-Behandlung gegenüber TAU zur Reduktion psychosozialer Probleme aus Elternsicht gezeigt werden.

3.2.3. Familienklima

Das Familienklima wurde nach 6, 9 und 12 Monaten hinsichtlich der Dimensionen „Konfliktbereitschaft“ und „Familienkohäsion“ durch die Jugendlichen anhand der Family Environment Scale (Moos & Moos, 1986) bewertet (Abbildungen 9 und 10).

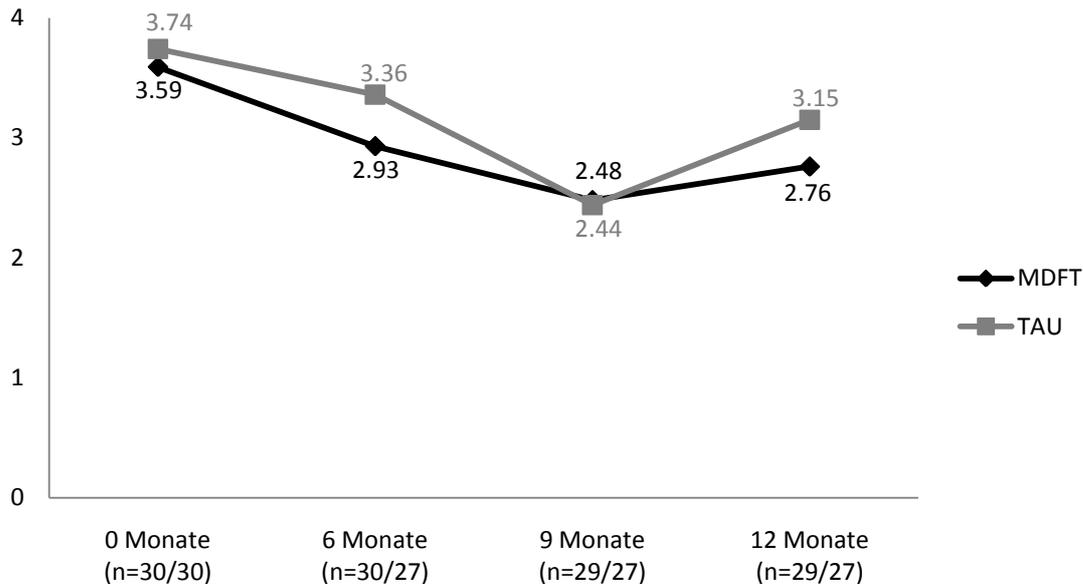


Abbildung 9 Konfliktbereitschaft in der Familie (Family Environment Scale)

Die Konfliktbereitschaft verringerte sich innerhalb beider Gruppen im Laufe der Behandlung bis zur Erhebung nach 9 Monaten, stieg anschliessend aber wieder an. Zwischen den Gruppen waren zu allen Erhebungszeitpunkten jeweils nur Unterschiede kleiner Effektgrösse festzustellen (0 Monate $d=0.09$, 6 Monate $d=0.19$, 9 Monate $d=-0.04$, 12 Monate $d=0.19$, alle $p>.05$).

Ein Vergleich der Konfliktbereitschaft nach 12 Monaten mit derjenigen zu Beginn, ergab in beiden Gruppen eine Reduktion im Ausmass einer kleinen bis mittleren Effektgrösse (MDFT $d=0.43$, TAU $d=0.30$).

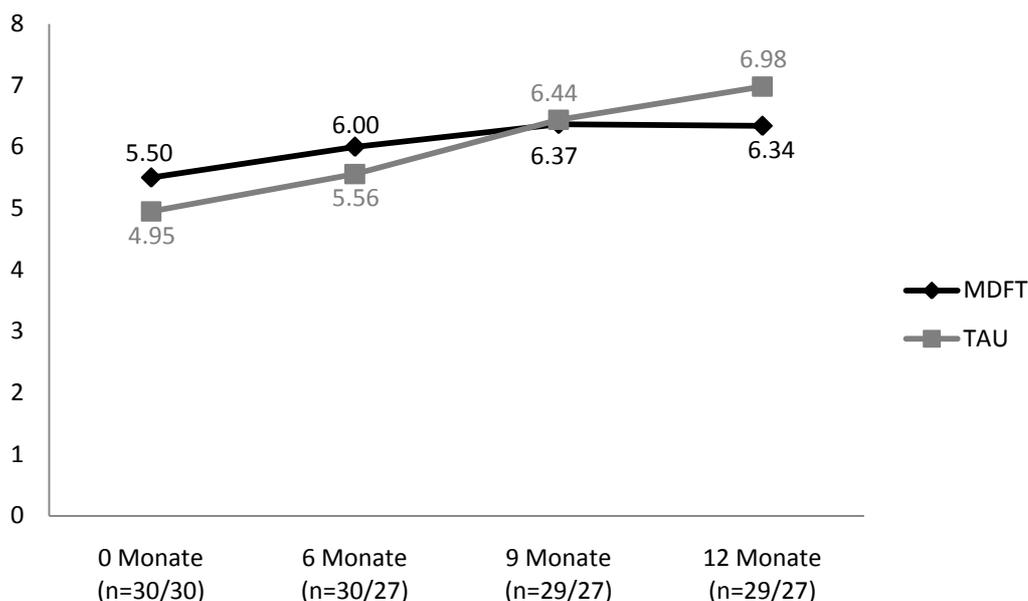


Abbildung 10 Familienkohäsion (Family Environment Scale)

Der Familienzusammenhalt verbesserte sich in beiden Gruppen im Laufe der Behandlung und auch danach. Zwischen den Gruppen waren zu allen Erhebungszeitpunkten wiederum nur Unterschiede kleiner Effektgrösse festzustellen (0 Monate $d=0.21$, 6 Monate $d=0.18$, 9 Monate $d=-0.04$, 12 Monate $d=-0.26$, alle $p>.05$). Berücksichtigt man die geringere Kohäsion in der Gruppe TAU zu Baseline, entwickelte sich die Familienkohäsion in der Gruppe TAU tendenziell besser als in der Gruppe MDFT.

Ein Vergleich des Familienzusammenhalts nach 12 Monaten mit dem zu Beginn, ergab in der Gruppe MDFT eine Zunahme im Ausmass einer kleinen bis mittleren Effektgrösse ($d=0.32$), in der Gruppe TAU eine Zunahme im Ausmass einer grossen Effektgrösse ($d=0.89$).

Ähnlich den Ergebnissen der Schweizer Stichprobe konnte auch für die Gesamtstichprobe aller Länder keine Überlegenheit der MDFT-Behandlung gegenüber TAU in der Veränderung des Familienklimas auf den beiden Dimensionen Familienkohäsion und Konfliktbereitschaft festgestellt werden.

3.3. Akzeptanz der Therapie

Die Akzeptanz der Therapie wurde in allen beteiligten Ländern 6 Monate nach Behandlungsbeginn mittels der *Satisfaction Scale* bei den Jugendlichen und den Eltern getrennt erhoben. Standardmässig wurde dabei nur die *allgemeine* Zufriedenheit erfragt (1 Item), in der Schweiz wurde hingegen die gesamte Zufriedenheitsskala (16 Items) eingesetzt. Die Beurteilung der Items erfolgt auf einer Skala von 1 „sehr zufrieden“ bis 5 „sehr unzufrieden“.

3.3.1. Allgemeine Zufriedenheit nach 6 Monaten

Die *allgemeinen Zufriedenheit* mit der Therapie wurde am Ende der Behandlung d.h. zum Erhebungszeitpunkt nach 6 Monaten mittels der *Satisfaction Scale* bei den Jugendlichen und den Eltern getrennt erhoben. Die Beurteilung der allgemeinen Zufriedenheit erfolgte anhand eines Items von 1 „sehr zufrieden“ bis 5 „sehr unzufrieden“. (Tabelle 8). Aus Sicht der Jugendlichen gab es keinen Unterschied in der Bewertung der Zufriedenheit mit der Therapie ($d=0.02$). Die Eltern der TAU-Gruppe waren tendenziell etwas weniger zufrieden mit der Therapie als die Eltern der MDFT-Gruppe ($d=0.25$, kleiner Effekt).

Tabelle 8 Allgemeine Zufriedenheit mit der Therapie nach 6 Monaten, Jugendliche und Eltern (Gesamt und nach Gruppe)

Gruppe	Gruppe	N	Mittelwert	Standardabweichung	<i>d</i>	<i>p</i> *
Jugendliche	MDFT	30	2.50	1.009	0.02	.95
	TAU	27	2.52	1.051		
	Gesamt	57	2.51	1.020		
Eltern	MDFT	29	2.45	.910	0.25	.35
	TAU	27	2.74	1.375		
	Gesamt	56	2.59	1.156		

**t*-Test

3.4. Engagement und Haltequote

4.4.1 Dauer der Intervention

Die Behandlungsdauer variierte in beiden Therapiebedingungen sehr stark. Bei der Behandlungsgruppe MDFT lag diese zwischen 3 und 9 Monaten bei einer mittleren Dauer von 6.4 Monaten (SD=1.6). Bei der Gruppe TAU lag diese zwischen 1 und 11 Monaten bei einer mittleren Dauer von 5.1 Monaten (SD=2.9). Der Unterschied in der mittleren Behandlungsdauer zwischen den Gruppen liegt bei einer mittleren Effektgrösse ($d=0.53$, $p=.05$). Abbildung 11 zeigt für die beiden Gruppen getrennt die Anzahl Jugendlicher, die im jeweiligen Monat noch in Behandlung war.

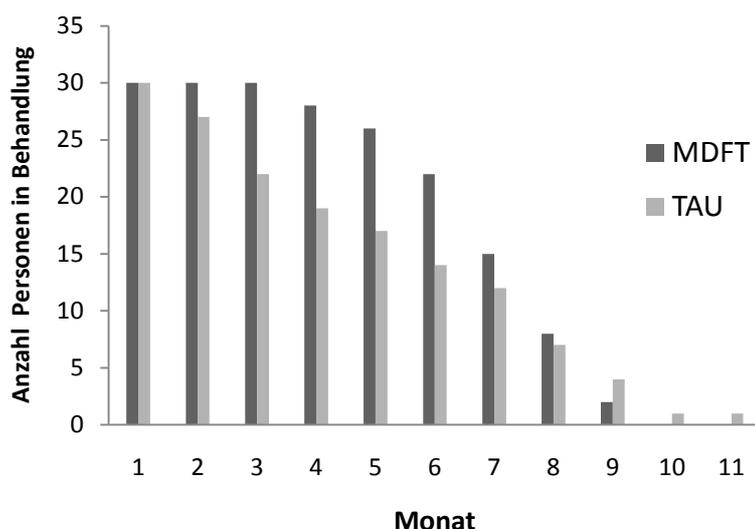


Abbildung 11 Anzahl Jugendlicher, die im jeweiligen Monat noch in Behandlung waren.

4.4.2 Umfang der Intervention

Auch der Interventionsumfang, d.h. die Therapiedauer zusammengefasst über alle Therapiesettings (Sitzungen mit Jugendlichen/r, Sitzungen mit den Eltern, Familiensitzungen, ausserfamiliäre Sitzungen), war in der Gruppe MDFT deutlich höher als in der Gruppe TAU. Während der Interventionsumfang in der Gruppe MDFT zwischen 735 und 5795 Minuten lag (M=1995.3, SD=1009.2), umfasste dieser zwischen 0 und 1410 Minuten in der Gruppe TAU (M=580.3, SD=425.1) d.h. im Mittel lag der Behandlungsumfang der Jugendlichen in der Gruppe MDFT bei 33.3 Stunden, in der Gruppe TAU bei 9.7 Stunden. Der Unterschied im Gesamtbehandlungsumfang entspricht einer grossen Effektstärke ($d=1.83$, $p=.00$).

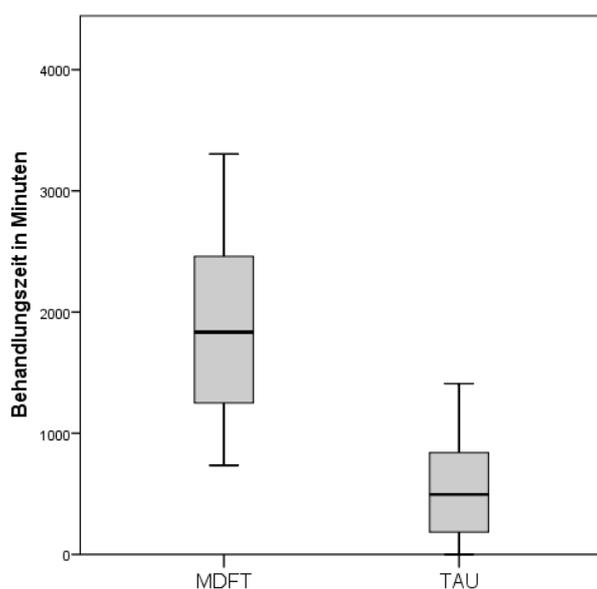


Abbildung 12 Boxplot der Gesamtbehandlungszeit in Minuten, getrennt für die beiden Gruppen. In den Boxplots werden jeweils das 10., 25., 50., 75. und 90. Perzentil dargestellt.

Der deutlich höhere Behandlungsumfang in der MDFT-Gruppe zeigte sich in allen beteiligten Ländern der INCANT-Studie. So lag der mittlere Behandlungsumfang in den anderen Ländern zwischen 6.5 und 20.1 Stunden in der Gruppe TAU, in der Gruppe MDFT zwischen 26.0 und 49.8 Stunden. Damit lag der Behandlungsumfang in der Schweizer Stichprobe jeweils im Mittelfeld.

Tabelle 9 zeigt den mittleren Behandlungsumfang getrennt für die einzelnen Behandlungssettings. Dabei zeigen sich insbesondere bei den Elternsitzungen, den Familiensitzungen und den ausserfamiliären Sitzungen deutlich höhere Behandlungsumfänge (grosse Effektgrößen) in der Gruppe MDFT als in der Gruppe TAU.

Tabelle 9 Mittlerer Behandlungsumfang in Minuten für die einzelnen Therapiesettings

	MDFT	TAU	d	p*
Sitzungen mit Jugendlichen/r (M, SD)	514.2 (226.9)	399.2 (273.9)	0.46	.08
Sitzungen mit Eltern (M, SD)	640.3 (477.9)	59.2 (112.0)	1.67	.00
Familiensitzungen (M, SD)	522.2 (272.9)	54.3 (86.3)	2.32	.00
Ausserfamiliäre Sitzungen (M, SD)	211.3 (277.5)	52.8 (79.0)	0.77	.00

*t-Test

4.4.3 Therapieabschluss

Die Behandlung wurde von gut zwei Drittel der Jugendlichen regulär abgeschlossen, ein knappes Fünftel sind Drop-Outs, der Rest sind Spezialfälle (Tabelle 10). Die 6 Fälle, die in der Kategorie „Anderes“ zusammengefasst sind, weisen folgende Austrittsumstände auf: Transfer in andere Behandlung (4) und Sonstiges (2). Ein Vergleich der Kategorie „regulär beendet“ mit den Kategorien „Behandlung abgebrochen“ und „Anderes“ ergibt zwischen den beiden Gruppen einen Unterschied kleiner Effektstärke ($w=0.22$, $p=.09$), wobei die Therapie in der Gruppe MDFT häufiger regulär beendet wurde.

Tabelle 10 Therapieabschluss. Werte entsprechen Anzahl (Prozent).

Therapiestatus	MDFT (n=30)	TAU (n=30)	Gesamt (n=60)
Behandlung regulär beendet	24 (80.0)	18 (60.0)	42 (70.0)
Behandlung abgebrochen	4 (13.3)	8 (26.7)	12 (20.0)
Anderes	2 (6.7)	4 (13.3)	6 (10.0)

In den anderen beteiligten Ländern der INCANT-Studie war der Unterschied im Anteil regulär beendeter Therapien zwischen den Gruppen MDFT und TAU noch deutlicher stärker ausgeprägt. So lag der Anteil regulär beendeter MDFT-Therapien in den anderen Ländern zwischen 83% und 97%, wohingegen der Anteil regulär beendeter Therapie in der Gruppe TAU lediglich zwischen 25% und 74% lag.

5 Diskussion und Schlussfolgerungen

5.1 Diskussion

Innerhalb der multizentrischen Therapievergleichsstudie INCANT wird die Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie im Vergleich zu den in den fünf beteiligten Ländern üblichen Standardbehandlungen überprüft. Vorliegender Evaluationsbericht stellt die innerhalb der Schweizer Stichprobe erzielten Ergebnisse dar. Diese stellen nur einen Teilausschnitt der Ergebnisse dar, ermöglichen aber eine Bewertung der nationalen Umsetzung der Therapiestudie.

Die Zuweisung der Jugendlichen mit problematischem Cannabiskonsum zur Behandlung bei der Fondation Phénix erfolgte überwiegend durch die Justiz, die Eltern oder durch Selbstzuweisung. Im Mittel sind die in die Studie eingeschlossenen Jugendlichen 16 bis 17 Jahre alt und männlich. Ein Grossteil der eingeschlossenen Jugendlichen hat einen Migrationshintergrund und stammt aus Familien deren Eltern getrennt oder geschieden sind. Knapp die Hälfte dieser Jugendlichen berichtet über substanzbezogene oder psychische Probleme in der Familie, nahezu alle berichten über einen regelmässigen Konsum von Drogen in ihrem Freundeskreis. Mehr als die Hälfte der eingeschlossenen Jugendlichen hat im vorangegangenen Jahr die Schule geschwänzt oder wurde von der Schule verwiesen. Eine Alkoholproblematik kann bei über der Hälfte dieser Jugendlichen festgestellt werden. Drei von vier der Jugendlichen berichten über ein kritisches Lebensereignis innerhalb des letzten Jahres. Der Konsum anderer illegaler Substanzen ausser Cannabis erfolgte bei einzelnen Jugendlichen. Insgesamt können die eingeschlossenen Jugendlichen, unabhängig von der Cannabisproblematik, psychosozial als stark vorbelastet beschrieben werden, was sich auch im Vergleich zu Jugendlichen der gleichen Alterskategorie zeigt. Bei nahezu allen behandelten Jugendlichen wurde eine Cannabisabhängigkeit diagnostiziert. Im Mittel konsumierten die behandelten Jugendlichen an 60% der Tage Cannabis.

Ein Vergleich der soziodemographischen, psychosozialen und substanzbezogenen Charakteristika der Jugendlichen in den beiden Behandlungsgruppen ergab keine gravierenden Unterschiede. Überwiegend waren keine oder nur Unterschiede kleiner Effektgrösse festzustellen. Dies zeigt, dass die Randomisierungsprozedur wie beabsichtigt in zwei vergleichbaren Stichproben resultierte. Auch die hohe Erreichbarkeit von jeweils über 90% der Jugendlichen und der beteiligten Eltern für die einzelnen Nachbefragungen verspricht eine hohe Aussagekraft und Validität der innerhalb dieser schweizerischen Stichprobe generierten Daten.

Wie bereits unter 2.2.5 (Datenauswertung) erwähnt, sind diese schweizerischen Daten insbesondere als Teil des Gesamtdatensatzes wertvoll, dessen Auswertungen aussagekräftige Ergebnisse über die Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie im Vergleich zur Standardbehandlung ermöglichen. Die Auswertung der Schweizerischen Daten sollte lediglich eine Darstellung der länderspezifischen Studiendurchführung sowie eine Exploration der zu erwartenden Effekte auf nationaler Ebene ermöglichen. Anbei die wichtigsten Ergebnisse zu den erhobenen Dimensionen:

Substanzkonsum:

Die Auswertung der schweizerischen Daten zum Hauptergebnismass der Studie – der Veränderung des Cannabiskonsums – zeigen in beiden Behandlungsgruppen eine Abnahme mittlerer Effektgrösse im Verlauf der Erhebungen. Die Abnahme in der Anzahl der Konsumtage ist in der MDFT-Gruppe nach Abschluss der Behandlung zunächst stärker ausgeprägt, gleicht sich zum letzten Erhebungszeitpunkt aber wieder an die TAU-Gruppe an. Somit scheint MDFT den Cannabiskonsum kurzfristig deutlich zu reduzieren, dessen längerfristige Überlegenheit gegenüber der Standardbehandlung ist anhand dieser Daten jedoch fraglich. Hinsichtlich der mittels dem ADI-Light ermittelten Cannabisabhängigkeit nach 12 Monaten erweist sich die MDFT-Behandlung der Standardbehandlung als leicht überlegen. Der Anteil Jugendlicher mit Cannabisabhängigkeit bzw. Cannabismissbrauch- oder -abhängigkeit ist in der MDFT-Gruppe jeweils im Ausmass einer kleinen Effektgrösse geringer. Auch beim Problematischen Substanzkonsum insgesamt, gemessen mit dem Personal Experiences Inventory, scheint die multidimensionale Familientherapie gegenüber der Standardbehandlung im Ausmass einer kleinen bis mittleren Effektgrösse überlegen.

Psychosoziale Problematik:

Die tendenziell positivere Entwicklung in der Gruppe MDFT im Vergleich zur Gruppe TAU zeigt sich auch in der selbstberichteten psychosozialen Problematik. Die internalisierende und externalisierende Problematik der Jugendlichen entwickelt sich jeweils im Ausmass einer kleinen Effektgrösse positiver in der MDFT-Gruppe.

Familienkohäsion:

In der durch die Eltern berichteten psychosozialen Problematik und hinsichtlich des Familienklimas zeigen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen, tendenziell entwickelte sich die Familienkohäsion sogar im Ausmass einer kleinen Effektgrösse positiver in der Standardbehandlung als in der Behandlungsgruppe MDFT.

Behandlungszufriedenheit:

Die Zufriedenheit der behandelten Jugendlichen und deren Eltern mit der Therapie liegt insgesamt im mittleren Bereich. Diese unterscheidet sich bei den Jugendlichen nicht zwischen den Behandlungsgruppen. Bei den beteiligten Eltern sind die Zufriedenheitswerte in der MDFT-Gruppe tendenziell etwas höher. Auch die Anzahl der regulären Therapieabschlüsse ist in der Gruppe MDFT etwas höher.

Behandlungsintensität:

Deutliche Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen gibt es in der Thera-piedauer und im Umfang der Therapie. Im Mittel sind die Jugendlichen der MDFT-Gruppe 1.3 Monate länger in Behandlung und die Anzahl der Therapiestunden der MDFT Gruppe übersteigt die Anzahl der Therapiestunden der TAU-Gruppe um mehr als das Dreifache.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse zur Wirksamkeit in beiden Gruppen eine deutliche Abnahme der substanzbezogenen und psychosozialen Problematik im Verlauf der Erhebun-

gen. Hinsichtlich der Reduktion des Substanzkonsums und der selbstberichteten psychosozialen Problematik ist die MDFT-Behandlung der Standardbehandlung tendenziell überlegen. Allerdings werden die überwiegend kleinen Effekte bei einem deutlich höheren Behandlungsaufwand erzielt. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, inwieweit die tendenziell positiveren Ergebnisse in der MDFT-Gruppe auf das spezifische Behandlungskonzept oder den bedeutend höheren Behandlungsumfang zurückzuführen sind.

Die Ergebnisse des internationalen Schlussberichts für die Gesamtstichprobe aller beteiligten Länder zeigen ebenfalls, dass MDFT gegenüber der Standardbehandlung tendenziell auf dem TLFB überlegen ist, allerdings nur in Belgien und Deutschland. Zudem war der Behandlungsaufwand in der Gruppe MDFT deutlich höher. Hingegen reduzierte MDFT besser Substanzbezogenen Probleme als in der TAU Bedingung, welche mittels dem PEI gemessen wurden. In einer ersten vertieften Analyse konnte im internationalen Schlussbericht schliesslich auch gezeigt werden, dass die Reduktion des Cannabiskonsums zwischen MDFT und TAU auf dem TLFB statistisch signifikant höher war bei Jugendlichen hohen Ausprägungen (65 oder mehr Konsumtage auf dem TLFB) wenn sie mit solchen mit niedrigen Ausprägungen verglichen wurden (64 oder weniger Konsumtage auf dem TLFB).

5.2 Schlussfolgerungen

Innerhalb der schweizerischen INCANT-Teilstudie wurden bei 60 Probanden über einen Zeitraum von einem Jahr wiederholt aussagekräftige und valide Daten erhoben, die einen wertvollen Beitrag zur Bewertung der Wirksamkeit der Multidimensionalen Familientherapie im Rahmen der INCANT-Gesamtauswertungen leisten. Die schweizerischen Daten deuten darauf hin, dass MDFT bei einem deutlich höheren Behandlungsumfang tendenziell wirksamer zur Behandlung von Jugendlichen mit cannabisbezogenen Störungen ist, als die bislang praktizierte Standardbehandlung. Dies konnte so auch im internationalen INCANT Bericht bestätigt werden (Ritger et al. 2011).

6. Literatur

- Boyd, C. P., Gullone, E., Needleman, G. L., & Burt, T. (1997). The Family Environment Scale: reliability and normative data for an adolescent sample. *Fam Process*, 36, 369-373.
- Crijnen, A. A., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist syndrome constructs. *Am J Psychiatry*, 156, 569-574.
- Grichting, E., & Schwappach, D. (2007). *Hauptstudie INCANT. Zwischenstand per 31. August 2007 (Meilenstein 2)*. Zürich: ISGF.
- INCANT Study Team (2006). *INCANT Main Study Protocol*. Von The effectiveness of outpatient Multidimensional Family Therapy compared with outpatient treatment as usual in adolescents with a cannabis use disorder. A multi-site, trans-national Randomized Controlled Trial 2006-2010: <http://www.incant.eu/index.php?id=10,0,0,1,0,0> abgerufen
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Broberg, A. G., Dobrea, A., Dopfner, M., Erol, N., Forns, M., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M. C., Leung, P., Minaei, A., Mulatu, M. S., Novik, T., Oh, K. J., Roussos, A., Sawyer, M., Simsek, Z., Steinhausen, H. C., Weintraub, S., Winkler Metzke, C., Wolanczyk, T., Zilber, N., Zukauskiene, R., & Verhulst, F. C. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *J Consult Clin Psychol*, 75, 729-738.
- Liddle, H. A. (2002.). *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*. Rockville, MD:: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1986). *Family Environment Scale Manual 2nd edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Nielsen, P., & Croquette Krokhar, M. (2009). *Etude principale INCANT - Fondation Phénix. Rapport final : aspects thérapeutiques*.
- Pruss, U., von Widdern, S., & von Ferber, C. (2005). [Do different survey settings influence the prevalence of symptoms? A methodological comparison using the Youth Self-Report]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 33, 295-305.
- Rigter, H. (2005.). Report on the INCANT pilot study. The feasibility of Multidimensional Family Therapy in European context as a treatment for troubled adolescents misusing cannabis and possibly other substances. Rotterdam: Erasmus MC, Department of Public Health.
- Ritger., H., Pelc., I., Phan, O., Tossmann, P., Hendriks, V., Rowe, C., Schaub, M. Report on the INCANT Study. Multidimensional Family Therapy in Europe as a treatment for adolescents with cannabis use disorder and other problems behaviours. Send to the INCANT Steering Committee, June 2011.
- Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V., et al. (2010). INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry* 2010, 10:28 , S. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/28>.
- Steering Committee Belgium, France, Germany, the Netherlands, Switzerland (2003). Action Plan for the follow-up of the Cannabis Conference, Brussels, February 25, 2002.