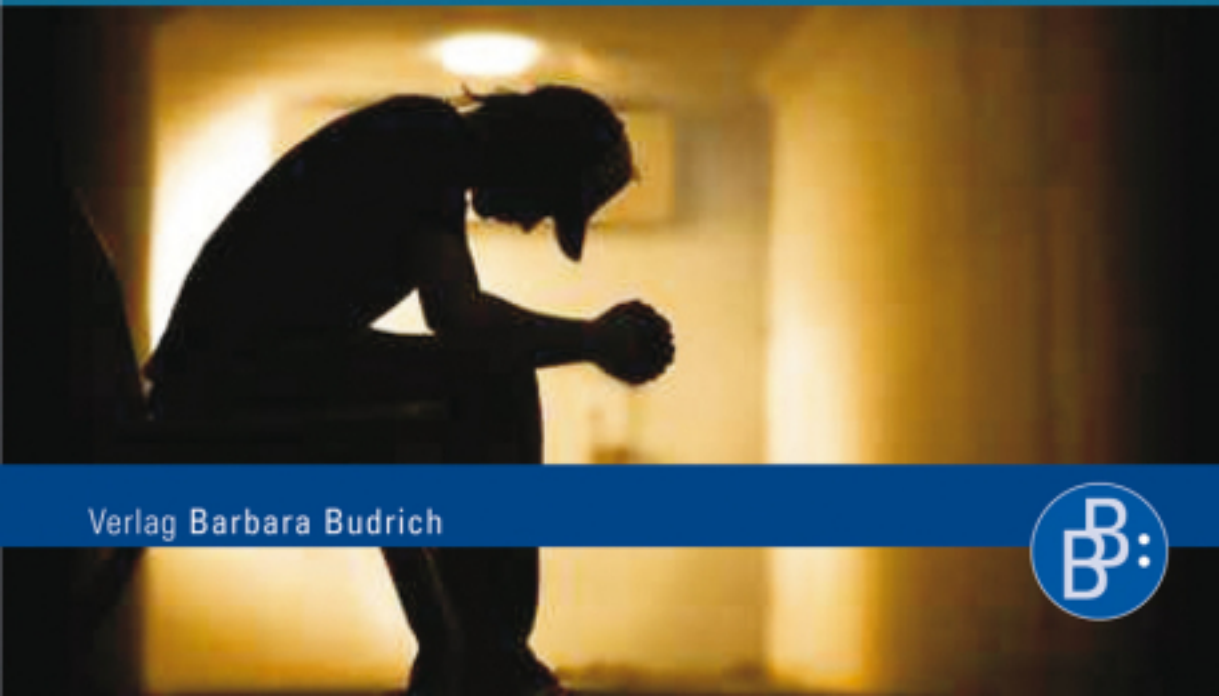
Schriften der KatHO NRW
Band 10

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Marc Fischer
Ute Antonia Lammel

Jugend und Sucht – Analysen und Auswege

Patientenprofile und Empfehlungen für die pädagogisch-therapeutische Behandlung in Psychiatrie und Jugendhilfe



Verlag Barbara Budrich

Marc Fischer
Ute Antonia Lammel
Jugend und Sucht – Analysen und Auswege

Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen

Band 10

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Marc Fischer
Ute Antonia Lammel

Jugend und Sucht – Analysen und Auswege

Patientenprofile und Empfehlungen für die pädagogisch-therapeutische Behandlung in Psychiatrie und Jugendhilfe

Verlag Barbara Budrich
Opladen & Farmington Hills, MI 2009

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über https://portal.dnb.de abrufbar.

Die Open-Access-Veröffentlichung wurde gefördert aus dem Open-Access-Publikationsfonds der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.

© 2009 Dieses Werk ist bei der Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International (CC BY 4.0): https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung unter Angabe der Urheber*innen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz.
www.budrich.de

Die Verwendung von Materialien Dritter in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese ebenfalls der genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Steht das verwendete Material nicht unter der genannten Creative-Commons-Lizenz und ist die betreffende Handlung gesetzlich nicht gestattet, ist die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers für die Weiterverwendung einzuholen. In dem vorliegenden Werk verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein beschreibende Bezeichnungen etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen Rechteinhabers müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des Markenrechts, auch ohne gesonderten Hinweis.

Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen Download bereit (https://doi.org/10.3224/93809472).
Eine kostenpflichtige Druckversion (Print on Demand) kann über den Verlag bezogen werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-938094-72-3 (Paperback)
eISBN 978-3-86649-750-4 (PDF)
DOI 10.3224/93809472

Umschlaggestaltung: disegno visuelle kommunikation, Wuppertal – www.disenjo.de

Inhalt

1. Einleitung 11

2. Forschungsgegenstand und theoretischer Hintergrund 14
2.1. Gegenstand 14
2.2. Theoretischer Hintergrund der Studie 14
2.2.1. Konsummuster 15
2.2.2. Diagnosen: Schädlicher Gebrauch, Substanzmissbrauch, Substanzabhänginkeit 15
2.2.3. Syndromale Psychodiagnostik 17
2.2.4. Ätiologische Diagnostik 17
2.2.5. Risikofaktorenforschung 17
2.3. Resilienzforschung 19
2.4. Salutogenese 20
2.5. Indikatoren der Suchtgefährdung 24
2.5.1. Multifaktorielles Entstehungsmodell 25
2.5.2. Der integrative Ansatz zum Verständnis von Suchtverhalten 28
2.5.3. Persönlichkeit und Sucht 30
2.6. Komorbidität 30

3. Untersuchungsansatz und Methode 33
3.1. Erhebungsinstrumente 34
3.1.1. Fragebogen 34
3.1.2. Erhebungskategorien 36
3.1.3. Methodische Probleme der Studie 36
3.2. Testverfahren in der Psychologie 37
3.2.1. Relevante Tests zu Diagnostik der Klinikpatienten in der KJP-Viersen 38
3.2.1.1. Mehrdimensionaler Persönlichkeitstest 38
3.2.1.2. Inteligenzdiagnostik HAWKIE/HAWIKS 39
3.2.1.3. Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK) 39

4. Epidemiologie 41
4.1. Konsumtendenzen und Konsumquoten 41
4.1.1. Illegale/illegalisierte Drogen 41
4.1.2. Alkohol 45
4.1.3. Tabak 47

4.2. Konsum mit Störungswerten 48
4.3. Versorgungsstrukturen für jugendliche Drogenkonsumenten im stationären, psychiatrischen Bereich 51

5. Patientenprofile 53
5.1. Outcome: Erfolgreiche Behandlung und Abbrecherquote 53
5.2. Hauptdiagnosen 55
5.3. Sozialisation 56
5.3.1. Alter, Geschlecht, Lebensmittelpunkt 56
5.3.2. Ausbildungssituation 58
5.3.3. Konfession und Glaube 63
5.4. Entwicklung des Jugendlichen und Krankheitshintergrund 64
5.4.1. Besonderheiten/ Auffälligkeiten in der Entwicklung des Patienten 64
5.4.2. Delinquenz 67
5.4.3. Psychologische/ psychiatrische Vorerfahrungen 67
5.4.4. Erkrankungen in der Familie 67
5.4.5. Gewalterfahrungen 69
5.5. Konsum, Konsumverhalten, Einstiegsalter, Konsumgründe 70
5.5.1. 30 Tage Prävalenz 72
5.5.2. Lebenszeitprävalenz 73
5.5.3. Einstiegsalter in den Konsum psychoaktiver Subtanzen 74
5.5.4. Begründung für den Konsumbeginn 75
5.5.5. Begründung für den momentanen Gebrauch psychoaktiver Substanzen 76
5.5.6. Finanzierung des Drogenkonsums 77
5.6. Persönlichkeitsmerkmale, Intelligenz und Behandlungsmotivation 78
5.6.1. Persönlichkeitsmerkmal Aggressivität 79
5.6.2. Persönlichkeitsmerkmal Ich-Stärke 80
5.6.3. Persönlichkeitsmerkmal Leistungsmotiviertheit 81
5.6.4. Persönlichkeitsmerkmal Soziale Initiative 81
5.6.5. Persönlichkeitsmerkmal Antriebsspannung 82
5.6.6. Intelligenz 83
5.6.7. Behandlungsmotivation 84
5.7. Freizeitgestaltung 87

5.8. Peers 90
5.9. Zusammenfassung der Befunde 91

6. Therapieansätze in der stationären Therapie drogenabhängiger Jugendlicher 96
6.1. Psychotherapeutische Ansätze 97
6.1.1. Tiefenpsychologie/ Psychoanalyse 98
6.1.1.1. Frühe psychoanalytische/ triebpsychologische Theorien 98
6.1.1.2. Neuere psychoanalytische Ansätze: Ich- und struktur-psychologische Modelle 100
6.1.2. Zusammenfassung der psychoanalytischen Suchttheorien Konsequenzen und Interventionen 102
6.1.3. Ich-Struktur und die Funktion von Rauschmittel 103
6.1.4. Verhaltenstherapie 106
6.1.5. Humanistische Psychotherapie 107
6.1.5.1. Systemische Familien-/ Kommunikationstherapie 108
6.1.5.2. Integrative Therapie und Integrative Bewegungstherapie 110
6.2. Ausgewählte Modelle, therapeutische Wirkfaktoren und Therapeutische Strategien 114
6.2.1. „Transtheoretisches Modell“ (TTM) der Veränderung nach Prochaska & Di Clemente 114
6.2.2. Motivational Interviewing 120
6.2.3. Die Therapeutische Beziehung als grundlegender therapeutischer Wirkfaktor 121

7. Konsequenzen für die pädagogisch-therapeutische Arbeit mit jungen Suchtpatienten und –patientinnen 126
7.1. Zentrale Aspekte einer umfassenden Behandlung 127
7.2. Klinische Sozialarbeit und Soziotherapie in der psychiatrischen Behandlung und Jugendhilfe 138

8. Fazit 142

9. Literatur 145

Autor/ Autorin 166

Wir danken dem Team der Station „Szenenwechsel“, ganz besonders Frau Carls-Koch, für die gute Kooperation und das langjährige Engagement in unserem Forschungsprojekt.

Eva und Adam wir danken Euch für Eure Geschichte und die Offenheit. Viel Glück für die neuen Wege, die zu beschreiten sind.

Eva
Ich bin 17 Jahre alt und werde bald 18. Seit 4 Monaten lebe ich hier in Viersen. Ich bin über das Jugendamt hier her vermittelt worden und ich habe vorher in einer Trainings-WG gewohnt. Dort war ich schon ein Jahr.
In bin in der Stadt aufgewachsen und ich finde die große Stadt gut. Auf dem Land, so wie hier, könnte ich eigentlich nicht leben.

Adam
Ich bin Adam, achtzehn Jahre, komme aus dem Grenzgebiet und ich bin hier wegen meinem Drogenproblem, ich habe eine gerichtliche Auflage gekriegt, aber ich bin freiwillig hier, denn ich will selber auch was an mir ändern, weil es mir vorher sehr schlecht ging ...
Ich war im Heim. Dann drei Monate in einer Wohngruppe außerhalb meiner Heimatstadt und da hab ich zwei Rückfälle gebaut mit Alkohol, weil ich den Suchtdruck nicht mehr ausgehalten hab.

Motive haben eine Geschichte. Unsere Geschichte mit der Suchtforschung sei an den Anfang gestellt, die Geschichten zwei betroffener junger Menschen werden das wissenschaftliche Material begleitend erzählt und, so hoffen wir, den Signifikanzen und Korrelationen etwas Leben einhauchen.

Unser Interesse an der Suchtforschung insbesondere der Sucht-Therapie-Forschung erwächst langjähriger Erfahrungen, die wir beide in der Jugendhilfe und der Suchtarbeit gesammelt haben. Schon zu Beginn der Suchtarbeit in den 80er Jahren galt besonders die Gruppe der jungen Drogenkonsumenten als „schwer behandelbar“. Die Konzepte waren meist nicht auf die besondere Bedürfnislage Jugendlicher abgestimmt, ihr problematischer Drogenkonsum erfuhr erst professionelle Aufmerksamkeit, nachdem sich manifeste Abhängigkeitsstrukturen entwickelt hatten. Die Initialsituation der Suchtgefährdung wurde im Sinne hilfreicher Unterstützung und einer „Sekundärprävention“ meist verpasst. Schon in den 80er und 90er Jahren des vorherigen Jahrhunderts waren weder die stationären Drogentherapien noch die Jugendhilfeeinrichtungen auf diese Gruppe vorbereitet. Betroffene junge Menschen pendelten zwischen Beratungsstellen, Jugendämtern, Jugendhilfeeinrichtungen, Entgiftungen und den überforderten Familien. Früh mussten sie sich an Drehtürsituationen gewöhnen, ohne wirklich Hilfestellung zu erfahren. Offensichtlich hat sich an dieser Situation nicht wirklich grundlegend etwas verändert. Weder Konzepte der Begleitung eines riskanten Konsumverhaltens in einem frühen Lebensalter sind gut entwickelt noch haben sich flächendeckend jugendgemäße Suchtbehandlungsformen etablieren können. Die Jugendhilfe schreckt vor therapeutischen Ansätzen nach wie vor zurück und fühlt sich nicht entsprechend ausgestattet, obwohl zahlreiche Jugendliche mit Suchtstörungen, tief greifenden Milieuschädigungen und Traumatisierungen in den Einrichtungen der Jugendhilfe landen. Die Drogen-

beratungsstellen sind mit ihren Konzepten der ambulanten Therapie immer noch überwiegend an älteren Süchtigen orientiert. Die Schnittstellen zwischen psychiatrischer Behandlung, Jugendhilfe und Drogenhilfe sind immer noch nicht ausreichend gestaltet. Wir stellen nach wie vor große Entwicklungsbedarfe in der ambulanten und stationären Hilfe fest.

Unsere Suchtforschungsprojekte sollen dazu beitragen, die Bedarfe der Jugendlichen mit riskantem oder süchtigem Rauschmittelkonsum genauer zu beleuchten, ihre psychosoziale Belastung, die spezifische Suchtdynamik detailliert zu erforschen und bei der Entwicklung adäquater Beratungs- und Behandlungskonzepte zwischen Jugendhilfe und Sucht-Therapie behilflich zu sein. Dem Empowerment Ansatz (Herriger 2006) verpflichtet bleiben wir dabei auf der Suche nach den „dem Jugendalter innewohnenden Potenzialen" (Lammel 2003) und Kraftquellen. Wir bleiben der Überzeugung, dass sinnvolle Hilfestellungen zur Krankheitsbewältigung, vorbeugende und nachsorgende Gesundheitsförderung - an der jugendlichen Bedürfnislage und an ihren Potenzialen ansetzen muss.

Um „den" betroffenen Jugendlichen ein Gesicht zu verleihen, führten wir, nach Abschluss der strukturieren Datenerhebung, Gespräche mit einer jungen Patientin und einem jungen Patienten der „Station Szenewechsel", die nicht an der Studie teilgenommen haben, weil sie erst nach Abschluss der Datenerhebung aufgenommen wurden. Sie werden ihre junge Lebensgeschichte erzählen. Die Geschichte wird fragmentarisch als roter Faden die wissenschaftliche Arbeit begleiten. Es geht nicht darum das Erzählte systematisch zu analysieren und einzubinden, wir wollen Ihnen als interessierte Leserinnen und Leser lediglich einen Einblick in die Binnenperspektive eines sich früh entwickelnden drogengebundenen Lebensstils gewähren. Für ihre Offenheit und ihre Bereitschaft zur Mitarbeit an diesem Buch möchten wir uns bei den beiden Jugendlichen - die wir Adam & Eva - nennen, ganz herzlich bedanken.

1. Einleitung

Bei der Konfliktsituation zwischen individuell intendierter Lebensform und geforderter Anpassung an die Umwelt gewinnen gerade im Jugendalter Nikotin, Alkohol und andere Rauschdrogen an Bedeutung. Sie dienen als soziales Schmiermittel in den Gleichaltrigen-Gruppen, als Quelle von Lust und Grenzerfahrung und nutzen auch der Bewältigung von inneren Spannungen und Konflikten.

Im Jugendalter gilt es, die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz zu meistern. Das Gelingen dieser Aufgaben ist entscheidend für die Ausprägung einer stabilen und gesunden Identität sowie für das Entwickeln sozialer Fertigkeiten, von Bewältigungsmechanismen und Entscheidungsstrategien. Zu den sozialen Fertigkeiten gehört in der Konsumgesellschaft auch die Ausprägung von Konsumkompetenz. Der Umgang mit einem Überangebot an Konsumgütern wie auch das Experimentieren mit Nikotin, Alkohol und anderen Rauschmitteln sind für Kinder und Jugendliche Teil der Entwicklungsaufgaben. Drogenexperimente können zunächst in den Rahmen einer normalen adoleszenten Entwicklung eingeordnet werden (Hurrelmann 2000; Silbereisen 1999, Farke et al. 2003, Freitag et al. 1999, Baake 1987). Ein Großteil der Jugendlichen wird das Experimentierstadium unbeschadet überstehen und im Laufe der Zeit gesellschaftlich verträgliches Konsumverhalten ausbilden.

Jugendliche, die aufgrund biografischer Faktoren oder prekärer Lebenslagen bereits Verletzlichkeit (Vulnerabilität) oder Schädigungen aufweisen, sind besonders gefährdet Missbrauchsmuster und Abhängigkeitsstrukturen zu entwickeln (Lachner & Wittchen 1997). Ein früher Konsumeinstieg (early-onset) ist neben der biografischen Belastung einer der Hauptrisikofaktoren für das Abgleiten Jugendlicher in Suchtverhalten. Die Ausprägung von Suchtstrukturen kann als Scheitern der Adoleszenzkrise bewertet werden (Remschmidt 1992, Silbereisen 1995, Hurrelmann 1999, Thomasius 2000, Kellner 2002, Lammel 2003, Klein 2005).

Begünstigt wird eine solche Fehlentwicklung beispielsweise durch Suchtverhalten der Eltern und drogenfreundliche Konsummuster der Gleichaltrigen sowie durch sogenannte Trait-Variablen und Temperamentsfaktoren, die mit einem erhöhten Risiko für Substanzmissbrauch assoziiert sind (Klein 2005). Nach den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2000) sind bei der Diagnostik jugendlicher Suchtpatienten mit hoher Wahrscheinlichkeit spezifische Entwicklungsstörungen oder komorbide Störungen, von aggressivem Verhalten über das Aufmerksamkeitsdefizit- (AD(H)S) oder das hyperkinetische Syndrom, bis hin zur Störung des Sozialverhaltens zu finden.

Eine Veränderung bzw. ein Ausstieg aus der Sucht ist für betroffene

Jugendliche in vielen Fällen, auch wegen der komorbiden Belastung, nur durch professionelle Unterstützung, Beratung und Behandlung möglich. Neben wenigen vorhandenen Alternativen bietet das deutsche Suchthilfesystem die Option therapeutischer Intervention durch die Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung in einer stationären Einrichtung der Kinder und Jugendpsychiatrie. Die stationäre jugendpsychiatrische Behandlung drogenkonsumierender Patienten erfordert laut Grilo (1995) eine methodenintegrative, interdisziplinäre Herangehensweise an komplexe psychosoziale und familiäre Problemstellungen und Entwicklungsstörungen.

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Erforschung von Profilen jugendlicher Konsumenten psychoaktiver Substanzen, deren Konsumverhalten einen problematischen Verlauf, im Sinne der Entwicklung eines Substanzmissbrauchs oder einer Substanzabhängigkeit (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2002), genommen hat und die mit dieser Diagnose zur stationären Entwöhnungsbehandlung in den Rheinischen Kliniken Viersen Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters aufgenommen wurden.

In langjähriger, enger Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam der Station „Szenenwechsel“ wurde ein dem Jugendalter angemessenes, komplexes Erhebungsinstrument entwickelt. Die Datenerhebung fand zu unterschiedlichen Zeitpunkten während der stationären Behandlung statt. Auf der Basis der umfangreichen Patientendaten konnten Profile der behandlungsbedürftigen Jugendlichen herausgearbeitet werden: Lebens- und entwicklungsgeschichtliche Parallelen, Ähnlichkeiten, Übereinstimmungen, Besonderheiten in den Lebensverläufen, sowie geschlechtsspezifische Merkmale sollen der Überprüfung, Erweiterung und Modifizierung der momentan vorzufindenden Behandlungsansätze und therapeutischen Konzepte für die Suchtbehandlung im Jugendalter dienen.

Zunächst werden Untersuchungsgegenstand und Zielgruppe, der Forschungsansatz und das Befragungsdesign, sowie verschiedene Modelle und Merkmale von Missbrauch und Sucht beschrieben. Zur Einbettung der Stichprobe in die gesellschaftlichen Zusammenhänge erfolgt ein epidemiologischer Überblick inklusive der vorherrschenden Konsumtendenzen und Morbiditätsraten für die Diagnosen Substanzmissbrauch und Substanzabhängigkeit. Am Beispiel des Bundeslandes NRW werden die Versorgungsstrukturen im stationären, psychiatrisch-klinischen Suchthilfebereich für die junge Zielgruppe skizziert. Daran schließen die Befunde unserer Studie an: Profile, Signifikanzen, geschlechtsspezifische Besonderheiten, mögliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen.

Bevor wir uns abschließend der therapeutischen Arbeit und den sich aus den Patientenprofilen ergebenden Konsequenzen widmen, wird zunächst ein Einblick in relevante Suchttheorien der unterschiedlichen Schulen gewährt. Im Sinne eines bio-psycho-sozialen, multifaktoriellen Suchtverständnisses

lassen sich bedeutsame psychodynamische, verhaltenspsychologische, systemische, leibbezogene und neuronale Aspekte herausarbeiten. Wir gehend davon aus, dass für die beschriebene Zielgruppe die Behandlungsformen noch stark entwicklungsbedürftig sind und leiten aus unseren empirischen Befunden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der pädagogisch-therapeutischen Behandlungskonzepte ab.

Die präsentierten Bausteine eines komplexen Therapieansatzes für die Zielgruppe zwischen 14 und 18 Jahren sind uneingeschränkt auch für die Behandlung „älterer" Jugendlicher brauchbar. In der spätmodernen Gesellschaft müssen wir davon ausgehen, dass wir es mit einer früh beginnenden und lang andauernden Jugendphase zu tun haben und damit die Entwicklungsaufgaben des Jugendalters, aufgrund langer Schul- und Ausbildungszeiten, später ökonomischer Unabhängigkeit und später Familiengründung, auch in den 20er Jahren einer Lebensbiografie noch nicht bewältigt sind. Zahlreiche Autoren sprechen sogar von einer Jugendphase, die sich bis über das 30. Lebensjahr hinaus erstreckt.

Auf der Basis eines tiefenpsychologischen Grundverständnisses der mit Suchterkrankung einhergehenden psychodynamischen Probleme (fehlende Realitätsbewältigung, mangelhafte Frustrationstoleranz, Affektsteuerung ...) und den Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen werden wir uns mit einer multimodalen, jugendspezifischen Suchtbehandlung beschäftigen, die im Sinne einer Nachreifung dabei helfen soll, die der Suchterkrankung zugrunde liegenden Entwicklungsprobleme oder die durch sie entstandenen Entwicklungsverzögerungen aufzuarbeiten. Besondere Beachtung finden:

- die „therapeutische Beziehung" als bedeutender Wirkfaktor
- die Bedeutung der leiblichen Dimension für Entwicklungs- und Heilungsprozesse
- die Veränderung von dysfunktionalen Verhaltensweisen durch Wahrnehmungsschulung, Bewusstseinsarbeit und Verhaltenstraining
- familiendynamische und kontextbezogene Dimensionen

Neben aller Belastung und Pathologie werden wir uns im Sinne der Salutogenese (Antonovsky, 1997) auch den Stärken der jungen Patienten und Patientinnen widmen und eine Ressourcenförderung als grundlegendes Ziel therapeutischer Arbeit im Auge behalten.

2. Forschungsgegenstand und theoretischer Hintergrund

2.1. Gegenstand

Die Station Szenenwechsel hält ein integriertes Behandlungsprogramm für Jugendliche im Alter von 14 – 18 Jahren vor, die an behandlungsbedürftigen Abhängigkeitserkrankungen oder an Komorbidität von Sucht- und anderen psychischen Erkrankungen leiden. Das Angebot gliedert sich in zwei Behandlungselemente:

Die *qualifizierte Entzugsbehandlung* erfolgt als Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V. Die *stationäre Entwöhnungstherapie* ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation im Sinne des § 9 ff. SGB VI und des § 40 SGB V. Seit Mai 2008 stehen 27 Planbetten zur Verfügung. Das Angebot der Rheinischen Kliniken Viersen richtet sich an junge Menschen bei denen eine psychische und/oder körperliche Abhängigkeit von legalen und/oder illegalisierten Drogen vorliegt, bei denen negative Auswirkungen des Suchtkonsums auf gesundheitliche, schulische/berufliche und soziale Entwicklungen eingetreten sind oder drohen und die motiviert sind mit dem Drogenkonsum aufzuhören. Die Behandlungsdauer beträgt bis zu 26 Wochen.

2.2. Theoretischer Hintergrund zur Studie

Der Konsum psychoaktiver Substanzen und die damit verbundenen individuellen gesundheitlichen und sozialen sowie allgemeinen und gesellschaftlichen Schwierigkeiten sind ein aktuell bleibendes Problem. Neben den illegalisierten Substanzen sind die legalen psychoaktiven Drogen Alkohol, Nikotin und Medikamente von nicht zu vernachlässigender Bedeutung.

Aktuelle Berichte weisen aus, dass sich Drogenkonsumenten bereits aus dem frühen Kindes- und Jugendalter rekrutieren und die Erfahrungen mit derartigen Substanzen eine steigende Tendenz aufweisen (Lammel 2003; BZgA 2004, 2005; Flüsmeier und Rakete 1999, Hendricks u. David Spickermann 2001). So ist davon auszugehen, dass die Lebenszeitprävalenz eines Konsums illegalisierter Drogen bei fünf Prozent liegt, dass also jeder fünfte Jugendliche zwischen 12 und 25 Jahren mindestens einmal illegalisierte Drogen konsumiert hat (BZgA 2004).

2.2.1. Konsummuster

Nach den Ergebnissen der Aachen-Studie entwickeln 11% der Rauschmittelkonsumierenden ein *risikoreiches Konsummuster* (Lammel 2003). Obwohl nach Meinung diverser Autoren eine Problematik in der potenziell schleichenden Suchtentwicklung des Konsumverhaltens liegt, die sich von einem Probier- oder Experimentierverhalten über einen schädlichen Gebrauch bzw. Missbrauch bis hin zur Abhängigkeit erstreckt (Remschmidt, Schmidt, Poustka 2002; Lammel 2003; Tretter 2001), ist ein zwangsläufig eintretender, linearer Entwicklungszusammenhang zwischen den verschiedenen Stufen bisher nicht hinlänglich untersucht bzw. nachgewiesen worden.

Ein Ausstieg ist auf jeder Stufe denk- und durchführbar, genau wie das dauerhafte Verweilen in einem der beschriebenen Muster oder auch die schrittweise Reduzierung des Konsums. Eine genauere Differenzierung von Konsumverhalten und -mustern hinsichtlich der verschiedenen konsumierten Substanzen lässt eine solche stufenweise Verlaufsdarstellung ebenfalls vermissen.

2.2.2. Diagnosen: Schädlicher Gebrauch, Substanzmissbrauch, Substanzabhängigkeit

Das ICD 10 (Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen der Welt-Gesundheitsorganisation WHO), welches im deutschen Gesundheitssystem bindend ist, verwendet den Begriff "schädlicher Gebrauch" für ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese Schädigung kann sowohl körperlicher als auch psychischer Art sein.

Der DSM IV (**D**iagnostic and **S**tatistical Manual of **M**ental Disorders [Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen] der Psychiatrischen Vereinigung Amerikas) verwendet anstelle des Begriffs "schädlicher Gebrauch" den Begriff "Substanzmissbrauch" und bezieht, anders als das ICD 10, eine soziale Komponente explizit mit ein. Der DSM IV nennt folgende Kriterien für den Substanzmissbrauch: „Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen der Lebensgestaltung oder Leidenszuständen, wobei sich mindestens eines der folgenden vier Kriterien innerhalb desselben 12-Monatszeitraums manifestieren muss:

- Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem häufigen Versagen bei der Erfüllung von bedeutenden Pflichten im Kontext Arbeit, Schule oder zu Hause führt.
- Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es in Folge des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.

- Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz, die in Verbindung mit dem Substanzgebrauch stehen.
- Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger und/oder wiederholter sozialer und/oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkung der psychotropen Substanz hervorgerufen oder verstärkt werden.

Das Fortsetzen des "schädlichen Gebrauchs" oder "Missbrauchs" kann in einer Abhängigkeit bzw. Suchterkrankung münden." (ebd.). 1964 empfahl die WHO den bis dato verwendeten Begriff Sucht aufzugeben und ihn durch den Begriff Abhängigkeit zu ersetzen. Die Veränderung der Begrifflichkeit ermöglichte Spezifizierungen in zweifacher Hinsicht, die differenziert voneinander zu betrachten sind. Der Begriff Abhängigkeit ist in die Bereiche psychische und physische Abhängigkeit zu unterteilen. In ICD 10 und DSM IV wird eine Abhängigkeit anhand folgender Kriterien klassifiziert, von denen, wie schon bei der Diagnose zum Substanzmissbrauch, mindestens drei im Zeitraum von 12 Monaten vorliegen müssen:

- Starker Wunsch oder Zwang eine psychotrope Substanz zu konsumieren.
- Verminderung oder Verlust der Kontrolle hinsichtlich der Substanz bzw. nicht mit dem Konsum aufhören zu können.
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
- Toleranzentwicklung gegenüber der Substanz und damit verbundene erhöhte Dosierung.
- Konsum, Konsumbeschaffung und Erholung vom Konsum stehen im Fokus des Lebensalltags.
- Soziale Kontakte, berufliche- wie Freizeitaktivitäten werden vernachlässigt.
- Trotz bewusster negativer sozialer und gesundheitlicher Folgen wird der Konsum weiter fortgesetzt.

Unter psychischer Abhängigkeit werden kognitive- und Verhaltensphänomene verstanden, die sich beispielsweise in Form von Kontrollverlust oder in einem starken unwiderstehlichen Verlangen nach der Substanz widerspiegeln. Die psychische Abhängigkeit entwickelt sich mit fortlaufender Substanzzufuhr und geht bei Reduktion oder Beendigung des Konsums mit innerer Unruhe, Angstzuständen, ausgeprägter Verstimmung etc. einher (Thomasius 2000). Eine physische oder physiologische *(körperliche)* Abhängigkeit besteht dann, wenn die Substanz in den Stoffwechsel eingebaut und somit Teil dieses Systems wird und sich bei einer deutlichen Dosisreduktion oder bei Beendigung des Konsums vegetative Entzugssymptome äußern. Die körperliche Abhängigkeit ist ein natürliches

Phänomen, das mit längerer Einnahme einer Substanz einhergeht, da sich der Körper an die Anwesenheit der Substanz gewöhnt hat, bzw. die Droge Teil des Stoffwechsels geworden ist. Die Abwesenheit der Substanz bzw. ihres Wirkstoffes bildet die Basis für die Entzugssymptome (Lammel 2003; Tretter 2000; Gouzoulis Mayfrank 1999).

Lieb et al. (1999) weisen darauf hin, dass die Form und Gestalt der Missbrauchs- und Abhängigkeitssyndrome im Jugendalter nicht durchgehend mit dem typischen Bild der klinischen Abhängigkeit in höheren Altersstufen gleichzusetzen ist. Die Autoren legen Untersuchungen nahe, die prüfen sollen, ob sich Abhängigkeitsmerkmale und -syndrome, gerade bei Jugendlichen, über einen Zeitraum hinweg als stabil erweisen. Lieb et al. (1999) gehen davon aus, dass ein erheblicher Prozentsatz an Personen, die während des Studienverlaufes (die zitierte EDSP-Studie ist eine prospektive Längsschnittstudie) Abhängigkeitsmerkmale zeigen, im weiteren Studienverlauf partiell oder voll remittiert!

2.2.3. Syndromale Psychodiagnostik

Bei der syndromalen Diagnostik stehen das Verhalten und die Symptome, die jemand zeigt im Vordergrund. Symptome, die regelmäßig gemeinsam vorkommen, nennt man ein Syndrom. Im ICD 10 und im DSM IV werden Klassifikationssysteme beschrieben, die auf Symptomen von Krankheitsbildern basieren. Diese Art der Diagnostik gibt eine Antwort auf die Frage, welches Krankheitsbild jemand zeigt, aber sie geht nicht auf die Entstehung dieses Krankheitsbildes ein. Diese syndromale Diagnostik ist hilfreich bei der *Klassifizierung* von Krankheitsbildern, beispielsweise zwecks Aufstellens von Statistiken. Auch für die Behandlung von Symptomen ist der Einsatz dieser Art von Diagnostik hilfreich (Kouwenhoven et al. 2002).

2.2.4. Ätiologische Diagnostik

Der syndromalen Diagnostik steht die ätiologische Diagnostik gegenüber. Im Gegensatz zur vorher beschriebenen Diagnoseform steht bei der ätiologischen Diagnostik die Art und Weise der *Entstehung* einer Schädigung im Vordergrund. Die im Folgenden vorgestellten Erklärungsansätze, Konzepte und Modelle dienen dieser Form der Diagnostik.

2.2.5. Risikofaktorenforschung

Bei der Prädiktion einer Suchtstörung werden die Begriffe Risiko- und Schutzfaktoren sowie Faktoren der Vulnerabilität und der Festigkeit

(Resiliency) unterschieden (Jessor et al. 1995, Jones u. Heaven 1998, Lammel 2003). Während Risikofaktoren durch eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für eine Störung definiert sind, werden Schutzfaktoren durch eine Reduzierung der Wahrscheinlichkeit für eine Störung nur bei Vorliegen eines entsprechend hohen Risikos definiert (Compas 1995; Antonovsky 1987, 1997). Schutzfaktoren sind nicht das Gegenteil von Risikofaktoren, sondern sie verringern ihre Wirkung. Ist man einem Risiko ausgesetzt, vermindern Schutzfaktoren die Wahrscheinlichkeit des Substanzmissbrauchs (Rutter, 1987).

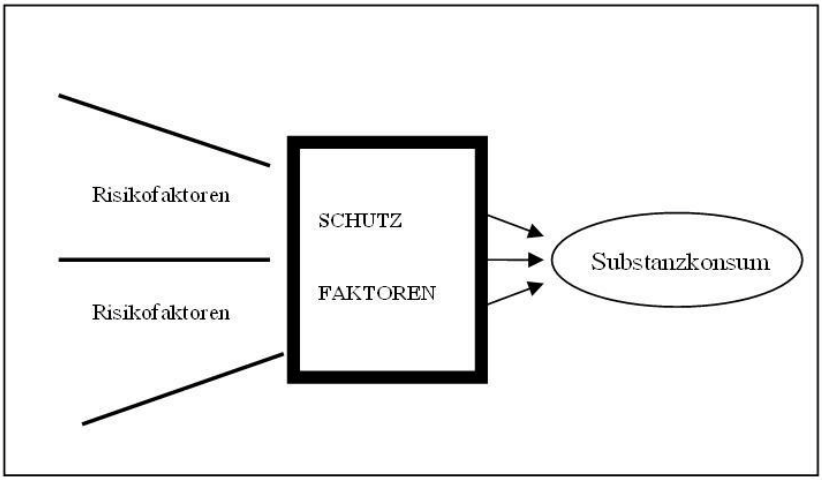


Abbildung 1: Schema der Wirkung von Risiko- und Schutzfaktoren (Rutter 1987)

Risiko- und Schutzfaktoren können substanzspezifisch oder substanzunspezifisch sein. Das heißt, sie können sich direkt auf den Substanzkonsum beziehen oder nicht (Bühringer 1995). Nein zu einem Konsumangebot sagen zu können ist angesichts des Gruppendrucks unter Jugendlichen ein substanzspezifischer Schutzfaktor. Problemlösefertigkeiten sind angesichts von schulischen oder interpersonalen Problemen ein substanzunspezifischer Schutzfaktor. Gruppendruck in einer Konsumsituation wird auch als ein *proximaler Risikofaktor* bezeichnet. Schließlich unterscheiden sich die Faktoren hinsichtlich ihrer Nähe zum tatsächlichen Konsumverhalten (Petraitis et al. 1995). Als *distaler Risikofaktor* wäre eine strenge, gefühlskalte oder inkonsistente Erziehung zu nennen (Reese und Silbereisen 2001). [proximal (lat. *proximo* = der Nächste): zum Körper hin gelegen oder verlaufend; distal (lat. *distare* = sich entfernen): vom Körper entfernt gelegen oder verlaufend].

Dem Risikofaktorenmodell folgend ist ein Drogenkonsum und eine damit einhergehende Suchtgefährdung als Reaktion auf die Anzahl von Belastungen, die ein Mensch zu bewältigen hat, zu sehen. Linear zur Anzahl der Risikofaktoren steigt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines missbräuchlichen Drogenkonsums, während hingegen mit steigender Anzahl protektiver Faktoren die Ausbildung schädlicher Konsummuster unwahrscheinlicher wird. Ergebnisse der Risikofaktorenforschung zeigen auch, dass eher die Anzahl als die Spezifität von protektiven und Risikofaktoren die Entwicklung des Drogenkonsums Jugendlicher beeinflussen (Schmidt 2001). Der Begriff Vulnerabilität umfasst Risikofaktoren der Person im Sinne einer Disposition. Der Begriff Festigkeit (Resilienz) ist, wie Vulnerabilität, ebenfalls ein Ordnungsbegriff, der sich auf Schutzfaktoren der Person bezieht, die bei Auftreten von Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit für die Störung erniedrigen (Küfner 2000).

2.3. Resilienzforschung

Resilienz leitet sich von dem englischen Wort „resilience“ (engl.: Spannkraft, Widerstandsfähigkeit, Elastizität) ab und bezeichnet allgemein die Fähigkeit einer Person oder eines sozialen Systems, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und negativen Folgen von Stress umzugehen (Wustmann 2004).

Masten et al. (2001) definieren Resilienz als „den Prozess, die Fähigkeit oder das Ergebnis erfolgreicher Adaptation angesichts herausfordernder oder bedrohender Umstände im Sinne … [psychischen] Wohlbefindens und/oder effektiver Austauschbeziehungen mit der Umwelt.“ Individuen die Traumata und Naturkatastrophen bewältigt haben, zeigen wohl am deutlichsten diese menschliche Fähigkeit zur Resilienz (Masten et al. 2001).

Folgende Symptome und Erscheinungsformen werden in der Resilienzforschung genauer betrachtet: die positive, gesunde Entwicklung trotz andauerndem, hohem Risiko-Status, z. B. chronische Armut/niedriger sozioökonomischer Status, elterliche Psychopathologie, sehr junge Elternschaft (auch sog. Multiproblem-Milieus), die beständige Kompetenz unter akuten Stressbedingungen, z. B. elterliche Trennung/Scheidung, Wiederheirat eines Elternteils, Verlust eines Geschwisters, die positive bzw. schnelle Erholung von traumatischen Erlebnissen wie Tod eines Elternteils, sexueller Missbrauch oder Kriegserlebnisse. Zwei grundlegende Phänomene des Resilienzkonzepts können nach Wustmann (2004) unterschieden werden: Der Erhalt der (kindlichen) Funktionsfähigkeit und die Wiederherstellung der normalen (kindlichen) Funktionsfähigkeit (bei traumatischen Erlebnissen).

Die Berücksichtigung von *Resilienzfaktoren* ist auch nach Petzold et al. (2004) für die Therapie Kinder und Jugendlicher von kardinaler Bedeutung,

um ihnen kompensatorisch mit der Bereitstellung von protektiven Faktoren zu begegnen oder zur Ausbildung von Resilienzen beizutragen. Als Resilienzfaktoren beschreiben die Autoren „stresspuffernde, eine positive Immunantwort und funktionale Genexpression fördernde Faktoren, die die Belastungs- und Widerstandsfähigkeit eines Menschen unterstützen“ (Petzold 2004, 98).

Als konkrete Resilienzfaktoren nennen Petzold et al.:

- Eine hereditäre (erbliche/genetische) Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet,
- die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen,
- die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,
- die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz/Performanz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrecht zu erhalten,
- die Fähigkeit, sich an Belastungssituationen so anzupassen, dass Möglichkeiten bestehen in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,
- die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren.

Petzold et al. (2004) beschreiben weiterhin, dass die Resilienzfaktoren zusammen mit einer differenziellen Sicht von Schutzfaktoren in der kindertherapeutischen Arbeit eingesetzt werden müssen und fordern, die Erträge der longitudinalen klinischen Entwicklungspsychologie (Oerter et al. 1999) dabei systematisch zu berücksichtigen. Die beschriebenen, auch für die Prävention hilfreichen Konzepte und Forschungsfelder, finden in der vorliegenden Studie als theoretische Grundlage Beachtung. Die in Kapitel 6 genannten, aus der Integrativen Therapie stammenden, Aspekte und Komponenten basieren auf *salutogenetischem* Verständnis, welches im folgenden Kapitel näher beschrieben wird.

2.4. Salutogenese

Zu den einflussreichsten Arbeiten, die das gesundheitswissenschaftliche Denken der letzten 20 Jahre in hohem Maß verändert haben, zählen die Untersuchungen und Überlegungen des amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1979; 1997). Im Folgenden beziehe ich mich auf den Autor, bei dem Versuch, dessen salutogenetisches Verständnis zusammenzufassen und die Hauptinhalte zu extrahieren.

Exkurs: Die Genesis oder die Genese (alt-/neugriechisch - die Geburt, Schöpfung, Entstehung) bezeichnet - am Beispiel der Pathogenese - die Entstehung einer Krankheit. Als Äquivalent zur Pathogenese ist hier die Salutogenese zu verstehen: die Entstehung von Gesundheit oder die Ursprünge von Gesundheit. Antonovsky versuchte um 1970 in Israel, einem ausgesprochenen Einwanderungsland, herauszufinden, ob die ethnische Herkunft eine Rolle dabei spielt, wie Frauen zwischen 47 und 56 Jahren mit dem Klimakterium zurechtkommen. In den dafür entwickelten Fragebögen hatte er bei den aus Europa stammenden Frauen auch die Frage eingefügt: Waren Sie in einem Konzentrationslager? Ein Vergleich der Gruppe dieser Frauen mit der Gruppe der Frauen, denen das KZ erspart geblieben war, ergab: Nur 29% der KZ-Überlebenden fühlten sich recht gesund, dagegen 51% der Kontrollgruppe ohne KZ-Vergangenheit. Antonovsky fragte sich angesichts dieser Zahlen etwas anderes: Was befähigt Frauen, die ein solches Schicksal erlebt haben, sich in einer der schwierigsten Lebensphasen einer Frau immer noch gesund zu fühlen? Seine Erkenntnis war: Er hatte die ganze Zeit in der falschen Richtung geforscht. Er hatte gefragt: Was lässt Menschen krank werden? Die wirklich entscheidende und das Denken über Gesundheit revolutionierende Frage aber war (und ist seitdem): Was lässt Menschen trotz oft außerordentlicher Belastungen gesund bleiben? Deshalb sind wir dem Autor nach auf einer falschen Spur, wenn wir nur danach suchen, wie sich Risikofaktoren vermeiden oder wie sie - z. B. durch Vollwertkost oder sportliche Betätigung - zu kompensieren sind. Antonovsky empfiehlt danach zu suchen, was Menschen gesund bleiben lässt, obwohl sie tagtäglich einer Vielzahl von Risikofaktoren ausgesetzt sind.

Ausgangspunkt Antonovskys Denkens über Gesundheit ist die Vorstellung, dass gesund zu sein ein Balanceakt ist. Das bedeutet: Ein Mensch fühlt sich umso gesünder, je besser es ihm gelingt, die ständig mit unterschiedlicher Intensität und Anzahl auf ihn einwirkenden "Stressoren" auszubalancieren. Das können Stressoren sein, die von außen kommen (Krankheitserreger, Lärm, berufliche Überforderung, soziale Diskriminierung etc.). Aber wir können uns auch selbst zum Stressor werden, indem wir uns z. B. durch überhöhte Sollwerte selbst erheblich unter Druck setzen und überfordern. Nach Antonovsky ist das Maß des Ausbalancierens von Belastungen davon abhängig, in welchem Umfang und in welcher Ausprägung wir über Widerstandressourcen verfügen. Solche Widerstandsressourcen wären z. B. das Beherrschen von Stressbewältigungsstrategien, etwa autogenes Training (Langen 2001) oder progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen (vgl. Frucht 2005), ein intaktes Immunsystem, gesundheitliche wichtige Kenntnisse (z. B. über Selbsthilfe bei Erkrankungen), eine günstige genetische Ausstattung, gute medizinische Betreuung und dafür erforderliche finanzielle Absicherung.

Solche Widerstandressourcen zu besitzen, reicht aber allein nicht aus. Entscheidend ist aus Sicht des Autors letztlich, ob ein Mensch auch bereit ist,

seine Ressourcen für das Ausbalancieren von Gesundheit bedrohenden Belastungen zu mobilisieren. Das aber hängt nach Antonovsky davon ab, wie stark der Kohärenzsinn eines Menschen ausgeprägt ist, die wichtigste Grundlage von Lebenskraft, Lebenswille, Lebensmut. Antonovskys Theorie nach geht es bildlich also um die Breite und Standfestigkeit des Sockels, auf dem jemand steht und Belastungen auszubalancieren versucht.

Das zentrale Element dieses Kohärenzsinnes ist für Antonovsky die tief reichende Überzeugung, dass das Leben, das man führt, und dass die Aufgaben, die man zu bewältigen hat, sinnhaft sind und dass es sich lohnt, sich dafür zu engagieren. Diese Überzeugung von der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und Tuns wird begleitet und gestützt durch das grundsätzliche Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten des Zurechtkommens ("Ich werde das schon schaffen") und das Verstehen künftiger Anforderungen, wie auch immer sie beschaffen sein werden ("Ich werde das schon begreifen"). Diese Überzeugung gründet bei vielen Menschen nicht zuletzt im Vertrauen, beim Bewältigen künftiger Lebensprobleme - falls notwendig - auch damit rechnen zu können, dass andere sie unterstützen, dass sie sich auf ein soziales Netz verlassen können.

Das heißt, die Fähigkeit zum Ausbalancieren Gesundheit bedrohender Belastungen beruht letztlich darauf, dass die Zuversicht in den Sinn des eigenen Lebens nicht dauerhaft beschädigt wird, da sonst mit dem Sockel das ganze Balancesystem buchstäblich in sich zusammenbricht. Wodurch kann so etwas ausgelöst werden? Es sind vor allem tief greifende soziale Verlusterlebnisse, die den Sockel des Balancesystems "Gesundheit" bedrohen, etwa wenn ein alter Mensch beim Tod des langjährigen Ehepartners die einzigen ihm noch Lebenssinn vermittelnden sozialen Bezüge verliert, oder wenn ein Kind von einem Erwachsenen, dem es vertraut hat, sexuell missbraucht wird, oder oft auch schon dann, wenn sich jemand immer wieder als sozial unerwünscht erlebt und dadurch in seinem Selbstwertgefühl zutiefst belastet wird. Die Gewissheit, sozial eingebunden zu sein und auf soziale Unterstützung vertrauen zu können, ist in ihrer gesundheitlichen Bedeutung kaum zu überschätzen.

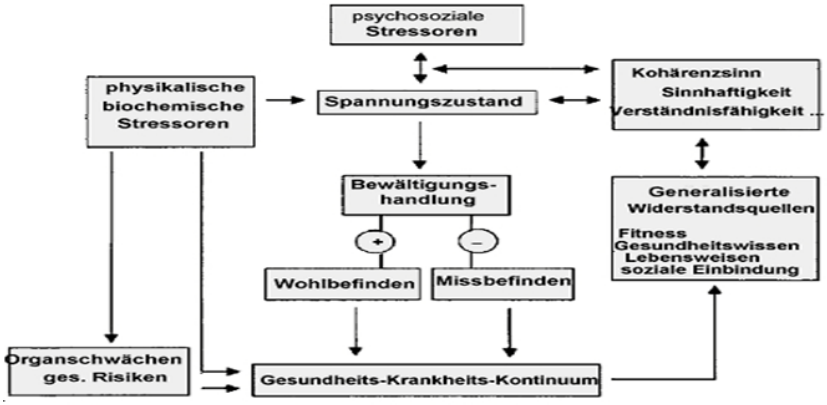


Abbildung 2: Salutogenese - Wirkfaktoren (Antonovsky 1997)

Antonovsky macht auf das aufmerksam, was im traditionellen Risikofaktorendenken keinen Platz hat, nämlich auf die zentrale Bedeutung aller jener Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, die Überzeugung von der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und Tuns zu erhalten und zu festigen (Antonovskys 1997).

Vor dem Hintergrund der hier in Kurzfassung dargestellten Risikofaktoren- und Resilienzmodelle und unter Berücksichtigung salutogenetischen Denkens über Gesundheit, versucht die vorliegende Studie, Aufschluss über individuelle Einflussfaktoren auf die Genese einer diagnostizierten Abhängigkeitsstörung zu geben.

Eva

In meiner Kindheit war ich ein ruhiges Kind. Einerseits war ich immer ruhig, anständig und schon fast vorbildlich und andererseits zickig und schnell beleidigt. Ich war Einzelkind und in den ersten Jahren habe ich bei meinen Eltern gelebt. Als ich 3 Jahre alt war, hat sich meine Mutter scheiden lassen. Ich habe viel Streitereien und Ehekrieg mitbekommen. Ich war damals immer viel bei Großeltern mütterlicherseits. Die wohnten mit im gleichen Haus. Meine beiden Eltern kommen aus anderen Ländern, ich bin hier in Deutschland geboren. Mein Vater kommt aus dem Iran. Als Kind habe ich viel gemalt. Ich habe auch gerne mit Bauklötzen gespielt und Sachen gebaut. Ich hab viel Zeit allein verbracht, aber auch mit meiner Cousine und Cousin, die ebenfalls oft bei meinen Großeltern waren, gespielt.

Mein Vater hat irgendwas mit Elektronik gemacht, er war in meiner Kindheit noch in der Ausbildung. Ich glaube, meine Mutter hat damals im Hotel gearbeitet. Bevor sich meine Eltern haben scheiden lassen, gab es viel Streit. Ich erinnere mich, dass meine Mutter sich im Zimmer eingeschlossen hat und viel weinte. Ich war bedrückt, wenn meine Mutter geweint hat. Natürlich wollte

ich die Trennung nicht.
Nach der Trennung hatte meine Mutter schnell wieder einen Freund.
Mit dem neuen Freund war ich nicht einverstanden. Ich wollte ihn nicht. Meine Mutter und ich sind nach der Trennung aus der Wohnung meiner Eltern ausgezogen. Damit auch aus dem Haus, in dem meine Großeltern wohnten.
Als ich noch im Kindergarten war, hat meine Mutter eine Ausbildung zur Krankenschwester gemacht, sie arbeitet auch heute noch im Krankenhaus. Mein Stiefvater ist auch Krankenpfleger.

Adam
Ich bin bei meinen Eltern aufgewachsen ... Mutter und Vater und meinen zwei Brüdern, meinem kleinen und meinem großen Bruder.
Wir sind oft umgezogen, wir haben zuerst in einem Haus gewohnt, dann immer in Mietwohnungen ... Wir sind oft umgezogen. Ich glaub acht, neunmal. ... das war weil die die Miete nicht gezahlt haben und immer Ärger mit dem Vermieter hatten.
Meine Eltern die haben nur so was mit uns gemacht wie Einkaufen und so ...
Ganz selten mal auf die Kirmes oder im Freizeitpark oder so was. Also wirklich nur so Highlights in vier oder fünf Monaten.
Ich glaub die hatten wenig Lust auf so was und wenig Geld. Meine Mutter hat nicht gearbeitet, zumindest meistens nicht. Und mein Vater der war Arbeiten, aber der hatte auch nie Lust gehabt was mit uns zu machen. Und der saß fast den ganzen Tag vorm Fernseher ...
Zwischendurch wurde mein Vater oftmals arbeitslos, immer wieder ... neuer Job, arbeitslos, neuer Job, arbeitslos und immer so weiter. Aber immer, wenn mein Vater dann arbeitslos war, dann lag der auch immer faul zu Hause.
Also, ich musste viel im Haushalt helfen. Meine Mutter hat nicht so viel gemacht. Meine Mutter hat kaum Alkohol getrunken. Die war einfach von Natur aus – so würde ich das sagen – faul

2.5. Indikatoren der Suchtgefährdung bei Jugendlichen

Neben den im folgenden Kapitel beschriebenen Theorien zur Suchtentstehung kennt die heutige Suchtforschung diverse weitere Ansätze zur Erklärung von Sucht und/oder Abhängigkeit. Ausgewählte Aspekte werden vorgestellt. Unumstritten ist heute, dass monokausale oder eindimensionale Erklärungsansätze nicht ausreichen, den Weg in die Drogenabhängigkeit zu verstehen. Vielmehr wissen wir, dass verschiedene Aspekte multifaktoriell zusammenwirken und dass diese personen-, familien-, schul- und gesellschaftsabhängig sind (Thomasius 1991; Lammel 2003).

2.5.1. Multifaktorielles Entstehungsmodell/Ursachendreieck der Sucht

Die Erhebung der Patientendaten unterscheidet inhaltlich global die Bereiche Droge, Person und Umfeld des Betroffenen in Anlehnung an das Dreiecksmodell (Trias) der Suchtentstehung (Kielholz 1972, Tretter 2000, Feuerlein 1972).

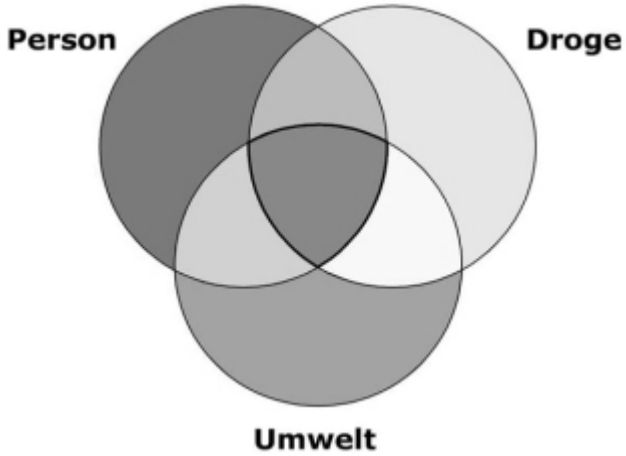


Abbildung 3: Modell der multifaktoriellen Genese (Lammel 2003)

Zum Bereich **Droge** gehört die Art der psychotropen Substanz, die Häufigkeit und Menge des Konsums und die physiologische Wirkung der Substanz. Als weitere, in diesem Bereich des Ursachendreiecks wirksame Faktoren gelten die Verfügbarkeit, die Griffnähe, die Qualität, die Dosis, die Dauer der Einnahme, das Suchtpotenzial der Substanz, die Aufgeklärtheit des Konsumenten über Wirkungen und Nebenwirkungen, die milieuspezifische Einbettung und die gesellschaftliche Bewertung z. B. das Betäubungsmittelgesetz (Lammel 2003).

Ebenfalls findet die Funktionalität einer Droge für den jeweiligen Konsumenten in derzeitiger Suchtforschung Beachtung. Der mit der Suchtentwicklung verbundene „Lernprozess“ der angenehmen Rauschwirkung ist auch auf die Wirkung des Suchtstoffes zurückzuführen. Je nach Dosis und Art der psychotropen Substanz verfügen Drogen über ein Spektrum von stimmungsaufhellender oder beruhigender, entspannender, antriebssteigernder oder dämpfender Wirkung. Diese individuell positiv erlebten Wirkungen werden somit funktionalisiert und situativ genutzt, um Befindlichkeit und

Erleben nahezu beliebig zu manipulieren. Bezüglich der Wirkung einer Substanz kommt der Wirkungserwartung des Konsumenten steigende Aufmerksamkeit zu, da sich in der Einnahmesituation Kognitions- und Perzeptionsveränderungen einstellen, die eine Erklärung für den Konsumwunsch darstellen sollen. Für den Bereich therapeutischer Interventionen ist die Analyse der Funktionalität des Konsums grundlegend für den Aufbau alternativer Einstellungsweisen und Verhaltensmöglichkeiten.

Der Merkmalsbereich der **Person** unterscheidet zwischen genetisch bedingten und psychischen Faktoren. Eine positive Familienanamnese bezüglich Suchterkrankung kann grundsätzlich sowohl als genetischer als auch als psychosozialer Faktor der Familiensozialisation wirksam werden. Eine genetische Disposition zur Entwicklung einer Suchtstörung ist aus Zwillingsstudien bekannt (Maier 1997, Pickens et al. 1991). Auch der Einfluss von Faktoren der familiären Sozialisation ist hinlänglich nachgewiesen. Die Wahrscheinlichkeit dass ein Familienangehöriger einer alkoholabhängigen Person selbst eine Alkoholabhängigkeit entwickelt ist mehr als dreimal so hoch wie das Risiko eines unbelasteten Familienmitglieds (Lachner u. Wittchen 1995, Maier et al. 1994, Maier 1997). Da solche familiären Faktoren auch direkt durch Fragen nach Charakteristika der familiären Interaktion erfasst werden können, wird die elterliche Vorbelastung mit Suchtproblemen (Klein 2001) mehr dem genetischen Einfluss zugeordnet.

Zum psychologischen Bereich der Person gehören Trait- oder Persönlichkeitsmerkmale und Verhaltensbereiche wie z. B. deviantes Verhalten, Suchtverhalten, Leistungsverhalten, Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität. Aber auch Lebensalter, Ich-Stärke, Selbstwertempfinden, Frustrationstoleranz, Affektdifferenzierung und kognitive Fähigkeiten des Menschen sowie psychiatrische Diagnosen können diesem Bereich als Störungskonstrukte zugeordnet werden (Moggi et al. 2004).

Nach neueren Erkenntnissen aus der Psychotraumatologie tragen jedoch, bei den biografischen, psychologischen Aspekten der Person, vor allem auch traumatische Lebensereignisse zur Suchtentwicklung bei. Insbesondere sind Traumatisierungen durch die verschiedenen Formen innerfamiliärer Gewalt dabei von Bedeutung (Besser 2005, Klein 2005). Auch die hier vorgestellte Studie wird dazu Belege liefern.

Befunde aktueller neurowissenschaftlicher Studien weisen nach, dass sich das entwickelnde Gehirn (als biologischer Faktor) und die sich dort herausbildenden neuronalen Verschaltungen und synaptischen Netzwerke durch die frühen Beziehungserfahrungen strukturiert werden, die insbesondere während der Phase seiner frühen Kindheit gemacht werden (Hüther 2005). Vernachlässigung und psychische und physische Traumatisierungen, vor allem in der Kindheit, führen zu Rückzug. Coping- bzw. Bewältigungsstrategien zur Herstellung des inneren Gleichgewichts werden ausgeprägt, die auf Dauer dysfunktional sind. Diese dysfunktionalen Prozesse prägen sich bis in die

Hirnstruktur eines sich in der Entwicklung befindenden zentralen Nervensystems aus. Nähe und Bindung sind unbekannt und werden als bedrohlich erlebt. Es braucht Zeit, bis diese Erfahrungen durch reifere Strategien innerer Ordnung abgelöst werden, die neuronalen Bahnen und Engramme überschrieben sind und neue Verschaltungen im Gehirn gebahnt werden (Hüther 2001). „Denn je intensiver, andauernder und häufiger das Gehirn für die Aufnahme, Verarbeitung bestimmter Eindrücke und die Umsetzung in bestimmte Reaktionen genutzt wird, desto mehr prägen diese die Vorstellungen, Gefühlswelt, Denk- und Handlungsmuster und damit langfristig letztlich die Persönlichkeit des Nutzers“ (Besser 2005, 127).

Derlei Ergebnisse der neurobiologischen Forschung stehen im engen Zusammenhang mit den Erträgen der Bindungsforschung (Brisch 1999; Bowlby 1988, Holmes 2002), die beschreibt, wie bedeutsam von den ersten Momenten des Lebens an, die einfühlsame Beachtung und Versorgung, sowie der liebevolle, zärtliche Umgang (Feinfühligkeit) mit dem Kind im körperlichen Bereich ist. Eine positive seelische, geistige und körperliche Entwicklung des Kindes ist besonders in den ersten Lebensjahren nur durch angemessene Erfahrung innerhalb bestehender sicherer Bindungen und im sozialen Kontext möglich. Stressregulation, Selbstberuhigung, Wohl- und Missbefinden, die verschiedenen Formen von Kontaktaufnahme und die dabei entstehenden Gefühle von Freude, Zufriedenheit, Sicherheit oder auch Irritation, Schreck, Angst werden von Anfang an durch das Bindungsverhalten, das heißt durch die Beziehungsgestaltung der primären Bindungsperson gegenüber dem Kleinstkind geprägt.

All dies muss nach Tress et al. (1986) durch ganz wenige elterliche Pflegepersonen in kontinuierlicher Weise ohne dramatische Brüche gewährleistet sein. „Nur auf der Grundlage einer derart zuverlässigen, sicheren Bindung, einem schützenden, freundlichem Aufgehobensein in der Welt, entwickelt und aktiviert das Kind auch seine spielerischen und neugierigen Erkundungspotenziale, mit Hilfe derer es seine Welt zunächst im Nahbereich und dann immer weiter darüber hinaus freudig und optimistisch erkundet und für sich erobert“ (Tress et al. 2002, 464).

Im sozialen **Umfeld** (des Menschen) stellen die Familie, die Peergroup und die Schule die wichtigsten Einflussbereiche in der Kindheit und Jugend dar. Später kommen in der Regel der Arbeits- und Berufsbereich und die Zugehörigkeit zu sozialen Organisationen hinzu. Wegen ihrer Bedeutung bilden familiäre Faktoren der Sozialisation eine eigene Gruppe von Einflussfaktoren. Dazu gehören sowohl einzelne Ereignisse wie Trennung und Scheidung der Eltern und das Lebensumfeld, als auch globale Merkmale wie Erziehungsstil, Faktoren des Familienklimas und der Kommunikationsstrukturen (Farke et al. 2003; Lammel 2003).

Die familiale Umwelt kann das Verhalten entweder direkt oder indirekt beeinflussen (Esser 2002). Auch ältere Geschwister spielen als Einfluss-

faktoren eine große Rolle. Needle et al. (1986) fanden heraus, dass der Einfluss der Geschwister als Modell für Drogengebrauch einen stärkeren Einfluss als elterliche Modelle hatte. Offenbar verstärkt sich Drogenkonsum im Jugendalter, wenn Benachteiligungen in der schulischen Laufbahn empfunden werden oder Leistungsversagen eingetreten ist. Dass schwache Schulleistungen, die häufig mit Fernbleiben vom Unterricht, schlechtem Schüler-Lehrerverhältnis, Nichterreichen des Klassenziels und im Extremfall vorzeitigem Abbruch der Schullaufbahn verbunden sind, mit erhöhtem Drogenkonsum signifikant korrelieren ist inzwischen gut erforscht (Thomasius 1991, Hurrelmann 1999).

In der Adoleszenz gewinnt die Gleichaltrigengruppe gegenüber den Eltern deutlich an Einfluss. Ein zunehmender Wunsch nach Autonomie und Selbstbestimmung ist für dieses Entwicklungsstadium charakteristisch. Gleichaltrige stellen wichtige emotionale und soziale Unterstützungsquellen dar, können aber auch eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Devianz und Drogenmissbrauch spielen (Farke et al. 2003). Das Drogenkonsumverhalten der Freunde wirkt sich auf den eigenen Konsum und vor allem das eigene Konsummuster entscheidend aus (Thomasius 1991; Klein 2005).

Der Anschluss an eine alkohol- und drogenkonsumierende Gleichaltrigengruppe gilt als einer der bestbelegten Prädiktoren für Drogenkonsum (Hoffmann 1993). Die Aufnahme des Konsums bzw. der Einstieg in den Konsum von legalen und illegalisierten Drogen findet überwiegend in der Peergruppe statt (Silbereisen 1999). Gleichaltrige fungieren vor allem dann als Verhaltensmodell, wenn die Eltern keine Alkohol- oder Drogenkonsumenten sind (Klein 2005).

Das multifaktorielle Modell der Suchtentstehung fokussiert heute, in Anlehnung an Kielholz bzw. Feuerlein die Bereiche der biologischen-, psychologischen-, und soziologischen Faktoren, die - bei ungünstiger Konstellation, Interaktion und Ausprägung - eine Suchtentwicklung begünstigen. Feuerlein weist diesbezüglich schon 1972 darauf hin, dass die drei genannten Bedingungen nicht getrennt voneinander zu betrachten oder gar als konkurrierend zueinander gesehen werden dürfen, sondern dass diese Variablen in dynamischer Interaktion miteinander stehen (Feuerlein 1972).

2.5.2. Der integrative Ansatz zum Verständnis von Suchtentstehung

Aus der Sicht des *integrativen Ansatzes* (Petzold 2004) entstehen Pathologien aus schädigenden Stimulierungsprozessen. Stimulierung meint in diesem Kontext die gesamte Erfahrungs- und Erlebniswelt des Menschen, die unter Berücksichtigung seiner gesamten Lebensspanne betrachtet werden muss. Pathogene Schädigungen können zu jedem Zeitpunkt des Lebens eintreten.

Schädigende Einflüsse wirken jedoch insbesondere dann pathogen, wenn sie auf eine entsprechende Empfindsamkeit bzw. Verletzlichkeit des Menschen treffen und dieser nicht über ausreichende Kompensationsmöglichkeiten verfügt. Die Entstehung von Krankheit ist nach dem *integrativen Ansatz* multikausal zu betrachten. Derzeitig werden drei Pathogenesemodelle zur Entstehung von Krankheit unterschieden:

1. Das Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen: Dieses Modell ist auf die Wirkung von Noxen *(Schädigungen)* wie beispielsweise Störungen, Konflikte, Traumata etc. im Entwicklungsverlauf gerichtet.
2. Das Pathogenesemodell der Repression und Dissoziation: Dieses Modell ist auf die Verhinderung emotionalen und motorischen Ausdrucks gerichtet, was krankheitsverursachend wirken kann.
3. Das Pathogenesemodell der zeitextendierten, multifaktoriellen Überlastung: Dieses Modell ist auf zeitextendierten Stress und negative Ereignisketten in der Vergangenheit, Gegenwart und möglicher Zukunft gerichtet.

In der Theorie der *Integrativen Therapie* wird demnach die Suchtkrankheit bzw. eine Abhängigkeit als dysfunktionaler Versuch der Konflikt- bzw. Problemlösung in einem supportarmen Kontext verstanden, der charakterisiert ist durch:

- eine geschädigte **Persönlichkeit,**
- mit einem schwachen **Selbst**,
- einem schwachen **Ich,**
- einer sich selbst entfremdenden **Identität** (Petzold 2004).

Die oben genannten Merkmale beschreiben das Resultat multipler Schädigungen in der Lebensspanne unter Berücksichtigung fehlender protektiver Faktoren und Resilienzen, wobei vielfältige Negativfaktoren (z. B. zeitextendierte Belastung oder Überlastung) in der Regel kumulativ zum Tragen kommen (Tretter 2000). Bedeutend für die Entwicklung einer Suchterkrankung bzw. Abhängigkeit sind aus *integrativer Sicht* somit der *Kontext* und das *Kontinuum.* Hilarion G. Petzold (Begründer der integrativen Therapie) definiert die Suchterkrankung bzw. Abhängigkeitserkrankung wie folgt:
"Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört. Drogenabhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen,

biografischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation/ Lebenslage, Grad der Chronifizierung, Ressourcenlage“ (Petzold 2004, 515).

2.5.3. Persönlichkeit und Sucht

Das Konstrukt Persönlichkeit kennzeichnet die Tendenz „transsituativ, invariant“ zu reagieren bzw. zu agieren. In der Literatur finden wir die Begriffe „Charakter“ oder „Temperament“ (Küfner 1989; Tretter 2001). Diese Konstrukte lassen sich unterscheiden, sie können aber auch zusammenfassend behandelt werden. Das Konstrukt „Persönlichkeit“ soll kennzeichnen, dass es charakteristische, situationsübergreifende Verhaltens- und Erlebensmerkmale gibt. Diese Merkmale scheinen in einem hohen Maße nicht gelernt sondern eher genetisch determiniert zu sein. Die klassifizierende Beschreibung dieser Merkmale erfolgt häufig durch Kategorien wie „Extraversion“ bzw. „Introversion“ oder „Erregbarkeit“ bzw. „emotionale Stabilität“ etc. (Tretter 2001). Obwohl Suchtkranke von Normalprofilen abweichende Persönlichkeitsmerkmale aufweisen (Küfner 1981; Grünberger 1977), sind diese Merkmale nicht einheitlich. Vermutlich gibt es verschiedene Untergruppen von Persönlichkeitsvarianten (Grünberger 1977). Untersuchungen zur Persönlichkeitsforschung im Rahmen der kognitiven Psychologie, die sich auf die Untersuchung von Kontrollüberzeugungen und Attributionsstilen konzentrierten, zeigen, dass Menschen mit Suchtstörungen häufig ein hohes Maß an externaler Kontrollüberzeugung aufweisen. Darüber hinaus sind sie feldabhängig und durch spezifische Muster kognitiver Reizverarbeitung charakterisiert (Brand-Jakobi 1983).

Obgleich man nicht feststellen kann, ob es sich um prämorbide Merkmale oder um konsekutive Folgeerscheinungen der Sucht handelt, neigt man aufgrund neurobiologischer Befunde eher zur Annahme, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale das Risiko erhöhen, beim Konsum psychoaktiver Substanzen eine Sucht zu entwickeln. Die Ausprägung verschiedener Persönlichkeitsmerkmale kann so stark sein, dass man bereits von Persönlichkeitsstörungen spricht (Tretter 2001; Küfner 1989).

2.6. Komorbidität

Substanzmissbrauchende oder -abhängige Jugendliche weisen häufig komorbide psychische Störungen auf (vgl. Abb.6). In der Vorgeschichte finden sich häufig Hinweise auf Entwicklungsstörungen, frühe Bindungs- und Beziehungsstörungen sowie schwierige Lebensverhältnisse wieder (Regier et al. 1990).

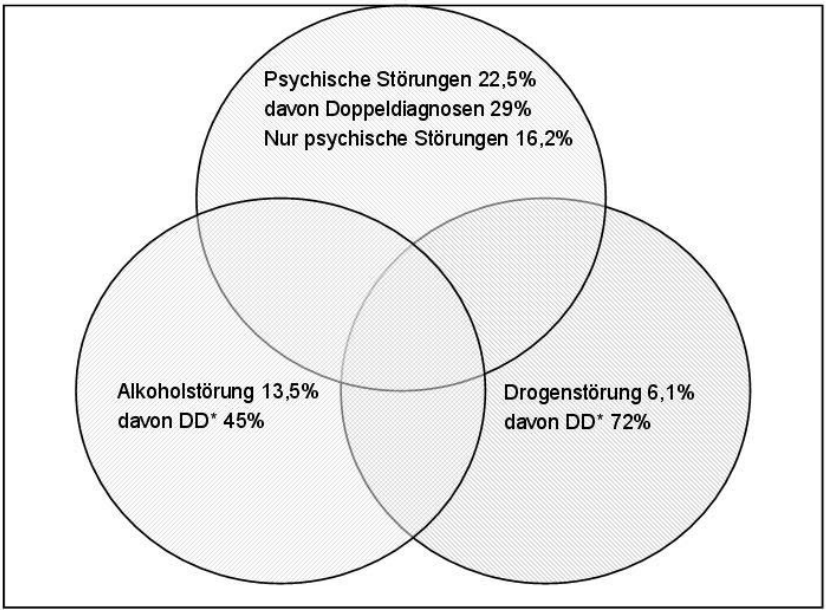


Abbildung 4: Lebenszeitprävalenz von psychischen und Substanzstörungen in einer repräsentativen US-Bevölkerungsstichprobe 1990 (Regier et al. 1990).

Bei vielen drogenabhängigen Jugendlichen finden sich in der Vorgeschichte schwere Traumatisierungen psychischer, physischer und sexueller Natur (Moggi 2005; Schwoon 2001). Ein fortgesetzter Substanzmissbrauch wirkt sich in der Regel negativ auf die physische und psychische Entwicklung des Jugendlichen aus und kann zu Defiziten in der Entwicklung führen oder bereits bestehende Entwicklungsstörungen ungünstig beeinflussen. In Komorbidität zu einer Abhängigkeitsdiagnose finden sich bei Jugendlichen häufig Störungen des Sozialverhaltens, depressive Symptome, Angststörungen und Essstörungen (Möller 2005).

Obwohl in verschiedenen Untersuchungen nur eine geringe Persistenz von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen im Jugendalter festgestellt werden konnte (Meijer et al. 1998, Grilo et al. 2001) und somit eine Diagnostizierung umstritten ist (Möller 2005), treten gehäuft Symptome auf, die Strukturen der emotional instabilen Persönlichkeit (z. B. Borderline Persönlichkeit, ICD-10: F60.31) vermuten lassen (Merkel 2002; Möller 2005).

Bei einigen Jugendlichen finden sich manifeste Störungen aus dem psychotischen Formenkreis oder drogeninduzierte Psychosen wieder (Gouzoulis-Mayfrank 2003). Tritt eine Abhängigkeitserkrankung zusammen

mit einer weiteren psychischen Störung auf, ist gehäuft mit besonders schwierigen Krankheitsentwicklungen und extrem komplizierten Behandlungsabläufen zu rechnen. Frühe Intervention ist somit indiziert (Moggi 2005; Schwoon 2001, Merkel 2002, Gouzoulis-Mayfrank 2003).

Eine fundierte psychopharmakologische Behandlung kann es vielen Patienten erst ermöglichen, sich auf die Belastungen durch eine psychosoziale Behandlung der Gesamtstörung einzulassen, bei der sie mit ihren Defiziten konfrontiert werden und sich Anforderungen stellen müssen. Ohne die psychotherapeutische Behandlung der zugrunde liegenden Konflikte und Störungen können komorbide Jugendliche längerfristig nicht auf den Drogenkonsum verzichten (Möller u. Thoms 2000). Für einen adäquaten therapeutischen Umgang mit jugendlichen Doppeldiagnosepatienten fehlt es bisher an empirisch fundiertem Wissen. Als Behandlungsansatz schlägt Schwoon (2001) statt einer Zuordnung zu verschiedenen Krankheitseinheiten eine ganzheitliche Betrachtungsweise vor, in der die ganz persönliche Problemsicht der Patienten und die individuelle Funktionalität des Konsums einen wesentlichen Platz als Ausgangspunkt für alle Behandlungsplanung einnehmen. Für den Autor ist die sorgfältige Beschreibung des Patienten in einem bio-psycho-sozialen Bezugsrahmen, der auch die zeitliche Dimension mit einbezieht, elementar für das therapeutische Vorgehen. Ein äußerst wichtiger und schwieriger Teil bei Doppeldiagnosepatienten ist nach Schwoon das Herausarbeiten von Ressourcen. Im Verlauf einer chronischen Suchterkrankung und mit zunehmendem Lebensalter haben Patienten häufig mehrere erfolglose Versuche des Ausstiegs aus der Sucht oder psychotherapeutische Beratungen oder Behandlungen durchlaufen. Zweifel an den eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen, Motivationsverlust, Outsider-Dasein und immer weniger sozialer und emotionaler Rückhalt können die Konsequenzen hieraus sein.

Daraus ergeben sich zwei therapeutische Konsequenzen: Um diesem Prozess der Chronifizierung vorzubeugen, sollten zum einen möglichst schon im Jugendalter (Früh-) Interventionen erfolgen. Zweitens erscheint es vor dem Hintergrund der skizzierten Defizitspiralen besonders wichtig mit dem Patienten zusammen die verbliebenen und zum Teil verborgenen Ressourcen (Fähigkeiten, Beziehungsumfeld, Gesundheit, physische Attraktivität, etc.) aufzudecken und hervorzuheben (Moggi et al. 2004). Integrative Behandlungsansätze bieten sich auch deshalb an, da angesichts von Defiziten im sozialen Kontakt eine kontinuierliche Behandlungsbeziehung einen Wert an sich darstellt. Sie kann modellhaft sein für die Beziehungsgestaltung in anderen Lebensbereichen (Schwoon 2001, vgl. Kapitel 7).

3. Untersuchungsansatz und Methode

Die vorliegende Studie stellt eine retrospektive Querschnitt-Untersuchung dar. Der Untersuchungszeitraum betrug 3,5 Jahre. Durch die Behandlungsdauer von sechs Monaten zum einen, und aufgrund der begrenzten Anzahl von acht bzw. inzwischen 15 Behandlungsplätzen (seit Sommer 2005) zum anderen, ergibt sich ein quantitativ niedriges *Outcome*; eine relativ niedrige Anzahl an Beendern pro Jahr. Aufgenommen wurden im Untersuchungszeitraum vom 1.1.2003 bis zum 31.12.05 insgesamt 81 Jugendliche.

Aufnahmen 1.1.2003 bis zum 31.12.2005

	Gesamt	Jungen	Mädchen
	92	60	32
	81	54	27

Tabelle 1: Anzahl der Aufnahmen nach Geschlecht im Zeitraum 1.1.2003 bis zum 31.12.05

Da es bei manchen Patienten zum Abbruch und späterer erneuter Aufnahme kam, ergibt sich die in Tabelle 2 dargestellte Aufnahmehäufigkeit (Viersen-Statistik 2006).

Häufigkeit der Aufnahmen pro Patient	Gesamt	Jungen	Mädchen
1	70	48	22
2	10	6	4
3	1	0	1

Tabelle 2: Häufigkeit der Aufnahmen pro Patient im Zeitraum 1.1.2003 bis zum 31.12.05

Jahr	Gesamt	Jungen	Mädchen
2003	26	17	9
2004	33	25	8
2005	34	18	16
Gesamt	92	60	32

Tabelle 3: Anzahl der Aufnahmen in den einzelnen Jahren nach Geschlecht

Tabelle 3 beschreibt die Aufnahmen in den einzelnen Jahren des Untersuchungszeitraumes sowie die Gesamtzahl aller Aufnahmen. Von 44 jungen Patienten und Patientinnen konnten die Daten ausgewertet werden. Die Befragung wurde im Mai 2006 beendet.

3.1. Erhebungsinstrument und Operationalisierung

Durch qualitative Methoden der Sozialforschung können komplexe Umstände, Lebenswelten bzw. Lebensalltage gut abgebildet werden. Als qualitative Daten werden solche bezeichnet, die soziale Gegenstände der Forschung derart beschreiben, dass sie die besonderen Verhältnisse, die Bedeutung, Struktur und Veränderung dieses Gegenstands erfassen (Heinze 2001). Als grundlegende Erhebungsmethode wurde die Befragung gewählt.

Ziel einer Befragung ist es, für bestimmte theoretische Zusammenhänge die relevanten Variablen oder die Ausprägungen von Variablen zu ermitteln (Atteslander 2003). An die Erhebung der qualitativen Daten schließt sich eine quantitativ-statistische Analyse zur Überprüfung von Korrelationen zwischen den verschiedenen Variablen an (Barton, Lazarsfeld 1979). Die Methode der Befragung ist die in den empirischen Sozialwissenschaften am häufigsten angewandte Forschungsmethode. Vollstandardisierte Befragungen verwenden als Erhebungsinstrument den standardisierten Fragebogen, legen Reihenfolge und Formulierung der Fragen und Antwortmöglichkeiten konkret fest und lassen somit kaum Interpretationsspielräume zu (Bortz u. Döring 2002).

3.1.1. Fragebogen

Die Erfassung der Daten erfolgte während des stationären Aufenthaltes der Jugendlichen, unter kontrollierten Bedingungen (Atteslander 2003), gestützt auf einen standardisierten Fragebogen. Die Befragung des Patienten wurde durch den behandelnden Therapeuten des Klienten vorgenommen. (Diplom Psychologe bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)

Bei der Konstruktion des Fragebogens wurde Wert auf die Beachtung der Gütekriterien Objektivität, Realibilität und Validität gelegt. *Objektivität* liegt vor, wenn die Durchführung, Auswertung und Interpretation unabhängig von der anwendenden Person sind. *Reliabilität* überprüft die Messgenauigkeit hinsichtlich potenzieller Fehlereinflüsse. *Validität* überprüft, ob tatsächlich das gemessen wird, was gemessen werden soll. Zur Erfüllung dieser Gütekriterien gab es eine ständige Auseinandersetzung mit den Zielsetzungen der jeweiligen Fragen, um unter kritischer Berücksichtigung der folgenden Punkte zu einer sorgfältigen, zielführenden Formulierung zu gelangen (Ostermann 2005): Relevanz bezüglich der Fragestellung, Abdeckung des gesamten affektiven Bereichs, Vermeidung allgemeiner Sachverhalte/Tatsachenbeschreibungen, Vermeidung von Suggestivfragen, Formulierung eines Gedankens pro Frage, kurze/ klare/ verständliche Formulierungen, Verwendung positiver und negativer Formulierungen und eindeutige Interpretationen.

Zur Klassifizierung verschiedener Fragetypen lassen diese sich nach ihrem Zweck unterscheiden. Hierbei unterscheidet der konstruierte Fragebogen nach Hauptfragen, die wesentliche Sachverhalte beschreiben, Folgefragen, die der genaueren Analyse dienen, und Kontrollfragen, die eine Antwortkontrolle ermöglichen und der Erfassung von Antwortqualitäten dienen. (Ostermann 2005; Bortz u. Döring 2002). Die meisten Items wurden in der Weise formuliert, dass die Antworten auf einer Nominal- oder Intervallskala ausgewertet werden konnten. Nominalskalen stellen einfache Klassifizierungen dar, mit denen Häufigkeiten erfasst werden können. Statistische Verfahren bei nominal skalierten Merkmalen beschränken sich in der Regel darauf auszuzählen, wie viele Objekte jeweils bestimmte Merkmalsausprägungen aufweisen. Diese werden in der Auswertung durch spezielle Signifikanztests ergänzt. Bei diesen Tests handelt es sich um statistische Verfahren zur Bestimmung der Irrtumswahrscheinlichkeit. Die Ermittlung von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Variablen wird in der Auswertung der Studie durch Korrelationsversuche vorgenommen (Bortz u. Döring 2002). Bei der optischen Gestaltung des Fragebogens wurde auf Übersichtlichkeit durch verschiedene Farbgebung der thematisch zusammengehörenden Komplexe (Erhebungs-Kategorien) geachtet (Kirchhoff 2000).

Diese Erhebung der differenzierten qualitativen und quantitativen Basisdaten dient dazu, Profile der Untersuchungsgruppe zu erstellen, um die weitere Erforschung modifizierter Behandlungsansätze und die Erweiterung von therapeutischen Konzepten im Bereich der medizinischen Rehabilitation zu unterstützen. Die Anamnese ist in verschiedene Erfassungskategorien gegliedert. Die verschiedenen Kategorien werden zu vorher festgelegten Therapiezeitpunkten erhoben. Befragte sind neben dem Klienten, eine familiale Bezugsperson des Jugendlichen sowie der behandelnde Therapeut, dessen Einschätzung über das Vorhandensein verschiedener Kompetenzen und Ressourcen aufseiten des Klienten erfragt wird. Es werden anonymisierte Daten zu biologischen, psychologischen und soziologischen Biografieaspekten der Klienten erhoben. Über die bereits oben näher beschriebenen suchtätiologischen Untersuchungsfaktoren hinaus ermittelt die Studie im Sinne salutogenetischen Verständnisses Informationen zu Risikoeinschätzungen der Jugendlichen bezüglich verschiedener psychotroper Substanzen, zu allgemeinen Einstellungen, Werten und Glaubenssätzen sowie zu Freizeitaktivitäten und zum Sexualverhalten.

Den Vorschriften des Datenschutzes Rechnung tragend, wurden die personenbezogenen Daten anonymisiert erhoben. Die Fragebögen wurden zunächst mit den Vornamen der Patienten versehen, um eine korrekte Zuordnung über den gesamten Befragungszeitraum hinweg zu gewährleisten. Bei der Dateneingabe wurden diese Vornamen nicht in das EDV-System übernommen, sondern durch zweistellige Zahlen-Codes ersetzt. Die Deckblätter der Fragebögen wurden nach der Erfassung vernichtet. Durch die

Codierung der Fragebögen, die keine personenbezogenen Zuordnungskriterien enthalten, sind die erhobenen Daten nicht deanonymisierbar.

3.1.2. Erhebungs-Kategorien

Der Fragebogen umfasst insgesamt 117 Items. Er ist in die folgenden Erhebungsgruppen gegliedert:

Erhebungsgruppe A (Allgemein): 17 Fragen zur Soziobiografie, Wohnform und Schul-/Berufssituation, -ausbildung. Befragter: Patient

Erhebungsgruppe B (Entwicklungspsychologie, Erkrankungen und familiärer Kontext): 14 Fragen zu verschiedenen Entwicklungsstufen. Befragter: Familiale Bezugsperson

Erhebungsgruppe C1 (Sucht): 7 Fragen zu Konsummustern, -gewohnheiten, -motiven, -risiken. Befragter: Patient

Erhebungsgruppe C2 (Sucht): 9 Fragen zu Konsum, Behandlungsmotivation, Delinquenz, Befragter: Therapeut

Erhebungsgruppe D (Persönlichkeit): 8 Skalen aus den Ergebnissen des Mehrdimensionalen Persönlichkeitstests für Jugendliche (MPT-J). Befragter: Therapeut

Erhebungsgruppe E (Kommunikationsmuster): 5 Fragen zur familiären Kommunikation, Befragter: Patient

Erhebungsgruppe F (Generationsbrüche): 8 Fragen zu dysfunktionalen familiären Systemen, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen: Befragter: Therapeut

Erhebungsgruppe G (Potenziale, Kompetenzen): Einschätzung über das Vorhandensein von Kompetenzen: Befragter: Patient/Therapeut

Erhebungsgruppe H (Sinnkonstrukte und Spiritualität): 15 Fragen zu Religion, Glaubenssätzen, Sinninhalten: Befragter: Patient

Erhebungsgruppe J (Erziehung, familiäre Beziehungen): 11 Fragen zu familiärer Sozialisation, Verlustpersonen, Beziehungen: Befragter: Therapeut

Erhebungsgruppe K (Sexualität und Freizeitgestaltung) 23 Fragen zu Freizeitaktivitäten, Freundeskreis, Sexualität: Befragter: Patient

Zur Analyse der Profilaspekte werden im Rahmen dieser Arbeit nur ausgewählte Items herangezogen und nach Häufigkeiten ausgewertet.

3.1.3. Methodische Probleme der Studie

Wie die Praxis gezeigt hat, besteht die Notwendigkeit sämtliche Kategorien, die nicht der Messung von Veränderungen während des Behandlungszeitraumes dienen, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Behandlung zu erheben. Wegen der hohen Patientenfluktuation auf der *Station Szenen-*

wechsel in Verbindung mit dem im Studiendesign geplanten, späten Zeitpunktes ihrer Erhebung waren einige Items nicht in befriedigendem Umfang auswertbar.

3.2. Testverfahren in der Psychologie

Tests werden in der Psychologie in großer Zahl genutzt. Sie sind dem Zweig der differenziellen Psychologie zuzuordnen. Diese beschäftigt sich mit den Unterschieden im Erleben und Verhalten zwischen einzelnen Menschen bzw. zwischen Gruppen von Menschen, versucht diese zu beschreiben und auf ihre Bedingungen zurückzuführen.

Kategorial können Leistungstests, Persönlichkeitstests, Motivations- und Interessentests, anamnestische Fragebögen und weitere spezielle Testverfahren unterschieden werden. Des Weiteren unterscheidet man zwischen norm- und kriteriumsorientierten Testverfahren. Leistungstests (z. B. IQ-Tests) und Konzentrationstests (d2-Test) dienen der Messung einer oder mehrerer Teilbereiche des Konstruktes Intelligenz (z. B. Problemlösefähigkeit) oder einer der Arten der Konzentration. Persönlichkeitstests messen ausgewählte Persönlichkeitseigenschaften (traits) des Menschen. Spezielle Testverfahren sind auf spezielle Probandengruppen oder Untersuchungszwecke zugeschnittene Verfahren. Ein Test ist ein wissenschaftliches Verfahren, da er nach bestimmten Regeln konstruiert und überprüft wird, die sich aus der jeweils zugrunde liegenden Testtheorie ergeben. Die Mehrzahl der derzeit existierenden Testverfahren sind auf der Basis der klassischen Testtheorie (KTT) (Gulliksen 1950; Krauth 1995; Rost 1996) entwickelt worden. Mit ihr ist der folgende Algorithmus der Testkonstruktion verknüpft (Lienert u. Raatz 1998):

- Bestimmung des Gegenstandsbereiches und der zu erfassenden Dimension,
- Formulierung und Zusammenstellung von Aufgaben (Items),
- Gewinnung einer Analysestichprobe,
- Skalenkonstruktion mittels Faktorenanalyse und/oder Itemanalyse (Skalenfestlegung) und –zusammensetzung aufgrund der Faktoren und Ladung und/oder Überprüfung der Skalen mittels Schwierigkeit, Trennschärfe, Konsistenz, etc.,
- Berechnung der Gütekriterien,
- Durchführung von Validierungsstudien,
- Testnormierung

Die Wissenschaftlichkeit eines Tests wird durch den Nachweis der Hauptgütekriterien (Objektivität, Realibilität, Validität) und Nebengütekriterien (Nützlichkeit, Vergleichbarkeit, Ökonomie, Normierung) erbracht. Testverfahren müssen für die routinemäßige Anwendung geeignet sein. Ein Test ist deshalb hinsichtlich seiner Durchführung, Auswertung und Interpretation standardisiert, das heißt, es sind Regeln zur Durchführung, Auswertung sowie zur Interpretation der Ergebnisse vorgegeben. Mit einem Test werden, provoziert durch definierte Anforderungen und Fragen (Items), Erlebens- und Verhaltensmerkmale von Personen erfasst, die als Indikatoren für bestimmte Eigenschaften, Zustände oder Beziehungen dienen sollen (Lienert u. Raatz 1998).

3.2.1. Relevante Tests zur Diagnostik der Klinikpatienten in der KJP Viersen

Die Daten aus zwei der im Folgenden dargestellten und während der Behandlung der Jugendlichen erhobenen Tests fließen in die Auswertung der Studie ein und dienen dem Versuch, Profile der Jugendlichen zu beschreiben und diese zu vergleichen.

3.2.1.1. Mehrdimensionaler Persönlichkeitstest / Jugendliche „MPT-J“

Persönlichkeitsausprägungen der Befragten werden mittels des mehrdimensionalen Persönlichkeitstests „MPT-J“ für Jugendliche in Schule und Ausbildung zwischen 14 und 18 Jahren erhoben (Schmidt 1981). Der MPT-J dient als objektiver Persönlichkeitstest außerhalb des klinischen Bereiches Lehrern, Ausbildern und Psychologen als wichtiger Ratgeber in Bildungs- und Berufsberatungsfragen. Er erfasst wichtige Verhaltensmerkmale wie emotionale Stabilität, Leistungsmotivation, Aggressivität, Antriebsspannung und Kontaktverhalten. Die eng gesetzten Kriterien bei der Item-Auswahl führen zu höheren Reliabilitätskoeffizienten, als sie gemeinhin bei Fragebogenskalen anzutreffen sind. Für die Skalen wurden Reliabilitätskoeffizienten von r = .60 bis r = .86 ermittelt (Schmidt 1981). Im Sinne einer Konstruktvalidierung kann das Verfahren als valide bezeichnet werden (Schmidt 1981). Die Ergebnisse der acht Skalen des MPT-J fließen als Variablen in die Studie ein. Sie ermitteln Testwerte der Probanden zu folgenden Persönlichkeitseigenschaften:

- Skala K (Testbearbeitung)
- Skala SE (Soziale Erwünschtheit)
- Skala IS (Ich Schwäche)
- Skala AS (Antriebsspannung)
- Skala LM (Leistungsmotiviertheit)

- Skala SZ (Soziale Zurückhaltung)
- Skala AG (Aggressivität)

3.2.1.2. Intelligenzdiagnostik HAWIE/HAWIKS

Zur Einschätzung des allgemeinen geistigen Entwicklungsstandes und zur Untersuchung von Leistungsbeeinträchtigungen wird die Intelligenzdiagnostik der stationären Patienten der Station Szenenwechsel mit Hilfe des HAWIE oder des HAWIKS vorgenommen (Wechsler 1993; Tewes 1991). Der nach dem Konzept von David Wechsler entwickelte HAWIE-R ist ein Intelligenztest für die Individualdiagnostik für die Altersgruppen von 16 bis 74 Jahren. Er besteht aus elf Untertests (sechs Verbaltests und fünf Handlungstests), die den klassischen Wechslerskalen entsprechen. Der Test eignet sich zur Einschätzung des allgemeinen geistigen Entwicklungsstandes und der Untersuchung von alters-, milieu- oder krankheitsbedingten Leistungsbeeinträchtigungen in bestimmten Bereichen. Analog wird für unter 16-Jährige der Test HAWIKS für Kinder verwendet. Die Zuverlässigkeit (interne Konsistenzen) liegen für die Untertests zwischen r = .71 und r = .96, für den Handlungsteil bei r =.90, für den Verbal- und den Gesamtteil bei r = .96. Test-Gültigkeit: Untersuchungen zur faktoriellen, zur kriteriumsbezogenen und zur diskriminanten Validität liegen vor. Die Bearbeitungsdauer liegt bei 60 bis 90 Minuten.

3.2.1.3. Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

Kompetenz und Kontrollüberzeugungen der Patienten können mit dem Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (*FKK*) beschrieben werden (Krampen 1991). Krampen definiert Kontrollüberzeugung als generalisierte Erwartungshaltung eines Individuums, ob es durch eigenes Verhalten Verstärker und wichtige Ereignisse in seinem Leben beeinflussen kann (internale Kontrolle) oder nicht (externale Kontrolle) (Krampen 1982). Häufig kommt es in der Literatur im Zusammenhang mit "Kontrollüberzeugung" zu einer Gleichsetzung mit dem Begriff "Selbstwirksamkeit". Wenn auch diese Gleichsetzung in einem kognitiven Paradigma falsch ist, denn es existiert ein Unterschied zwischen der Überzeugung ein Ereignis sei in irgendeiner Weise zu kontrollieren/herbeizuführen (Kontrollüberzeugung) und der Annahme, dass man Selbst das Subjekt ist, dass dieses Ereignis herbeiführen kann (Selbstwirksamkeit). Subjekte können demnach Kontrollüberzeugung besitzen, aber keine Selbstwirksamkeit. Dennoch ist das Konzept der Selbstwirksamkeit bzw. das Maß der Selbstwirksamkeitserwartung analog zum Grad der Kontrollüberzeugung als Risiko- oder Schutzfaktor eine wichtige Dimension:

Selbstwirksamkeit (engl. perceived self-efficacy) beschreibt die

generalisierte Erwartung eines Menschen, eine schwierige Herausforderung meistern zu können. Eine Komponente der Selbstwirksamkeit ist dabei die Annahme, man könne als Person gezielt Einfluss auf die Dinge und die Welt nehmen (internaler locus-of-control). Im Gegensatz dazu kann man auch äußere Umstände, andere Personen, Zufall, Glück usw. als Verursacher sehen. Die Zuschreibung von Ursachen wird in der Psychologie dabei allgemein als Attribution bezeichnet. Bei der Selbstwirksamkeitserwartung geht es also darum, ob ein Mensch daran glaubt, selbst etwas bewirken und sein eigenes Schicksal sowie das von anderen beeinflussen zu können. Bei der Selbstwirksamkeitserwartung meint man dabei allerdings nur die positive Seite der internalen Attribution (also das an seine eigene Wirksamkeit glauben). Die negative Seite, also der Glaube an allem Schuld zu sein, ist hierbei nicht gemeint.

Es ist anzunehmen, dass die Tendenz, sich selbst als Verursacher positiver Ereignisse zu sehen, langfristig zu einem starken Gefühl von Selbstwirksamkeitserwartung führt. Allerdings scheint die Selbstwirksamkeitserwartung auch eine große situative Komponente zu haben und schwankt je nach Situation und Befindlichkeit, in der sich ein Mensch befindet, mitunter recht stark (Bandura 1986). Der beschriebene Test findet nur aus Vollständigkeitsgründen Erwähnung. Die vorliegenden Ergebnisse des Tests zu Kompetenz und Kontrollüberzeugungen finden in dieser Arbeit keine Berücksichtigung.

4. Epidemiologie

Dieses Kapitel zur Epidemiologie soll einen Überblick über Konsumtendenzen und -muster, das Einstiegsalter in den Konsum, die vorzufindenden Prävalenzen und über die Anzahl jugendlicher Konsumenten mit störungswertiger Konsumausprägung geben. In den folgenden Abschnitten wird auf eine Reihe vorhandener epidemiologischer Datenquellen zurückgegriffen. Die umfangreichste Quelle für die Einschätzung der epidemiologischen Situation des Konsums bei Jugendlichen in Deutschland ist die Drogenaffinitätsstudie der BZgA. Diese früher persönliche, seit 2001 telefonische Befragung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter zwischen zwölf und 25 Jahren, wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als Grundlage ihrer präventiven Aktivitäten, seit 1973 im Abstand von jeweils drei bis vier Jahren durchgeführt. In manchen Items dieser Befragung wird eine zusätzliche Differenzierung der Altersgruppe vorgenommen. In diesen Fällen unterscheidet die Studie zwischen den Kohorten der Zwölf bis 17jährigen und den 18 bis 25jährigen, was die Vergleichbarkeit mit der Zielgruppe der vorliegenden Profilstudie erleichtert. Leider wird diese Differenzierung nicht durchgängig verfolgt, sodass die im Folgenden aufgeführten Zahlen, wenn nichts anderes in den Grafiken oder Texten vermerkt ist, sich auf Jugendliche in Deutschland, im Alter zwischen zwölf und 25 Jahren beziehen.

4.1. Konsumtendenzen und Konsumquoten

Im Gegensatz zu den 70er und 80er Jahren spielt Heroin bei den Jugendlichen heute keine große Rolle mehr. Heute steht der Konsum von Cannabis in der Reihe der Psychoaktiven Substanzen im Vordergrund. Aber auch die Zahlen zum Missbrauch anderer illegalisierter Drogen wie Amphetamin, Ecstasy, biogenen Drogen und Kokain sind ansteigend (BZgA 2004).

4.1.1. Illegale/illegalisierte Drogen

Illegale Drogen sind Stoffe, die dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterstehen und somit per Definition nicht verkehrsfähig sind. Illegale Drogen sind diejenigen Stoffe, die eine bestimmte Rauschwirkung erzeugen, die aber keinen anerkannten medizinischen Nutzen haben. Dies sind auch alle Substanzen, deren Besitz und Erwerb von Strafe bedroht sind und deren Be-

sitzer, Käufer, Verkäufer, Hersteller kriminalisiert werden. Substanzen (Stoffe) sind nicht per se legal oder illegal, sondern sie werden per Rechtsverordnung durch die Exekutive (§1 Abs.2 BtMG bzw. §1 Abs. 4 BtMG) als illegal deklariert, das heißt, sie werden illegalisiert. Wie bis hierhin bereits geschehen, wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit, im Zusammenhang mit solchen, in den Anlagen des BtMG aufgeführten Substanzen, von illegalisierten Substanzen gesprochen.

Der aktuell erschienene Drogenbericht der Bundesregierung (Mai 2008) weist aus, dass derzeit schätzungsweise 167.000 bis 198.000 Menschen in Deutschland illegale Drogen konsumieren. Im Jahr 2007 starben 1.394 Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums. Wir werden uns zunächst auf Daten der Drogenaffinitätsstudie 2004 beziehen und sofern vorhanden aktuelle Zahlen aus dem Suchtbericht 2008 verwenden. Eine aktuelle BZgA-Studie liegt zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor.

Das Einstiegsalter wird für fast alle Substanzen stetig niedriger. Besonders deutlich wird dies an den Alterswerten für die Substanz Cannabis. Der erste Konsum findet mit durchschnittlich 16,4 Jahren statt. Aber auch die durchschnittlichen Konsumeinstiegswerte bei Ecstasy und Amphetamin, Nikotin und Alkohol haben 2004 einen Tiefpunkt erreicht.

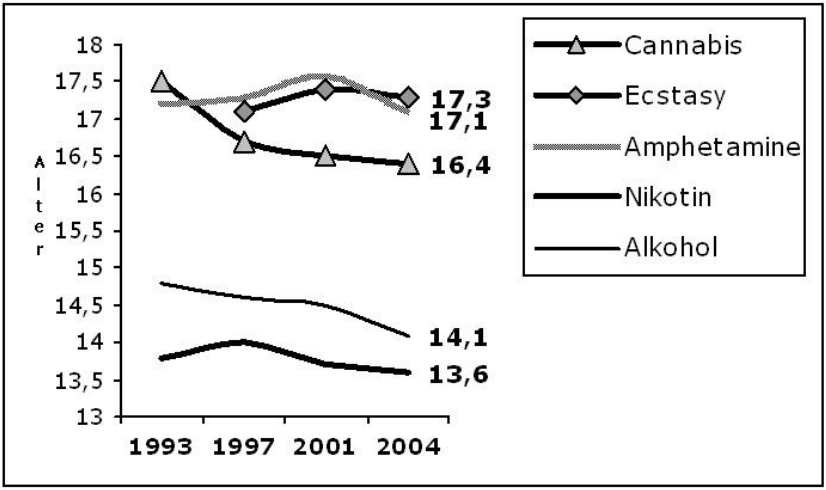


Abbildung 5: Die Entwicklung des Einstiegsalters in den Substanzkonsum nach Substanzen und Jahren (BZgA 2004)

32% der gesamten Altersgruppe der Zwölf- bis 25-Jährigen hat schon einmal Drogen probiert oder auch mehrmals genommen. Insgesamt steigt die Zahl der Jugendlichen mit mindestens einer Drogenerfahrung (Lebenszeit-

prävalenz) seit 1979 kontinuierlich an und hat heute die 30 Prozentmarke deutlich überschritten.

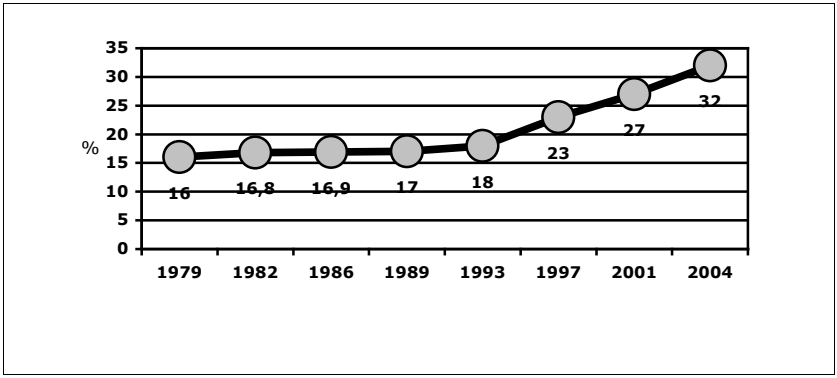


Abbildung 6: Entwicklung der Lebenszeitprävalenz der 12- bis 25-jährigen beim Konsum illegalisierten Substanzen in Prozent (BZgA 2004).

68% der zwölf- bis 25-jährigen haben nach den Daten von 2004 noch nie Drogen probiert. 13% taten dies aber in den letzten zwölf Monaten doch. Bei 19% liegt der Konsum schon länger als ein Jahr zurück. Bei differenzierter Betrachtung der 12-Monatsprävalenz hinsichtlich des Alters der Konsumenten wird deutlich, dass der konsumfreudigste Anteil derer, die innerhalb des letzten Jahres konsumiert haben, in der Gruppe der 16- bis 19-jährigen zu finden ist. Der Anteil der männlichen User unter den Konsumenten mit 12-Monatsprävalenz ist mit 63% deutlich erhöht.

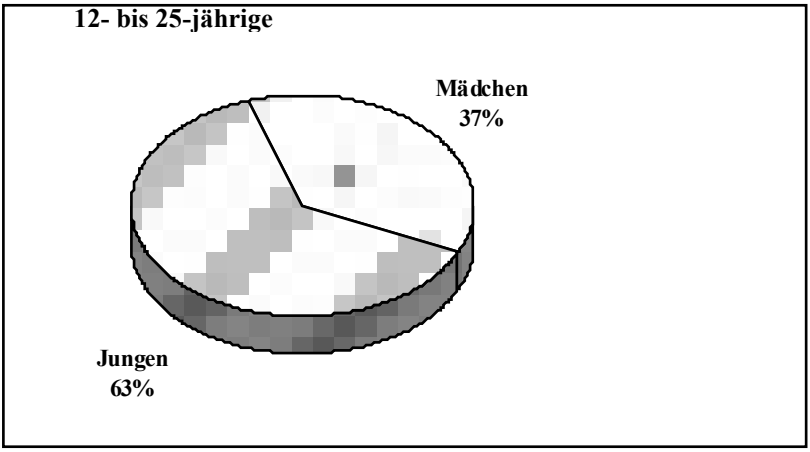


Abbildung 7: Geschlechterverteilung in der 12-Monatsprävalenz (BZgA 2004)

Vielfach ist Drogengebrauch im Jugendalter aber Probier- oder Experimentierkonsum (Farke et al. 2003). Die meisten Jugendlichen der ausgewählten Altersgruppe haben zwar illegalisierte Drogen konsumiert, den Konsum aber nach ein bis zwei Versuchen wieder eingestellt.

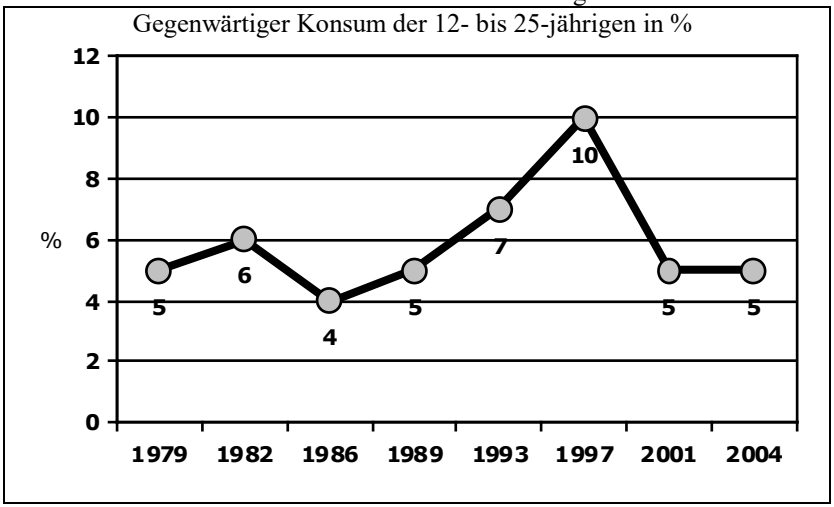


Abbildung 8: Entwicklung der Punktprävalenz der 12- bis 25-jährigen in Prozent (BZgA 2004)

Auf die Frage, ob zum momentanen Zeitpunkt Drogen konsumiert werden (Punktprävalenz), geben 5% der Jugendlichen an, dies zum Zeitpunkt der Fragestellung zu tun. Abgesehen vom Ausnahmejahr 1997 handelt es sich hierbei um eine relativ stabile Quote (BZgA 2004), von der man ableiten kann, dass für die allermeisten Jugendlichen Drogenkonsum nur eine kurze Episode ist. Die Frage, welche Substanzen die Jugendlichen präferieren, lässt sich auch recht klar beantworten. Von den 32% Jugendlichen, die schon einmal illegalisierte Drogen konsumiert haben, haben 97% schon einmal Cannabis konsumiert. Es haben 75% ausschließlich Cannabis probiert, 22% haben auch andere Substanzen neben Cannabis genommen und etwa 3% haben ausschließlich andere Drogen konsumiert (BZgA 2004).

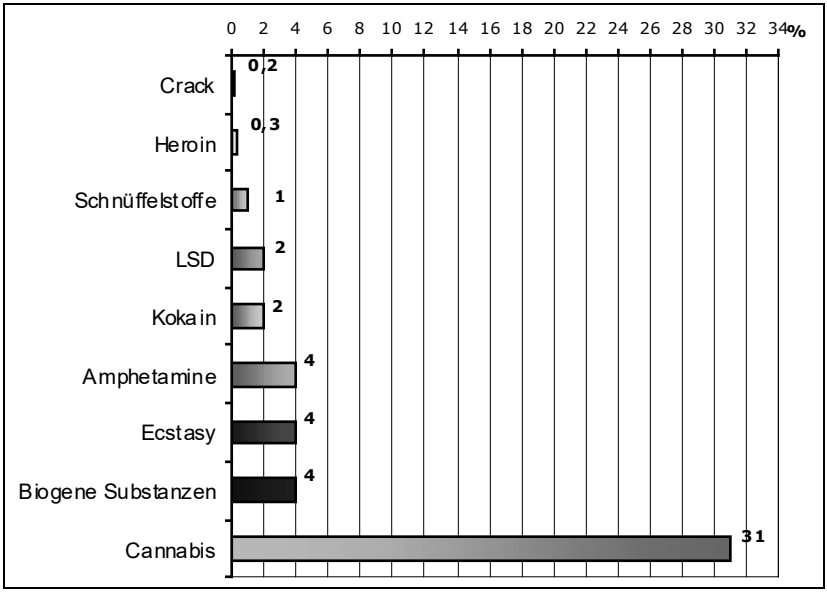


Abbildung 9: Rangliste der von 12- bis 25-jährigen konsumierten Substanzen in Prozent (BZgA 2004)

4.1.2. Alkohol

Alkohol gilt als die verbreitetste aller Rauschdrogen und Alkoholabhängigkeit ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Obwohl der pro Kopf Verbrauch an alkoholischen Getränken seit einigen Jahren

rückläufig ist, gehörte Deutschland mit 145,5 Litern pro Kopf im Jahr 2004 immer noch zum oberen Mittelfeld des europäischen Vergleichs.
Aus dem Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung ist ersichtlich, dass es seit 2004 (44,2g/Woche) eine stark steigende Tendenz zu verzeichnen ist (50,4g/Woche 2007). Im europäischen Vergleich (Anstieg um 6%) bleibt Deutschland weiterhin im oberen Mittelfeld. (Drogen- und Suchtbericht Mai 2008, S. 55 ff.)

So sind in 2004 12% der Bevölkerung (7,9 Millionen) demnach als riskante Konsumenten von Alkohol einzuschätzen (das heißt bei Männern 30 bis 60g pro Tag und bei Frauen 20 bis 40g pro Tag). Die Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken in Deutschland wird auf 2,5 Millionen geschätzt. Unter den Jugendlichen beträgt der Anteil der Alkoholabhängigen etwa 1%. Dem Drogen- und Suchtbericht 2008 zufolge haben in 2007 9,5 Millionen Deutsche Alkohol in riskanter Weise konsumiert. 1,3 Millionen der Deutschen sind alkoholabhängig und schätzungsweise 42.000 sterben an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs. (Drogen- und Suchtbericht Mai 2008, 55 ff.)

Nach den Daten von 2004 haben 86% der zwölf- bis 25jährigen in Deutschland Erfahrungen mit Alkohol, nur 14% haben diese Erfahrungen nicht. Beim Alkoholkonsum weisen männliche Jugendliche deutlich höhere Quoten als Mädchen auf und zeigen damit das riskantere Verhalten. Die Konsumquoten in Bezug auf Alkohol sind bei Jugendlichen seit dem Jahre 2001 deutlich gestiegen. Mehr als 120g Alkohol in der Woche (das entspricht einer Menge von 3,75 Liter Pils-Bier) konsumieren 5% der 12 bis 15jährigen. Bei den 16 bis 29jährigen sind es dann schon 24%. Die durchschnittliche Alkoholkonsummenge beläuft sich bei den zwölf- bis 15-jährigen auf 20,9g (2001: 14,1 g), bei den 16 bis 19jährigen 97,5g (2001: 65,5g) und bei den 20 bis 25jährigen 82,2g (2001: 73,3g). Für alle repräsentativ befragten Probanden, weibliche und männliche, im Alter zwischen zwölf und 25 Jahren ist die durchschnittliche, wöchentliche Konsummenge deutlich angestiegen. Bei Frauen von 29,3g auf 39,2g, bei Männern von 77,1g auf 96,5g (BZgA 2004, BZgA 2001). Insbesondere haben riskante Verhaltensweisen in Bezug auf Alkohol bei den 12- bis 25-jährigen seit 1993 zugenommen. Diese Entwicklung wird im Wesentlichen auf veränderte Trinkgewohnheiten bei Risikogruppen und veränderte Rahmenbedingungen zurückgeführt. So zeigen sich bei Kindern alkoholkranker Eltern einerseits zwar mehr Totalabstinente, andererseits aber auch deutlich mehr riskante Alkoholkonsumenten (Klein 2005). Der Vormarsch der Mixgetränke (Alcopops, etc.) in der Konsumgunst Jugendlicher spielt bei der Zunahme der Konsumquoten eine entscheidende Rolle: Von den westdeutschen Jugendlichen tranken im Jahr 2004 15% wenigstens einmal wöchentlich Alcopops, während der Wert bei den ostdeutschen Jugendlichen mit 20% noch höher lag (BZgA 2004).

Die Konsummengen für einen so genannten „riskanten Konsum“ liegen

per Definition, für Frauen bei mehr als 20g Alkohol pro Tag und bei Männern bei 30g und mehr Alkohol pro Tag. Riskanter Alkoholkonsum (hazardous drinking) erhöht – so die Definition einer von der World Health Organization (WHO) eingesetzten Arbeitsgruppe (Edwards, Arif & Hodgson, 1981) – die Wahrscheinlichkeit, aufgrund eines fortgesetzten exzessiven Konsums künftig Schaden zu nehmen. Neben der WHO hat unter anderem die British Medical Association (BMA) eine operationale Definition riskanten Alkoholkonsums vorgeschlagen (zusammenfassend Bühringer et al. 2002).

Die Ergebnisse zahlreicher epidemiologischer Untersuchungen belegen, dass ein durchschnittlicher Tageskonsum über den von der WHO bzw. BMA genannten Werten das Risiko alkoholbedingter Organschäden oder Folgeerkrankungen deutlich erhöht (Edwards 1994). Allerdings gibt es nach Statistiken der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) in Deutschland 10,4 Millionen Menschen, die diese Grenze regelmäßig überschreiten. 1,7 Millionen Menschen aus dieser Gruppe haben nach Angaben der DHS inzwischen einen schädlichen Konsum. Das bedeutet, dass entweder gesundheitliche oder soziale Schäden aufgrund des übermäßigen Konsums bereits eingetreten sind. Weitere 1,7 Millionen Menschen aus dieser Gruppe sind abhängig, sie können ihren Konsum nicht mehr selbst steuern, sie sind behandlungsbedürftig krank (DHS 2006). Das Einstiegsalter in den Konsum von alkoholhaltigen Getränken ist seit 1993 kontinuierlich gesunken! Es beträgt im Jahr 2004 14,1 Jahre (BZgA 2004).

4.1.3. Tabak

Tabak als weitere legale Droge hat den Alkohol in fast allen Gegenden Deutschlands als Einstiegsdroge abgelöst. 30,4% der Jugendlichen bezeichnen sich als Raucher, während 5% schon als Ex-Raucher gelten. 11,4% der Jugendlichen rauchen mehr als 20 Zigaretten pro Tag (BZgA 2005). Nach den Fagerström-Test-Kriterien (Bleich et al., 2001) sind 26,2% der Personen zwischen 15 und 17 Jahren nikotinabhängig, nach DSM-IV-Kriterien sind es 15,1% (Kraus et al. 2001). Das durchschnittliche Alter des ersten Zigarettenrauchens beläuft sich ohne Geschlechtsunterschied auf 13,6 Jahre. Besonders Kinder und Jugendliche aus niedrigeren sozialen Schichten zeigen einen frühen Konsumeinstieg und einen starken Konsum in Bezug auf Tabakprodukte (Klein 2002, BZgA 2004, vgl. Abb. 7).

In 2007 betrug der Anteil der Jugendlichen Raucher 18%, was im Vergleich zu 2001 (28%) einen Rückgang von 10% bedeutet. Als Nichtraucher wiesen sich in 2007, d. h. 57% der befragten Jugendlichen aus. Im Vergleich zu 2001 bedeutet dies eine Zunahme an Nichtrauchern von 16% (Drogen- und Suchtbericht Mai 2008, S. 38). Der vorliegende Bericht weist weiterhin eine Tendenz der unteren Bildungsschicht hin zum Tabakkonsum auf. So

konsumieren an Hauptschulen 24% Nikotin, während an Gymnasien nur 7% Konsumenten verzeichnet wurden (Drogen- und Suchtbericht Mai 2008, S. 41). Weitere Untersuchungen zeigen, dass die Aufnahme des Konsums illegalisierter Drogen auffällig häufig von denjenigen Jugendlichen vorgenommen wird, die starke Alkohol- und Tabakkonsumenten sind (Hurrelmann 1991).

4.2. Konsum mit Störungswert

Welche und wie viele Jugendliche sind nun gefährdet, ein *Konsumverhalten mit Störungswert* im Sinne der diagnostischen Manuale ICD 10 und DSM IV zu entwickeln? Wie heutige Suchtforschung zeigt, ist neben dem Vorliegen von Vulnerabiliäten, Belastungs- und Risikofaktoren, das Abhängigkeitsrisiko bei frühem Konsumeinstieg deutlich erhöht. Laut Klein (2005) besteht ein besonders beachtenswertes Problem hinsichtlich Prävention und Frühintervention darin, dass Kinder und Jugendliche, die frühzeitig mit dem regelmäßigen Konsum einer Substanz beginnen, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen auch eine andere Substanz regelmäßig einzunehmen. Den meisten Abhängigkeitskarrieren geht der Parallelgebrauch mehrerer Substanzen voraus (Klein 2005). Die Wahrscheinlichkeit eines problematischen Konsums steigt mit der Anzahl der konsumierten Substanzen und erhöht sich ebenfalls durch ein niedriges Einstiegsalter.

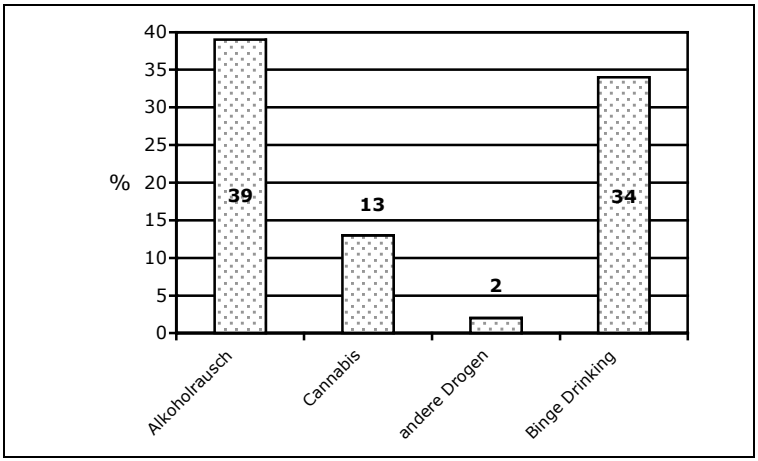


Abbildung 10: Konsummuster (riskanter Konsum der 12- bis 25-jährigen in Prozent) (BZgA 2004)

Nach Konsumhäufigkeiten ermittelt, sind Konsumenten mit riskantem Konsum psychotroper Substanzen, diejenigen unter den zwölf- bis 25-jährigen, die in den letzten zwölf Monaten häufiger als zehn Mal Drogen konsumiert haben. Unter riskanten Verhaltensweisen werden, wie bereits in Kapitel 6.1.2 beschrieben, solche mit einer herabgesetzten Wahrscheinlichkeit eines nicht schädigenden Verhaltensergebnisses verstanden (Klein 2005). Abbildung 10 beschreibt, dass mehr als zehn Alkoholrauscherfahrungen binnen eines Jahres von 39% der Befragten gemacht wurden. 13% der Jugendlichen konsumierten in diesem Zeitraum riskant Cannabis, 2% konsumierten mehr als zehn Mal andere Substanzen und 34% betrieben häufiger als zehn Mal so genanntes *binge drinking. Binge drinking* oder Rauschtrinken beschreibt per Definition eine Trinksituation, in der fünf Standarddrinks oder mehr getrunken werden, wobei ein Standarddrink 10 g Ethanol entspricht. Im Jahr 2007 ist die Häufigkeit des *binge drinking* unter den Jugendlichen im Vergleich zu 2004, von 23% auf 26% gestiegen. Ca. 63% der männlichen und ca. 37% der weiblichen Jugendlichen haben nach den Daten der Bundesregierung in den letzten 30 Tagen *binge drinking* betrieben. (Drogen- und Suchtbericht 2008, S. 58)

13 Millionen Europäer konsumierten nach den Daten der Bundesregierung im letzen Monat Cannabis. 380.000 Konsumenten wurden in der Intensität des missbräuchlichen Konsums eingestuft und 220.000 Europäer wurden in 2007 als abhängig verzeichnet. (Drogen- und Suchtbericht Mai 2008, S. 74 ff.)

Die Forschungsgruppe um Prof. Hans Ullrich Wittchen am Max Planck Institut hat Daten von Jugendlichen in und um München über den Konsum von illegalisierten Drogen und hinsichtlich ihres Hilfesuchverhaltens ausgewertet. Es wurden unter anderen folgende Ergebnisse veröffentlicht: Der Studie nach ist Cannabis, auch im Bereich des problematischen Konsums, die am häufigsten konsumierte Substanz. Beim Konsum von Stimulantien und Psychedelika ist die Gruppe der User „mit problematischem Konsum“ größer als die Gruppe „mit unproblematischem Konsum“. Als weiteres Ergebnis dieser Studie stellen die Autoren fest, dass ein gravierendes Missverhältnis zwischen der Personenzahl mit problematischem Konsum und den Versorgungszahlen des Suchthilfesystems besteht. Die meisten Konsumenten mit problematischem Konsum erreichen das Suchthilfesystem nicht bzw. werden durch das Suchthilfesystem nicht erreicht (Wittchen et al. 2004).

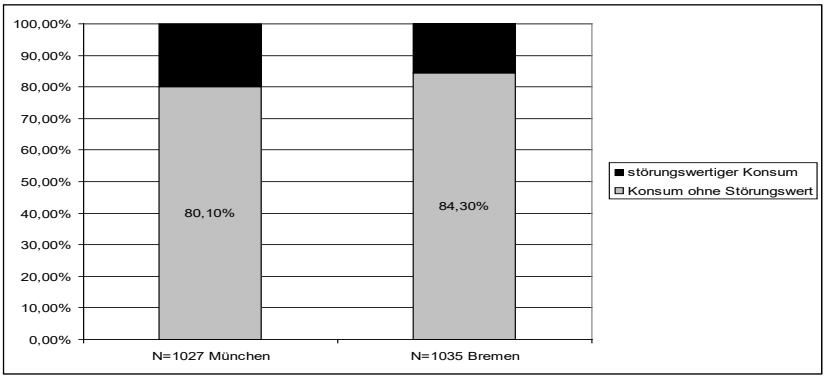


Abbildung 11: Substanzkonsum mit Störungswert (Essau et al. 1998; Wittchen et al. 2004)

Die Bremer Jugendstudie aus dem Jahr 1998 (Essau et al. 1998) zeigte, dass 9,3% der befragten zwölf bis 17jährigen eine alkoholbezogene Störung nach DSM-IV–Kriterien aufwiesen. Dazu kamen 6,4% der Schülerinnen und Schüler, die als „Cannabismissbraucher“ oder gar „Abhängige von Cannabis“ klassifiziert werden konnten. Damit ergab sich folgendes Bild für Bremen: 15,7% der zwölf- bis 17-jährigen konsumieren mindestens eine Substanz nach den Kriterien einer substanzbezogenen Störung. Ähnliche Ergebnisse zeigte die Münchener Erhebung aus dem Jahr 2004 (Wittchen et al. 2004). Dort wurde eine Quote von 19,9% Jugendliche ermittelt, die Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum aufwiesen und damit mindestens den DSM-IV-Kriterien des Missbrauchs entsprachen. 2,5% dieser Gruppe erfüllten die Kriterien einer Substanzabhängigkeit.

Der Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen stellt eine entscheidende Phase im Erwerb sowohl kontrollierter Konsumgewohnheiten als auch missbräuchlicher und süchtiger Verhaltensweisen dar. Das Lebensalter, in dem diese Entwicklungsaufgabe zu lösen ist, hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verringert (Klein 2005). Es beläuft sich von der späten Kindheit bis zur frühen Jugend (zwölften bis 16. Lebensjahr). In dieser Zeit sind auch andere Entwicklungsaufgaben anzusiedeln, wie etwa die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsrolle, die sich entwickelnde Sexualität, der Aufbau eines gemischtgeschlechtlichen Netzwerkes, und die langsame Distanzierung von den Eltern (Hurrelmann 1999).

Heutige Kinder und Jugendliche müssen nicht nur den kontrollierten Umgang mit einer Vielzahl psychotroper Substanzen im Sinne einer Verhaltenskompetenz lernen, sondern sind zusätzlich mit der komplexen Entwicklungsaufgabe des Erwerbs von Kompetenzen zur affektiven Selbstregulation mit und ohne Substanzen konfrontiert. Unter der Kompetenz zur

affektiven Selbstregulation mit Substanzen wird die Fähigkeit verstanden, Substanzen so einzunehmen, dass sie dem Individuum in seinem Verhaltensrepertoire nützlich sind (z. B. bei Stressbewältigung) und ohne dass sie ihm schaden oder gar eine Abhängigkeit erzeugen (Klein 2005).

4.3. Versorgungsstrukturen für jugendliche Drogenkonsumenten im stationären, psychiatrischen Bereich

Das Institut für Therapieforschung IFT weist in der Suchthilfestatistik 2004 102 bundesdeutsche Einrichtungen aus, die ein stationäres Angebot für Suchtmittel konsumierende Menschen vorhalten. In diesen herkömmlichen Einrichtungen für Erwachsene finden die besonderen Anforderungen, die Kinder und Jugendliche an eine Therapie stellen, oftmals keine Berücksichtigung (Möller 2005). Nur ca. 10% bis maximal 15% der bestehenden Einrichtungen machen, wie unsere intensive telefonische und EDV-gestützte Recherche ergab, Angebote für Minderjährige.

In Nordrhein Westfalen gibt es für Jugendliche zwei psychiatrische Einrichtungen mit dem Angebot einer stationären Entwöhnungstherapie. Dies sind zum einen die Rheinischen Kliniken in Viersen mit 27 Behandlungsplätzen und zum anderen das Westfälische Institut in Hamm mit 18 Plätzen. Beide Einrichtungen vergeben die Therapieplätze per Warteliste. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz können bis zu mehrere Wochen betragen!

Eva

Dann kam die Grundschulzeit: Ich weiß noch, dass viele Freunde aus dem Kindergarten mit mir in die Grundschule gegangen sind. Ich war eine der besten in der Klasse. Es war ne ganz normale Grundschule. Ich hab mich wohlgefühlt. Die Jungs haben mich immer geärgert, weil ich weiter entwickelt war, als die anderen Mädchen. Ich war immer sehr groß. Ich war eher eine Stubenhockerin. Nach der Schule bin ich in einen Hort gegangen. Anschließend direkt vor den Fernseher. Ich war beliebt, hatte Freunde. Später, in der 4. Klasse, war ich sogar Klassensprecherin. Mit den Jungs habe ich damals viel gekämpft und mich auch gerne geschlagen, so aus Spaß, Spaßkämpfchen.

Als ich 6 war, hat meine Mutter ihren Freund geheiratet und wir sind mit dem zusammengezogen. Mein Vater wohnte weiter im selben Haus, wie meine Großeltern. Dort habe ich ihn, so wie meine Großeltern, auch weiterhin besucht. Ich hatte schon Probleme damit, dass mein Vater mir seine Sorgen erzählte. Es ging um seine Probleme wegen der Scheidung und auch um finanzielle Sachen. Er hat mich als Kummerkasten benutzt. Mein Vater ist

schon schwierig, ein kleiner Möchtegerndiktator. Er kann nicht mit Geld umgehen und macht gerne Geschenke, er kann gut reden und ist ein irgendwie ein Schauspieler. Er kann sich gut verkaufen. Er ist Auktionator in einer noblen Gegend. Mein Vater liebt einen hohen Lebensstandard, aber ich kenne viele Iraner, die so sind.
Für mich war die Zeit der 2. Ehe meiner Mutter eine schwere Zeit. Mit meinem Stiefvater kam ich wegen seiner Mentalität überhaupt nicht zurecht. Ich konnte ihn nicht wirklich leiden. Später, nach dem sich meine Mutter und er wieder getrennt haben, hat sich das verändert und auch verbessert.

Adam
Also meinen kleinen Bruder konnte ich nie wirklich leiden. Der wurde so verhätschelt. Der hatte „den Dreh raus“ wie man zuhause gut lebt … Zu ihm habe ich seit ungefähr drei Jahren keinen Kontakt mehr. Der lebt noch bei meinen Eltern. Wir haben schon damals nicht mehr miteinander gesprochen. Ich möchte aber auch keinen Kontakt mehr.
Mein großer Bruder war so ein „Alphatier“ - der ist auch Drogendealer gewesen und so was – der hat immer auf mich aufgepasst; wenn mich einer schief angeguckt hat, hat der Ärger mit dem gekriegt und all seine Freunde haben dann auch zu mir gestanden. Der hat immer viel für mich getan!

5. Patientenprofile

Das folgende Kapitel beschreibt zunächst das Outcome der Station Szenenwechsel, die Anteile der Patienten an den verschiedenen Möglichkeiten der Beendigung der Behandlung. Danach werden ausgewählte Ergebnisse aus der Befragung vorgestellt. Der Fokus lag bei der Auswertung primär auf der Darstellung von ermittelten Häufigkeiten aus einzelnen Erhebungskategorien. In ausgewählten Fällen werden die Häufigkeitsdarstellungen um die Untersuchung von Zusammenhängen verschiedener Variablen (Korrelationen) ergänzt.

5.1. Outcome: Erfolgreiche Behandlung und Abbrecherquote

Ein essenzieller Indikator für die Rückfallvermeidung bzw. das dauerhafte Erreichen von Abstinenzfähigkeit und somit für den Behandlungserfolg ist die regelrechte Beendigung einer therapeutischen Maßnahme. Europaweit liegen die Haltequoten in den ambulanten und stationären Suchttherapien bei 25 bis 60% (Sonntag, Künzel 2000). Für Suchttherapien mit Adoleszenten (14 bis 18 Jahre) liegen die Haltequoten international und über alle Behandlungsformen hinweg bei 60 bis 65% (Williams, Chang, AACR 2000). Im Vergleich zu diesen Zahlen zeigt Abbildung 12, dass 51% der männlichen Patienten und 36% der weiblichen die Therapie auf der Station Szenenwechsel erfolgreich beenden. Alle restlichen Patienten der Station beenden die Therapie vorzeitig. Sie brechen auf eigenen Wunsch entweder vorzeitig ab oder werden vorzeitig (disziplinarisch) entlassen.

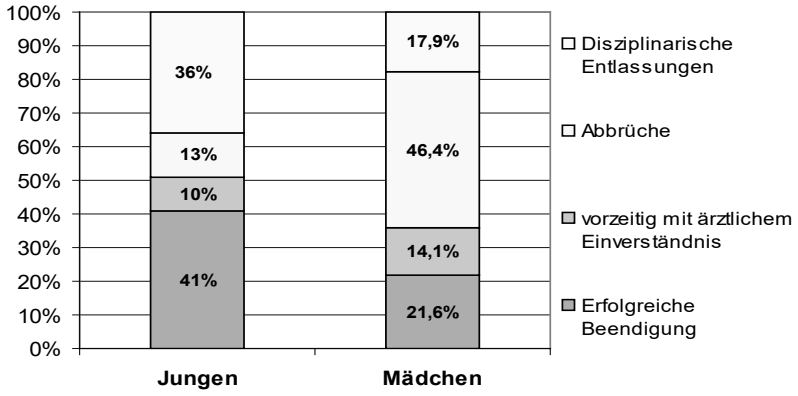


Abbildung 12: Art der Beendigung der Therapie auf der *Station Szenenwechsel* (N=81)

Erfolgreich beendet wird die Therapie also von weniger als der Hälfte aller Patienten. Wie bereits gezeigt, werden wesentlich mehr männliche Patienten aufgenommen als weibliche. Das Aufnahmeverhältnis auf der Station Szenenwechsel ist 2:1 männliche zu weiblichen Patienten. Nach heutigem Forschungsstand sind Männer insgesamt stärker gefährdet problematische Konsummuster zu entwickeln als Frauen (Höfler et al. 1999).

5.2. Hauptdiagnosen

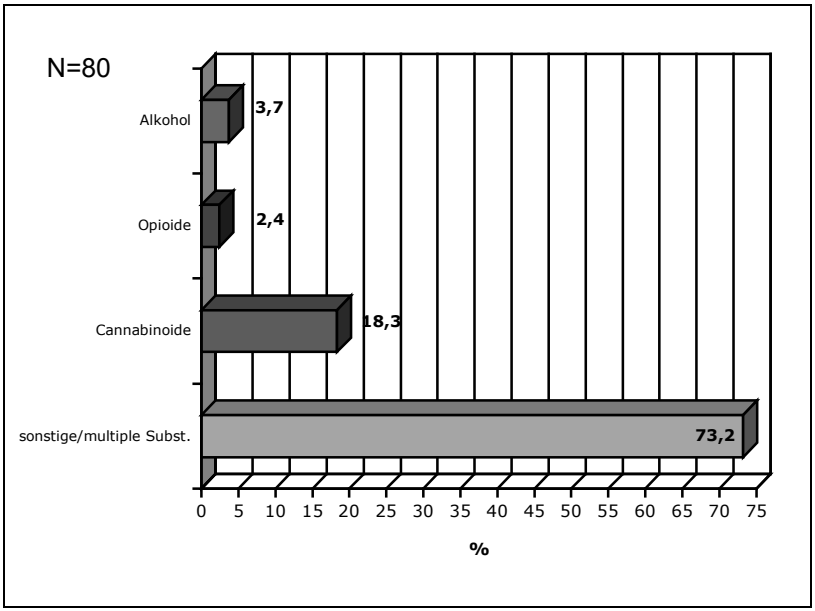


Abbildung 13: Hauptdiagnosen: Abhängigkeitssyndrom von … (nach Viersenstatistik)

Im Zeitraum von Anfang 2003 bis Ende 2005 wurden für die Patienten der Station Szenenwechsel folgende Hauptdiagnosen gestellt: Bei 3,7% der Jugendlichen bestand eine Abhängigkeit von Alkohol (F10.2 –ICD10). 2,4% der Patienten hatten die Hauptdiagnose Abhängigkeitssyndrom von Opioiden (F11.2 – ICD10). Bei 18,3% wurde eine Abhängigkeit von Cannabinoiden diagnostiziert (F12.2 – ICD10). 73,2% waren abhängig von multiplen/sonstigen Substanzen (F19.2 – ICD 10). Bei zwei Patienten wurde kein Abhängigkeitssyndrom als Hauptdiagnose gestellt. Einer dieser Patienten wurde mit der Hauptdiagnose F43.2 – ICD10, Anpassungsstörung, der Zweite mit F91.2 – ICD10; Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen aufgenommen.

5.3. Sozialisation

5.3.1. Alter, Geschlecht, Lebensmittelpunkt

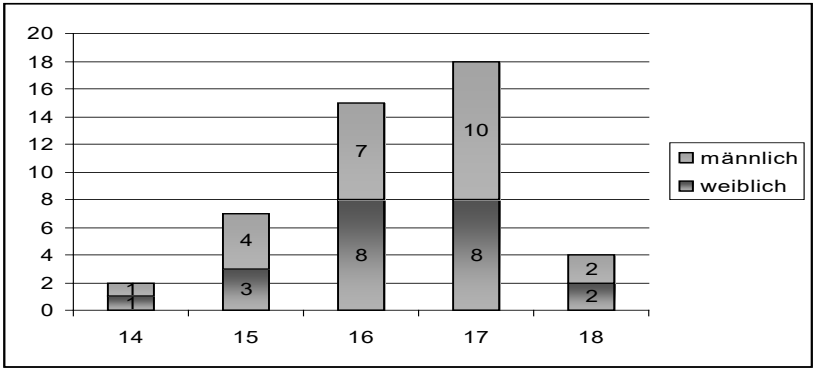


Abbildung 14: Alter bei Aufnahme/Geschlecht (N=46)

Wie in Kapitel 6 beschrieben, finden wir gegenwärtig im bundesdeutschen Schnitt ein sehr niedriges Einstiegsalter in den Konsum psychotroper Substanzen vor. Dies spiegelt sich auch in der Altersstruktur der in stationärer Therapie befindlichen Kinder und Jugendlichen wider. Die überwiegende Mehrheit ist bei Aufnahme 17 Jahre alt (39%). 32,6% sind bei der Aufnahme 16 Jahre alt, 19% sind zum Zeitpunkt der Aufnahme jünger als 16 Jahre. 8,7% der Aufgenommenen sind 18 Jahre alt.

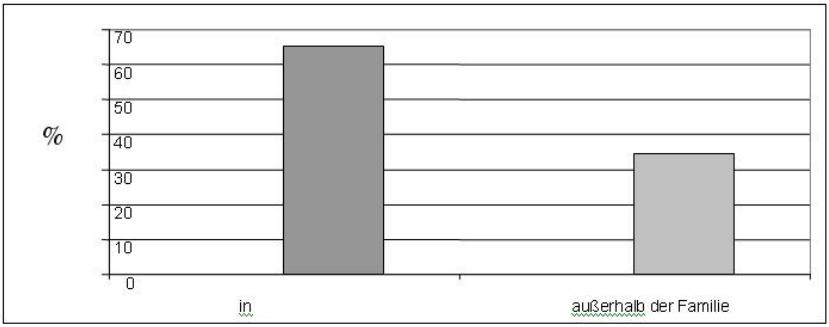


Abbildung 15: Lebensmittelpunkt (überwiegend) (N=46)

68% der befragten Patienten geben an, Ihren Lebensmittelpunkt in der Herkunftsfamilie zu haben (60% der weiblichen- und 75% der männlichen Patienten). Mehr als ein Drittel der Befragten lebt nicht bei den leiblichen Eltern.

Bei genauerer Betrachtung der Wohnsituation vor der Aufnahme wird deutlich, dass insgesamt nur 29,3% in einem gemeinsamen Haushalt mit beiden leiblichen Elternteilen, also einer nicht getrennten Herkunftsfamilie lebten. 19,5% lebten bei der alleinerziehenden Mutter, ohne weitere männliche Bezugsperson und 12,2% lebten im gemeinsamen Haushalt von Mutter und einem neuen Partner. 2,2% lebten bei den Großeltern. Insgesamt lebten 26,6% in einer Einrichtung der Jugendhilfe bzw. in einer Pflege- oder Adoptivfamilie. 7,3% geben an bei Freunden gelebt zu haben, 2,2% lebten in der eigenen Wohnung.

Eva

Ich war damals immer so unzufrieden, meine Mutter hat gesagt, dass ich immer so ein Gesicht gezogen habe, auch schlecht gelaunt gewesen sei. Ich fand das Leben damals langweilig und blöd. Ich hab hauptsächlich ferngesehen. Gemalt hab ich nicht mehr so viel. Ich hab auch langsam angefangen Musik zu hören. Am Anfang eher Sachen, die in den Charts liefen. Später dann Rock, z. B. Linkin Park. Ich hab mich schon damals etwas zurückgezogen und habe oft den ganzen Tag in meinem Zimmer verbracht. Auch wenn ich bei meiner Oma war, war ich immer nur im Wohnzimmer, Tür zu und Fernsehn gekuckt.

Auf die neue Schule habe ich mich gefreut. Ich bin auf die Schule gewechselt, auf die auch andere Leute aus meiner Klasse gewechselt sind. Ich ging aufs Gymnasium. Das war eine ganz klare Sache. Meine Großeltern und meine Mutter haben mich so gedrillt, dass ich aufs Gymnasium gehen konnte. Im Vergleich zu meinem Cousin wollte ich es besser machen. Nach dem Schulwechsel sind wir dann wieder umgezogen. Wir sind überhaupt ziemlich oft umgezogen. Auf dem Gymnasium konnte ich nach diesem Umzug aber weiter bleiben. Wir wohnten direkt mitten in der Stadt und auch die Schule war dort.

Adam

Ich hab mich mit meinen Eltern nie verstanden. Wenn ich nicht gemacht hab, was gesagt wurde, dann gab's Ärger ... Meine Eltern haben von sich aus den Kontakt abgebrochen, als ich in Therapie gegangen bin … Ich aber auch …

Die sind allgemein kein Vorbild für mich. Das ist so das Bild, was ich überhaupt nicht sein will!

Wenn ich drinnen war, also, wenn ich bei mir zuhause war, hab ich immer versucht die Zeit rumzukriegen …

Der einzige in meiner Familie, der war für mich mein Opa, auch ein wirkliches

Alkoholproblem hatte. Aber das war auch eigentlich eher ein Freund für mich. Der ist mit mir spazieren gegangen, Einkaufen gegangen ... Aber gegen Ende hin, als er krank wurde – er ist dann auch gestorben, als ich elf war, da ging dann gar nichts mehr. Aber vorher war der immer mit mir draußen gewesen und so was; der hat viel mit mir gemacht, wenn ich bei dem war.

5.3.2. Ausbildungssituation, Schulform, Schulbesuch, Schulabschluss

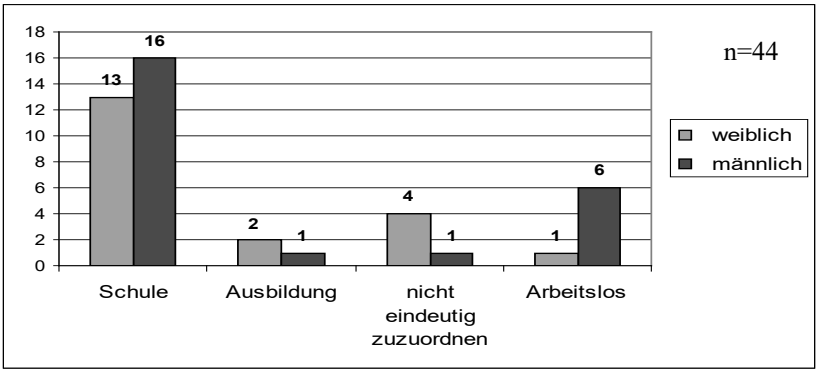


Abbildung 16: Ausbildungssituation nach Anzahl Jugendlicher (n=44)

Die Daten zur Ausbildungssituation der Jugendlichen zeigen, dass der Prozentsatz der momentanen Schüler bei 65% liegt. Die überwiegende Mehrheit der Patienten besucht also noch eine Schule. 7% der Befragten sind bereits Auszubildende. Bei 11% ist der Ausbildungsstand nicht eindeutig zuzuordnen, was damit zu erklären ist, dass das für die Erhebung der Ausbildungssituation relevante Item des Fragebogens, mögliche weiterführende Schulformen wie Handelsschulen oder berufsbildende Lehrgänge nicht vorgesehen hat. 16% der befragten Patienten sind derzeit beschäftigungs- bzw. arbeitslos.

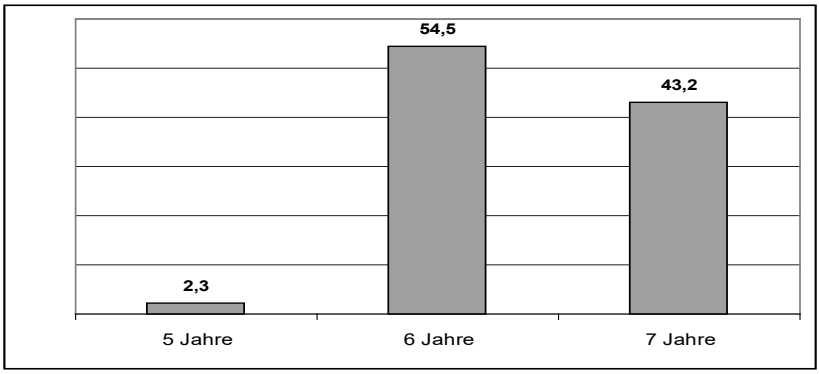


Abbildung 17: Alter bei Einschulung (n=44)

Bezüglich des *Einschulungsalters* fallen geschlechtsspezifische Besonderheiten auf: 54,5% der Patienten wurden mit 6 Jahren eingeschult (45% der weiblichen- und 62,5% der männlichen Patienten). 43,2% der Patienten waren bei der Einschulung 7 Jahre alt (55% der weiblichen- und 33% der männlichen Patienten), ein männlicher Patient wurde mit 5 Jahren eingeschult.

Nach den Statistiken des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik in NRW - Dezernat 321 - wurden in den Jahren 2003 bis 2005 durchschnittlich 8% der Kinder Nordrhein Westfalens vorzeitig eingeschult, das heißt, diese Kinder waren bei der Einschulung noch nicht sechs Jahre alt. Nur 0,2% bis 0,3% aller schulpflichtigen Kinder NRWs wurden in den Jahren 2003 bis 2005 verspätet in eine Grundschule eingeschult (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW Dezernat 321, Tabelle 700/1).Der Anteil derer, die verspätet eingeschult werden ist also unter den Suchtpatienten der Station Szenenwechsel signifikant erhöht gegenüber der Allgemeinbevölkerung.

Bei der Geschlechtsdifferenzierung zeigt sich ein erhöhter Anteil weiblicher Patienten, die verspätet eingeschult wurden.

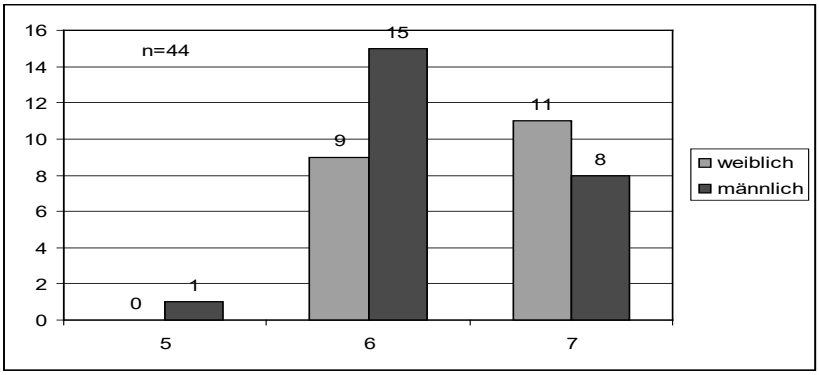


Abbildung 18: Alter bei Einschulung nach Geschlecht

Fast die Hälfte der jungen Patienten und Patientinnen waren in ihrer Schulzeit von *Klassenwiederholungen* betroffen: 46,5% der Jugendlichen mussten in ihrer Schullaufbahn mindestens eine Klasse wiederholen. 11,6% haben bisher zwei Schulklassen wiederholt.

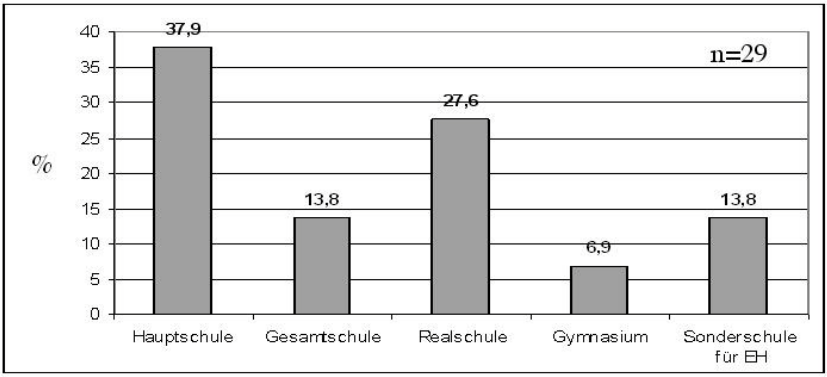


Abbildung 19: Derzeitige Schulform der momentanen Schüler

Die Hauptschule ist mit fast 38%, als die von den Patienten besuchte Schulform, die am häufigsten vertretene. Berücksichtigt man einen Anteil der Gesamtschüler, die dem Leistungsstand des Hauptschulniveaus entsprechen, und nimmt die Schüler der Förderschulen (13,8%) hinzu, errechnet sich, dass der signifikant höhere Anteil Patienten über ein eher niedriges Bildungsniveau verfügt. 6,9% der Schüler unter den Patienten besuchen ein Gymnasium.

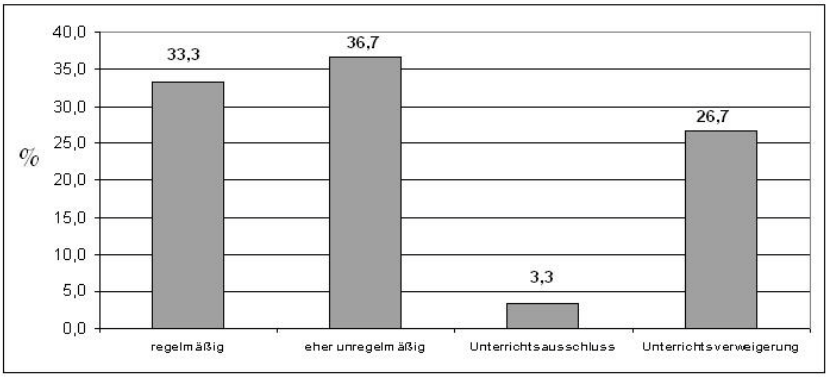


Abbildung 20: Regelmäßigkeit des Schulbesuches (n=29)

Nach der Regelmäßigkeit ihres Schulbesuches befragt, geben 33,3% der Schüler an, die Schule regelmäßig zu besuchen. Die Gruppe der eher unregelmäßigen Schulbesucher beträgt 36,7%. Gar nicht mehr wird die Schule von 30% der Schüler besucht. Davon von 3,3% wegen eines Unterrichtsausschlusses, 26,7% der momentanen Schüler verweigern den Schulbesuch. In dieser letzten Gruppe ist der Anteil der männlichen Schulverweigerer gegenüber den weiblichen deutlich erhöht (sechs männliche und 2 weibliche Schulverweigerer). 71,7% aller Patienten verfügen über keinen Schulabschluss. Einen solchen erreichten bisher nur 25% der Mädchen und 29% der Jungen. Es besteht für die Jugendlichen die Möglichkeit, während der Therapie die Schule auf der Station zu besuchen und einen Schulabschluss zu erlangen.

Betrachtet man die Anzahl der Schulwechsel der jugendlichen Patienten, fällt auf, dass nur 20% aller Befragten konstant eine Grund- bzw. weiterführende Schule besucht haben. Weitere 20% haben eine Schule einmal gewechselt, 9% mussten zwei Schulwechsel vollziehen. Drei Schulwechsel mussten 28% der Patienten hinnehmen. Jeweils 7% wechselten vier oder fünfmal die Schule, während ein Patient acht Schulwechsel aufweist.

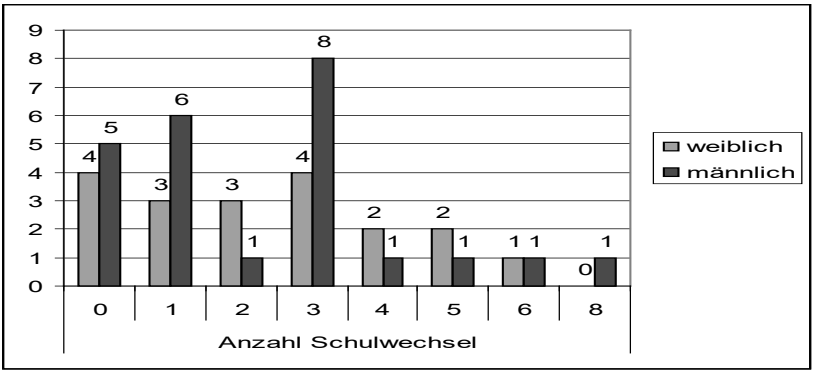


Abbildung 21: Anzahl Schulwechsel nach Geschlecht

Eva

Als ich zwölf war, hat sich meine Mutter von meinem Stiefvater getrennt und wir sind dann in eine neue Gegend gezogen, in eine Problemgegend.
Es gab dort zwei sehr unterschiedliche Gebiete. Wir haben in der Gegend gewohnt, in der Menschen mit vielen sozialen Schwierigkeiten wohnten.
Ich erinnere mich auch, dass meine Mutter zu dieser Zeit immer etwas an meinen Noten aus zusetzten hatten, obwohl sie eigentlich gut waren. Wenn ich eine Drei schrieb, war das immer nicht gut genug. Sie hat immer einen Makel gefunden. Auf dem Gymnasium wurde es immer anstrengender und meine Noten gingen natürlich auch runter. Kunst hat mir natürlich sehr viel Spaß gemacht.
Probleme entwickelten sich dann später in Englisch und Mathe. Später auch in anderen Fächern. Meine Eltern haben mir Nachhilfe bezahlt, aber leider hat es nicht so viel gebracht.
In meiner Freizeit habe ich in dieser Zeit Hip-Hop getanzt, auch schon in der Grundschule Jasstanz, Ballett und Bauchtanz. Ich liebe es zu tanzen, das fehlt mir auch hier.

5.3.3. *Konfession und Glaube*

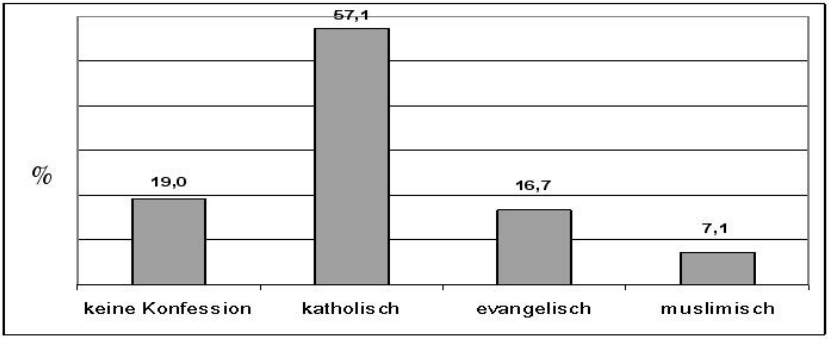


Abbildung 22: Religionszugehörigkeit (n=42)

57% der Patienten sind Katholiken, 16,7% sind evangelisch, 7,1% sind muslimischen Glaubens. 19% sind konfessionslos. Während zur Geschlechterverteilung bei den erstgenannten, westlichen Glaubensausrichtungen keine Abweichungen zu verzeichnen sind, fällt auf, dass keine muslimische weibliche Patientin, sich jedoch drei muslimisch glaubende männliche Patienten in der Behandlung befinden. 10,9% der Patienten (21% der weiblichen und 4% der männlichen Patienten) üben ihre Religion regelmäßig in einer Religionsgemeinschaft aus, 82,6% tun dies nicht. Entgegen dieser Zahlen, die nur einen sehr geringen Anteil Patienten ausweisen, die ihre Religion aktiv ausüben, denkt die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen, dass es wichtig ist, einen Glauben zu haben.

Abbildung 23: Braucht man einen Glauben im Leben? (n=42)

68,3% beantworten die Frage „Bist Du der Meinung, dass der Mensch so etwas wie einen Glauben im Leben braucht?“ mit Ja. Der Geschlechtervergleich verdeutlicht, dass diese Meinung von einem größeren Prozentsatz der Mädchen vertreten wird, als dass diese Meinung bei den Jungen vorherrscht. Ähnliche Mehrheiten beantwortet die Frage „Glaubst Du an ein Leben nach dem Tod? mit *Ja.* Hier sind es 65% der Befragten. 35% geben an, nicht an ein Leben nach dem Tod zu glauben.

Adam
Meine Eltern haben mir erzählt, dass ich ein eher ruhiges Kind war. Ich war immer sehr introvertiert, so immer am Lesen und alles ... Nur wenn ich dann draußen in der Schule war, oder mit meinem großen Bruder zusammen war, dann bin ich immer „explodiert“ ... Dann hab ich mich mit jedem angelegt, wollt mich immer schlagen, ich war dann immer aggressiv ...
Als ich acht oder neun war, hatte ich viel zu tun mit dem „Ersatzpfarrer“ wo ich Messdiener war. Der war auch Direktor des Heilig-Geist-Gymnasiums. Der war sone Art Freund für mich. Mit dem hatte ich auch oft Gespräche und mit dem hab ich mich auch sehr gut verstanden! Wir sprachen über Fußball, Gott, über Glauben, übers Arbeiten, also was ich später tun könnte ... Ich hab mich einfach nur wohlgefühlt, wenn ich bei dem war ...Ich glaube an Gott, ich glaube an Jesus ... Ich finde das ist wichtig! ... Ich gehe auch fast jeden Sonntag in die Kirche und ich bete jeden Tag ... Ich finde es ist wichtig, dass man Danke sagt … an irgendjemanden! Ich war früher immer auf der Straße und dann hat mir irgendjemand geholfen da raus zu kommen. Und da danke ich dann Gott für.

5.4. Entwicklung des Jugendlichen und Krankheitshintergrund

5.4.1. Besonderheiten/Auffälligkeiten in der Entwicklung des Patienten

Adam
Ich bin mit neuneinhalb Monaten aus dem Hochstuhl gefallen und da hatte ich Gehirnbluten gehabt. Und das Blut in meinem Gehirn hat die Unterader von meiner rechten Sehhälfte und noch ein paar andere Teile von meinem Gehirn beschädigt.
Also ich war eben noch ein Baby und dann hab ich mit meinem Hochstuhl gewackelt und meine Mutter hatte gerade noch irgendwie ein Tablett und ein Service gehabt und mein Opa saß neben mir und hat nichts bemerkt – er war betrunken – und ja dann bin ich umgefallen und dann hat meine Mutter auch

zu spät nach mir geguckt, weil die erst das Service weggestellt hat. Und dann hat die erst nach mir geguckt, weil die dachte, es wäre nicht so schlimm ... Seit dem bin ich Gehirnblind. Auf einem Auge. Die haben mich zum Arzt gebracht, der Arzt, oder die Ärzte haben gesagt es ist nichts, ... Ist nichts Schlimmes, der ist einfach nur auf den Kopf gefallen ..."
Und ja dann wollten die mit mir nach Spanien fahren; über Frankreich und über Paris. Und in Paris bin ich dann halt nicht mehr wach geworden ... Dann mussten die zurückfahren, wieder nach Aachen zum Uniklinikum. Da wurde ich dann achteinhalb Stunden operiert und danach wurde ich „für verrückt erklärt" sozusagen, weil ich hab die ganze Zeit meinen Kopf gegen die Gitterstäbe von diesem Krabbelbett gehauen ... Da erinnere ich mich nicht mehr dran, ob meine Mutter mit im Krankenhaus blieb oder ob ich alleine war. Ich weiß halt nur noch von den Erzählungen, dass ich ein paar Wochen im Krankenhaus war.

In diesem Teil der Erhebung werden eventuelle Besonderheiten und/oder Vorkommnisse während der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen abgefragt. Der Fragebogen unterscheidet sieben Entwicklungsstufen und erfasst damit Auffälligkeiten bzw. Besonderheiten in der pränatalen Phase, während der Geburt, im Säuglingsalter, im Kleinkindalter, im Kindergartenalter, im Grundschulalter und in der Pubertät der Patienten. Befragt wurde zu dieser Erhebungsgruppe eine familiale Bezugsperson.

Zu berücksichtigen ist, dass nicht alle befragten Jugendlichen während der Therapie durch eine der Herkunftsfamilie zuzuordnende Bezugsperson besucht und betreut wurden. Somit konnten die, die kindliche Entwicklung betreffenden Fragen entweder -in manchen Fällen- gar nicht beantwortet werden, oder es wurde versucht, die Informationen von einem betreuenden Jugendhilfemitarbeiter der entsprechenden Patienten zu erhalten. Da diese Personen die erforderlichen Daten und Informationen zu Besonderheiten in der Entwicklung der Jugendlichen häufig nicht kannten, konnten in diesem Erhebungsbereich nur Daten von N=32 Patienten erfasst werden.

Besonderheiten	**Pränatal N=32**	**Während Geburt N=32**	**Säuglingsalter N=32**	**Kleinkindalter N=32**	**Kindergartenalter N=32**	**Grundschulalter N=31**	**In Pubertät N=31**
Ja	**12,5**	**34,4**	**31,3**	**40,6**	**50**	**74,2**	**87,1**
Nein	**84,4**	**62,5**	**65,6**	**53,1**	**43,8**	**25,8**	**12,9**
Unklar	**3,1**	**3,1**	**3,1**	**3,1**	**6,3**		

Tabelle 4: Besonderheiten in den Entwicklungsphasen in Prozent

Als Besonderheit in der **pränatalen** Entwicklungsphase wurde *Risikoschwangerschaft* von 12,5% der Befragten angegeben. Bei den Besonder-

heiten/Auffälligkeiten **während der Geburt**, gab es die verschiedenen Nennungen Atemstillstand, Kaiserschnitt, starker Blutverlust der Mutter, Nabelschnur um Hals des Säuglings, schwere-/stark verzögerte Geburt, Saugglockengeburt, Zangengeburt. Als Besonderheiten /Auffälligkeiten im **Säuglingsalter** wurden mehrere Operationen, dauernde Mittelohrentzündung, Herz- und Atemstillstände, Schreikind, Schlafstörungen, dauernde Bronchitis genannt. Nennungen zu Besonderheiten/Auffälligkeiten im **Kleinkindalter** waren: Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Nahrungsverweigerung, Otitis media, Schlafstörungen, stark forderndes Kind, Tod des Vaters, Trennung der Eltern. Für das **Kindergartenalter** der Patienten wurden die folgenden Besonderheiten/ Auffälligkeiten genannt: Starke Ängstlichkeit, Entwicklungsverzögerung, Drogenkonsum der Eltern, Einnässen, Einzelgänger, motorische Schwächen, nicht Basteln können, Otitis media, übermäßig ruhiges Kind, Scheidung, familiärer Streit, starke Trennungsangst, Trotz, Ablehnung, Unfall, Unruhe. Nennungen zu Besonderheiten/Auffälligkeiten im **Grundschulalter** waren: Aggressionen, starke Aggressionen, aggressive Angriffe, Diebstähle, starke Leistungsschwankungen, Einnässen, Fiebern ohne Grund, ausgeprägtes Grenzen testen, Heimunterbringung, Infektanfälligkeit, Kontaktprobleme, Respektlosigkeit, Schulschwänzen, Stress mit Lehrern, Stress mit anderen Kindern, starke Unruhe, unsauberes Essverhalten, viele Unfälle, starker Drang im Mittelpunkt zu stehen. Für die Lebensphase der **Pubertät** wurden folgende Nennungen gemacht: Depression, Drogenkonsum, Grenzüberschreitung, Schulschwänzen, Schulverweigerung, Scheidung, Umzug, Unzuverlässigkeit, Rückzug von den Eltern, Zickigkeit.

Langzeitstudien vom Kindergartenalter bis in die Adoleszenz belegen auf deutliche Weise, dass Kinder die Risikofaktoren für eine spätere Suchterkrankung aufweisen schon in jungem Alter erkannt werden können (Hawkins et al. 1992, Masse u. Tremblay 1997, Colder u. Chassin 1997). Diese Suchtgefährdeten zeigen bereits im Kindergartenalter Verhaltensauffälligkeiten: Aggressiv-expansives Verhalten, mangelnde Selbstkontrolle, erhöhte Impulsivität, sind leicht erregbar, Gefahrenblindheit, vorschnelles Handeln, eine ausgeprägte Suche nach unmittelbaren Verstärkern, eine erhöhte Empfindlichkeit für Außenreize, verhalten sich häufig rücksichtslos, zeigen deutliche Defizite in den sozial-adaptiven Fähigkeiten. Im weiteren Verlauf ergibt sich eine hohe Überschneidung dieser Merkmale mit den sich entwickelnden Störungen des Sozialverhaltens oder einer beginnenden Suchterkrankung (Moggi 2005; Schwoon 2001, Schulz et al. 1999, Meijer et al. 1998).

Die von zahlreichen Autoren beschriebenen Merkmale lassen sich in den Ergebnissen unserer Psychiatrie-Studie wieder finden. Die Biografien der jugendlichen Patienten und Patientinnen weisen bereits in der Kindheit

Besonderheiten auf, die auf ein erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer psychischen Störung bzw. Suchtstörung hindeuteten.

5.4.2. Delinquenz

Insgesamt zeigen die männlichen Patienten ein höheres Ausmaß an delinquentem Verhalten als die weiblichen Patienten der Station Szenenwechsel. Während bei 50% der Jungen aktuelle Strafanzeigen vorliegen, ist dies bei 38% der Mädchen der Fall. Auffällig werden die Jugendlichen mit BTM-Verstößen, Eigentumsdelikten, Körperverletzung oder wegen Schwarzfahrens. 12,5% der Mädchen und 24% der Jungen sind wegen Körperverletzungsdelikten polizeilich auffällig geworden.

5.4.3. Psychologische/ psychiatrische Vorerfahrung

Das vorliegende Item erfragt, ob sich der Patient schon vor der Aufnahme in die Klinik wegen einer psychischen Erkrankung in Beratung oder Behandlung befand. Dies wird von den befragten familiären Bezugspersonen für 58% der Jugendlichen mit *Ja* beantwortet. 30% waren vor der Aufnahme auf die *Station Szenenwechsel* noch *nicht* in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung. Bei 12% ist *unklar*, ob eine solche Vorerfahrung vorliegt.

Einen *sehr signifikanten* Zusammenhang ergibt die Korrelation der Variablen Geschlecht und Suizidversuch. 54% (Die Korrelation ist auf dem Niveau p=.01 signifikant.) der weiblichen Patienten haben schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen. Bei den männlichen Patienten trifft dies nur auf ca. 5% zu. Befragt wurden hier die familialen Bezugspersonen der Patienten, die Angaben zu Suizidversuchen ihrer Kinder machen sollten.

5.4.4. Erkrankungen und Suchterkrankungen in der Familie

Die familiäre, genetische Disposition psychischer Erkrankungen gilt heute als klar belegt (Schwartz et al. 2001). Eine genetische Disposition zur Entwicklung einer Suchtstörung ist aus Zwillingsstudien bekannt (Maier 1997, Pickens et al. 1991). Zu möglichen Erkrankungen innerhalb ihrer Familien wurden die Jugendlichen, anders als im vorherigen Abschnitt selbst befragt.
Auf die Frage, Gab es schwere Erkrankungen in der Familie folgender Art: **Psychischer Natur** geben 26% an, Ja, bei einem Großelternteil, 28% geben an, dass eine solche Erkrankung bei einem Elternteil vorlag und 17% geben an, dass ein Geschwister psychisch erkrankt sei. 23% der Befragten geben an, dass sowohl ein Großelternteil als auch ein Elternteil psychisch schwer erkrankt ist. Bei 13% der Befragten findet sich eine psychische Erkrankung

sowohl in der Großelterngeneration, der Elterngeneration, als auch in der Generation des Befragten, bei einem Geschwister.

Auf die Frage, Gab es schwere Erkrankungen in der Familie folgender Art: **Suchtmittelabhängigkeit**, geben: 22% an, dass ein Großelternteil von Suchtmitteln abhängig sei, 33% sagen, dass ein *Elternteil* Suchtmittelabhängig war oder sei und13% bezeichnen ein *Geschwister* als abhängig von Suchtmitteln. 21% der Befragten geben an, dass sowohl ein Großelternteil als auch ein Elternteil von Suchtmitteln abhängig sei. Bei 13% findet sich nach Patientenaussagen eine Suchtmittelabhängigkeit in den drei aufeinanderfolgenden Generationen. Auch wenn den Einschätzungen der Jugendlichen zu einem problematischen Umgang der Familienmitglieder mit psychoaktiven Substanzen keine harten, standardisierten Kriterien wie die der Diagnosesysteme ICD-10 oder DSM-IV zugrunde liegen, verdeutlichen die beschriebenen Wahrnehmungen doch, dass bei einem hohen Prozentsatz der nächsten Angehörigen Probleme im Umgang mit Suchtmitteln vorhanden sind. Signifikante Abweichungen im Geschlechtervergleich sind hier nicht zu finden.

In einer Vielzahl von Studien aus dem angloamerikanischen und deutschen Raum wurde nachgewiesen, dass Alkoholabhängige überzufällig oft aus Familien stammen, in denen bereits der Vater bzw. die Mutter oder beide Elternteile alkoholabhängig waren (Lachner & Wittchen, Zobel 2000, Klein 2005).

Die Ergebnisse bestätigen das Vorhandensein eines allgemeinen Risikofaktors für Abhängigkeitsentwicklung, der familiär übertragen wird. Eine Alkoholabhängigkeit der Eltern könnte laut Klein (2005) das Risiko jeglicher Substanzabhängigkeit erhöhen, unabhängig vom Risiko der Ausbildung einer alkoholspezifischen Abhängigkeit. Nach weiteren epidemiologischen Studien, die in Deutschland durchgeführt wurden, steigt das relative Risiko, eine Suchterkrankung zu entwickeln für Mädchen in suchtbelasteten Familien besonders stark an (Lachner & Wittchen 1997). Während Söhne alkoholkranker Väter ein 2,01fach erhöhtes Risiko und die Söhne alkoholkranker Mütter ein 3,29faches Risiko im Vergleich zu unbelasteten Söhnen aufweisen, betragen die Vergleichszahlen für Töchter alkoholbelasteter Väter 8,69 und alkoholbelasteter Mütter 15,94 (Klein 2005).

Dieser Zusammenhang kann als homopathologisches Transmissionsrisiko bezeichnet werden, also die Weitergabe der gleichen Störung auf die nächste Generation (Klein & Zobel 2000, Schwartz et al. 2001). Ein erhöhtes Risiko einer Abhängigkeitsstörung bei Kindern aus vorbelasteten Familien, bzw. eine Häufung von süchtigen Störungen über mehrere Generationen hinweg, wie diese in der Literatur beschrieben werden, scheinen in dieser Studie ihre Bestätigung zu finden. Auch scheinen die Auswertungen der vorangegangenen Erhebungskategorie eine familiäre Disposition für andere psychische Erkrankungen zu verifizieren.

5.4.5. Gewalterfahrungen

Nach den Erkenntnissen der Neurobiologie können Traumata ein Gehirn in seiner Funktion oder gar Struktur so verändern, dass es psychische Auffälligkeiten und Störungen erzeugt. Nachweise dieser Tatsache konnten inzwischen durch die bildgebenden Verfahren (Positronen-Emissions-Tomographie (PET), Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT), funktionelle Magnetresonanztomografie fMRT) erbracht werden.

Anhaltende Traumatisierungen, sogenannte Entwicklungstraumata, verändern die Hirnstruktur besonders in der frühen Kindheit. Unsicheres, fehlendes, reizüberflutendes oder diffuses Bindungsverhalten der wichtigsten Bezugspersonen und bedrohliche traumatische Erlebnisse wie Vernachlässigung, emotionale, physische oder gar sexualisierte Gewalt und andere Schockerlebnisse, auch der plötzliche Verlust von Bindungspersonen beeinflussen die Hirnentwicklung des Säuglings, des Kleinkindes, Schulkindes und auch des Jugendlichen erheblich (Hüther 2005). Nach Besser (2005) können schon Monotraumata in der Kindheit zu einer stagnierenden und beeinträchtigenden Persönlichkeitsentwicklung beitragen.

Insgesamt haben 48% der Patienten nach der Aussage ihrer Therapeuten Erfahrungen mit Gewalt in der Familie als Opfer gemacht. Dies ist bei 60% der Mädchen und 42% der Jungen der Fall. Differenziert nach der Art der erfahrenen Gewalt, geben die befragten Therapeuten an, dass von den Mädchen 47% Opfer sexueller Gewalt geworden sind. Unter den Jungen gibt es in diesem Bereich von Gewalt nur einen vermuteten Fall. Der gemessene Zusammenhang zwischen sexueller Gewalt und Geschlecht ist bei Patienten der Station Szenenwechsel signifikant. Mädchen wurden häufiger Opfer sexueller Gewalt als Jungen. ($p= 0.002$)

In den USA wurden Studenten mit und ohne elterliche Alkoholabhängigkeit nach signifikanten Lebensereignissen befragt. Gefunden wurden hier stabile Zusammenhänge zwischen dem Risikostatus, Kind eines alkoholabhängigen Elternteils zu sein und sexuellen Übergriffen in der Kindheit und Jugend (Sher et al. 1997). Eine Untersuchung von Klein & Zobel (1999) kommt zu dem Ergebnis, dass körperliche Gewalterfahrungen bei Personen mit elterlicher Abhängigkeit etwa dreimal häufiger (32,5%) berichtet werden als bei Personen ohne elterliche Abhängigkeit (9,1%). Die vorliegenden Daten dieser Studie bestätigen einen solchen Zusammenhang. Die Korrelation zwischen den Variablen **Suchtmittelabhängigkeit eines Elternteils** und **Gewalterfahrungen in der Familie** zeigt mit $r=0.623$ eine signifikante Häufung an Gewalterfahrungen bei Kindern aus einer suchtbelasteten

Familie. Die Korrelation ist auf dem Niveau von p=0.01 signifikant. Die vorgefundene insgesamt sehr hohe Zahl an Opfern von familiärer bzw. häuslicher Gewalt unter den Patienten deutet auf ein hohes Maß an Traumatisierung und somit auf eine hohe Quote insofern komorbider Auffälligkeiten und Störungen unter den jungen Menschen in stationärer Suchttherapie hin.

5.5. Konsum, Konsummuster, Einstiegsalter, Konsumgründe

Eva

Später in der 7. Klasse kam ein neues Mädchen in unsere Klasse, mit der ich mich anfreundete und mit der habe ich dann immer abgehangen. Mit der zusammen bin ich immer raus gegangen und mit der hab ich dann auch so Leute kennengelernt und mit denen hab ich dann auch getrunken. Das waren dann Skater, Rapper und Sprayer. Der eine hat bei mir in der Gegend gewohnt. Die anderen auch, aber noch tiefer drin in der Gegend. Mit denen hab ich dann getrunken und gekifft. Damals war ich 13 Jahre alt. Mit 11/ 12 hab ich auch schon angefangen zu rauchen. In der Zeit ging es dann auch mit der Schule bergab. Und mit meiner Mutter auch. Sie wollte mir die Kontakte verbieten, hat das aber nicht mehr geschafft. Irgendwann hat sie dann auch ihren jetzigen Mann kennengelernt wir. Meine Mutter wollte mich immer mit zu ihrem Freund nehmen, damit ich von der Clique weg komme. Einmal hab ich ne Party gefeiert, in der Wohnung meiner Mutter, als ich alleine dort war und sie bei ihrem Freund, die Wohnung war dann leicht zerstört. Danach hat mich meine Mutter raus geworfen. Dann bin ich zu meiner Oma gezogen, die aber auch umgezogen war, in die gleiche schlimme Gegend.

Adam

In der Grundschule kann ich mich nur noch an meine letzte Lehrerin erinnern. Die war komisch. Mit der kam ich überhaupt nicht zu Recht. Die mochte ich überhaupt nicht von ihrer Art her und ich glaub die mochte mich auch nicht, weil ich so ein fauler Junge war.

Meine Kameraden, mit denen ich immer draußen war/bin, die würden sagen dass ich so „obercool“ war, also dass ich immer Schläge angedroht habe, immer aggressiv war… Ich hab mich auch oft geschlagen. Ich wollte auch immer, dass alle machen, was ich sage …

Ich gehe hier in der Therapie zur Schule. Ich mach gerade zum dritten Mal die zehnte Klasse und da kenn ich den ganzen Stoff schon. In meine Heimatstadt möchte ich nicht mehr zurück, weil ich da zu viele Leute kenne, zu viel in der Szene bin. Hier hab ich angefangen mir drogenfrei was aufzubauen.

Zuhause hab ich auch keine Ausbildungsstelle zu meinem Traumberuf – Sozialpädagoge – und da könnte ich auch keine Ausbildung zum Hauswirtschafter bekommen. Ich muss noch meinen Realschulabschluss machen, dann muss ich Fachabitur machen und dann was studieren ...
Mit sechs Jahren hab ich meine ersten Zigaretten geraucht. Meine Altersgenossen die waren für mich einfach nur schwach und dumm und ich hab auch nicht wirklich richtig geraucht mit sechs; das war eher so Kippen abgeben an Zehnt- und Neuntklässler, bei denen cool sein, dann mit denen eine rauchen, damit die sehen, dass ich auch einer von denen bin. Angefangen richtig zu rauchen hab ich erst mit acht oder so. Ich hab dann aber früh mit Kiffen angefangen. Das war mit neun Jahren. Ende der Grundschule. Mein Bruder war für mich mein großes Vorbild und deshalb wollte ich auch kiffen. Und irgendwann hab ich ihn dann dazu gekriegt, dass er mich auch lässt. Meine Eltern haben mir verboten in einen Verein zu gehen, nur mal zum Spaß. Da war eher Kiffen, Geld besorgen, Scheiße bauen, Drogen nehmen ... Ich hab jeden Tag Drogen genommen. Morgens ein Joint, anstatt zur Schule zu gehen haben gekifft. Entweder erst gekifft und dann zur Schule, oder eben gar nicht hin. Später dann Alkohol, Amphetamin, Cannabis, Kokain und LSD-Trips. Zuerst nur auf Partys … Bevor ich ins Heim kam, ist es zu Hause schlimmer geworden. Meine Eltern hatten Hunde – deutsche Doggen - und wenn ich Streit mit meinen Eltern hatte, dann wurden die Hunde voll aggressiv. Am schlimmsten war es an dem Tag, bevor ich abgehauen bin, das war nach einer Schlägerei mit meinen Eltern. Als die Hunde kamen, hab ich die getreten, dann hab ich mich mit meinen Eltern geschlagen und dann bin ich einfach weggerannt.
Ich habe heute keinen Kontakt zu denen; aber ich greif die deshalb nicht an und dafür lassen die mich auch in Ruhe. Damit kann ich besser leben.

5.5.1. 30 Tage Prävalenz

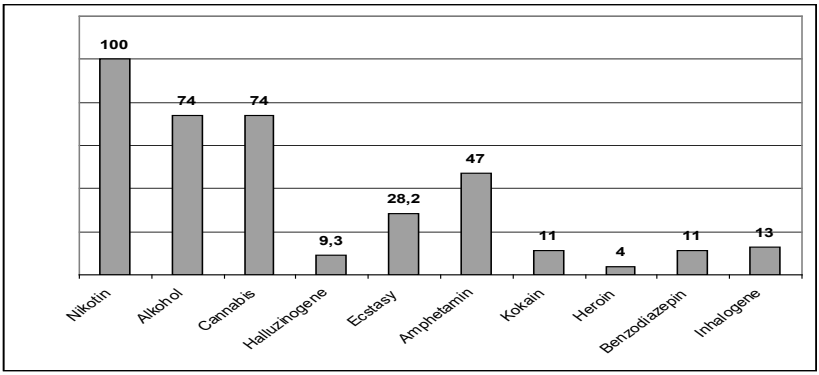


Abbildung 24: Konsum nach Substanzen im Zeitraum: 30 Tage vor der Aufnahme

100% der befragten Patienten haben in den letzten 30 Tagen Nikotin zu sich genommen! Darunter sind nur 2 Patienten, die keine täglichen Raucher sind. Da den Patienten das Rauchen an bestimmten Orten der Station erlaubt ist, handelt es sich bei diesen Prävalenzraten um einen *echten* 30-Tages-Zeitraum. Hingegen beziehen sich die folgenden Aussagen der Patienten auf die letzten 30 Tage *vor* der Aufnahme.

74% der befragten Patienten haben in den letzten 30 Tagen Alkohol zu sich genommen. Ebenfalls 74% der befragten Patienten haben in den letzten 30 Tagen Cannabis zu sich genommen. Fast die Hälfte der Jugendlichen (47%) konsumierten Amphetamin, 28% konsumierten ein Amphetaminderivat des Typs Ecstasy. Inhalogene wurden von 13% der Patienten innerhalb der 30-Tages-Prävalenz „geschnüffelt“. Jeweils 11% nahmen Kokain und Benzodiazepin. 9,3% nahmen in den letzten 30 Tagen vor der Aufnahme Halluzinogene zu sich, Heroin wurde von 4% in den letzten 30 Tagen vor der Aufnahme konsumiert.

5.5.2. *Lebenszeitprävalenz*

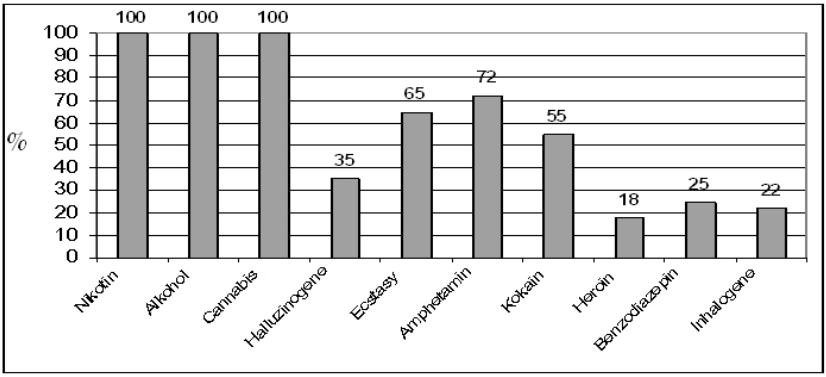


Abbildung 25: Lebenszeitprävalenz nach Substanzen (n=45)

Viele der abhängig konsumierenden Jugendlichen haben bereits frühe Erfahrung mit diversen Substanzen gemacht. Die Spanne der Lebenszeitprävalenz für diese verschiedenen Stoffe reicht von 18% mindestens einmaliger Konsumenten von Heroin bis 100% Nikotin-, Alkohol- und Cannabiskonsumenten. Auch die Substanzen Amphetamin, Ecstasy und Kokain wurden schon von mehr als der Hälfte der Patienten konsumiert.

Eva
Und dann wurde mir das Ultimatum gestellt: Entweder Drogenberatungsstelle und mich von Freunden trennen und zurück zu meiner Mutter oder ich kann sehen, wo ich bleibe.
Ich bin dann zur Drogenberatung gegangen, wie von mir verlangt wurde. Ich hab bei meiner Oma gewohnt, dort hab ich dann ne andere , neue Clique gefunden. Das war nicht unbedingt besser. Damals war ich schon 14.
Dann musste ich mich mit meiner Mutter zu ihrem Freund ziehen. Dort hatte ich ein sehr hässliches Zimmer mit Schrank für alle. Ich hatte keine Intimsphäre mehr. Das Verhältnis war total gebrochen. Wenn ich in die Wohnung kam, bin ich immer sofort in mein Zimmer, und wenn ich geredet habe, dann nur gestritten. Ich habe mich nur mit meiner Mutter gestritten. Ich war einfach nur wütend auf sie. Mit dem neuen Mann kam ich auch nicht so gut zurecht. Er wollte sich auch in meine Erziehung einmischen. Meine Mutter und ihr Mann haben jetzt auch eine kleines Kind, das gerade 4 Monate alt ist. Ist für mich eigentlich o.k., solange meine Mutter glücklich ist.
Als ich gerade 15 Jahre alt war, bin ich zu meinem Vater gezogen, weil ich mich mit meiner Mutter nur noch gestritten habe. Ich bin dann auch in der Schule sitzen geblieben.

Als ich bei meinem Vater wohnte, habe war ich immer unterwegs und hab sehr viel gekifft. In der Wohnung meines Vaters schlief ich im Wohnzimmer auf der Couch, mein Vater war nicht viel Zeit da. Der Kontakt zu meiner Mutter war zu dieser Zeit ganz abgebrochen. Ich war viel bei meiner Oma und meinem Opa.

Adam
Meine letzte Verhandlung war wegen Einbruch, davor wegen räuberischer Erpressung und Diebstahl und davor hatte ich noch welche wegen Diebstahl. Aber ich wurde nie mit Drogen erwischt.
Ich bin auf der Straße gelandet. Ich war vor der U-Haft auf der Straße. Da gings mir richtig dreckig, da hab ich den ganzen Tag nur Drogen konsumiert, hab immer nur Scheiße gebaut. Und dann hab ich eingesehen, dass ich was ändern muss in meinem Leben. Entweder ich nehme die ganze Zeit Drogen, hab aber kein Zuhause; oder ich hab ein Zuhause nehme aber keine Drogen mehr.
Ich kenne viele Leute die haben keine Drogen konsumiert und denen geht es gut, aber für mich waren Drogen einfach cool. Da draußen hab ich irgendwie auch immer den Drang gehabt mich zu beweisen …

5.5.3. Einstiegsalter in den Konsum psychoaktiver Substanzen

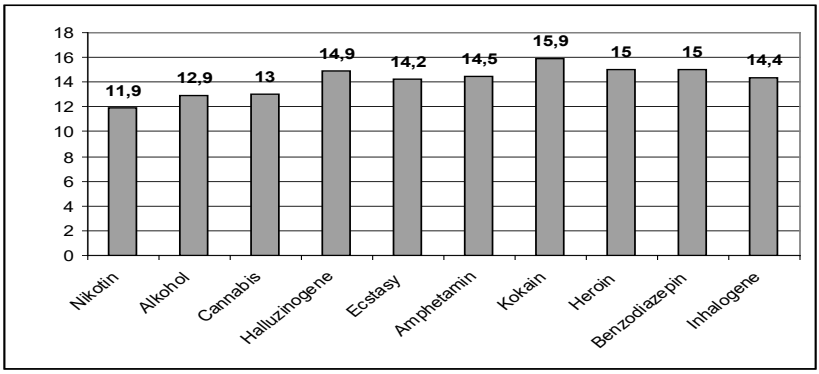


Abbildung 26: Durchschnittliches Einstiegsalter nach Substanzen (n=46)

Das durchschnittliche Einstiegsalter liegt bei den Patienten zwischen 11,9 Jahren beim Einstieg in den Nikotinkonsum und 15,9 Jahren bei Kokain. Mädchen beginnen das Rauchen mit 11,8 Jahren, Jungen mit 12,0 Jahren. Der Einstieg in den Alkoholkonsum erfolgt bei den Mädchen mit 12,5 Jahren, bei den Jungen liegt das Einstiegsalter bei 13,3 Jahren. Cannabis beginnen

Mädchen mit 12,7 Jahren zu konsumieren, während die männlichen Patienten dies mit 13,2 Jahren tun. Somit ist das auf der Station Szenenwechsel ermittelte Einstiegsalter deutlich erniedrigt gegenüber den mittleren Alterswerten zum Konsumeinstieg in der Normalbevölkerung. Hier zeichnen sich deutliche Hinweise für die Prävention ab. Studien belegen, dass das Abhängigkeitsrisiko bei frühem Konsumeinstieg deutlich erhöht ist und dass Kinder und Jugendliche die frühzeitig mit dem regelmäßigen Konsum einer Substanz beginnen, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen auch eine andere Substanz regelmäßig einzunehmen.

Schulische Präventions-Programme wie beispielsweise "Be Smart - Don't Start", die schon in Unter- und Mittelstufe durchgeführt werden, mit dem Ziel den Nicht-Einstieg in den Nikotinkonsum als kollektives Klassenziel anzustreben, könnten möglicherweise vorbildhaft auch auf weitere Substanzen übertragen werden, um einen allzu frühen Konsumeinstieg mit den damit verbundenen erhöhten Risiken zu verhindern.

"Be Smart - Don't Start" richtet sich an Schülerinnen und Schüler im Alter von elf bis 15 Jahren aller allgemein bildenden Schulen. Der Wettbewerb wird von der Europäischen Kommission, der Deutschen Krebshilfe, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der "Deutschen Lungenstiftung", dem BKK-Bundesverband und der Deutschen Herzstiftung sowie zahlreichen weiteren öffentlichen Institutionen unterstützt. Der Wettbewerb wird im Schuljahr 2006/2007 bereits zum zehnten Mal durchgeführt. Im Schuljahr 2005/2006 haben sich bundesweit insgesamt 12.425 Klassen angemeldet. 8.177 Klassen haben den Wettbewerb erfolgreich abgeschlossen. Auf internationaler Ebene wird der Wettbewerb ("Smokefree Class Competition") derzeit in 22 Ländern durchgeführt (http://www.ift-nord.de).

5.5.4. Begründung für den Konsumbeginn

Ein weiteres Item in dieser Erhebungskategorie untersucht Gründe für den Konsumeinstieg. Bei der Häufigkeitsdarstellung der genannten Begründungen sind nur die signifikantesten Nennungen berücksichtigt. Es war zu jeder Substanz eine Nennung möglich. Als Nennung eines Grundes für den ersten Konsum einer psychoaktiven Substanz (*Warum hast Du begonnen nachfolgende Substanz zu nehmen?*) ist die Nennung *aus Neugierde* bei allen illegalisierten Substanzen die am häufigsten vertretene.

Zwar erlaubt dieses Ergebnis keine eindeutigen Rückschlüsse hinsichtlich der Fragestellung, ob illegalisierte Substanzen im Rahmen der Adoleszenz-Entwicklung einen (noch) größeren Reiz auf Jugendliche ausüben als legale, eine oftmals zitierte und unbestrittene Affinität Jugendlicher zu grenzüberschreitendem Verhalten und einem insgesamt hohen Maß an Experimentierfreudigkeit scheint hier allerdings Bestätigung zu finden (Fischer&Gokert

2000, Tossmann&Pilgrim 2001). Bei der Substanz Nikotin überwiegt die Begründung „*Weil es cool ist*“ (48,8%) als Erklärung für den Konsumeinstieg und lässt sich als Spiegelung jener Wünsche Jugendlicher, einerseits nach Zugehörigkeit, aber auch nach Anerkennung interpretieren. Für die Substanz Alkohol ist die häufigste Nennung eines Einstiegsgrundes *um Spaß zu haben* (44,5%). Die Nennung *aus Neugierde* wurde, im Vergleich zur Häufigkeit dieser Nennung bei den illegalisierten Substanzen, hier von keinem (0%) Jugendlichen gemacht! Die Idee mit der Substanz Alkohol Spaß haben zu können - eine an diversen Alltagsmodellen zu erlernende Einstellung zur Funktionalität des Alkohols - scheint sich bei fast der Hälfte der Jugendlichen zu einer eindeutigen Wirkungserwartung verdichtet zu haben und als solche übernommen worden zu sein.

5.5.5. Begründung für den momentanen Gebrauch psychoaktiver Substanzen

Auch zu den Begründungen, warum die verschiedenen Substanzen bis kurz vor der Aufnahme konsumiert wurden, sind nur die signifikantesten Nennungen berücksichtigt. Es war wieder zu jeder Substanz eine Nennung möglich. Auf die Frage "Warum hast du bis kurz vor deinem Aufenthalt hier nachfolgende Substanzen genommen?" Nennen für **Nikotin** 56% aus Gewohnheit. Die zweithäufigste Nennung ist aus Langeweile (20%). Kann nicht anders nennen 18% der Raucher zur Begründung für den momentanen Gebrauch. Die Antwortverteilungen und –häufigkeiten erlauben vorsichtige Rückschlüsse sowohl auf die Funktionalität der Substanzen für deren User als auch auf das Suchtpotenzial der Stoffe. 40% geben an **Alkohol** *um Spaß zu haben zu* konsumieren, gefolgt von 17% die Alkohol *zum Vergessen* trinken. 10% trinken Alkohol *wegen Problemen*. Für die Substanz **Cannabis** sind die häufigsten Nennungen *zum Vergessen* (21%), *zum Entspannen* (15,3%), *aus Gewohnheit* (14%), *kann nicht anders* (10%). Zu **Ecstasy** wurden die Nennungen "*Um Spaß zu haben"* von 43% der User gemacht, *wegen Problemen* von 15%, *um wach zu sein* von 10%. **Amphetamin** wird von 30% der User konsumiert, *um wach zu sein*. 15% hilft es *gegen Unsicherheit* und 15% hilft es, *um Spaß zu haben.* 24% der Kokainisten gebrauchen die Substanz **Kokain** mit der Begründung "*Hilft gegen Unsicherheit"*. 22% konsumieren Kokain *aus Neugierde*. Jeweils 12% nennen *ich kann nicht anders* und *um wach zu sein* (12%) als Konsumgrund. 50% der User von **Heroin** begründen den Gebrauch damit, *nicht anders zu können*. Die zweithäufigsten Nennungen sind *um zu vergessen* (25%) und *wegen Problemen* (25%). 50% der **Benzodiazepin**-User nehmen die Substanz *zum Entspannen*, 20% *zum Vergessen* und 20%, weil sie nicht anders können.

5.5.6. Finanzierung des Drogenkonsums

Ihren Drogenkonsum finanzierten 88% der Mädchen und 80% der Jungen mittels ihres Taschengeldes. Eine Finanzierung des Konsums durch den Freund/Partner geben 61% der Mädchen und 70% der Jungen an. Dealen als genannte Finanzierungsmöglichkeit nennen 39% der Mädchen und 46% der Jungen. Diebstähle innerhalb und außerhalb der Familie dienten 44% der Mädchen und 54% der Jungen zur Beschaffung, gefolgt von Einbrüchen sowie Raub, was von jeweils 30% der Patienten verübt wurde. 22% der Mädchen (0% der Jungen) finanzierten ihren Konsum teilweise durch Prostitution.

Eva

Irgendwann mal, kurz vor Weihnachten, habe ich wieder Kontakt mit meiner Mutter aufgenommen. Ich bin dann von meinem Vater abgehauen und bin für eine Nacht in ein Übergangsheim. Er hat zu viel hinter mir hergeschnüffelt und er hat mich auch immer in Sachen hineingezogen, mit denen ich nichts zu tun haben wollte. Er hat dann auch noch vorübergehend geheiratet. Das war schnell wieder zu Ende. Zu dieser Zeit habe ich auch andere Drogen ausprobiert, aber hauptsächlich gekifft. Schule lief irgendwie weiter, aber auch in der 10. bin ich wieder hängen geblieben. Ich wechselte auch die Schule und dann bin ich gar nicht mehr zur Schule gegangen. Das 2. Gymnasium war in einer sehr vornehmen Gegend. Da passte ich auch nicht hin.

Musik war in dieser ganzen Zeit immer wichtig für mich. Ich habe Hip-Hop, RnB, ab und zu auch immer noch Rock, gehört.

Irgendwann fand ich das alles voll blöd, langweilig, eingefroren, man bleibt auf der gleichen Stelle stehen, träge. Durch das Kiffen wird man halt träge.

Am Anfang war alles lustig beim Kiffen. Das gemeinsame Rumhängen war erst mal cool, später wurde es langweilig.

Als ich 15/ 16 Jahre war, hab ich immer häufiger gedacht, dass das alles nichts bringt. Mit 16 kam ich dann aber wieder in eine Phase, in der ich in eine neue Clique kam. Die hingen nicht nur rum sondern haben viel gefeiert. Das war dann wieder interessant und alles ging weiter. Dann hatte ich einen neuen Freund, mit dem ich dann wieder extrem viel gekifft habe. Später habe ich dann auch viel Pep gezogen und Teile (Extasy) gefressen.

Das wurde alles so heftig, dass ich erkannt habe, dass ich was ändern muss. Ich war süchtig. Ich habe die Veränderungen bei mir und bei anderen gesehen. Eine Freundin von mir ist ganz abgestürzt.

5.6. Persönlichkeitsmerkmale, Intelligenz und Behandlungsmotivation

Die folgenden Unterpunkte beschreiben ausgewählte Ergebnisse des mehrdimensionalen Persönlichkeitstests MPT-J. Dieser Test erlaubt es, verschiedene Persönlichkeits-Ausprägungen zu messen und zu beschreiben Trait- bzw. Temperamentsmerkmale sowie ein früher Beginn von dissozialen Problemen bereits im Vorschulalter sowie aggressives Verhalten, ungenügende Schulfertigkeiten, schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen und später hinzutretende Schulschwierigkeiten können als Risikomerkmale für eine Störung im Sozialverhalten und für Alkohol- und Drogenmissbrauch angesehen werden (Schulz et al. 1999).

Ob aber diese Trait-Variablen den Konsum psychotroper Substanzen eher begünstigen oder ob Veränderungen von Persönlichkeitseigenschaften im Sinne eines postmorbiden Resultates dem (übermäßigen) Konsum von Drogen zugeschrieben werden können, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Die Debatte um einen möglichen Zusammenhang zwischen prämorbiden Persönlichkeitseigenschaften und der späteren Abhängigkeitsentwicklung wurde bisher eher im Bereich der über 18jährigen geführt. Dabei zeigte sich, dass eine große Anzahl von Traits eher als Konsequenzen, denn als den Abhängigen prädisponierende Faktoren zu verstehen sind (Sher 1991).

Auf das zu Grunde legen eines solchen Zusammenhanges zwischen Drogengebrauch und Persönlichkeitsmerkmalen verzichtend, sollen in diesem Kapitel, die zum Zeitpunkt der Behandlung gemessenen Merkmalsausprägungen, als Häufigkeitsdarstellung wiedergegeben werden.

5.6.1. Persönlichkeitsmerkmal Aggressivität

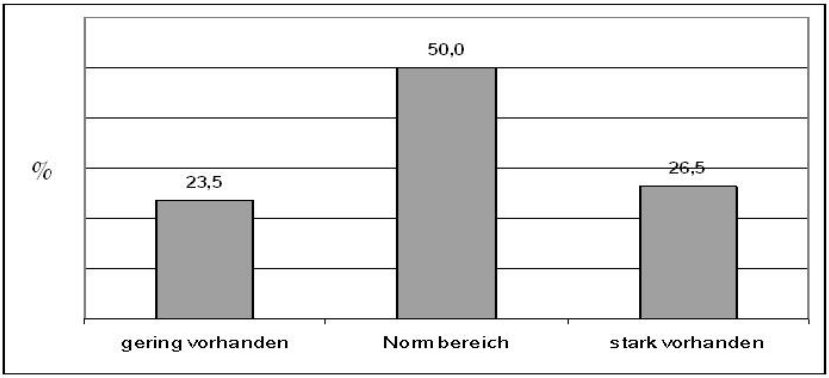


Abbildung 27: Skala AG (Aggressivität) nach MPT-J (n=36)

26,5% der Jugendlichen sind in erhöhtem Maße aggressiv (15% weibliche- und 33% männliche Patienten). 50% bewegen sich diesbezüglich im Normbereich (53% weibliche- und 48% männliche Patienten). 23,5% zeigen ein abweichend geringes Maß an Aggressivität (30% weibliche- und 19% männliche Patienten), mit den hierfür typischen Merkmalen Geduld und Reife, eventuell phlegmatisches Verhalten.

Mehr als ein Viertel der jungen Suchtpatienten zeigen ein erhöhtes Maß an Aggressivität im Vergleich zur Normalbevölkerung! Kennzeichen für eine solche Trait-Ausprägung sind Ungeduld, Intoleranz und Unreife (Schmidt 1981). Da der Befragungszeitpunkt zwei Monate nach der Aufnahme der Patienten lag, kann ein abweichendes Aggressionspotenzial aufgrund des Faktors Entzugs- und Cravingsymptomatik nahezu ausgeschlossen werden.

5.6.2. *Persönlichkeitsmerkmal Ich-Stärke*

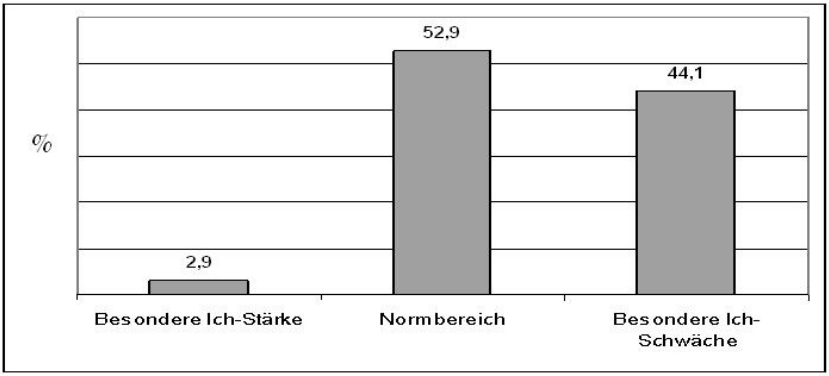


Abbildung 28: Skala IS (Ich-Schwäche) nach MPT-J (n=34)

Laut den Testauswertungen liegt bei knapp 3% der getesteten Jugendlichen eine besondere Ich-Stärke vor. 53% bewegen sich im Normal-Bereich (69% weibliche- und 43% männliche Patienten) und 44,1% der Patienten diagnostiziert der Test eine besondere Ich-Schwäche (30% weibliche- und 52% männliche Patienten).

Hohe Werte der Skala IS (besondere Ich-Schwäche) deuten auf emotionale Labilität, Depression, Erregbarkeit, geringe Frustrationstoleranz hin. Eine besondere Ich-Stärke ist insbesondere durch emotionale Stabilität, Belastbarkeit und Ausgeglichenheit gekennzeichnet (Schmidt 1981).

5.6.3. *Persönlichkeitsmerkmal: Leistungsmotiviertheit*

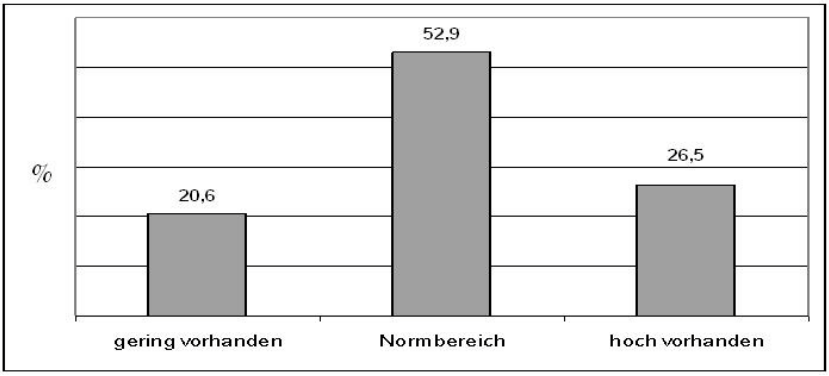


Abbildung 29: Skala LM (Leistungsmotiviertheit) nach MPT-J

Ähnlich der Skala Aggressivität, zeigt der Test bei jeweils ca. einem Viertel der Patienten eine Abweichung vom Normalbereich in der Leistungsmotiviertheit. Wurde bei 26,5% (15% weibliche- und 33% männliche Patienten) eine erhöhte Leistungsmotivation mit der symptomatischen Tendenz zu Geltungsstreben, Selbstüberschätzung und Dominanz festgestellt, sind bei 20,6% der Jugendlichen (54% weibliche- und 14% männliche Patienten). Die ermittelten Werte unterdurchschnittlich ausgeprägt und beschreiben für diese Patienten eine Tendenz zu Bescheidenheit, Selbstunsicherheit, geringem Geltungsstreben, Integrationsbereitschaft und fehlendem Streben nach Dominanz (Schmidt 1981).

5.6.4. *Persönlichkeitsmerkmal Soziale Initiative*

Soziale Initiative zeichnet sich durch Kontaktbereitschaft und Kontaktfreudigkeit sowie Selbstvertrauen aus. Soziale Zurückhaltung hingegen durch Kontaktscheue, Gehemmtheit und mangelndem Selbstvertrauen.

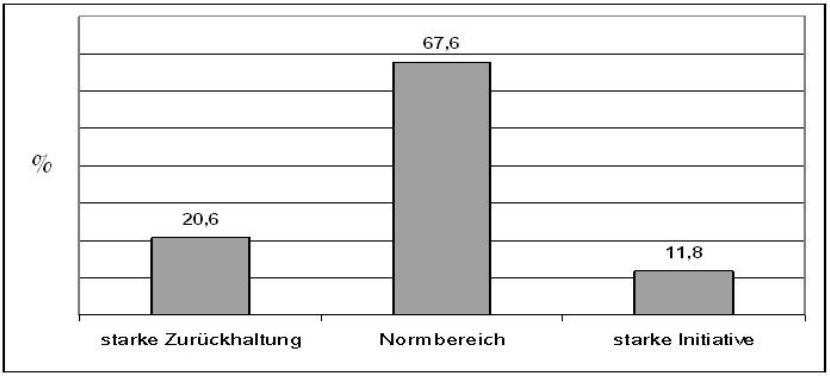


Abbildung 30: Skala SZ (Soziale Zurückhaltung) nach MPT-J (n=34)

20,6% der Patienten (0,7% weibliche- und 29% männliche Patienten) zeigen ein überdurchschnittlich hohes Maß an sozialer Zurückhaltung. Bei 67,6% liegt der Grad der sozialen Initiative im Normbereich (69% weibliche- und 67% männliche Patienten), 11,8% verfügen über abweichend hohe soziale Initiative (23% weibliche- und 0,5% männliche Patienten).

5.6.5. Persönlichkeitsmerkmal Antriebsspannung

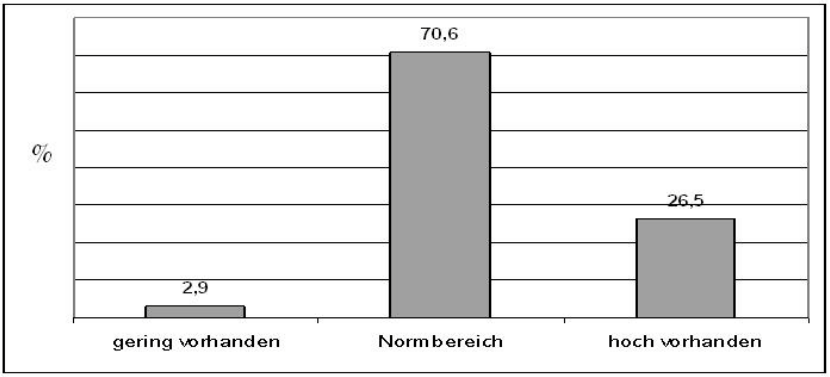


Abbildung 31: Skala AS (Antriebsspannung) nach MPT-J (n=34)

70,6% der mittels des Mehrdimensionalen Persönlichkeitstest untersuchten Jugendlichen liegen bezüglich des Grades ihrer Antriebsspannung im Norm-

bereich. Bei 26,5% ist eine überdurchschnittlich hohe Antriebsspannung gemessen worden (23% weibliche und 33% männliche Patienten). Eine hohe Antriebsspannung wird an Merkmalen wie innerer Unruhe, Zwanghaftigkeit oder Drang nach Selbstbehauptung offenbar.

Bei der Überprüfung potenzieller Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen der erhobenen Persönlichkeitseigenschaften und einer vorzeitigen Beendigung der Behandlung wurden keine Signifikanzen deutlich.

Genauere Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen einer durch die Behandlung erlangten Abstinenzfähigkeit bzw. zwischen der Dauer der Abstinenz nach dem Behandlungsende und den erhobenen Persönlichkeitsmerkmalen wären interessant und notwendig. Solche Untersuchungsergebnisse könnten wertvolle, weil differenzierte Hinweise zur individuellen Therapieplanung geben.

5.6.6. Intelligenz

Intelligenz ist ein Begriff zur Beschreibung kognitiver Fähigkeiten. Intelligenz bezeichnet im weitesten Sinne die Fähigkeit zum Erkennen von Zusammenhängen und zum Finden optimaler Problemlösungen. Ob das Maß an Intelligenz eines Suchtpatienten Einfluss auf die Behandlung bzw. den Behandlungserfolg hat, kann im Rahmen dieser Arbeit nur ansatzweise überprüft werden. Weitergehende Untersuchungen zum Zusammenhang von Behandlungserfolg und Intelligenz müssten die Ergebnisse der nächsten Kapitel aufgreifen und differenziert beleuchten.

Der durchschnittliche Intelligenzquotient (IQ) der Gesamtbevölkerung beträgt 100. Als Normalbereich der Intelligenz wird ein IQ zwischen 85 und 115 bezeichnet, der von zwei Drittel der Bevölkerung erreicht wird. Etwa 2% der Bevölkerung verfügt über einen extrem niedrigen IQ, unter 70, ein Wert, bei dessen Unterschreitung der Betroffene dem Bereich der geistigen Behinderung zugeschrieben wird. Die Definition "Intelligenz-Quotient größer 130" wird im Allgemeinen als Arbeitsgrundlage für die Definition von Hochbegabung verwendet. Ein solcher IQ kann ebenfalls bei ca. 2% der Bevölkerung gemessen werden. Menschen mit einem überdurchschnittlichen IQ von 115 - 130 werden als besonders begabt bezeichnet (ca. 10% der Bevölkerung) (http://www.bildung.koeln.de).

Der nach dem HAWIE-Intelligenztest ermittelte IQ Mittelwert bei N=36 Patienten liegt bei 97,17. Die Standardabweichung bei 12,69, wobei der niedrigste ermittelte Intelligenzquotient bei 76 liegt und der höchste Wert bei 135. 22% der ermittelten IQ-Werte liegen unterhalb der Norm-Range von 85 - 115. 10% der Patienten verfügen über eine besondere Begabung, einen überdurchschnittlichen IQ größer als 115. Ein Patient kann als hochbegabt beschrieben werden (IQ 135).

5.6.7. Behandlungsmotivation

Im Erhebungsteil C (Sucht) wird mittels verschiedener Items die Behandlungsmotivation der Jugendlichen untersucht. Der Befragte ist in dieser Kategorie der Therapeut, der zunächst das generelle Motivationsmaß seiner Patienten auf einer Ratingskala (1= sehr hoch bis 5 =sehr niedrig) einschätzt. Zur vereinfachten Darstellung werden die Patienten in der Auswertung zu Kohorten zusammengefasst, die entweder in einem niedrigen, einem mittleren oder einem hohem Maße motiviert sind sich wegen Ihrer Suchtproblematik behandeln zu lassen.

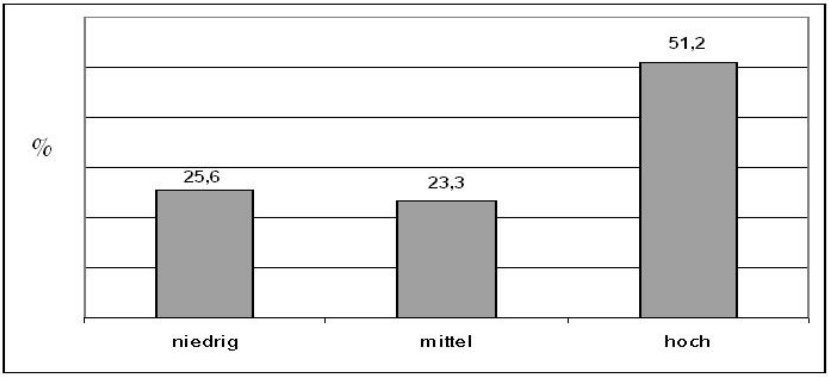


Abbildung 32: Die Einschätzung der vorliegenden Behandlungsmotivation (n=43)

Bei 25,6% (37% der weiblichen und 16% der männlichen Patienten) ist die Behandlungsmotivation eher niedrig. Bei insgesamt 51,2% (42% der weiblichen und 58% der männlichen Patienten) liegt eine eher hohe Motivation zur Behandlung vor. Ob das vorliegende Bild die eigene Motivation der jungen Patienten widerspiegelt, untersuchen die folgenden Items. Item C12 fragt "Ist der Klinikaufenthalt auf den Wunsch des Patienten zurückzuführen?" Dieses Item ermöglicht die Einschätzung des Therapeuten hinsichtlich des Maßes an Fremdmotivation zur Behandlung durch Nennungen auf einer Ratingskala von 1= *vollkommen darauf zurückzuführen* bis 5= *überhaupt nicht darauf zurückzuführen*.

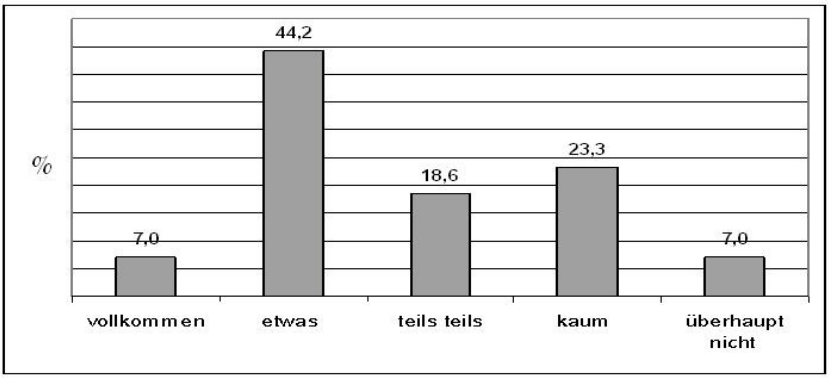


Abbildung 33: Klinikaufenthalt auf Wunsch des Patienten? (n=43)

Die Auswertung ergibt, dass bei nur 7% der Aufenthalt vollkommen auf Wunsch des Patienten stattfindet. Den mittleren Motivationsbereich zusammengefasst, ist der Klinikaufenthalt bei 86% kaum bis etwas auf die eigenen Wünsche der Patienten zurückzuführen. Bei 7% entspricht der Aufenthalt überhaupt nicht dem eigenen Wunsch des Jugendlichen.

Ein weiteres Item fragt den behandelnden Therapeuten explizit: Zu wie viel Prozent besteht ihrer Meinung nach bei dem Klinikaufenthalt der Jugendlichen/des Jugendlichen eine Fremdmotivation durch Eltern, Gericht oder eine andere Institution? Zur vereinfachten Darstellung werden auch hier Kohorten durch die Zusammenfassung von Patientengruppen gebildet. Patienten, bei denen die Fremdmotivation größer oder gleich 50% ist, werden in Abbildung 38 zu Fremdmotivation hoch zusammengefasst. Patienten, bei denen die Fremdmotivation bei kleiner oder gleich 50% liegt, werden zu Fremdmotivation niedrig zusammengefasst.

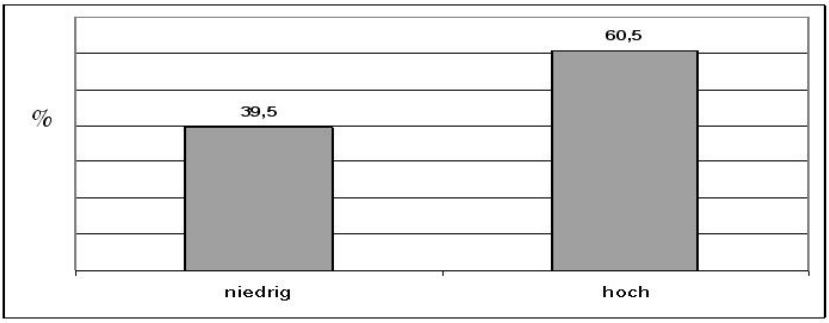


Abbildung 34: Die Einschätzung der vorliegenden Fremdmotivation (n=43)

Bei mehr als 60% der Patienten liegt ein hoher Druck zugrunde sich in Behandlung zu begeben. 39,5% wird eine eher niedrige Fremdmotivation zugeschrieben.

Zur Geschlechtsspezifikation lässt sich festhalten, dass 63% der Mädchen eine hohe Fremdmotivation aufweisen, während dies bei 58% der Jungen der Fall ist. Ein ähnliches Ergebnis beschreibt die folgende Grafik. Hier waren die Therapeuten dazu befragt, ob die Jugendliche/ der Jugendliche ihre/seine derzeitige Situation als unmittelbare Folge des Suchtmittelkonsums sieht oder führt sie/er diese eher auf andere Umstände zurück?

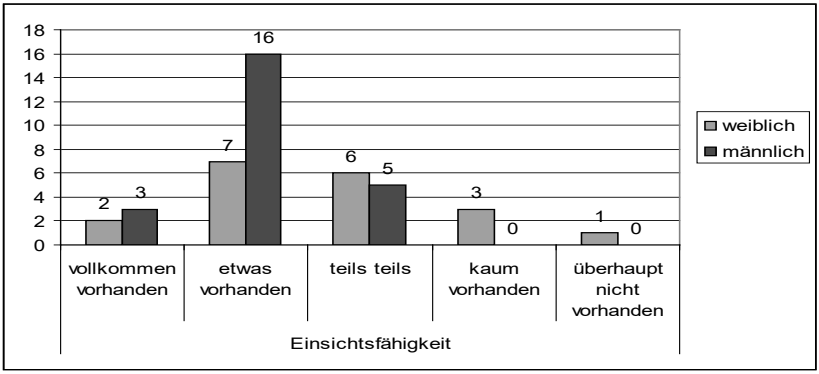


Abbildung 35: Die Einsichtsfähigkeit in den Zusammenhang von Drogenkonsum und Klinikaufenthalt nach Geschlecht (n=43)

Hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied bei den Nennungen der Geschlechtergruppen. Während nur sieben Mädchen einen Zusammenhang von Drogenkonsum und Klinikaufenthalt sehen (etwas vorhanden), ist ein solcher Zusammenhang bei 16 männlichen Patienten zumindest etwas vorhanden. Mädchen führen ihren Klinikaufenthalt also signifikant häufiger auf andere Umstände als ihren Drogenkonsum zurück (p= 0.023).

Gefunden wurde zudem ein bedeutender Zusammenhang zwischen Intelligenzquotient und der Fremdmotivation: Während bei Patienten im niedrigen Intelligenzbereich von 76 bis 87 (IQ-Wert) eine hohe Fremdmotivation seitens des jeweiligen Therapeuten eingeschätzt wird, ist die Fremdmotiviertheit sich einer Behandlung zu unterziehen bei Patienten im IQ-Bereich von 107 bis 135 eher gering.

Bei der statistischen Korrelation von Fremdmotivation und Intelligenz wird demnach ein Zusammenhang deutlich (Korrelationskoeffizient r=0.39), der mit einer zweiseitigen Signifikanz von p=0.05 zeigt, dass Patienten mit niedrigem IQ sich eher auf Druck von Außen in Behandlung begeben, wohingegen Patienten mit höherem IQ eher eine eigene Motivation aufweisen!

Obwohl in der vorliegenden Studie kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Behandlungsmotivation und einer vorzeitigen Beendigung der Behandlung nachgewiesen werden konnte, ist es möglicherweise sinnvoll, die Motivation jener Jugendlichen mit niedrigerem Intelligenzniveau zu erhöhen, sich aus eigenem Antrieb in Behandlung zu begeben bzw. eine anfängliche Fremdmotivation zugunsten eigener Motivation zu verändern. Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch Möller (2005). Ausgehend von der Annahme, dass sich der Grad der Motivation auf den Therapieerfolg, im Sinne von Abstinenzfähigkeit auswirkt, sollten geeignete Interventionen sowie motivationale Behandlungsstrategien in der Therapie jugendlicher Suchtpatienten verstärkt zum Einsatz gebracht werden (Demmel 2001; Kremer et al. 1999). Ergänzend hierzu wird in Kapitel 6 dieser Arbeit die Strategie des Motivational Interviewing beschrieben und das Transtheoretische Modell" (TTM) der Veränderung beleuchtet.

5.7. Freizeitgestaltung

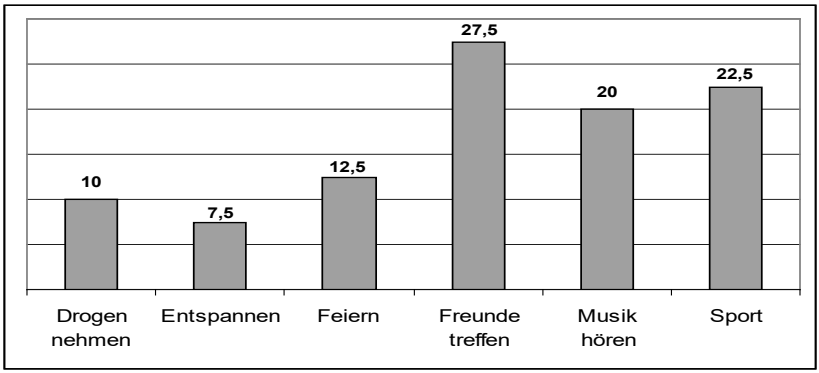


Abbildung 36: liebste Freizeitbeschäftigung in Prozent (n=40)

Auf die Frage „Was machst Du am liebsten in Deiner Freizeit?“ antworten 27,5% mit Freunden treffen. 22,5% nennen Sport als liebste Beschäftigung

zur Freizeitgestaltung, 20% antworten mit Musik hören, 12,5% mit Feiern, 10% mit Drogen nehmen und 7,5% entspannen sich am liebsten.
Aktivitäten zur körperlichen Betätigung sind sowohl den weiblichen, als auch den männlichen jugendlichen Patienten wichtig.
Mittels einer 6-stufigen Ratingskala nach der Wichtigkeit dieser Aktivitäten für ihr Wohlbefinden befragt, bewerten solche Betätigungen insgesamt 75% der Mädchen und 92% der Jungen als eher wichtig [Mädchen: sehr wichtig (25%), wichtig (18,7%), eher wichtig (31,2%); Jungen: sehr wichtig (60,4%), wichtig (17,7%), eher wichtig (13,5%)]. Nur insgesamt 15% aller befragten Patienten ist körperliche Betätigung eher nicht wichtig, kaum wichtig oder überhaupt nicht wichtig.

Vergleicht man diese Aussagen mit der regionalen Aachen-Studie zum Rauschmittelkonsum und Freizeitverhalten der 14- bis 18-Jährigen, wird ein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten der Station Szenenwechsel und abstinenten Jugendlichen deutlich. Während körperliche Betätigung 84,6% der befragten Patienten eher wichtig, wichtig oder sehr wichtig ist, ist dies nur bei 66% der abstinenten Jugendlichen der gleichen Altersgruppe der Fall (Lammel 2003). In der Subgruppenanalyse der Aachen Studie wurde bereits nachgewiesen, dass die „Jugendlichen mit risikoreichem Rauschmittelkonsum“ zu diesem Punkt im Vergleich mit den Abstinenten erhöhte Werte aufwiesen.

Mit der Frage, welche körperlichen Aktivitäten die Jugendlichen ausüben, beschäftigen sich die folgenden Items. Hier wird deutlich, dass sich viele Patienten eher unregelmäßig oder vergleichsweise selten tatsächlich körperlich betätigen, obwohl die überwiegende Mehrheit angibt, körperliche Aktivitäten für ihr Wohlbefinden zu benötigen.

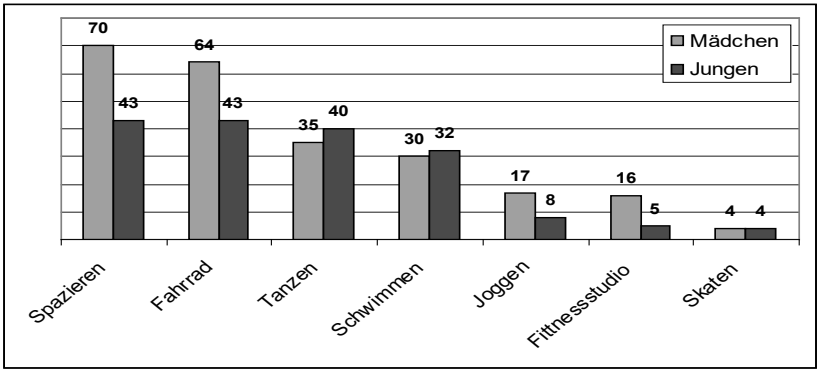


Abbildung 37: Körperliche Aktivitäten mindestens einmal pro Woche in Prozent (n=40)

Mindestens einmal pro Woche werden die folgenden Aktivitäten von den Mädchen und Jungen der Station Szenenwechsel ausgeübt. Spazieren gehen. 70% der weiblichen und 43% der männlichen Patienten einmal in der Woche. Fahrrad fahren wird als Freizeitaktivität von 64% der Mädchen und 43% der Jungen angegeben. Tanzen geben 35% Mädchen und 40% Jungen an. Schwimmen nennen 30% Mädchen und 32% der Jungen. Joggen geben 17% der weiblichen und 8% der männlichen Jugendlichen an. In ein Fitnessstudio gehen 5% der Mädchen und 16% der Jungen. Von weniger als 10% beider Geschlechter wird (Inline-)Skaten betrieben. Zwar geben bis zu 70% der Jungen und Mädchen an sich körperlich zu betätigen, die Frequenz bzw. die Häufigkeit, in der diesen Aktivitäten nachgegangen wird, ist jedoch eher gering.

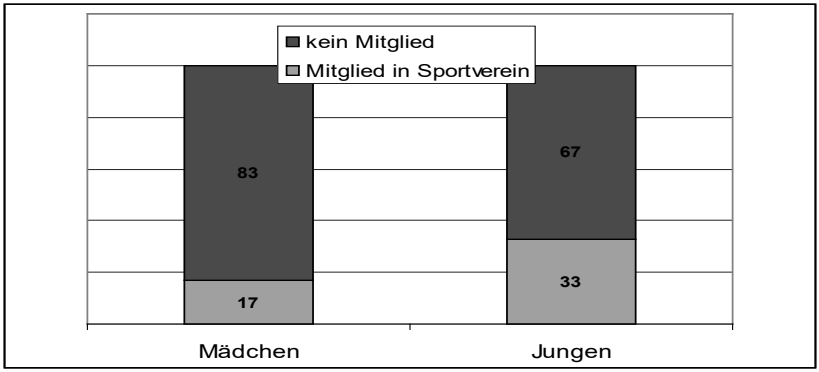


Abbildung 38: Mitgliedschaft in einem Sportverein nach Geschlecht (n=45)

17% Mädchen und 33% der Jungen (insgesamt 23,9%) geben an, in einem Sportverein aktiv zu sein. Wie in der Aachen-Studie veröffentlicht, beträgt dieser Wert unter abstinenten Jugendlichen 48%. Darüber hinaus stellen die Ergebnisse besagter Studie eine suchtpräventive Wirkung von Sportvereinszugehörigkeit infrage (Lammel 2003). Interessant ist im Zusammenhang mit den Aussagen der Jugendlichen zu körperlichen Aktivitäten, dass einerseits so viele Patienten ihren eigenen Aussagen nach solche Aktivitäten brauchen, um persönliches Wohlbefinden zu erlangen, andererseits aber deutlich wird, dass verhältnismäßig wenige der Befragten solche Aktivitäten regelmäßig oder verstärkt ausüben.

Weitere Untersuchungen sollten sich mit diesen divergenten Ergebnismerkmalen beschäftigen und differenziert erforschen, welche Betätigungsmöglichkeiten den Jugendlichen womöglich fehlen und welche Angebote während der Therapie dazu verhelfen könnten, Bewegungsdrang adäquat zu befriedigen bzw. therapeutisch zu nutzen.

Aktivitäten zur kreativen Betätigung sind gut der Hälfte der jugendlichen Patienten wichtig. Auch zu diesem Item wurde mittels einer 6-stufigen Ratingskala die Wichtigkeit solcher Beschäftigung für das persönliche Wohlbefinden der Patienten abgefragt. Es bewerten insgesamt 54,8% kreative/künstlerische Betätigung als eher wichtig [sehr wichtig (23,9%), wichtig (13%), eher wichtig (17,4%)]. Darunter befinden sich 66% weibliche Jugendliche und 50% männliche, für die kreativ/künstlerische Betätigungen tendenziell wichtig sind. Insgesamt 45,2% aller befragten Patienten der Station ist kreative/künstlerische Betätigung eher unwichtig zur Erlangung von Wohlbefinden [eher nicht wichtig (10,9%), kaum wichtig (8,7%), überhaupt nicht wichtig (13%)]. Während 71% der befragten Mädchen in ihrer Freizeit gerne und mindestens einmal pro Woche malen, sind dies bei den befragten Jungen nur 29%. Während weiterhin 65% der befragten Mädchen in ihrer Freizeit gerne und mindestens einmal pro Woche schreiben, wird diese kreative Betätigung von 39% der Jungen ausgeübt. Musik machen 35% der Mädchen und 41% der Jungen. Mit Basteln oder Gestalten beschäftigen sich 35% der Mädchen mindestens einmal wöchentlich aber nur 12% der Jungen.

Die deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede im Freizeitverhalten der Jugendlichen legen die Schaffung differenzierter, stärker auf den Gender-Aspekt gerichteter Freizeitangebote während der sechsmonatigen Behandlung nahe. Möglicherweise könnte die Haltequote, gerade unter den weiblichen Patienten auf diese Art erhöht werden.

5.8. Peers

Im Kontext des Substanzgebrauchs Jugendlicher werden den sozialen Bezugssystemen der Peers (Gleichaltrigengruppe) und der Schulklasse sowohl förderliche als auch hemmende Einflüsse zugeschrieben. Der Drogenkonsum der Peergruppe gilt als einer der stärksten Prädiktoren für den Substanzgebrauch der Jugendlichen (Glynn 1981). Konsumieren die Mitglieder einer Peergruppe stark, dann konsumieren die Freunde mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls stark, während die Freunde von abstinenten Jugendlichen meistens ebenfalls abstinent bleiben (Petermann et al. 1997). Im letzten Abschnitt des Kapitels zu den Patientenprofilen wird untersucht, wie viele Personen die jugendlichen Suchtpatienten zu ihren Freunden zählen und wie viele dieser Personen – nach Patientenaussagen – Drogen konsumieren.

Eine überwiegende Mehrheit an Jugendlichen zählt bis zu 25 Personen zu ihrem Freundeskreis. Neun Jugendliche geben an einen Freundeskreis zu haben der 30 Personen oder mehr umfasst. In einem weiteren Item dieser Erhebungskategorie waren die Patienten dazu aufgefordert, die oben genannte

Personengruppe zu differenzieren und den Freundeskreis in ganz nahe Freunde, nicht ganz so enge Freunde und gute Bekannte einzuteilen. In den folgenden Auswertungen sind die Gruppen nicht ganz so enge Freunde und gute Bekannte zu einer Kohorte zusammengefasst. Die errechneten Mittelwerte zu den genannten Personenanzahlen betragen 6,82 ganz nahe Freunde (Standardabweichung 11,42) und 15,95 nicht ganz so enge Freunde und gute Bekannte.

Die Patienten nach potenziellem Drogenkonsum im Freundes- und Bekanntenkreis befragt ("Wie viele von den Freunden nehmen Drogen?"), erhält man Mittelwerte von 3,69 ganz nahen Freunden (Standardabweichung 6,096) sowie 12,84 nicht ganz so engen Freunden und guten Bekannten (Standardabweichung 17,382), die ebenfalls Drogen konsumieren.

Bei 61,5% der befragten Jugendlichen befindet sich mindestens ein ganz naher Freund im Freundeskreis, der ebenfalls Drogen konsumiert. Von 78,4% der Patienten konsumiert mindestens ein Bekannter Drogen. Bei 51,4% der Patienten befinden sich mehr als 5 Personen im Freundeskreis, die ebenfalls Konsumenten psychoaktiver Substanzen sind. Eine Überprüfung des Zusammenhanges Drogenkonsum im Freundeskreis durch Korrelationen der Variablen ganz nahe Freunde und Drogenkonsum der ganz nahen Freunde ($r=0.754$), ist bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p=0.01$ signifikant. Die Korrelation der Variablen mehr als 2 ganz enge Freunde und Drogenkonsum bei mehr als 2 ganz engen Freunden ergibt ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang von $p=0.01$ bei $r=0.458$. Der vielfach nachgewiesene Zusammenhang (Reuband 1994, Lammel 2003) zwischen Drogenkonsum im Freundeskreis und Drogenkonsum des Patienten konnte in dieser Studie somit bestätigt werden. Die jugendlichen Patienten der Station Szenenwechsel bewegen sich in Peergruppen, in denen vermehrt Drogen konsumiert werden.

5.9. Zusammenfassung der Befunde

Zur Vorbereitung der Schlussfolgerungen für stationäre und ambulante pädagogisch-therapeutische Suchtarbeit werden zentrale Befunde kurz zusammengefasst. Hervorgehoben sind dabei signifikante geschlechtsspezifische Besonderheiten. Eine forschungsleitende These ist, dass bisher geschlechtsspezifische Drogentherapie im Jugendalter unterentwickelt ist, zur Verbesserung der unbefriedigenden Haltequote für junge Mädchen aber unbedingt erstrebenswert erscheint.

Früher Konsumeinstieg:
Das ermittelte Einstiegsalter ist bei den Patienten der Station Szenenwechsel deutlich erniedrigt gegenüber den mittleren Alterswerten zum Konsumein-

stieg in der Normalbevölkerung.

Drogenaffine Freundeskreise:
Der vielfach nachgewiesene Zusammenhang (Reuband 1994, Lammel 2003) zwischen Drogenkonsum im Freundeskreis und Drogenkonsum des Patienten konnte in dieser Studie bestätigt werden. Die jugendlichen Patienten der Station Szenenwechsel bewegten sich vor Behandlungsbeginn durchgängig in drogenfreundlichen Peergruppen.

Auffälligkeiten in der schulischen Laufbahn:
Zum schulischen Werdegang der Patienten ist zunächst auffällig, dass der Anteil derer, die verspätet eingeschult wurden gegenüber der Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht ist und dies trifft besonders auf die Mädchen zu. Nur 20% aller Befragten haben in der Vergangenheit konstant eine Grund- bzw. weiterführende Schule besucht. Grundsätzlich mussten vielen Jugendliche einen oder mehrere Schulwechsel verarbeiten: 20% haben eine Schule einmal gewechselt, 9% mussten zwei Schulwechsel vollziehen. Drei Schulwechsel mussten 28% der Patienten hinnehmen. Jeweils 7% wechselten vier oder fünfmal die Schule, während ein Patient acht Schulwechsel aufweist. Im Verlauf ihres Schulbesuchs mussten 46,5% der Jugendlichen mindestens eine Klasse wiederholen. 11,6% haben bisher zwei Schulklassen wiederholt. Auffällig ist darüber hinaus die Unregelmäßigkeit des Schulbesuchs vor Aufnahme in der Klinik. Nur 33,3% der Schüler gaben an, die Schule regelmäßig zu besuchen. Die Gruppe der eher unregelmäßigen Schulbesucher beträgt 36,7%. Gar nicht mehr wird die Schule von 30% der Schüler besucht. 26,7% der momentanen Schüler verweigerten den Schulbesuch. In dieser letzten Gruppe ist der Anteil der männlichen Schulverweigerer gegenüber den weiblichen deutlich erhöht. Mit 71,7% hat die Mehrheit aller Patienten bisher keinen Schulabschluss.

Entwicklungsauffälligkeiten im Kindesalter:
Zwischen zahlreichen Auffälligkeiten im Kindesalter und Problemen in der späteren Entwicklung z. B. Störungen des Sozialverhaltens oder einer beginnenden Suchterkrankung besteht ein enger Zusammenhang (Moggi 2005; Schwoon 2001, Schulz et al. 1999, Meijer et al. 1998). Dies lässt sich auch mit den Ergebnissen unserer Studie bestätigen. Die überwiegende Mehrheit (58%) der jugendlichen Patienten zeigten bereits in ihrer frühen Entwicklung Auffälligkeiten, die auf ein erhöhtes Risiko einer psychischen Störung bzw. Suchtstörung hindeuteten.

Seelische Erkrankungen und Sucht in der Familie:
Ein Großteil der Jugendlichen berichtete über seelische Erkrankungen wie auch Suchtmittelabhängigkeiten in ihren Familien: 28% der Jugendlichen

gaben an, dass eine solche Erkrankung bei einem Elternteil vorlag und 17% hatten Geschwister, die psychisch erkrankt waren. 23% der Befragten geben an, dass sowohl ein Großelternteil als auch ein Elternteil psychisch schwer erkrankt ist. Bei 13% der Befragten findet sich eine psychische Erkrankung sowohl in der Großelterngeneration, der Elterngeneration, als auch in der Generation des Befragten, bei einem Geschwister. 22% der Patienten hatten ein Großelternteil und 33% ein Elternteil, dass suchtmittelabhängig ist oder war. 13% bezeichnen ein *Geschwister* als abhängig von Suchtmitteln. Immerhin 21% der Befragten geben an, dass sowohl ein Großelternteil als auch ein Elternteil von Suchtmitteln abhängig sei. Bei 13% findet sich nach Patientenaussagen eine Suchtmittelabhängigkeit in den drei aufeinanderfolgenden Generationen.

Gewalterfahrung, Traumatisierung, Suizidversuche:
Einen sehr signifikanten Zusammenhang ergibt die Korrelation der Variablen Geschlecht und Suizidversuch. 54% der **Mädchen** haben schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen. Bei den männlichen Patienten trifft dies nur auf ca. 5% zu.

Die vorgefundene insgesamt sehr hohe Zahl an Opfern von familiärer bzw. häuslicher Gewalt unter den Patienten deutet auf ein hohes Maß an Traumatisierung und somit auf eine hohe Quote komorbider Auffälligkeiten unter den jungen Menschen in stationärer Suchttherapie hin. Insgesamt haben 48% der Patienten nach der Aussage ihrer Therapeuten Erfahrungen mit Gewalt in der Familie als Opfer gemacht. Dies ist bei 60% der Mädchen und 42% der Jungen der Fall. Mädchen (47%) wurden signifikant häufiger Opfer sexueller Gewalt. Ein naheliegender Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen, Traumatisierung und Lebensmüdigkeit sollte in besonderer Weise in der Behandlung der jungen Frauen Aufmerksamkeit geschenkt werden. Aus den vorliegenden Daten ist die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Traumatherapie in geschlechtshomogenen Gruppen dringend abzuleiten.

Therapiemotivation:
Die Einsichtsfähigkeit in den Zusammenhang von Drogenkonsum und Klinikaufenthalt ist bei den Jungen stärker ausgeprägt als bei den Mädchen. Die jungen Frauen führen ihren Klinikaufenthalt signifikant häufiger auf andere Umstände als ihren Drogenkonsum zurück ($p= 0.023$). Der Motivationsarbeit zur Entwicklung und Stärkung von Eigenmotivation für die Drogentherapie sollte demzufolge besonders Aufmerksamkeit geschenkt werden. Bei der

statistischen Korrelation von Fremdmotivation und Intelligenz wird ein Zusammenhang deutlich (Korrelationskoeffizient r=0.39), der mit einer zweiseitigen Signifikanz von p=0.05 zeigt, dass Patienten mit niedrigem IQ sich eher auf Druck von Außen in Behandlung begeben, wohingegen Patienten mit höherem IQ eher eine eigene Motivation aufweisen!

Ich-Stärke
Zur Überprüfung der in allen Suchttheorien und Therapieschulen beklagten Ich-Schwäche im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung wurde dieser Persönlichkeitsbereich untersucht: 53% der behandlungsbedürftigen Jugendlichen bewegten sich im Normal-Bereich (69% weibliche- und 43% männliche Patienten) und 44,1% der Patienten diagnostiziert der Test eine besondere Ich-Schwäche (30% weibliche- und 52% männliche Patienten). Hohe Werte der Skala IS (besondere Ich-Schwäche) deuten auf emotionale Labilität, Depression, Erregbarkeit, geringe Frustrationstoleranz hin. Die mangelhaft ausgeprägte Frustrationstoleranz erschwert den Therapieprozess und ist eine besondere Herausforderung für die therapeutische Arbeit. Frustration, Suchtdruck und Behandlungsabbruch sind in einem Zusammenhang zu sehen.

Haltequote
Für Suchttherapien mit Adoleszenten (14 bis 18 Jahre) liegen die Haltequoten international und über alle Behandlungsformen hinweg bei 60 bis 65% (Williams, Chang, AACR 2000). Im Vergleich zu diesen Zahlen beenden nur 51% der männlichen Patienten und 36% der weiblichen die Therapie auf der Station Szenenwechsel erfolgreich. Alle restlichen Patienten der Station beenden die Therapie vorzeitig. Sie brechen auf eigenen Wunsch entweder vorzeitig ab oder werden vorzeitig (disziplinarisch) entlassen. Fast 2/3 aller Mädchen brechen die Therapie vorzeitig ab.

Freizeit, Kreativität und Sport
Die Befunde zeigen, dass einerseits viele Patienten sagen, dass sie körperliche Aktivitäten für ihr persönliches Wohlbefinden brauchen, andererseits aber wenig Aktivitäten zeigen. Verhältnismäßig wenige der Befragten waren vor Beginn der Therapie regelmäßig sportlich aktiv. Hier zeigt sich eine Diskrepanz zwischen jugendlicher Bedürfnislage und tatsächlichem Tun. Das durch den drogengebundenen Lebensstil hinterlassene Brachland in Bezug auf Körper und Kreativität muss mit einem neuen, altersgerechten und reichhaltigen therapeutischen Angebot bestellt werden. Zur Entwicklung der Lebensbewältigungsmechanismen, ohne den Gebrauch von Drogen, müssen die jungen Menschen vielfältig künstlerisch-kreativ-leibbezogen angeregt werden. Inspiration und alltägliche Übung (Training) sind von Nöten, damit der Alltagstransfer nach der stationären Behandlung eine Chance erhält. Gerade die Mädchen zeigten ein besonderes Interesse an künstlerisch-

kreativer Gestaltung. Auch das Tanzen als mädchenspezifische Sportart wurde vermisst. Die deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede im Freizeitverhalten der Jugendlichen legen die Schaffung differenzierter, stärker auf den Gender-Aspekt gerichteter Freizeitangebote während der sechsmonatigen Behandlung nahe. Möglicherweise könnte die Haltequote, gerade unter den weiblichen Patienten mit bedürfnisgerechten therapeutischen Angeboten erhöht werden.

6. Therapieansätze in der stationären Therapie drogenabhängiger Jugendlicher

Bei der Behandlung von Suchtproblemen im Kindes- und Jugendalter werden methodenintegrative therapeutische Vorgehensweisen praktiziert. Psychotherapeutische Verfahren mit verhaltens- oder gesprächspsychotherapeutischer Ausrichtung, in Verbindung mit familienzentrierten Vorgehensweisen, sozialrehabilitativen und pädagogischen Maßnahmen stehen im Fokus der therapeutischen Bemühungen. Diese können speziell bei der Akutbehandlung, während der Entgiftung und beim Vorliegen schwerer körperlicher Entzugserscheinungen durch eine medikamentöse Behandlung ergänzt werden (Schulz et al. 1999).

Das übergeordnete Behandlungsziel von drogenassoziierten psychischen Störungen besteht nach Ansicht verschiedener Autoren darin, den Patienten zu unterstützen, eine seinen Fähigkeiten angemessene, nicht durch Drogenkonsum gekennzeichnete, möglichst autonome, kompetente und handlungsfähige Lebensführung zu erreichen. Dementsprechend sind der dauerhafte Verzicht auf die zuvor konsumierte Substanz (Abstinenz) oder die Reduzierung des Substanzkonsums wichtige (Teil)ziele (Bühringer et al. 1998).

Petzold et al. folgend ist das Ziel von (Sucht-) Therapie die Veränderung von dysfunktionalen Verhaltensweisen, von Störungen mit Krankheitswert. Weiterhin sieht er die Entwicklung von Fähigkeiten/Kompetenzen und Fertigkeiten/Performanzen, die der Bewältigung (coping) und Gestaltung (creating) des weiteren Lebensweges und seiner Absicherung durch das Erarbeiten von Ressourcen dienen soll im Fokus (Petzold, Sieper 1972). Diese Ressourcenorientierung im Sinne der Empowerment- Ansätze (Herriger 2006) kann für alle Bereiche Sozialer Arbeit, die eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in der Regel umrahmen, als zentrale Orientierung gesehen werden. Gerade für die Behandlung von Entwicklungsstörungen und -krisen im Jugendalter sollten die Ressourcen-Profile der Jugendlichen in die Behandlungsziele integriert werden.

Was im Vorfeld des stationären Aufenthaltes der Jugendlichen in Suchtberatungsstellen, Einrichtungen der ambulanten und stationären Jugendhilfe bereits als Entwicklungsprozess begonnen worden ist, muss in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stärker als bisher aufgegriffen und weiter entwickelt werden. Konsequenterweise sollte die „Entwicklungshilfe“ auch nach dem stationären Aufenthalt durch die Jugendhilfe/ Suchthilfe fortgeführt werden. Ein integriertes Arbeiten von stationären und ambulanten Hilfen bietet die Chance, der durch den Drogenkonsum, das Verweilen in den Drogenszenen und die bereits zuvor existierende Zersplitterung und Fragmentierung in den

Herkunftsfamilien der Jugendlichen, eine heilsame Kontinuität entgegenzusetzen. Zwingende Voraussetzungen einer gelingenden Suchtbehandlung im Jugendalter sind: Nahtlose Übergänge von Therapievermittlung & therapeutischer Behandlung & Nachsorge, die konsequente Orientierung an den Stärken und Potenzialen der Jugendlichen, die Schaffung von Entwicklungsspielräumen und die kontinuierliche, konsequente Gewährung von Unterstützung (Support) im Prozess der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und der höchst anspruchsvollen jugendlichen Identitätsarbeit (Lammel 2003).

Dem Jugendalter angemessen und mit Blick auf die Entwicklungsrückstände der jungen Patienten und Patientinnen muss die psychotherapeutische Behandlung von pädagogischen Konzepten umrahmt und begleitet werden. Nach der nun folgenden Vorstellung zentraler therapeutischer Ansätze werden wir einen abschließenden Blick auf die Nahtstelle Jugendhilfe/Suchttherapie werfen.

6.1. Psychotherapeutische Ansätze

Therapieorientierte Darstellungen psychotherapeutischer Behandlungsansätze finden sich bei Klosinski (1997) und Rotthaus (1998), für den Suchtbereich bei Möller (2005), Tretter (2001), Esser (2002), Gastpar et al. (1999), Farke (2003), Lauth et al. (2001), Petzold et al. (2004; 2006) und vielen mehr.

Die stationäre jugendpsychiatrische Behandlung drogenkonsumierender Patienten stellt nach Grilo (2001) in typischer Weise eine multimodale und interdisziplinäre Herangehensweise an komplexe psychosoziale und familiäre Problemstellungen und Entwicklungspathologien dar. Eine Passage des Konzeptes der Viersener Station (2003) besagt: „[…] Gegenstandsgemäß stehen psychotherapeutische Interventionen auf Individual-, Gruppen-, oder Familienebene im Zentrum der Arbeit auf der Station Szenenwechsel“ (ebd.) Weit verbreitet in der ambulanten und stationären Suchtbehandlung sind verhaltenstherapeutische, familientherapeutisch-systemische und tiefenpsychologisch fundierte Konzepte. Auch die Integrative Therapie (FPI), insbesondere mit den bewegungstherapeutischen und kreativtherapeutischen Ansätzen, hat sich in Suchtberatungsstellen und Suchtkliniken etablieren können.

Zur theoretischen Fundierung der sich aus der vorliegenden Studie ergebenden Konsequenzen für die stationäre (und ambulante) Behandlung jugendlicher Suchtpatienten werden zunächst zentrale Aspekte der suchttherapeutisch relevanten Schulen skizziert.

6.1.1 Tiefenpsychologie/ Psychoanalyse

Psychoanalyse ist die Bezeichnung für ein von Sigmund Freud entwickeltes psychologisches Konzept, das auf drei Ebenen wirksam wird (Barth 1993):

1. als Untersuchungsmethode von seelischen Vorgängen,
2. als Behandlungsmethode neurotischer Störungen (Neurosen) und
3. als Gesamtheit psychologischer und psychopathologischer Theoriebildung

Die psychoanalytische Behandlung zielt darauf ab, unbewusste Erfahrungen bewusst zu machen. Es wird davon ausgegangen, dass seelische Konflikte und Probleme (Neurosen) auf der Verdrängung von frühen biografischen Erfahrungen (Defizite, Traumata, Konflikte) beruhen. Da die psychoanalytische Suchttheorie nach wie vor in der Suchtdiagnostik, mit Blick auf die Persönlichkeitsstruktur und die Ausprägung von Ich-Stärke und Frustrationstoleranz, eine bedeutende Rolle spielt, werden zentrale Aspekte psychoanalytischer Suchttheorie beschrieben.

6.1.1.1. Frühe psychoanalytische/ triebpsychologische Theorien

Im Hinblick auf die Suchtentwicklung im mittleren Jugendalter, also die Initialsituation, sind die Theorien zur manifesten Suchterkrankung als „pathologisches Muster“ eher sekundär. Daher werden hier die Erkenntnisse zu Rauschqualität, Bewältigungsfunktionen der Rauschmittel und Vulnerabilität der Persönlichkeit fokussiert. Freud (1905, 1910, 1911, 1938) der sich in seinen Ausführungen hauptsächlich mit dem Alkoholrausch beschäftigte, suchte nach der Leistung der Rauschmittel im Kampf um das Glück und zur Fernhaltung des Elends, er stellt erste Zusammenhänge zwischen dem Drogenrausch und sexueller Aktivität und Befriedigung her und er sah im Konsum von Rauschdrogen eine Ersatzhandlung für die eigentliche Ursucht, die Masturbation. Im Vordergrund der freudschen Theorie steht eine triebdynamische Betrachtungsweise, die Verbindungen sucht zur Entwicklung in der Oralen Phase, als erste Phase der psychosexuellen Entwicklung. „Der Rausch ist eine Flucht vor der Realität und ein Triumph über diese in der toxischen Manie, woraus sich auch Beziehungen zu anderen ekstatischen Zuständen ergeben.“ Auch Radó (1926) stellt, in Anlehnung an freudsche Gedanken, eine Verbindung zwischen einem idealen toxischen Rausch und dem natürlichen Sexualgenuss, dem Orgasmus, her. Er sieht im Rauschmittel einen Reizschutz zur Regulation der Lust-Unlust-Spannung in Richtung Lustgewinn. Er nimmt eine „Initialverstimmung“ an, die durch eine große Intoleranz gegenüber Unlust gekennzeichnet ist und die Suchtpersönlichkeit prägt.

„Durch den Rausch entflieht das Ich in einen Zustand magischer Größe und Unverletzlichkeit. Dem Rausch folgt aber unausbleiblich, und durch die Kontrastwirkung mit ihm besonders verstärkt, die depressive Verstimmung im Kater, verbunden mit Gewissensbissen und Schuldgefühlen, woraus wieder erneut in einen Rauschzustand geflüchtet wird und so fort“ (Lürsen, 1976, 104/105).

Beim pathologischen Verlauf wird die gesamte Lebensführung, werden die Funktionen des Ich (Realitätsprüfung und Regulation zwischen den individuellen Bedürfnissen des Es und den Anforderungen der Außenwelt, dem Über-Ich) allmählich von der realistischen auf die „pharmakotyme Steuerung“ umgestellt. Die Folge ist eine zunehmende Schwächung der Ich-Funktionen und des Realitätsbezugs. Der Mensch wird sich mehr und mehr aus der Realität in eine Fantasiewelt zurückziehen. Die Annahme von Defekten in der Ich-Struktur infolge fortgesetzten chronischen Rauschmittelkonsums hat sich in zahlreichen Ansätzen der Suchttheorie etabliert, auch außerhalb psychoanalytischer Theorie. Daraus lässt sich das Ziel der „Ich-Stärkung“, welches unterschiedliche therapeutische Schulen verfolgen, für therapeutische und präventive Suchtarbeit ableiten. (Lammel 2003)

Anders als Radó sieht Fenichel (1931, 1945) eine Verbindung von Rauschmittelkonsum und Schmerzregulation. Demnach ist die Rauschmittelsucht den Impulsneurosen zuzurechnen, und bei Impulsneurotikern ist das Streben nach Sexualbefriedigung noch nicht von dem Streben nach Sicherheit unterschieden, sie sind auf eine frühe Entwicklungsstufe fixiert. Sie empfinden jede Spannung wie der Säugling Hunger empfindet, als Bedrohung ihrer Existenz und als Schmerz. Sie sind existenziell abhängig davon, ständig anerkannt und geliebt zu werden. Ihr Ziel ist nicht die Lust sondern die Unterbrechung des Schmerzes. Das Rauschmittel wird so zum Schmerzmittel und hat das Ziel ein archaisch-orales Verlangen zu stillen (Lürsen, 1976, 108).

Zusammenfassend verweisen die triebpsychologischen Ansätze darauf, dass der süchtige Mensch aufgrund seiner Grundstörung kaum in der Lage ist, eine stabile Geschlechtsidentität zu entwickeln und befriedigende sexuelle Beziehungen zu leben. Die Lust- und Genussfähigkeit ist beeinträchtigt und es wird eine Tendenz zum exzessiven Verschlingen beschrieben (Kuntz, 2000, 21). Dem Rauschmittel werden zwei zentrale Funktionen zugeschrieben: die Lust-Unlustregulation mit dem Ziel des Lustgewinns und die Linderung von Schmerzen, die aus dem Gefühl des „Nicht geliebt Werdens“ und der Angst vor „existenzieller Vernichtung“ entstehen.

6.1.1.2. Neuere psychoanalytische Ansätze: Ich- und strukturpsychologische Modelle

Fenichel deutet mit seiner Theorie an, dass ursprünglich Angst und Schmerz noch eng miteinander verbunden sind und der Süchtige auf diesen Zustand fixiert ist. Anna Freud (1965) führt dies entwicklungspsychologisch darauf zurück, dass der Säugling jedes Gefühl starker Spannung als Unbehagen oder Unlust und als Schmerz empfindet. Die Schmerzschwelle ist sehr niedrig und allein die Mutter kann als Schutzschild dienen. Die Uraffekte werden mithilfe der fürsorglichen Mutter (i.S. einer guten Objektbeziehung) reguliert und langsam ausdifferenziert. Aus Uraffekten werden ganz langsam ausdifferenzierte Emotionen. Die Erfahrung von Geborgenheit durch die Mutter, die in Spannungssituationen immer wieder Erleichterung gewährt, lehrt das Kind, dass unlustvolle Zustände vorübergehender Natur sind und die Existenz nicht wirklich bedrohen. Bedürfnisaufschub und Frustrationstoleranz entwickeln sich langsam. Die Mutter übernimmt somit zunächst die Funktion des Hilfs-Ichs, welche den Aufbau des Ichs unterstützt. Diese zunächst äußeren Quellen narzisstischer Erhaltung werden zu einem verinnerlichten Ideal, einer Objektrepräsentanz. So wird die „gute Mutter“ zu einem nährenden Introjekt, die positiv erlebte Beziehung zu einem System von innerer Beistandschaft, die sich im Über-Ich als Selbstrepräsentanz abbildet und stützend auf das Selbstwertgefühl wirkt. (Lammel 2003)

In gleicher Weise werden allerdings auch die wenig nährenden, vielleicht sogar destruktiv wirkenden frühen Beziehungen zu Objekt- und Selbstrepräsentanzen, zum strafenden oder destruktiven Über-Ich. So entwickeln sich die gestörten Eltern-Kind-Beziehungen zu einer Störung in der psychischen Struktur, zu einer pathologischen Ich- und Über-Ich-Bildung mit gestörten Abwehrfunktionen. In diesem Prozess kommt es zu sehr komplizierten Identifikations- und Übertragungsvorgängen mit Verschmelzungs-, Trennungs- und Wiedervereinigungsbestrebungen, zu heftiger Trauer und Aggression. Gelingen diese Vorgänge, so entwickelt sich das Kleinkind zunehmend zu einem autonomen Menschen mit kohärentem Selbstgefühl und ausdifferenzierter Emotionalität, d. h., das Kind ist zunehmend in der Lage zu ertragen, dass Beziehungspartner gute und schlechte Eigenschaften haben und trotzdem geliebt werden können. Eine Fehlentwicklung kann dazu führen, dass es in diesem komplizierten Prozess zu Spaltungen in „gute und böse Objekte“ kommt. Der Mensch teilt die Welt in gut und böse ein.

Diese Grundproblematik kann dazu führen, dass auch die Beziehungsmuster durch Spaltung und Nicht-Integrationen geprägt sind. Idealisierung und Entwertung anderer, Selbst-Überhöhung und Selbst-Entwertung sind die Folge. Bezugspersonen können in dem einen Moment idealisiert und im

nächsten verdammt werden. Die so beschriebene Dynamik zeigt sich auch im Jugend- und Erwachsenenalter. In pädagogisch-therapeutischen Prozessen, in denen Sozialarbeiter/ Sozialarbeiterinnen, Pädagogen/ Pädagoginnen und Therapeuten/ Therapeutinnen zu primären Bezugspersonen werden, entlädt sich diese affektgeladene Dynamik und macht die Behandlung für Therapeuten und Therapeutinnen zuweilen sehr anstrengend. Im Idealfall wird die Spaltungs- und Entwertungsdynamik in den therapeutischen Raum hineinprojiziert, muss von Therapeuten ausgehalten werden und kann so hoffentlich verarbeitet und in Richtung neuer heilsamer Beziehungs-Erfahrung entwickelt werden.

Die Beziehungsgestaltung der in dieser Weise betroffenen Jugendlichen ist von Willkür und Abbrüchen geprägt. Selbst-destruktive Tendenzen sowie selbstschädigender Rauschmittelgebrauch werden psychoanalytisch erklärt als eine Art Vernichtung der „bösen Anteile“ in sich selbst, im Über-Ich. Autonomie kann sich nicht entwickeln, es bleibt ein Gefühl von Desintegration, Abhängigkeit und Hilflosigkeit, von kindlicher Ambivalenz und Aggression. Beziehungsgestaltungen werden durch diese Fehlentwicklungen beeinträchtigt. Betroffene erleben eher unbefriedigende und konfliktreiche zwischenmenschliche Beziehungen. Sie können sich nur schwer in soziale Gruppen integrieren oder lösen heftige Spaltungsphänomene in ihren Sozialräumen aus. Das macht z. B. die pädagogisch/ therapeutische Gruppenarbeit mit diesem Personenkreis sehr schwierig und erfordert einschlägige fachliche Kompetenz. Derartige Übertragungsphänomene werden bei genauerer diagnostischer Kenntnis auch außerhalb therapeutischer Situationen in Kindergartengruppen, Schulklassen, Sportvereinen, etc. deutlich, werden wahrscheinlich bei Drop-out-Prozessen in der schulischen Laufbahn der Jugendlichen ein Rolle spielen.

Aus der unzulänglichen Beziehungsgestaltung zwischen Kind und primärer Bezugsperson kommt es nach Kohut (Vertreter der Selbstpsychologie) zu strukturellen Defekten und einer frühen Störung des Selbst-Wertgefühls. In dieser narzisstischen Verwundbarkeit, dem Mangel an stabilem Selbst-Wertgefühl und mangelnder psychischer Struktur sieht er die Ursache der späteren Suchtentwicklung und den Versuch des Süchtigen mit Hilfe der Droge diese Wunden zu heilen. Er betont die Selbst-Heilungsfunktion der Droge (Kuntz, 2000, 25).

Auch Krystall und Raskin (1970) postulieren, dass der Süchtige aufgrund einer fehlenden oder mangelhaften mütterlichen Objektbeziehung die Entwicklung einer tragfähigen Persönlichkeitsstruktur nicht vollziehen konnte. Sie konzentrieren sich stärker auf die Affekte. Demnach verhaftet das Affekterleben, die Affektdifferenzierung des Süchtigen auf dem Niveau eines Säuglings. Die Affekttoleranz ist nur mangelhaft ausgeprägt. Sie sprechen auch von einer mangelnden sprachlichen Bewältigung der Affekte. In diesem Zusammenhang hat Leon Wursmer (1973) auf eine Störung hingewiesen, die er

ausdrücklich als „Hyposymbolisation“ bezeichnet. Es handelt sich dabei um eine nur rudimentär entwickelte Fähigkeit, Affekte sprachlich zu artikulieren und ein zur Bewältigung von Problemen notwendiges inneres Fantasieleben zu entwickeln.“ (Lürsen, 1976, 116).

Davon ausgehend ist eine nur an Sprache orientierte Suchttherapie kontraproduktiv. Gerade für die Behandlung im Kindes- und Jugendalter sind daher bewegungszentrierte und kreativitätstherapeutische Verfahren dringend zu integrieren. Hier werden Wege angeboten, die Affektzentriertheit ermöglichen, zur Affektdifferenzierung und damit zur Ausdifferenzierung der emotionalen Welt beitragen.

6.1.2. Zusammenfassung der psychoanalytischen Suchttheorien Konsequenzen für Suchtprävention und pädagogisch-therapeutische Intervention

Die psychoanalytischen Theorien stellen eine enge Verbindung zwischen Primärbeziehung in den ersten Lebensmonaten und späteren Fehlentwicklung her. Fehlabstimmungen und Mangelversorgung zwischen primärer Bezugsperson und Säugling führen zu einer Fixierung auf dem Niveau der Uraffekte, mit gestörten Abwehrfunktionen und mangelnder Affektdifferenzierung und Affekttoleranz. Die Über-Ich- und die Ich-Bildung werden beeinträchtigt und es kommt zu Defekten in der Persönlichkeitsstruktur, insbesondere zu Defekten in der „Ich-Struktur“. Sucht als narzisstisches Krankheitsbild kann die Folge sein. Das Suchtmittel hat eine Selbst-Heilungsfunktion und wird zum Schmerzmittel gegenüber emotionalen Leiden und Vernichtungsängsten. Das Suchtmittel kann vorübergehend Funktionen des „Ich“ übernehmen, es wird zum Schutzschild vor den Anforderungen der Umwelt und zum Schutzschild vor affektiver Überflutung von innen.

6.1.3. *Ich-Struktur und die Funktion von Rauschmitteln*

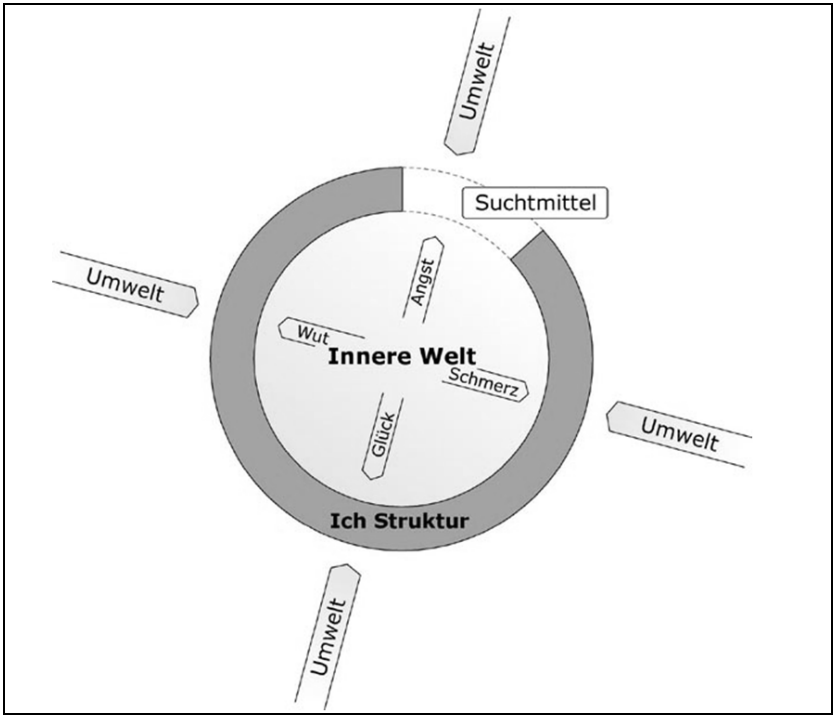


Abbildung 39: Ich-Struktur und die Funktion von Rauschmitteln ©U.A. Lammel, 2002

Verschiedene Analytiker weisen mit unterschiedlicher Nuancierung darauf hin, dass die Verletzlichkeit/Vulnerabilität, die Menschen für spätere seelische Erkrankungen disponiert, im Kern der Persönlichkeit verankert ist. Zum Zusammenspiel von Persönlichkeitsfaktoren und soziokulturellen Einflüssen konstatiert Lürsen (Lürsen, 1976, 116) im Rückgriff auf Wurmser (1973), dass es sich aus psychoanalytischer Sicht um eine Art Kausalhierarchie handelt. Demnach ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung grundlegend. Der gesellschaftlichen Situation und lebensalterbedingten narzisstischen Krisen – z. B. Pubertät/ Adoleszenz – werden Auslöserfunktionen zugeschrieben.

Von diesem Grundverständnis ausgehend hat sich die psychoanalytische Behandlungstechnik entwickelt, die das „Liegen auf der Couch“ und die „Freie Assoziation“ als Interventionsstrategie wählt. Durch das Liegen auf der

Couch und die freie Assoziation während einer (klassischen) psychoanalytischen Psychotherapie soll das Erinnern und das Verbalisieren dieser Erfahrungen erleichtert werden. Im Verlaufe einer Psychoanalyse werden aktuelle Konflikte mit Bezugspersonen und mit dem Psychoanalytiker auf die Grundkonflikte, auf die traumatischen Interaktionserfahrungen der Kindheit zurückgeführt. Es wird angestrebt, diese Erfahrungen und die damit einhergehenden Gedanken und Gefühle zu erinnern, erneut zu durchleben und mithilfe der Halt gebenden therapeutischen Übertragungsbeziehung zu verarbeiten. In der psychoanalytischen Theorie ist die „Übertragung" Voraussetzung für Heilungsprozesse. Kindliche Ängste, enttäuschte Erwartungen an die Eltern, Traurigkeit, Wut, Verzweiflung etc. sollen zunächst erinnert, dann wieder erlebt und schließlich in Richtung einer neu zu konstruierenden („gesunden") erwachsenen Perspektive therapeutisch durchgearbeitet werden können (Mertens 2004). Psychoanalytische Therapie erfordert einen umfangreichen Behandlungszeitraum, engmaschige therapeutische Sitzungen und vor allem aber eine stabile therapeutische Beziehung als Übertragungs- und Entwicklungsraum.

Diese klassische psychoanalytische Technik eignet sich in aller Regel nicht für die Suchtbehandlung, da das „freie Assoziieren" rasch Regression fördert und damit der Realitätsbezug geschwächt wird. Da mit der Suchtdynamik immer eine Schwächung des „Ich" (handelnde und regulierende Instanz der Persönlichkeit) und eine Sehnsucht nach Realitätsflucht einhergeht, könnten die psychotherapeutisch initiierte Regressionen Suchtdruck (Graving) und Rückfallgefahr fördern. Das hätte möglicherweise dann heilende Qualität, wenn eine stabile therapeutische Bezugsperson als „Hilfs-Ich" fungieren würde und die in der Regression aufkommenden Affekte zu regulieren hilft. So könnten jungen Suchtpatienten und –patientinnen in der therapeutischen Beziehung Heilsames erfahren, im Sinne einer Nach-Beelterung, Nach-Nährung, Nach-Sozialisation. Durchaus ein erstrebenswertes Ziel in der Suchtbehandlung generell und insbesondere in der therapeutischen Behandlung Heranwachsender!

Bedauerlicherweise kann die auf Kurzzeit (max. sechs Monate) angelegte stationäre Therapie derart komplexe und sensible Prozesse kaum ermöglichen, wenngleich das in unserer Untersuchung nachgewiesene Ausmaß an Traumatisierung eine tief greifende Behandlung notwendig erscheinen lässt Dieses tief greifende Vorgehen könnte aber gerade in der Behandlung jugendlicher Suchtpatienten Sinn machen, um einer weiteren Chronifizierung der Suchterkrankung und anderer seelischer Erkrankungen vorzubeugen.

Auch wenn die klassische psychoanalytische Behandlung aktuell keine besondere Relevanz in der Suchtbehandlung hat, so sind die oben skizzierten neueren tiefenpsychologischen Suchttheorien nach wie vor bedeutsam, liefern Deutungen für das Nichtfunktionieren der Regulationsmechanismen und die auch in anderen suchttherapeutischen Schulen viel zitierte „Ich-Schwäche"

süchtiger Patienten. Ein Verdienst tiefenpsychologischer Theorien ist die Aufmerksamkeit gegenüber der Bedeutung von Primärbeziehungen für die Entwicklung des Menschen und die daraus resultierenden Erkenntnisse für die Gestaltung von therapeutischen Beziehungen und Übertragungsprozessen.

Hierzu sind die neueren Ergebnisse aus der Bindungsforschung nach Bowlby und der Säuglingsforschung nach D. Stern weiterführend, an manchen Stellen auch korrigierend. Daniel Stern liefert wertvolle Belege für die Entwicklung des Selbstempfindens in den ersten Lebensmonaten und den Ursprung eines Gefühls von „Urheberschaft und Wirksamkeit". Dieses Gefühl ist für die Bewältigungskompetenzen lebenslang bedeutsam. (Stern 1992) Helmut Kuntz sieht in der Beeinträchtigung dieses Gefühls eine zentrale Erklärung für Suchtverhalten. (Kuntz 2000) Stern beschreibt vier Arten der Selbsterfahrung:

1. Urheberschaft und Wirksamkeit
2. Selbst-Kohärenz
3. Selbst-Affektivität
4. Selbst-Geschichtlichkeit

Als wichtigste Variante des Kern-Selbst-Erlebens bezeichnet Kuntz die „Urheberschaft und Wirksamkeit". In unbewussten interaktiven Prozessen entwickelt der Säugling von seinen ersten Lebensmonaten an dieses Gefühl von Urheberschaft. Die Säuglingsforschung zeigt, dass der Säugling dabei nicht passiv ausgeliefert ist, sondern aktiv mitsteuert. In wechselseitigen Regulierungsprozessen entwickelt das Kleinkind „Verbindungsschemata", die für zwischenmenschliche Interaktionen und erfolgreiche Beziehungsfähigkeit wichtig sind. Voraussetzung eines Gelingens dieser Prozesse ist das „Körper-Selbst". Der Leib, als grundlegende Säule des Identitätserlebens, ist für den Säugling und das Kleinkind „die Quelle von Wirkungskraft und Macht. ... Über diesen Weg werden auf dem Fundament des Selbst-Gefühls von Urheberschaft und Wirksamkeit schrittweise die tragenden Wände und Säulen des praktischen Handlungswissens errichtet." (Kuntz 2000, 54)

Folgerichtig ergibt sich beim Vorliegen früher Unterversorgung, früher Traumatisierung oder Fehlabstimmung in der frühen Interaktion mit der primären Bezugsperson die Notwendigkeit junge Drogenabhängige leibtherapeutisch zu behandeln, damit sich das Gefühl von „Urheberschaft und Wirksamkeit" in der therapeutischen Beziehung heilsam entwickeln kann (Nachnährung). Die psychoanalytische Suchttheorie weist darauf hin, dass die im Heilungsprozess zu erstrebende „Affektdifferenzierung" nicht allein über die Sprache zu erreichen ist. Die Befunde der Säuglingsforschung begründen die Notwendigkeit „Leib/ Körper bezogener" Interventionen in Heilungsprozessen. Bindungs- und Suchttheorie liefern Begründungszusammenhänge für eine Neuorientierung in der Suchtbehandlung jugendlicher, die sich zu-

dem mit den in unserer Studie artikulierten Bedürfnissen der jungen Patienten und Patientinnen decken und von daher auf große Akzeptanz stoßen dürften.

Vor dem Hintergrund der nachgewiesenen problematischen Haltequote sind hier Neuorientierungen im therapeutischen Vorgehen ratsam. Auf die skizzierten Dimensionen kommen wir abschließend bei der Formulierung von Empfehlungen für die Weiterentwicklung der stationären Behandlung zurück. Zunächst folgt ein Blick auf andere relevante Sucht-Therapie-Verfahren.

6.1.4. Verhaltenstherapie

Da die Verhaltenstherapie in den vergangenen Jahren in ambulanter und stationärer Suchtbehandlung zunehmend an Bedeutung gewonnen hat und die verhaltenstherapeutisch orientierten Suchttherapie-Ausbildungen von den Rentenversicherungsträgern anerkannt sind, werden folgend einige wesentliche Aspekte vorgestellt.

Unter Verhaltenstherapie versteht man eine Vielzahl von Behandlungsmethoden, die allesamt auf der Annahme gründen, dass menschliches Verhalten erlernt sei und daher auch wieder verlernt werden könne. Einmal eingelernte (neurobiologisch engrammierte) Verhaltensweisen können durch geeignete Reize jederzeit in Gang gesetzt werden. Verhalten, das eine positive Verstärkung erfahre (im Sinne einer Belohnung), werde beibehalten. Ausbleibende oder negative Verstärkung (im Sinne einer Bestrafung) führe zu einer Löschung des erlernten Verhaltens. Bei der kognitiven Verhaltenstherapie geht es hauptsächlich um den Prozess der Informationsverarbeitung, der zwischen dem Input (Reizwahrnehmung) und dem Output (Reaktion) stattfindet. Fehler bei der Informationsverarbeitung äußern sich in Form von psychischen Störungen.

Die therapeutische Beziehung wird als kooperative Arbeitsbeziehung angesehen, in der die einzelnen Therapieschritte gemeinsam geplant werden. Zu Beginn der Therapie wird eine Problem- und Bedingungsanalyse erstellt, um zu untersuchen, unter welchen Bedingungen das Problem aufrechterhalten wird. Abgesehen vom Verständnis und der Wertschätzung, die der Therapeut dem Klienten entgegenbringt, wird auch viel Wert auf die Selbstverantwortung und Eigenaktivität des Patienten gelegt. Er ist aktiv und eigenverantwortlich am Therapieprozess beteiligt und soll in mündiger und emanzipierter Art und Weise Selbsthilfekompetenz erlangen. Wichtig sind Kooperation und Transparenz, wodurch Entscheidungsgrundlagen offen gelegt werden und der Klient "mitdenken" kann. Die Verhaltenstherapie wird in der Einzel-, Paar- und Gruppentherapie angewendet und findet meist ein- bis zweimal in der Woche über zehn bis 50 Stunden statt, die Therapiedauer kann jedoch auch länger sein.

In der modernen Verhaltenstherapie wird der Mensch als ein sich selbst

steuerndes, aktiv und planvoll handelndes Individuum aufgefasst, das zwar von der Umwelt beeinflusst wird, aber selbst imstande ist, seine Umwelt zu verändern und zu beeinflussen. Die grundlegende Annahme ist die eines komplexen Systems *Mensch-Umwelt*, innerhalb dessen vielfältige Wechselwirkungen, Rückkopplungen und Regelkreise vorhanden sind.

Charakteristisch für die Verhaltenstherapie sind die systematische Problemanalyse und das zielgerichtete Vorgehen. Detaillierte, handlungsorientierte Problem- und Zielbeschreibungen von Verhalten und Erleben erscheinen wichtiger als das Stellen von "Diagnosen". Die Verhaltenstherapie orientiert sich an der Gegenwart und legt besonderen Wert auf ein geplantes Vorgehen, das auch übende und reflexive Elemente einschließen kann. Sie beinhaltet eine große Anzahl von spezifischen Techniken, wie zum Beispiel die systematische Desensibilisierung (Konfrontation mit Angst auslösenden Situationen in der Vorstellung oder in der Wirklichkeit), Flooding-Prozeduren (massierte Konfrontation mit den Angstreizen in der Realität), Verstärkung (erwünschte Verhaltensweisen werden belohnt), Extinktion (Löschung des Fehlverhaltens durch Nichtbeachtung des Verhaltens), soziales Kompetenztraining und Entspannungstechniken wie die progressive Muskelentspannung nach Jacobson (Bartling 2005; Kanfer 2004).

6.1.5. Humanistische Psychotherapien

Die humanistische Psychologie wurde 1962 in den USA als kritische psychologische und psychotherapeutische Kraft zwischen Psychoanalyse und der akademischen Verhaltenspsychologie begründet (Fraßa 1993). Als ihr geistiger Vater gilt der Motivationspsychologe Abraham Maslow (1908 bis 1970). Die humanistische Psychologie hebt das Bedürfnis des Menschen nach Wachstum und Selbstverwirklichung hervor und betont deshalb vor allem die durch die Therapie zu aktivierenden „positiven Kräfte“ selbst- verantwortlicher Individuen. „Nicht die Erforschung unbewusster seelischer Vorgänge wie bei der Psychoanalyse, sondern die Schärfung des Bewusstseins für innere Erfahrungen steht im Vordergrund. Psychotherapie wird als Lernerfahrung betrachtet, die nicht von außen gesteuert ist, sondern die dem Individuum innewohnenden, auf Selbstheilung zielenden Kräfte unterstützt“ (Fraßa 1993). Im Einzelnen werden insbesondere die Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers, die Gestalttherapie nach Fritz Perls, die Integrative Therapie nach H.G. Petzold/ Johanna Sieper oder die Logotherapie nach Viktor E. Frankl der humanistischen Psychologie bzw. Psychotherapie zugeordnet.

6.1.5.1. Systemische Familien-/Kommunikationstherapie

Familientherapeutische und systemische Ansätze gewinnen bei der Behandlung und in der Prävention von Suchterkrankungen zusehends an Bedeutung. Empirische Studien belegen, dass die familientherapeutische Intervention vor allem im Frühstadium der Suchterkrankung eine erfolgreiche Behandlungsmethode ist (Thomasius et al. 2000).

Die Familientherapie, die in den 1950er Jahren vor allem in den USA entstanden ist, hat insbesondere zwei Wurzeln. Zum einen die Sozialarbeit und zum anderen die Schizophrenieforschung; „beides sind Bereiche, die die Erfahrung vermitteln, dass das menschliche Individuum nicht kleinste therapiefähige Einheit ist“ (Simon 1983).

Dies ist auch der Grundgedanke der Familientherapie: menschliches Verhalten ist abhängig vom System (Familie, Gemeinschaft, Gesellschaft etc.), in dem es gezeigt wird, sodass man menschliches Verhalten nur verstehen und Menschen nur zur Veränderung anregen kann, wenn man das jeweils verhaltensrelevante System betrachtet bzw. behandelt (z. B. die gesamte Familie). Die verschiedenen Schulen der Familientherapie entstanden aus der Erfahrung, dass psychologische Therapien mit einzelnen Personen häufig erfolglos blieben – besonders bei schwerwiegenden psychiatrischen Symptomen und Multiproblemklienten. Es zeigte sich, dass es nicht ausreicht, sich therapeutisch oder beraterisch auf die Psyche der jeweils zu therapierenden Personen zu beziehen, weil ihr symptomatisches Verhalten abhängig von familiären Beziehungen ist (Simon 1993).

Die systemische Familientherapie begreift daher Verhalten von Menschen als eine Funktion bzw. als eine abhängige Variable von (zwischenmenschlichen) Systemen. Individuelles Verhalten ist nur sinnvoll verstehbar, wenn es in seinem jeweils relevanten systemischen Kontext betrachtet wird. Jedes soziale Verhalten von Menschen ist ein auf andere Menschen bezogenes Verhalten. Somit ist es wichtig, die Bedeutung und die Kommunikationsregeln der relevanten zwischenmenschlichen Beziehungen oder Systeme zu kennen, wenn man Verhalten verstehen bzw. verändern will. Insbesondere die Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung von Verhalten erscheinen in diesem Zusammenhang abhängig von den Möglichkeiten und Grenzen der Veränderung der Kommunikationsregeln von Beziehungen.

Schon die ersten von dem Anthropologen Gregory Bateson (1981) durchgeführten kommunikationstheoretischen Studien in den 1950er Jahren offenbarten, dass der Sinn menschlichen Verhaltens, der im interaktiven Kontext immer kommunizierend wirkt („Man kann nicht nicht kommunizieren“; s.u.), nur verstanden werden kann, wenn Verhalten in seinem (kommunikativen) sozialen Kontext gesehen wird. Am Beispiel des Verhaltens von als schizophren diagnostizierten Familienmitgliedern wurde

deutlich, dass Schizophrenie nicht nur das Symptom eines Patienten ist. Vielmehr entdeckten Bateson und seine Mitarbeiter, dass schizophrenes Verhalten Resultat einer (paradoxen) Kommunikation in einem bestimmten sozialen Kontext ist (Watzlawick1969). Schizophrene Verhaltensmuster erscheinen demnach als die einzig mögliche Reaktion auf einen absurden zwischenmenschlichen Kontext.

Der Ausgangspunkt der familientherapeutisch orientierten Konzepte der sozialen Arbeit ist das Verständnis der menschlichen Interaktion als ein System (Watzlawick 1969), das sich von einer Umwelt abgrenzt und aus „Mit-anderen-Personen-kommunizierende[n]-Personen" besteht. Neuere familientherapeutische bzw. systemische Konzepte betonen allerdings, dass ausschließlich Kommunikationen bzw. Verhaltensweisen als Elemente in die Bildung eines sozialen Systems eingehen (Simon 1993). Um im Therapiesetting die Beziehung angemessen zu gestalten, erfordert die Interaktion system- und kommunikationstheoretische Kenntnisse des Behandelnden, denn „das Wesen jeder Beziehung ist trotz seiner Unmittelbarkeit und Alltäglichkeit schwer erfassbar". Watzlawick (1969) beschreibt die Kommunikationsprozesse entsprechend der Systemtheorie, wenn er formuliert, dass „nicht nur [...] eine Ursache eine Wirkung [erzeugt], sondern jede Wirkung wirkt ihrerseits ursächlich auf ihre eigene Ursache zurück. Daraus entstehen Komplexitäten, die sich jeder Reduktion auf ihre Einzelbestandteile entziehen" (ebd.). Familienregeln werden durch Kommunikationsmuster aufrechterhalten. Über eine Veränderung dieser Muster lässt sich deshalb die Interaktion in der Familie beeinflussen. (Thomasius et al. 2000).

Rauschmittelkonsum wird als familiäre Symptomatik betrachtet, der Süchtige als Symptomträger. Die Behandlung einer Suchterkrankung muss folgerichtig die Behandlung des familiären Systems mit einbeziehen. Veränderung dysfunktionaler Kommunikationsstrukturen ist Ziel von therapeutischen Familiengesprächen. Die Behandlung verhärteter, krankmachender Kommunikationsmuster gestaltet sich ebenfalls langwierig und ist umso erfolgreicher, je intensiver die Familienmitglieder an dem Veränderungsprozess mitarbeiten. Verändert sich lediglich der Symptomträger, der jugendliche Süchtige, innerhalb seines therapeutischen Prozesses und kehrt in die unveränderte familiäre Dynamik zurück, so wird er wenig Resonanz für seine positive Entwicklung finden. Rückfälle in alte Verhaltensweisen und in den Rauschmittelkonsum sind vorprogrammiert. Die Behandlung des familiären Systems parallel zur stationären Behandlung der Jugendlichen ist bisher nicht ausreichend entwickelt. Eine intensivere Zusammenarbeit zwischen stationärer Therapie und ambulanter Behandlung des familiären Systems vor, während und nach dem stationären Aufenthalt des Jugendlichen ist zur Stabilisierung von Therapieerfolgen eine wichtige Zukunftsperspektive.

Die systemische Familientherapie ist eine verbal orientierte Therapie-

form, sie kann Kommunikationsmuster bewusst machen und bei einer Veränderung sucht auslösender und such stabilisierender systemischer Strukturen behilflich sein. Sie ist somit ein wichtiger Baustein in der Behandlung. Wie allerdings die Ausführungen zur psychoanalytischen Suchttheorie und auch die Erkenntnisse der Säuglingsforschung zeigen, sind neben der verbal orientierten systemischen Therapie leibbezogene Interventionen in der Suchttherapie dringend geboten. Die folgenden Ausführungen zur Integrativen Bewegungstherapie sollen zur Erweiterung des Behandlungsspektrums beitragen und die verbal orientierten Behandlungsformen bereichern.

6.1.5.2. Integrative Therapie und Integrative Bewegungstherapie

„Der in Kontext und Kontinuum wahrnehmende und handelnde, bewegte und bewegende Leib ist Teil seiner Lebenswelt. In diese eingebettet gehört er einer „Welt der Zwischenleiblichkeit“ zu, einer Sozialwelt, deren Qualitäten er aufnimmt und verleiblicht und zu deren Möglichkeiten er zugleich kokreativ beiträgt.“ (Petzold 1974, 62).

Ausgehend von einem kontext- und lebensweltbezogenen Denken begründen Petzold und Sieper für die integrative Therapie die Bedeutung Leib/ Körper- bezogener therapeutischer Interventionen (Petzold, Sieper 1996). Im Leibgedächtnis sind die lebenslang gemachten Beziehungserfahrungen gespeichert; stützend- nährende wie auch Destruktiv- Grenzverletzende. Eine integrierte Leiblichkeit gehört nach Hochstein (2006) zu den wesentlichen Ressourcen eines Menschen. „Der Leib drückt Lebensgefühl aus und ein bewusster Umgang mit der eigenen Leiblichkeit ist die Grundlage eines positiven Körpergefühls und die Basis von Wohlbefinden“ (Hochstein 2006, 252;) In der Behandlung des Patienten geht es deshalb nicht nur um die Beseitigung von Beeinträchtigungen und Erkrankungen, sondern ebenso um die Erhaltung und Entwicklung von Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit. Die Integrative Bewegungstherapie nach Petzold (1988) ist eingebettet in die Integrative Therapie. Diese wird als ganzheitliches Verfahren verstanden, das den Menschen in seiner Körperlichkeit, seinen Gefühlsregungen, seinem sozialen Umfeld und seinen geistigen Zielen erreichen will.

Die Integrative Therapie wählt ein multimodales Vorgehen auf verbalen, kreativ-gestalterischen und leibzentrierten Ebenen. Das Verfahren findet in Gruppen, in sozialen Netzwerken und bei Einzelnen Anwendung. Menschliche Entwicklung und Fehlentwicklung wird im Lebensverlauf mit den Dimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft gesehen, immer im zeitgeschichtlichen und sozialen Kontext (Rahm 1993). Zum Kontext gehört selbstverständlich auch der familiäre Hintergrund, auch die erlebte Dynamik in den Ersatzfamilien der stationären und ambulanten Jugendhilfe (Mehr als ein Drittel der untersuchten jugendlichen Suchtpatienten lebt nicht bei den leiblichen Eltern, wird somit gerade in der Pubertät geprägt durch

professionelle Helfer und Gruppendynamiken in den Heimgruppen.). In der Integrativen Therapie werden Befunde der Säuglingsforschung und auch die bereits vorgestellten neueren tiefenpsychologischen Erkenntnisse als Begründungslinien eines ganzheitlichen, leibbezogenen therapeutischen Vorgehens herangezogen. Therapeutische Arbeit gestaltet einen Entwicklungsraum, in dem der Suchtpatient mit Hilfe von kreativen und körperbezogenen Techniken vom Erleben zum Begreifen hin zur Sprache begleitet wird (Näheres zur Wirkweise dieses Vorgehens folgt später unter dem Punkt „Experiential confrontation"). Auf diesem Wege wird die Ausdifferenzierung der emotionalen Welt der jungen Suchtpatienten gefördert. Durch den früh einsetzenden, jahrelangen Drogeneinfluss, das Leben in den Drogenszenen oder auf der Straße, durch Gewalterfahrungen oder auch sexuelle Dienstleistungen wirken die jungen Menschen „gepanzert" oder „verroht". Das Gefühlsleben hat sich im Zuge der Pubertät durch die Rauschmittel fixierte Lebensweise nicht altersgemäß weiter entwickeln können, war vielleicht schon zuvor aufgrund von Mangelversorgung oder Traumatisierung kaum entwickelt. Um Drogenfreiheit zu erreichen, muss die emotionale Reifung mit ganzheitlichen Verfahren angestoßen werden.

Petzold (1988) beschreibt, dass Bewegung den ganzen Menschen ausdrückt. Körperbild, Gesichtsausdruck und Gestik spiegeln auch etwas von der Geisteshaltung, der inneren Stimmung wieder. Der Integrativen Therapietheorie folgend ist reine Gesprächspsychotherapie, die nur auf der sprachlichen Ebene arbeitet und dabei die körperliche Dimension des Menschen vergisst, ebenso unvollständig, wie eine Bewegungstherapie, die sich auf gymnastische Übungen reduziert und die seelische Dimension des Menschen außer Acht lässt (Petzold 1988, 1996).

Nach der Integrativen-Bewegungstherapie umfasst die Gesamtgestalt des Menschen die körperlichen, geistigen, sozialen und psychischen Anteile. Folgerichtig muss heilsame Psychotherapie alle Bereiche ansprechen. Gerade für die sich noch im Jugendalter befindenden untersuchten Patienten und Patientinnen stehen auf allen Ebenen noch große Entwicklungsprozesse an. Wie mit der Entwicklungsspirale (Lammel 2003) veranschaulicht werden konnte, sind gerade jugendlichen Rauschmittelkonsumenten zentral mit der Entwicklung ihrer Identität beschäftigt. Die Suche nach Identität kann als zentrale Entwicklungsaufgabe gesehen werden. Drogenkonsum und die socialworlds der drogenaffinen Jugendszenen liefern der jugendlichen Identitätsarbeit Nahrung. Sollen Alternativen zum Drogenkonsum und zu den Drogenszenen entwickelt werden, so hat Therapie die Aufgabe die jugendliche Identitätsarbeit zu unterstützen, umfassend und bedürfnisorientiert. Petzold beschreibt in seiner Identitätstheorie 5 zentrale Bereiche, die für das Identitätserleben des Menschen lebenslang bedeutsam bleiben:

1. Der Leib als Körper und sozialer Körper
2. Das soziale Netzwerk
3. Arbeit und Leistung
4. Materielle Sicherheit
5. Werte und Sinn.

Mangelhafte Ausstattung oder Wegbrechen dieser Säulen können zu Identitätsverlust oder Diffusion (Erikson) führen. Im Umkehrschluss sollte mit therapeutischer Arbeit die Stärkung dieser Lebensbereiche angezielt werden. Pubertät und Adoleszenz als „entwicklungsoffene Lebensphasen“ sind hier besonders anfällig für Fehlentwicklungen aber auch noch besonders entwicklungsfähig. Stationäre Therapie sollte mit einer ganzheitlichen Behandlung der jungen Menschen diese Chance nutzen.

Der Leib wird als Grundlage aller Lebensprozesse, der emotionalen, der kognitiven und sozialen, zum Ausgangspunkt des therapeutischen Handelns in der Integrativen Bewegungstherapie (Petzold 1988). „Bewegungstherapie ist auch Begegnungstherapie, das heißt, sich in Beziehung setzen, in Korrespondenz stehen“ (Rahm 1993, 58).

Als therapeutische Ziele in der Integrativen Therapie beschreibt Petzold die vier Wege der Heilung:

1. Bewusstseinsarbeit/Sinnfindung:
Der erste Weg der Heilung zielt auf die Erweiterung des Horizontes durch Bewusstseinsarbeit. Petzold weist auf die "Aufdeckung von verdrängten Störungen, Konflikten und die dosierte Bewusstmachung von Traumata und Defiziten, also auf die Aufhellung der Tiefenperspektive von Unbewusstem (UWB) und Vorbewusstem (VBW), damit in konfliktzentriertes Arbeit eine Klärung und Erweiterung der Wach- bzw. Selbstbewusstheit (WBW, consciousness) erreicht werden kann" (Petzold 1988, 53).

2. Nachsozialisation-Grundvertrauen:
Petzold (1988, 62) schreibt: "Bei diesem Weg geht es um die Nachsozialisation zur Restitution von Grundvertrauen und um die Wiederherstellung von Persönlichkeitsstrukturen, die durch Defizite und Traumata beschädigt bzw. mangelhaft ausgebildet wurden. Das erfordert einerseits die Modifikation dysfunktionaler, archaischer Narrative, die sich als Folge traumatischer Erfahrungen herausgebildet haben, und anderseits die Verankerung neuer Szenen und Atmosphären, wo solche als entwicklungsnotwendige Erfahrungen in defizitären Sozialisationen gefehlt hatten, durch Vermittlung substitutiver und korrektiver emotionaler Erfahrungen."

3. Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung
Hier geht es um die Entwicklung persönlicher und gemeinschaftlicher Potenziale (z. B. Kreativität, Fantasie, Sensibilität etc.) durch Bereitstellung einer fördernden Umwelt mit neuen und/oder alternativen Beziehungs- und Erlebnismöglichkeiten, in denen die Grundqualitäten: Wachheit, Wertschätzung, Würde und Wurzeln erfahrbar werden. Mittel hierzu sind Erlebnisaktivierung und multiple Stimulierung in der erlebniszentrierten und übungszentrierten Modalität der kreativen Therapie und Kulturarbeit und das gezielte Einbeziehen des Alltagslebens als Experimentier- und Übungsfeld.

4. Solidaritätserfahrung-Metaperspektive und Engagement.
Auf diesem Weg will "Therapie als Solidaritätserfahrung eine Metaperspektive zu und eine komplexe Bewusstheit für die Phänomene multipler Entfremdung entwickeln, um ihnen auf der Grundlage von engagierter Verantwortung für die Integrität von Menschen, Gruppen und Lebensräumen entschieden und kreativ entgegentreten zu können, sodass Solidarität in Akten der Hilfe und wechselseitiger Hilfeleistung handfest und konkret praktiziert wird" Petzold 1988, 62).

Die vier Wege der Heilung werden als Orientierungen für die therapeutische Arbeit gesehen. Sie gehen in der Arbeit oft fließend ineinander über (Petzold 1988). Petzold betrachtet die Therapiearbeit zwischen Klient, Therapeut und der Gruppe als eine Art von "Wanderung, durch unbekanntes, zum Teil unwegsames Gelände, als eine Suche nach verlorenen Pfaden, eine Spurensuche entlang der Route der Sozialisation, auf der der Mensch sich selbst zum Gefährten wird, wenn die Lebensreise gut verläuft“ (Petzold 1988, 65). Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung, Nachsozialisation und Bewusstseinsarbeit sind gerade für die Behandlung von jugendlichen Suchtpatienten wichtige Behandlungsziele und Behandlungswege.

In der stationären Suchtbehandlung von Jugendlichen zeigt sich, so die Ergebnisse unserer Studie, dass wir es mit einer auffallend hohen Abbrecherzahl zu tun haben, die Haltequote ist gerade für die Mädchen besonders schlecht. Das Vorherrschen von Fremdmotivation bei der Aufnahme und auch das nachgewiesene Ausmaß an Traumatisierung beeinträchtigt die Therapieverläufe und erschweren erfolgreiche Abschlüsse. Die nun folgenden „therapeutischen Wirkfaktoren“ und ausgewählte „therapeutische Techniken“ sollen die Überprüfung des Behandlungsangebotes für junge Suchtpatienten und die Weiterentwicklung der Konzepte anregen. Im Fokus stehen dabei „das Verhalten“, „die Beziehungsfähigkeit“, „das körperliche Erleben“ und die „kreativen Entwicklungsräume“.

6.2. Ausgewählte Modelle, Wirkfaktoren, Interventionen

Beschrieben werden ein Modell der Verhaltensänderung, ein grundlegender Wirkfaktor in der Therapie und eine spezielle therapeutische Strategie. Auf der Grundlage unserer Erfahrungen in der ambulanten Jugendhilfe und der Drogenarbeit erscheinen uns die folgenden Vorgehensweisen besonders bedeutungsvoll und Erfolg versprechend. Die auch in ihrer Effektivität gut belegten Interventionen stehen exemplarisch für die Vielzahl an Strategien, Modellen, Merkmalen und Faktoren, die in den verschiedenen Therapieschulen zu finden sind und im Suchthilfesystem Anwendung finden und praktiziert werden.

6.2.1. Transtheoretisches Modell (TTM) der Veränderung nach Prochaska & Di Clemente

Der Versuch, Personen mit gesundheitlichen Risikofaktoren hinsichtlich einer Veränderung ihrer Gewohnheiten zu beraten, endet häufig mit Misserfolg und Frustration für den Berater wie für den Betroffenen. Eine anschauliche Möglichkeit, den Prozess der Verhaltensänderung besser zu verstehen und für die Beratung oder die Therapie nutzbar zu machen, bietet das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung.

Das "Transtheoretische Modell" (synonym: "Stages of Change"-Modell) begreift sich als ein Ansatz, der zur Beschreibung einer intentionalen Verhaltensänderung generelle Prozesse und Prinzipien der Veränderung integriert und dabei die zeitliche Perspektive der Veränderung berücksichtigt. Prochaska, Redding & Evers (1996) charakterisieren die Kernannahmen des Modells, im folgenden TTM genannt, wie folgt: Eine einzelne Theorie kann der Komplexität menschlichen Verhaltens nicht gerecht werden. Durch die Integration verschiedener wichtiger Modelle kann deshalb ein umfassenderes und adäquateres Modell geschaffen werden. Ein großer Teil der Personen, welche Risikoverhalten zeigen, sind nicht bereit, handlungsorientierte Strategien zur Verhaltensänderung anzuwenden. Durch die Anwendung stufenspezifischer Maßnahmen können Zielgruppen gezielt angesprochen werden. Eine Verhaltensänderung ist ein Prozess, der in seinem Verlauf verschiedene Stufen durchläuft. Die einzelnen Stufen sind relative stabil, können jedoch auch Veränderungen erfahren. Jede Stufe verlangt nach passenden Prozessen und Prinzipien. Je nach Stufe, auf der sich eine Person befindet, muss eine Intervention anders aussehen. Das Entstehen und das Aufrechterhalten von Verhaltensmustern unterliegen einer Kombination von biologischer Kontrolle, sozialer Kontrolle und Selbstkontrolle. Die Prozesse der Veränderung sollen vor allem dazu dienen, die Prozesse der Selbstkontrolle zu verbessern.

Stufen der Verhaltensänderung ("stages of change")

Eine der Kernvariablen des TTM-Modells bilden die Stufen der Verhaltensänderung ("stages of change"). Diese Stufen wurden erstmals identifiziert bei der Analyse des Prozesses der Raucherentwöhnung (Prochaska & DiClemente 1982).

Nach zwei Revisionen des Stufenkonzeptes (Prochaska et al., 1992) wird heute von fünf bzw. sechs identifizierbaren Stufen ausgegangen (s. auch Tabelle 8), die weiter unten ausführlich charakterisiert werden. Die Unterteilung von Veränderungen in mehrere diskrete, aufeinander aufbauende Stufen trägt insbesondere der Zeitdimension und dem Prozesscharakter von Veränderungen Rechnung. Die Zeiträume, die Personen in den einzelnen Stufen verbringen, können dabei individuell sehr stark variieren; Grimley et al. (1994) ordnen die Stabilität einer diskreten Stufe zwischen den Konzepten "Trait" und "State" ein, das heißt, eine Stufe ist offener für Veränderungen als ein typischer "Trait", jedoch stabiler als ein "state". Für eine erfolgreiche Veränderung eines Problemverhaltens ist jedoch das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen der in diesen Stufen relevanten Verhaltensprozesse ("processes of change", s. u.) essenziell, da ansonsten das Risiko für Rückfälle in ungünstige Verhaltensgewohnheiten deutlich erhöht ist.

Stufen der Veränderung im Rahmen des TTMs	
Sorglosigkeit ("precontemplation")	Keine Intention, das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern
Bewusstwerden ("contemplation")	Es wird erwägt, das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern
Vorbereitung ("preparation")	Erste Schritte zur Veränderung wurden eingeleitet, Zielverhalten wird in den nächsten 30 Tagen angestrebt
Handlung ("action")	Zielverhalten wird seit weniger als sechs Monaten gezeigt
Aufrechterhaltung ("maintenance")	Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten beibehalten
Stabilisierung ("termination")	wie Aufrechterhaltung, keine situative Versuchung bzw. Rückfallgefahr mehr vorhanden

Tabelle 5: Stufen der Veränderung (Keller et al. 2001).

Stufe der Sorglosigkeit ("precontemplation")

Personen in der Stufe der Sorglosigkeit sind dadurch gekennzeichnet, dass keine Intention zur Veränderung eines spezifischen Problemverhaltens in der absehbaren Zukunft besteht. Als absehbarer Zeitraum wird in der Regel die Spanne der nächsten sechs Monate erfragt, in der Annahme, dass dies in etwa der Zeitabschnitt ist, den befragte Personen hinsichtlich einer möglicherweise

intendierten Verhaltensänderung realistischerweise übersehen können.

Fehlende Intention zur Verhaltensänderung kann zum einen in einem Mangel an relevanten Informationen und/oder einem Mangel an Problembewusstsein bzgl. der ungünstigen Konsequenzen des entsprechenden Verhaltens begründet liegen. Zum anderen kann zu hoher sozialer Druck zu einer Verhaltensänderung vonseiten Außenstehender (z. B. Familienangehöriger), die häufig das vorliegende Risikoverhalten bewusster wahrnehmen als die Betroffenen selbst, zu Reaktanzverhalten der Betroffenen führen und somit das Verbleiben in der Sorglosigkeitsstufe begünstigen. Zwar werden unter dem Druck von Personen des sozialen Umfeldes gelegentlich auch Verhaltensänderungen eingeleitet, aber beim Nachlassen der sozialen Kontrolle fallen die Betroffenen häufig in ihren Zustand der Sorglosigkeit zurück (Prochaska et al. 1992, Schwoon 2000). Schließlich finden sich in dieser Stufe auch Personen, die nach mehreren erfolglosen Veränderungsversuchen resigniert haben und die sich von einem weiteren Änderungsversuch keinen Erfolg mehr versprechen. Alle drei Gruppen tendieren dazu, Informationen bzgl. ihres Risikoverhaltens auszublenden und eine bewusste Auseinandersetzung mit dieser Thematik zu vermeiden. Da das Hauptmerkmal für Personen in der Sorglosigkeitsstufe der Widerstand gegen das Erkennen oder Verändern eines Problemverhaltens ist, werden Personen in dieser Phase häufig als "nicht therapierbar" oder "unmotiviert" charakterisiert (Prochaska et al. 1996).

Die Stufe der Sorglosigkeit kann als die stabilste aller Stufen im Rahmen des Modells verstanden werden. Ohne aktive Intervention ist die Wahrscheinlichkeit, dass Personen von der Sorglosigkeit in die nächste Stufe gelangen, relativ gering (Grimley et al., 1994). So berichten Prochaska, & DiClemente (1982), dass von nahezu 200 Rauchern in der Sorglosigkeitsstufe, die über einen Zeitraum von zwei Jahren beobachtet wurden, zwei Drittel diese Stufe nicht verlassen hatten.

Stufe des Bewusstwerdens ("contemplation")

Die Stufe des Bewusstwerdens ist gekennzeichnet durch die bewusste Auseinandersetzung der Betroffenen mit ihrem Risikoverhalten, ohne dass diese Auseinandersetzung in das unmittelbare Ergreifen von Maßnahmen zur Veränderung mündet. Personen in dieser Stufe sind sich bewusst, dass sie ein problematisches Verhalten zeigen, stehen jedoch Veränderungen ambivalent gegenüber. Sie können sich nicht zu Handlungen entschließen, äußern jedoch die Absicht, diese Veränderungen in absehbarer Zeit - das heißt, per definitionem in den nächsten sechs Monaten - einzuleiten. Prochaska et al. (1996) charakterisieren diese Personen als "knowing where you want to go, but not quite ready yet".

Wie die Stufe der Sorglosigkeit ist auch die Stufe des Bewusstwerdens offenbar sehr stabil in dem Sinne, dass Personen sehr lange in ihr verharren

können, ohne dass ein weiteres Fortschreiten im Veränderungsprozess erkennbar wird. Dies konnte ebenfalls an einer Stichprobe von Rauchern empirisch bestätigt werden (Prochaska & DiClemente, 1982).

Stufe der Vorbereitung ("preparation")

Personen in der Stufe der Vorbereitung zeichnen sich dadurch aus, dass sie hoch motiviert sind, unmittelbar mit der Veränderung des problematischen Verhaltens zu beginnen. Die Kategorisierung in diese Stufe erfolgt üblicherweise, wenn zum einen die feste Absicht geäußert wird, in den nächsten 30 Tagen das Zielverhalten zu erreichen und zum anderen bereits erste Schritte unternommen wurden, dies in die Tat umzusetzen. Die Stufe wird somit charakterisiert sowohl durch das Vorhandensein einer Handlungsintention als auch durch bereits gezeigtes Verhalten zur Einleitung einer Veränderung. Das Treffen einer klaren Entscheidung für eine Verhaltensänderung ist eines der wichtigsten Merkmale für diese Phase („Commitment"). Typischerweise haben Personen in der Vorbereitungsstufe bereits konkrete Handlungspläne, sie haben bereits Informationen und Unterstützung für ihr Vorhaben gesammelt, und sie haben erste Schritte in Richtung einer Verhaltensänderung unternommen, ohne dass diese Schritte schon zum Zielverhalten geführt haben. Dabei ist es auch unerheblich, ob dieses Zielverhalten erstmalig ausgeübt wird oder ob bereits vorausgegangene Fehlversuche zu beobachten sind.

Die Stufe der Vorbereitung ist weniger stabil als die beiden vorangegangenen Stufen, da es sich um eine zeitlich begrenzte "Durchgangsstufe" handelt, die sich auf den eng umgrenzten Zeitraum der nächsten 30 Tage bezieht. Typischerweise sind es Personen in der Stufe der Vorbereitung, die von konkreten Angeboten zur Unterstützung einer Verhaltensänderung (z. B. Gewichtsreduktionsprogramme, Nichtrauchertrainings, Anzeigen von Fitnessstudios) am ehesten angesprochen werden (Tretter et al. 2001).

Stufe der Handlung ("Action")

Die Handlungsstufe ist gekennzeichnet durch aktive Versuche, problematisches Verhalten abzubauen und dafür notwendige Veränderungen im eigenen Erleben (z. B. durch Veränderung kognitiver Bewertungsprozesse) und in den Umweltbedingungen (z. B. durch Stimulus-Kontrolle) herbeizuführen. Dies ist wiederum nur durch ein hohes Maß an Entschlossenheit ("Commitment") und Engagement zu leisten. Die Abgrenzung gegenüber der Vorbereitungsphase besteht in erster Linie darin, dass eine Einstufung in die Handlungsphase per definitionem erst erfolgt, wenn das Zielkriterium bereits erreicht und seit mehr als einem Tag, aber weniger als sechs Monaten beibehalten wurde.

Im Gegensatz zu den ersten beiden Stufen stehen hier offene, beobachtbare Verhaltensweisen stärker im Vordergrund als kognitiv-affektive

Prozesse, weshalb Personen in dieser Phase auch am häufigsten Reaktionen von außen stehenden Personen erfahren. Prochaska et al. (1996) weisen ausdrücklich darauf hin, dass die von außen beobachtbaren Handlungen in dieser Stufe jedoch nicht mit der angestrebten Veränderung gleichzusetzen sind, sondern dass die Handlungen Strategien auf dem Weg zu einer (stabilen) Veränderung sind. Die Stufe der Handlung ist die aktivste Phase im Prozess der Verhaltensänderung und birgt - nicht zuletzt aufgrund des hohen erforderlichen Aufwandes - das größte Risiko für eventuelle Rückfälle in frühere Phasen (s.u.).

Stufe der Aufrechterhaltung ("maintenance")
Eine Kategorisierung in die Stufe der Aufrechterhaltung erfolgt, wenn das Zielverhalten zum Zeitpunkt der Befragung seit mehr als sechs Monaten stabil beibehalten werden konnte. Die Stufe der Aufrechterhaltung wird wie die vorangegangenen Stufen als aktive Phase verstanden, in der das Zielverhalten durch Beibehalten der in der Handlungsphase gezeigten Strategien weiter konsolidiert wird und aktive Maßnahmen zu Rückfallprophylaxe ausgeübt werden. Je nach Verhaltensbereich kann diese Stufe den Rest der Lebensspanne umfassen; so kann argumentiert werden, dass das Unterlassen von Drogen- oder Alkoholzufuhr oder die Beibehaltung einer gesunden Ernährung und die Auseinandersetzung mit möglichen Rückfallsituationen für betroffene Personen lebenslange aktive Prozesse sind, die keinen Abschluss erfahren.

Stufe der Stabilisierung ("Termination")
Für eine Reihe von Verhaltensweisen hat sich die Einführung einer sechsten Stufe bewährt, die dadurch gekennzeichnet ist, dass "einhundertprozentige" Zuversicht besteht, das Zielverhalten beizubehalten und "nullprozentige" Versuchung für einen Rückfall besteht (Prochaska et al. 1996). Untersuchungen zeigen, dass diese Stufe z. B. für den Bereich des Rauchens Sinn macht; so zeigen Daten des U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS, 1990), dass Personen nach zwölfmonatiger Rauchabstinenz - also in der Stufe der Aufrechterhaltung - zu immerhin 37% wieder rückfällig werden. Nach fünf Jahren kontinuierlicher Abstinenz fällt dieser Anteil auf sieben Prozent, was darauf hindeutet, dass der Konsolidierungsprozess innerhalb der Aufrechterhaltungsstufe weiter voranschreitet, bis es schließlich zu einer Stabilisierung des Zielverhaltens kommt.

Inwieweit diese Unterscheidung zwischen Aufrechterhaltung und Stabilisierung in anderen Verhaltensbereichen angebracht ist, wurde bis heute nicht empirisch untersucht. Vieles spricht dafür, dass diese Unterscheidung bei nicht lebensnotwendigen Genussmitteln angebracht ist, während in anderen Verhaltensbereichen, wie z. B. bei körperlicher Aktivität oder gesunder Ernährung, davon ausgegangen werden muss, dass eine lebenslange aktive Auseinandersetzung mit den entsprechenden Versuchungssituationen

erfolgt, die keine "terminale" Stabilisierung des Zielverhaltens zulässt (Grimley et al., 1994).

Die Bedeutung des Rückfalls im Rahmen des Stufenmodells

Für den Bereich der Abhängigkeiten berichten Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson (1986) Rückfallquoten zwischen 50 und 90%. Rückfälle sind also ein ausgesprochen häufiges Phänomen im Rahmen eines Veränderungsprozesses, auch wenn der letztendliche Erfolg einer Verhaltensänderung davon nicht immer beeinträchtigt werden muss. Obwohl nach den Annahmen des TTM die jeweiligen Stufen aufeinander aufbauen, ist das lineare Durchlaufen der Phasen von der Sorglosigkeit bis zur Aufrechterhaltung auch hier eher die Ausnahme denn die Regel. Nachdem die Entwickler des TTM in früheren Arbeiten den Rückfall als eigene Stufe aufgefasst hatten, wird er heute als integraler Bestandteil des Veränderungsprozesses verstanden, der in jeder Stufen vorkommen kann - insbesondere jedoch in der Handlungs- und/oder Aufrechterhaltungsstufe.

Für den Bereich der Raucherentwöhnung berichten Prochaska & DiClemente (1982), dass etwa 15% der Personen, die eigenständig das Rauchen aufgeben wollten, nach erfolglosen Versuchen in die Stufe der Sorglosigkeit zurückgefallen waren. Der größere Teil jedoch fällt zurück in die Stufen des Bewusstwerdens und der Vorbereitung, um daraufhin einen neuen Änderungsversuch zu unternehmen (Prochaska & DiClemente, 1982). Auf diesem Hintergrund wird der Prozess der Veränderung als ein spiralförmiges Geschehen verstanden, in dem Personen nach einem Rückfall auf eine frühere Stufe zurückfallen. Das Spiralmodell (Prochaska et al. 1996) symbolisiert, dass der größte Teil von Personen mit Rückfällen weder in eine zirkuläre Endlosschleife gerät, noch neu "bei Null" beginnen muss. Die konstruktive Verarbeitung der Misserfolgserfahrungen vergangener Versuche kann zur Auswahl günstigerer Strategien führen und somit zu einem Fortschreiten innerhalb des Stufengefüges beitragen (DiClemente et al., 1991).

Das Wissen um die Stufen der Verhaltensänderung und die Kenntnis der jeweiligen stufenspezifischen Veränderungsstrategien eröffnen die Möglichkeit einer stufenbezogenen Beratung unter differenziellem Einsatz stufenbezogener Beratungsstrategien und Interventionen.

Der potenzielle Nutzen einer solchen, auf den jeweils individuellen Veränderungsprozess abgestimmten Beratung ist in einer, im Vergleich zu herkömmlichen Beratungskonzepten, höheren Effektivität und Effizienz zu sehen (Keller et al. 2001). Insbesondere wird ein ökonomischer Einsatz von Beratungsressourcen gefordert, in dem Beratungsinhalte und Beratungsstrategien auf die aktuelle Veränderungsmotivation des Patienten abgestimmt werden. Mit einem Patienten in der Stufe der Absichtsbildung (contemplation) ist anderes, in anderer Weise zu besprechen, als beispielsweise mit einem Patienten der dritten Stufe „Vorbereitung“ (preparation). Mit

einem Patienten in der Stufe der „Absichtslosigkeit“ (precontemplation) bereits detailliert konkrete Veränderungsstrategien zu besprechen, wäre ebenso ineffizient, wie die wiederholte, sachliche Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken, wenn der Patient bereits einen Entschluss gefasst hat, sein Verhalten zu verändern und nun Unterstützung bei der konkreten Umsetzung bedarf. Im ersten Fall wird der Patient überfordert, im Zweiten unterfordert. Beide Male wird ein Beratungsgespräch ineffektiv und ineffizient bleiben, da es nicht gezielt die Prozesse anspricht, die ein Voranschreiten auf die nächsthöhere Stufe der Verhaltensänderung am wahrscheinlichsten machen.

Die Konzeptionalisierung einer Verhaltensänderung als ein prozesshaftes Geschehen mit regelhaft zu durchlaufenden Stufen und darauf bezogenen spezifischen Strategien kann darüber hinaus zu einer Entlastung für Therapeuten (und Patienten) führen, zu einer realistischen Zielbestimmung und Evaluation der eigenen Beratungsbemühungen beitragen und damit Frustration, Resignation und Rückzug vorbeugen helfen (Keller et al. 2001). Bei den hier nicht näher betrachteten, differenziellen Beratungszielen, -inhalten und -strategien für die Stufen der Verhaltensänderung können verhaltenstherapeutische Techniken und/oder beispielsweise die Technik des Motivational Interviewing Anwendung finden, welche im nächsten Abschnitt näher erläutert wird.

6.2.2. Motivational Interviewing

„Motivational Interviewing is a directive, client-centered counselling style for eliciting behaviour change by helping clients to explore and resolve ambivalence” (Miller & Rollnick 1999, S. 5). Der dysfunktionale Konsum psychotroper Substanzen geht in der Regel mit einem Zwiespalt zwischen Abstinenzvorsatz bzw. der Absicht den Konsum zu reduzieren einerseits und dem Wunsch oder Zwang, den Konsum fortzusetzen, andererseits einher. Das von Miller und Rollnick (1999) beschriebene *Motivational Interviewing* (MI) ist ein zugleich klientenzentrierter und direktiver Behandlungsstil, der dieser Ambivalenz Rechnung tragen und somit Veränderungsbereitschaft erhöhen soll. Miller und Rollnick (1999) nennen 5 Prinzipien motivationaler Gesprächsführung:

1. Empathie,
2. Widersprüche aufzeigen,
3. Wortgefechte vermeiden,
4. Nachgiebig auf Widerstand reagieren,
5. Selbstwirksamkeit fördern.

Diese Prinzipien stimmen mit den Annahmen sozialpsychologischer Modelle der Einstellungs- und Verhaltensänderung überein. Seit Ende der achtziger Jahre wurden vorwiegend in den angelsächsischen Ländern verschiedene motivationale Interventionen zur Sekundärprävention und Behandlung von Substanzabhängigkeit und –missbrauch entwickelt, die den von Miller und Rollnick (1999) formulierten Behandlungsprinzipien entsprechen.

Miller und Rollnick empfehlen eine Reihe motivationaler Behandlungstechniken, z. B. einfühlendes Zuhören (reflective listening) oder die Formulierung offener Fragen. So soll beispielsweise die Berücksichtigung der Prinzipien 3 und 4 Reaktanz (Widerstand) reduzieren, die Förderung der Selbstwirksamkeitserwartungen hingegen Zuversicht und Veränderungsbereitschaft erhöhen. Die erfolgreiche Anwendung der hier in Kürze beschriebenen Beratungsstrategie ist wissenschaftlich dokumentiert. Studien, in denen motivierende Gesprächsführung beispielsweise bei drogenkonsumierenden Jugendlichen in Allgemeinkrankenhäusern angewandt wurde, haben gezeigt, dass diese Herangehensweise in kurzen Beratungsgesprächen auf große Akzeptanz bei Jugendlichen stoßen und die Beratung deutlich schadensmindernde Effekte zeigte (Kremer et al. 1999).

Aus Befragungen Jugendlicher ist bekannt, dass die Idee attraktiv erscheint, eine Beratung zu nutzen, um selbst Ziele zu setzen, Hindernisse zu identifizieren und die einzelnen Schritte zu planen. Jugendliche zweifeln allerdings auch daran, dass Erwachsene zu einer so partnerschaftlichen Beratung wirklich in der Lage sind. Das Misstrauen, am Ende doch wieder moralisch belehrt zu werden, ist bei Jugendlichen eher vorhanden (Balch 1998).

Aus diesen Vorbehalten wird deutlich, dass die Prinzipien des *Motivational Interviewing* eine Herausforderung darstellen. Sowohl an die Einstellung des Beratenden, als auch an die Erwartung der Jugendlichen. Vor dem Hintergrund der bislang vorliegenden Literatur erscheint insbesondere die Durchführung standardisierter motivationaler Interventionen zur Reduktion dysfunktionalen Substanzkonsums bzw. der negativen Konsequenzen eines fortgesetzten Missbrauchs gerechtfertigt (Demmel 2001; Demmel in press, Kremer et al. 1999).

6.2.3. Die Therapeutische Beziehung als grundlegender therapeutischer Wirkfaktor

Grundlegend für alle strategischen Überlegungen und therapeutischen Techniken ist nach Orlinsky und Grawe die vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Von ihr hängt über die Hälfte des Therapieerfolges ab. (Orlinsky et al, 1994). Dimensionen des Wirkfaktors „Beziehung“ werden am Beispiel des Wirkprinzips der emotionalen Exposition

exemplifiziert. Die 14 Wirkfaktoren nach Petzold (1992) vervollständigen abschließend die Überlegungen zur Wirkung therapeutischer Arbeit.

Exkurs: Aus der Trauma-Forschung wissen wir, dass wir über mehrere unterschiedliche und parallele Gedächtnissysteme verfügen (van der Kolk 1998), die im Alltag kaum trennbar ineinandergreifen, aber in Situationen emotionaler Anspannung auseinanderfallen können. Die Zwei hier Bedeutendsten sind in Tabelle 6 gegenübergestellt.

BIOGRAPHISCHES Gedächtnis	EMOTIONALES Gedächtnis
sprachlich codierte Inhalte	episodisch-szenische Inhalte
schafft zeitlich räumliche Bezüge	erlebt zeitlos im Hier und Jetzt
hilft uns, uns zu orientieren	bringt emotionale Färbung in die Erinnerung
Inhalte bewusst erinnerbar	wird durch situative Auslösereize aktiviert
mit dem Hippokampus verbunden	mit den Mandelkernen (Amygdalae) verbunden

Tabelle 6: Gedächtnissysteme (van der Kolk 1998)

Während wir uns in Phasen geringer emotionaler Spannung zuverlässig auf das Hippocampusgesteuerte, explizite, biografische Gedächtnis verlassen können, fallen wir in Phasen mandelkerngesteuerter, starker emotionaler Anspannung aus diesen räumlich-zeitlichen Ordnungsstrukturen heraus. Wir erleben die Gefühle im Hier und Jetzt gewissermaßen „zeitlos“. Weder in Phasen der Verliebtheit, noch während eines Panikanfalls haben wir daher auf der Gefühlsebene ein Bewusstsein davon, dass diese Zustände recht bald wieder vorbei sein werden. Um diesen zeitlichen Verlauf zu antizipieren, müssen wir die Ebene des emotionalen Eintauchens verlassen und eine rational-distanzierte Haltung einnehmen. Auf neurobiologischer Ebene bedeutet dies, die aktivierten emotionalen Gedächtnisinhalte mit sprachverbundenen Aktivitäten des biografischen Gedächtnissystems zu verbinden (Roediger 2005).

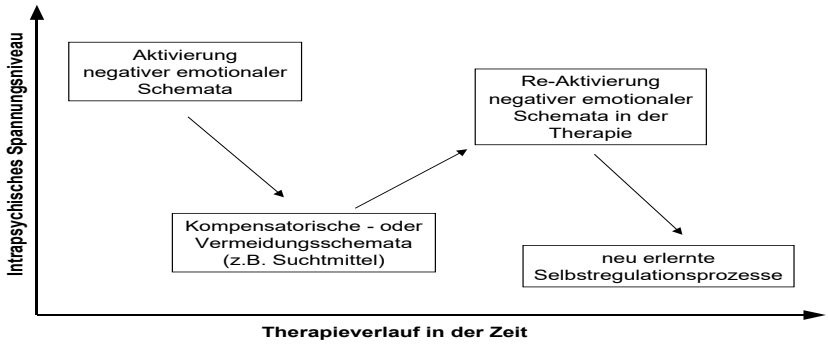


Abbildung 40: Die emotionale Exposition (Roediger 2005) Experiential confrontation

Um Suchtpatienten aus einer gelernten, emotionalen und automatisierten Schemaaktivierung heraushelfen zu können, müssen diese Schemata zunächst in der Therapie aktiviert werden (Problemaktualisierung). Dann aber muss die Ebene gewechselt werden, das Gefühlserleben muss mit sprachlichen Ausdrucksformen verbunden werden (Problembewältigung). Darin besteht ein wesentlicher Wirkfaktor der Psychotherapie, dass sie stummes, szenisch-emotionales Erleben aus dem emotionalen Gedächtnis mit sprachlich rationalen Bewusstseinsprozessen und Gedächtnisstrukturen verbindet (Brevin 2001). Nur was wir bewusst wieder erlebt und in unser Selbstkonzept integriert haben, können wir auch in spontanen Aktivierungssituationen zwar als zu uns gehörend, aber alt wieder erkennen und entsprechend rational statt impulsiv-emotional handeln (Meischenbaum 1994). Hierdurch können die alten Erlebnisse zwar nicht ausgelöscht, aber durch „reifere“ Verhaltensweisen besser gehandhabt werden. Dieser Prozess wird als neuronale Überformung beschrieben (Roediger 2005). Die Begegnung mit den negativen emotionalen Schemata bedeutet für die Patienten einen erheblichen intrapsychischen Spannungsanstieg (s. Abbildung 43).

Patienten, die bei der Begegnung mit ihren negativen emotionalen Schemata einem solchen erheblichen intrapsychischen Spannungsanstieg ausgesetzt sind, wenn sie während der Exposition auf ihre Vermeidungs- und Kompensationsmuster verzichten, benötigen eine in hohem Maße stabilisierende und vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten (Orlinsky et al. 1994). Hierin liegt eine Begründung für die entscheidende Wichtigkeit dieses Wirkfaktors.

Das Wirkprinzip der emotionalen Exposition besteht darin, dass innerhalb der therapeutischen Beziehung zunächst die negativen emotionalen Schemata aktualisiert werden, was zu einer Aktivierung der Mandelkerne führt, aber gleichzeitig durch die stabilisierende therapeutische Beziehung

und das Ausbleiben der befürchteten Katastrophe eine dopaminerge Aktivität im Belohnungssystem entsteht und die Mandelkerne hierdurch wieder heruntergeregelt werden (Roth 2001). „Experiential confrontation“ hat sich als eine der wirksamsten therapeutischen Interventionen überhaupt herausgestellt (Orlinsky et al. 1994). Anders formuliert es Roediger, wenn er sagt: „Die Basis für das Gelingen einer Therapie bildet der Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung“ (Roediger 2005, 25).

Eva

Heute fühle ich mich hier in Viersen gut aufgehoben, in Sicherheit und auch verstanden. Ich weiß, dass wenn ich ein Problem habe, mir auch geholfen wird.

Am Anfang habe ich mich hier sehr unwohl gefühlt, weil ich mit den Regeln und dem Tagesablauf nicht zurechtkam. Ich war es einfach nicht gewohnt. Ich wollte schon was ändern, aber irgendwie wollte ich auch die Zeit absitzen. Mit der Zeit habe ich mich eingelebt und ich habe gemerkt, dass es mir hilft und ich Fortschritte mache und ich merke, dass ich mich weiter entwickelt habe.

Heute würde ich sagen, ich bin eine aufgeschlossene fröhliche junge Frau. Auch viel selbstbewusster. Ich bin auch einsichtiger und vorsichtiger heute. Ich weiß, dass ich intelligent bin. Ich konnte mal gut malen, aber es macht mir heute nicht mehr so viel Spaß. Ich bin nicht mehr so kreativ, wie früher. Ich kann mir aber vorstellen, dass ich mich wieder damit beschäftigen könnte. Hab gerne Menschen um mich, gehe gerne shoppen – aber das tun ja wohl viele gerne.

Ich gehe hier in Viersen jetzt wieder zur Schule und möchte später das Wirtschafts-Abitur machen. Das ist so eine Form, bei der man gleichzeitig auch eine Ausbildung erwirbt. Das finde ich sehr interessant.

Ich habe jetzt wieder Kontakt mit meiner Mutter und mit meinem Vater und Oma und Opa. Mein Verhältnis zu meinen Eltern wird langsam besser. Gerade beim letzten Telefonat mit meiner Mutter habe ich mich darüber gefreut, dass unser Verhältnis sich wieder so gut entwickelt hat.

Adam

Also, eine Therapie ist wirklich gut! Mein Standpunkt ist, man muss das einfach zulassen! Man muss sich da halt durchbeißen! Es gibt viele Leute, die denken, die Regeln und so, das wäre alles Scheiße, aber die bringen eigentlich viele Vorteile. Mir zumindest. Und wenn man hier ist, dann muss man ehrlich sein! Man kann in der Therapie sitzen und lügen, und meinen „Ich will dazu nichts sagen“; aber man kann auch einfach drüber reden.

Jetzt kann ich klar denken, ich fühle mich besser, größer. Ich hab das Gefühl ich habe was erreicht. Jetzt kann ich an was arbeiten, jetzt kann ich was erreichen. Mein Selbstbewusstsein ist besser.

Es ist noch nicht klar, ob ich weiter hier bleiben kann, weil ich mit dem Jugendamt Streit habe. Die sagen die wissen nicht, wer zuständig ist für mich, weil ich achtzehn geworden bin, deswegen … Die können mich ja nicht einfach auf die Straße entlassen … hoffe ich.

7. Konsequenzen für die pädagogisch-therapeutische Arbeit

Entscheidende Parameter für den jeweiligen Therapieerfolg sind zu gleichen Teilen Merkmale aus der Lebensgeschichte eines Menschen, Merkmale aus seiner Krankheitsentwicklung und seiner prä-therapeutischen Lebenssituation, Merkmale der posttherapeutischen Lebenssituation und schließlich Merkmale der Therapie selbst. Diese Therapiemerkmale lassen sich in ihrer Bedeutung unterteilen nach Rahmenbedingungen, Therapeutenmerkmalen und den eigentlichen therapeutischen Methoden (Moos et al. 1990).

Nachdem verschiedene Bereiche der prätherapeutischen Lebens- und Entwicklungssituation der jungen Suchtpatienten in den vorherigen Kapiteln beleuchtet werden konnten, sind im Folgenden einige, aus den Studienergebnissen und aus der gesichteten Literatur abgeleitete Ideen, Thesen, Ziele und Visionen aufgeführt, die sowohl Rahmenbedingungen als auch Therapeutenmerkmale und Methoden betreffen.

Aufgrund unserer beruflichen Erfahrungen in der Drogenarbeit, der Jugendhilfe und der Ergebnisse unserer Suchtforschungsprojekte der vergangenen Jahre formulieren wir aus unserer Sicht erstrebenswerte Bedingungen und Interventionen für die Behandlung jugendlicher Suchtpatienten. Bisher praktizierte Behandlungsformen scheinen uns noch nicht ausgereift, wenig vernetzt und insbesondere die geschlechtsspezifischen Angebote nicht bedürfnisorientiert entwickelt. Die hohe Abbrecherquote in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Behandlung Suchtkranker lässt den vorsichtigen Schluss zu, dass diese Behandlungsform entweder nicht für alle Jugendlichen die richtige ist, oder aber konzeptionelle Erweiterungen und Veränderungen vorgenommen werden müssen, um die Haltequoten zu erhöhen, um einen positiven Therapieverlauf und somit ein höheres Maß an Therapieerfolg zu erzielen. Zur Verifizierung dieser Hypothese sind Katamnese-Studien dringend erforderlich. Konsequent sollten mittels dieser die Gründe erforscht werden, die bei fast der Hälfte der Jugendlichen Patienten zur vorzeitigen Beendigung der Behandlung oder zum Therapieabbruch führen.

Wie bereits eingangs erwähnt, können Behandlungskonzepte für drogenabhängige Erwachsene nicht ohne Weiteres auf jugendliche Patienten übertragen werden, da die Besonderheiten und Eigenarten ihres Lebensabschnitts berücksichtigt werden müssen. Wir müssen davon ausgehen, dass in aller Regel die Bewältigung von Pubertät und Adoleszenz nicht vollzogen ist und Entwicklungsverzögerungen insoweit vorliegen, dass wir es bei der Gruppe der behandlungsbedürftigen Jugendlichen entwicklungspsychologisch eher mit Kindern als mit „kleinen Erwachsenen“ zu tun haben. So muss Jugend-

lichen, stärker als dies bei Suchtpatienten in höherem Alter nötig ist, ein Erfahrungsraum zur Verfügung gestellt werden, in dem Nachreifung möglich wird. Zur Nachreifung bedarf es in aller erster Linie des ausreichenden Schutzes und Supports. Auf dem Weg in ein abstinentes Leben muss, wie im Zuge der analytischen Suchttheorie ausgeführt und neurowissenschaftlich begründet wurde, die therapeutische Beziehung tragfähige Kontinuität aufweisen. Therapeuten fungieren als „Hilfs-Ich“, um Schritt für Schritt im Schutzraum der Therapie die Ich-Funktionen der Jugendlichen aufzubauen. Nach dem sich die Jugendlichen oft viele Jahre in einer Rauschwelt befunden haben und die Rauschmittel als Schutzschild gegen die Außenanforderungen in Schule und Familie fungierten, müssen die jungen Patienten von Grund auf lernen, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen, sie zu regulieren, mit Frustrationen umzugehen und ihre Affekte zu kontrollieren.

Die Eltern unter uns wissen, dass das von Geburt an, in den ersten Lebensjahren und auch später ein sehr mühevoller Prozess ist, der sich je nach Temperament unserer Kinder langwierig gestaltet und die Bezugspersonen viel Kraft kostet. Dementsprechend sind derartige Reifungsprozesse, müssen sie später nachgeholt werden, vielschichtig und mühevoll. Zur Verdeutlichung des Zieles der „Nachreifung“ und der damit einhergehenden Reifungsprozesse lohnt ein Exkurs in die therapeutische Behandlung von traumatisierten Kinder im RTC (B’nai B’rith Residential Treatment Centre) in Jerusalem nach Yecheskiel Cohen. Das in unserer Studie nachgewiesene Ausmaß an Traumatisierung der jungen Suchtpatienten und -patientinnen rechtfertigt die Auseinandersetzung mit Ansätzen der Traumatherapie.

7.1. Zentrale Aspekte einer umfassenden Behandlung

Als Anregung für die Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Behandlung im Jugendalter wollen wir abschließend zentrale Aspekte hervorheben, die sich aus der Interpretation der Patientenprofile und der Beschäftigung mit Entwicklungs- und Suchttheorien herauskristallisierten:

- potential space
- Motivation
- Freizeit
- Leib und Körperbezogenheit
- Gruppe
- Kognitive Therapie und Psychoedukation
- Netzwerkorientierung und Netzwerkarbeit
- Selbstwirksamkeitserwartung

potential space

Yecheskiel Cohen (2004), der sich auf die These des „potential space“ des Psychoanalytikers Winnicott (1971, 1986) beruft, geht davon aus, dass ein *potenzieller Raum* zwischen Mutter und Säugling die Grundvoraussetzung für die Entwicklung eines eigenständigen, wahren und organisierten Selbst eines Kindes ist. Erkenntnisse dazu liefert, wie bereits ausgeführt, die Säuglingsforschung. Cohen beschreibt den *potential space* als Spannungsfeld zwischen Kleinkind und Mutter. Einem Ort, an dem sich kreatives Spiel und Kulturerfahrung einschließlich ihrer differenziertesten Erscheinungsformen ereignen (Cohen 2004). „Es ist die Besonderheit dieses Ortes, an dem Spiel und Kulturerleben sich ereignen, dass er *existenziell von der lebendigen Erfahrung abhängt* und nicht von Anlagefaktoren. Wird ein Kleinkind liebevoll umsorgt, so kann sich die Mutter von ihm lösen, und es entsteht ein riesiger Bereich für das Spiel. Macht ein Kleinkind in dieser Phase seiner Entwicklung dagegen ungünstige Erfahrungen, so hat es – außer in Bezug auf Introversion und Extraversion – nur geringe Entwicklungsmöglichkeiten. In diesem Fall kommt dem *potential space* keine Bedeutung zu, weil sich nicht ein tragfähiges Gefühl für Vertrauen und Zuverlässigkeit und damit keine zwanglose, uneingeschränkte Selbstverwirklichung ergeben hat.“ (Winnicott, 1971,126; kursiv im Original).

Im *potential space* stehen nach Cohen die Objekte nicht für sich und werden somit nicht als getrennt, sprich als eigenständige Wesen wahrgenommen. Jedes Objekt erhält seine Bedeutung und seinen existenziellen Wert durch ein anderes Objekt. Hierzu führt Cohen folgendes Beispiel an: „Nehmen wir zum Beispiel die Mutter, die ihren Säugling stillt. Es gibt dabei ein System von Objekten: den Säugling, seinen Mund, das Saugen, die Mutter, die Brust, die Milch. Aus Sicht der objektiven Realität sind diese Objekte voneinander getrennt und lassen sich beschreiben und definieren, nicht jedoch im Erleben des Säuglings, das ja das Ergebnis sich ergänzender Vorgänge zwischen all diesen Objekten ist, denen Eigenschaften zugeschrieben werden, die in dieser bestimmten Interaktion einzigartig für diesen bestimmten Säugling und diese bestimmte Mutter sind. Zu diesen Eigenschaften kommen die emotionalen Erlebnisse hinzu, wie etwa Behaglichkeit, geistige Anregung und Hochgefühl, ästhetische Erregung und Verschmelzung oder, im Gegensatz dazu, Gefühle der Entfremdung, Niedergeschlagenheit etc.“ (Cohen 2004, 29)

Cohen führt aus, dass ein weiteres Merkmal des *potential space* die fehlende Differenzierung zwischen den Dimensionen der Zeit sei. „Der Säugling erlebt in seiner Undifferenziertheit und dank dem *potential space*, der durch die Mutter ermöglicht wird nicht, dass sie vor ihm da war, sondern er empfindet noch undifferenziert sich selbst als Erschaffenden und Erschaffenen, als allmächtig und abhängig zugleich. Nur eine solche Erfahrung über lange Zeit kann in ihm das Gefühl für die Grenzen seines Könnens und

seines Wesens etablieren, eine Erfahrung die ihm die Fähigkeit zum Geben und Nehmen, zur Liebe und zur Beziehung zu Anderen erwecken wird, ohne dass dabei sein Gefühl für sich selbst und seine Potenz einbüßt. Es sind komplexe kognitive und emotionale Erlebensräume, die die allmähliche Entwicklung zur realen und objektiven Differenzierung ermöglichen." (Cohen 2004, 29 kursiv im Original) Cohen beschreibt, dass Kinder, die die Erfahrung des *potential space* nicht gemacht haben, in ihrem Verhalten, Anderen und der Realität gegenüber, eingeschränkt sind. Gravierende Verhaltensauffälligkeiten und Drogenmissbrauch beschreibt der Autor als mögliche Symptome. Aus diesen Zusammenhängen und auf Basis Winnicotts psychoanalytischer Grundgedanken, leitet der Autor Behandlungsgrundsätze und therapeutische Interventionen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen ab, die während seiner 40-jährigen Laufbahn als Direktor des *B'nai B'rith Residential Treatment Centre* in Jerusalem praktiziert wurden. Ycheskiel Cohen verdeutlicht in seiner Schrift (2004), dass für die Entwicklung eines kohäsiven Selbst, früheste Kindheitserfahrungen von prägender Bedeutung sind. „[…] die Idee nämlich, dass der Säugling fühle, er habe die Welt erschaffen, die Brust, und dass dieses Gefühl notwendig ist für die Entwicklung seines Selbst. Diese Erfahrung ist jedoch nur möglich, wenn die Brust zur Stelle ist, wenn der Säugling sie braucht" (Cohen 2004, 17).

Er führt diese grundsätzlichen Gedanken weiter aus, setzt diese in Handlung leitende Thesen um und fordert für die Therapie während der stationären Behandlung in einem Heim: „[…] dass es eine Welt gibt, die vorhanden ist, damit das Kind, das sich in seiner seelischen Entwicklung noch im ersten Stadium seines Lebens befindet, alles bekommt, was es braucht, und das Gefühl hat, all dies selbst zu erschaffen. Die Verwirklichung der subjektiven Möglichkeiten, die Entfaltung des einmaligen Selbst des Kindes müssen das Ziel sein, nicht aber seine Anpassung an seine gesellschaftliche Umwelt, die von Heimen oft in erster Linie angestrebt wird." (Cohen 2004, 31)

Im Vergleich zur vorzufindenden (Alltags-) Realität im stationären Krankenhausbereich ein nicht alltäglicher Ansatz. Anders in Israel. Die Grundprinzipien der Behandlung traumatisierter Kinder im RTC *(B'nai B'rith Residential Treatment Centre)* in Jerusalem, beschreibt Cohen folgendermaßen: „Daher müssen wir, wenn wir dieser Art geschädigter Kinder behandeln, insbesondere dann, wenn auf sie die Diagnose „Borderline" zutrifft, uns zurückversetzen und sozusagen die erste Phase ihres Lebens wiederherstellen, die Phase, in der die Differenzierungen noch nicht klar getroffen werden konnten. Das bedeutet, dass einem Kind mit diesen Problemen nicht durch die Förderung seiner Anpassungsfähigkeit an die Umwelt zu helfen ist, das heißt durch Lehren, Erziehen, Anpassung etc., sondern dadurch, dass sich die Behandlung auf die Entwicklung von potential spaces konzentriert, damit es sich später subjektiv wie objektiv auf adäquatere Weise der Realität gegenüber verhalten kann. Ein Heim muss das Leben dieses Kindes, das kein

abgegrenztes Selbst hat, durch einen potential space noch einmal einfangen. […] Das Kind fühlt sich dann als Schöpfer (dieses Raumes), in dem es zugleich die Realität vorfindet.“ (Cohen 2004, 31)

Mit einer stabilen, wertschätzenden therapeutischen Beziehung und der Ermöglichung eines potential space in stationärer (und ambulanter) Therapie und Jugendhilfe wird eine heilsame Grundlage für ganzheitlich Interventionen und Techniken gelegt, die den jugendlichen Suchtpatienten befähigt die Auseinandersetzung mit seiner Lebensrealität ohne Drogen zu riskieren, die meist schmerzvollen Verarbeitungs- und Differenzierungsprozesse auszuhalten.

Motivation

Die Fremdmotivation, mit der drogenkonsumierende Mädchen und Jungen aufgrund des Drucks von Außen oftmals die Therapie beginnen, muss im Laufe der Behandlung in Eigeninitiative umgewandelt werden, damit Jugendliche überhaupt ein längerfristiges Arbeitsbündnis eingehen (Möller 2005) und sich der therapeutischen Arbeit stellen können. Hierzu können auch ökologische Bedingungen einen entscheidenden Beitrag leisten. Die stationäre Therapie sollte für behandlungsbedürftige junge Menschen im Sinne einer „Therapeutischen Gemeinschaft“ zum Wachstum fördernden Lebensraum werden. In den Lebenswelten, aus denen sie kommen, herrschten synthetische Qualitäten vor: Drogen, mediale Dauererregung, Großstadtwüsten, Szeneplätze, Fast Food, heruntergekommene Wohnungen ... Soll Wachstum und Heilung gefördert werden, so muss der therapeutische Raum zum ästhetischen Raum, im Sinne vielschichtiger Wahrnehmungsqualitäten werden. Naturerleben in Wald und Garten, liebevoll gestaltete Räume, der Umgang mit Haustieren können hilfreiche Bausteine im Heilungsprozess werden. Achtsamkeit im Umgang mit anderen und mit sich selbst kann so gelernt werden. Graustufen oder Zwischentöne emotionalen Empfindens werden in einer anregungsreichen Umwelt gefördert. Das ist gerade für die Jugendlichen wichtig, deren vortherapeutisches Leben aus Extremen zwischen Rausch und Realität, zwischen Euphorie und Depression, zwischen Symbiose und totaler Abschottung bestand.

Durch die Schaffung oben genannter Möglichkeitsräume (potential spaces), in denen auch durch reale, die Lebens- und Erlebensqualität steigernde Faktoren wie gemütlich eingerichtete Räumlichkeiten eine positive Atmosphäre ermöglicht wird, kommt der junge Mensch in die Lage, nicht nur (therapeutisch) zu arbeiten, sondern sich ebenfalls auch wohl fühlen zu können. Petzold benennt in der Therapietheorie der Integrativen Therapie wichtige *Schutzfaktoren* für ein gelingendes Leben. Diese Schutzfaktoren sollten auch dann, wenn es zu Auffälligkeit und Suchterkrankung gekommen ist, in der Suchttherapie genutzt werden. Trotz widriger institutioneller Rahmenbedingungen in psychiatrischen Einrichtungen sollte nach der Verbesserung einzelner Schutzfaktoren gesucht werden. Die folgende Liste hat

für Therapeuten/ Therapeutinnen und Geldgeber hoffentlich inspirierenden Charakter.

17 Schutzfaktoren nach H.G. Petzold (2004, 99)

1. Soziale Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerkes, das heißt in und außerhalb der Familie,
2. eine verlässliche Beziehung zu einem significant caring adult“ innerhalb und/oder außerhalb der Familie,
3. „schützende Inselerfahrungen“ und „gute Zeiten“ im Verlauf der Entwicklung,
4. positive Temperamentseigenschaften (emotionale Flexibilität, Kontaktfähigkeit, Affektregulation),
5. positive Erziehungsklimata (Wärme, Offenheit, Akzeptanz) in Segmenten der Lebenswelt (mit einem Elternteil, in der Schule, in der Kirchengemeinde etc.)
6. Möglichkeitsräume, in denen Gestaltungsimpulse und Selbstwirksamkeit erfahren werden können, sodass sich internal orientierte Kontrollüberzeugungen und konstruktive, selbstreferentielle Emotionen und Kognitionen, das heißt positive Selbst- und Identitätsschemata entwickeln können,
7. soziale Vorbilder die Werte und Sinnbezüge vermitteln und die konstruktives Bewältigungsverhalten modellhaft zeigen,
8. realistische Situationseinschätzung und positive Zukunftsorientierung, Leistungsmotivationen und Impetus zur aktiven Problembewältigung,
9. kognitive, emotionale Integrationsfähigkeit, die einen „sense of coherence“ (Antonovsky 1997) ermöglichen,
10. sozioökologische Kontexte, die einen breiten Aufforderungscharakter haben und eine Vielzahl von affordences bereitstellen, sodass Handlungskompetenzen gewonnen werden können,
11. dosierte Belastung, die Immunisierungen und das Ausbilden von Bewältigungsstrategien ermöglichen, weil sie die Coping-Kapazitäten und die vorhandenen Ressourcen nicht überfordern,
12. Angebote für kokreative sinnvolle Aktivitäten (Hobbys, Sport, Spielmöglichkeiten), die Entlastung, Erfolgserlebnisse und Kreativitätserfahrungen bieten,
13. ein positiver ökologischer Rahmen (Landschaft, Garten etc.), der durch Naturerleben Kompensationsmöglichkeiten schafft,
14. Netzwerkorientierung, das heißt die Fähigkeit soziale Netzwerke aufzubauen und diese zu nutzen,
15. Haustiere, deren protektive Funktion gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann
16. Fantasiepotenzial, die Möglichkeit, innere Welten in neuer und außer-

gewöhnlicher Weise zu sehen und zu nutzen,

17. das Vorhandensein sozialer Sicherungssysteme und Hilfsagenturen.

Viele dieser Bereiche finden wir in den Biografien der Jugendlichen in einem desolaten Zustand vor und es bedarf einer ausgesprochenen Fantasie und Kreativität der Therapeuten und Therapeutinnen das „Ödland“ neu zu bestellen, trotz der Enge der Rahmenbedingungen.

Freizeit

Gerade Freizeitaktivitäten sollten, stärker als bisher vorgesehen, auf die jeweiligen Bedürfnisse der Geschlechter abgestimmt bzw. geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein. Der Einsatz kreativer Medien zur künstlerisch/kreativen sowie musischen Freizeitgestaltung sollten nach den Ergebnissen unserer Studie gerade für weibliche Jugendliche entwickelt und ausgebaut werden. Für männliche und weibliche Jugendliche in stationärer Therapie müssen geschlechtsspezifische körperbezogene Angebote geschaffen werden, die über reine körperliche Ertüchtigung hinausgehen.

Orientiert an dem beschriebenen potential space sollten angemessene Sport- und Körpertherapie-Angebote geschaffen werden, die Körperbewusstsein, Krafterleben und Grenzerfahrungen ermöglichen und zur Selbstwertstärkung beitragen. Mit einem „unbarmherzigen morgendlichen Dauerlauf“, der für viele Jugendliche eher zur Qual als zur Wiederentdeckung einer vitalen Körperlichkeit wird, sind die notwendigen Leib-Interventionen nicht abzudecken, maximal zu ergänzen. Um der mit Traumatisierung und Suchtkarriere einhergehenden „Anästhetisierung“ (Abspaltung der körperlichen Bedürfnisse und Körperwahrnehmung) angemessen begegnen zu können und Heilung zu fördern sind differenzierte, in die therapeutische Beziehung eingebundene Leib-Interventionen erforderlich, die jugendgemäße Sportarten (Tanzen, asiatische Kampfkünste, etc.) integrieren und nutzen.

Den neuronalen Umbauten im zentralen Nervensystem während der Pubertät bzw. dem daraus resultierenden dopaminergen Mangel (Huether 2001), kann durch die Förderung oder Darbietung von Alternativkicks Rechnung getragen werden. Sport, Extremsport und Grenzerfahrungen sind wichtige Elemente, mit denen Jugendliche erreicht werden können. Da neurobiologisch betrachtet die Möglichkeit einer Löschung vorhandener neuronaler Bahnen nicht besteht, im Gegenteil aber die belohnenden Effekte der Suchtmittel im emotionalen Gedächtnis engrammiert (eingebrannt) sind, gilt es, sogenannte Trigger- oder Auslösereize zu vermeiden. Suchtmittelfreie Bereiche, Zonen und Sozialkontakte sind entsprechende Maßnahmen, die naturgemäß während der Therapie, aber auch nach der Entlassung geschaffen, gefördert und gepflegt werden müssen. (Roediger 2005).

Neben dem Aufbau von positiven Aktivitäten können wir auch an der Wahrnehmung und Bewertung der Aktivitäten dahin gehend arbeiten, dass

eine höhere Erlebnisintensität angestrebt wird. Nach Heidenreich et al. (2003) lassen sich Wahrnehmungsprozesse durch eine Haltung der Achtsamkeit positiv beeinflussen; indem man sich intensiver auf ein Wahrnehmungsobjekt und das angestoßene innere Erleben einlässt, und somit die Fähigkeit zu intensivem und differenziertem Erleben steigert. Hierzu sind Naturerlebnisse, körperbezogene Angebote und kreative Gestaltung hervorragend geeignet. Die durch kreativ- und bewegungstherapeutische Maßnahmen angestoßene Erlebnisaktivierung und Involvierung sollte allerdings ganzheitlich therapeutisch eingebunden werden. Kreativ- und bewegungstherapeutische Arbeit sollte nicht zur „Highlight Produktion" verkommen (Lammel 2003) und als Satellit umherschwirren. Die in dieser Arbeit gemachten Erfahrungen müssen in die psychotherapeutische und gruppentherapeutische Arbeit eingebunden, dort genutzt und weiter verarbeitet werden. Die entstehenden künstlerischen Produkte beispielsweise muss der junge Patient sich zueigen werden lassen, sich aneignen, sich identifizieren mit ihnen. Dazu gehört die positive Resonanz der therapeutischen Außenwelt, auf der Station, durch die Mitpatienten und das pflegerisch-therapeutische Personal. Aus dieser Resonanz und Identifikation erwächst ein Identitätsgewinn, der für die jugendliche Suche nach Identität brauchbare Nahrung zu bieten hat. Die zur Drogenuser-Identität alternativ zu entwickelnden Identitätsmodelle brauchen Resonanz und Rückendeckung. Kreativität und Bewegung können dabei jugendgemäße Schlüsselerfahrungen ermöglichen. Dabei können sogar die mitgebrachten szenetypischen Ausdruckformen und Sportarten (Graffiti, Hip-Hop, Streetdance, Rap ...) therapeutisch wertvoll genutzt werden (Lammel 2003). Bedeutsam ist dabei immer, dass Gestaltungsprozesse vom Tun, zum Erleben, zum Begreifen, zur Sprache therapeutisch begleitet werden.

Leib

Da der Drogengebrauch körperliche Folgeschäden nach sich zieht und gesunde Körperlichkeit und leibliche Achtsamkeit meist über lange Zeit hinweg vernachlässigt wurden, müssen Bewegungsarbeit und Entspannungsarbeit gefördert werden, um ein positives Körpergefühl als Basis für das Wohlbefinden der jungen Menschen (wieder) herzustellen (Petzold 1988).

Die jungen Suchtpatienten sind „Kinder der postmodernen/ spätmordernen Gesellschaft" in der „face-to-face Kontakte zunehmend durch Online-Kommunikation und Berührungen durch Bildschirme ersetzt werden." Die Informations- und Mediengesellschaft geht mit einem Verlust der Körperlichkeit einher, der gerade den heranwachsenden Generationen zu schaffen macht. Die Körperkraft wird in Arbeits- und Produktionsprozessen nicht mehr gebraucht. Zurück bleibt ein Hunger nach Bewegung, der sich in aktuellen Jugendszenen artikuliert. Es zeigen die Lebensweltstudien in der Partyszene (Lammel 1997 – 2002), dass sich die Partygänger gerne exzessiv bewegen. Tanz ist zentrales Kulturmerkmal dieser Jugendkultur.

Die Qualität des reinen Tanzens erfährt durch den Konsum von Partydrogen eine Steigerung. Nach den vorliegenden Studien ist die Einnahme psychoaktiver Substanzen unter Partygängern weit verbreitet (Tossmann, 1997; BZgA 2004). Die Partyszenen sind drogenaffine Milieus, und viele der heranwachsenden Suchtpatienten kommen inzwischen aus diesen Feierkulturen. Die Partyszenen mit ihren vereinnahmenden Rausch- und Ekstasequalitäten können als Prototyp einer „postmodernen" Jugendkultur gelten und gerade hier ist die Bedürfnislage der heranwachsenden Generation besonders eindrucksvoll zu studieren. (Lammel 1998)

Bedürfnisorientierte Suchtarbeit sollte am Hunger nach Bewegung ansetzten. Bedürfnisorientierte Suchtarbeit sollte Tanz (-therapie) als Behandlungsform stärker nutzen. Exzessives Tanzen bringt Entspannung und Glücksgefühle werden angeregt. Die drogenfreien Erfahrungsberichte der jungen Forscher, die „Teilnehmende Beobachtung" in der Partyszene durchführten, und auch die Interviews mit Szenegängern aus Berlin beschreiben Gefühle von Entspannung und Glück. (Lammel 1998)

Tanz kann eine heilsame Alternative zu den im Drogenrausch erlebten „ozeanischen Gefühlen" und den „Momenten totaler Konfluenz" sein. Bisher fehlt es leider an entsprechenden empirischen Belegen für die Wirkung von Tanz auf die neuronalen Systeme und das Glücksempfinden, weil so Manfred Spitzer „Untersuchungen hierzu schwierig (sind), schließen doch die meisten Methoden der Physiologie und vor allem der Neurobiologie größere Körperbewegungen, wie sie für den Tanz charakteristisch sind, aus. Aber auch an einfachen Messungen beispielsweise zum Wohlbefinden nach einer Stunde Tanz oder Tanztherapie fehlt es weitgehend." (Spitzer 2002, 224)

Gabriele Klein, Tänzerin und Soziologin, nimmt in ihrem Buch „Electronic Vibration" wichtige Spuren von Tanzqualitäten auf (Klein, 1999). Zur Wirkung von Musik legt Manfred Spitzer zahlreiche neurowissenschaftliche Befunde vor. (Spitzer 2002).

Fest steht, dass durch jahrelangen Drogenkonsum die Genussfähigkeit und das Glücksempfinden der jungen Menschen beeinträchtigt werden oder ganz veröden. Für die Sicherstellung eines abstinenten Lebensstils sollten diese Fähigkeiten in der Therapie wieder entdeckt werden. Tanz und Bewegungstherapie bieten gerade für die Behandlung von Jugendlichen adäquate Zugangswege und Behandlungsformen.

Sucht-Prävention, Sucht-Therapie und nachsorgende Gesundheitsförderung sollten mehr als bisher entsprechende Angebote vorhalten, die auch Jugendliche erreichen. Musik- und Tanz-Workshops im Bereich der verschiedenen jugendkulturellen Nischen, Contests, Schulen, Kurse, Partys und Veranstaltungen, die jene Seite des Tanzes fokussieren und fördern, die als heilende und präventive Kraft wirksam wird (Petzold 1988). Dass jugendlichen Rauschmittelkonsumenten, vor allem den „risikoreich Konsumierenden", Bewegung in hohem Maße wichtig ist, konnte bereits in

der Subgruppenanalyse der Aachen-Studie belegt werden (Lammel 2003). Die hier vorgelegten Patientenprofile zeigen ebenfalls bei den jungen Suchtpatienten ein ausgeprägtes Bedürfnis nach körperlicher Betätigung. Auch unsere junge Interviewpartnerin Eva spricht davon, dass ihr das Tanzen sehr fehlt.

Gruppe
Die Gleichaltrigengruppe kann und soll als therapeutisches Element durch gruppentherapeutische Angebote intensiv zur Unterstützung und Auseinandersetzung genutzt werden. Dies dient der Identitätsbildung und der Ablösung vom Elternhaus einerseits (Hurrelmann 1999) und fokussiert andererseits die Beziehungsfähigkeit (Fengler 2002). Denn wo die liebevolle, sicher präsente Bezugsperson fehlte oder nur unzuverlässig und/oder in ambivalenter Haltung dem Kind gegenüber zur Verfügung stand, geht es auch darum, förderliche Beziehungen zu knüpfen und, was viel schwerer ist, sie über unvermeidliche Frustrationserlebnisse hinweg stabil zu halten (Tress et al. 2002).

Rückfälle
Rückfälle der Jugendlichen müssen, auch wenn diese während der Behandlung auftreten, als Chance begriffen werden und dürfen nicht zwangsläufig zu disziplinarischen Konsequenzen oder Entlassung führen. Das Zurückkehren können, auch nach einem Rückfall oder auch dem Therapieabbruch, muss dem jungen Menschen als Option angeboten werden, um gelernte Muster des Weglaufens und des „sich nicht den Problemen Stellens“ zu durchbrechen und so neue Lernerfahrungen zu ermöglichen (Körkel 2003, Lindenmayer 1990).

Erziehungsarbeit
Ein klarer und zugewandter Erziehungsstil der Eltern bzw. des pädagogischen Personals begünstigt den Heilungsprozess. Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient bedarf der regelmäßigen Reflexion und Fokussierung als therapeutisches Element. Eine (Tages)-Struktur, im Sinne eines Halt gebenden Rahmens ist, sowie es sich auch weitgehend etabliert hat, unabdingbare Voraussetzung für die individuelle Entwicklungsarbeit. Die äußere Struktur hilft beim Aufbau innerer Strukturen. Um diesem Ziel förderlich zu sein, sollten die stationären Strukturen und das Regelwerk unbedingt geprägt sein von Achtsamkeit, Wohlwollen und Respekt. Nur so können die Entwicklungsdefizite der jungen Patientinnen und Patienten angemessen beantwortet werden.

Kognitive Therapie und konsequente Psychoedukation
Bei der kognitiven Bearbeitung der Suchtstörung ist der Einsatz von

psychoedukativen Maßnahmen hilfreich (Tretter 2000; Gastpar et al. 1999). Jugendliche Drogenkonsumenten sollten im Sinne konsequenter Psychoedukation beispielsweise auch die neurobiologischen Zusammenhänge süchtigen Verhaltens nahe gebracht werden, damit sie angemessen mitarbeiten und ihre eigene Verantwortung zur Selbstregulation verstehen können.

Für die Rückfallvermeidung bzw. das Erreichen von Abstinenzfähigkeit spielt, neben der Bewusstmachung der individuellen Funktionalität des Konsums, ein bewusster Umgang mit dem inneren Verlangen nach Substanzkonsum (Suchtdruck, Craving) eine zentrale Rolle.

Craving wird durch innere und äußere Trigger (konditionierte Stimuli für abhängigkeitsbezogenes Erleben und Verhalten) ausgelöst. Die Klärung individueller, das Craving und die Rückfallgefährdung bahnender Mechanismen ist ein weiteres zentrales Therapieziel (Tretter 2001; Körkel & Schindler 2003). Die therapeutische begleitete Auseinandersetzung mit Suchtdruck auslösenden Reizen, z. B. durch Musik und szenetypische Kulturmerkmale (Graffiti) kann dabei helfen, für den Ernstfall Bewältigungsstrategien zu entwickeln und damit Rückfällen vorzubeugen.

Da bei den substanzbezogenen Störungen Gedanken und Aktivitäten häufig auf die Substanzbeschaffung und den -konsum eingeengt sind, gleichzeitig andere Lebensbereiche vernachlässigt werden, ist die Überwindung des eingeengten Denkens und Handelns ein weiteres wichtiges Therapieziel. Eine wesentliche Komponente beim Lernen ist nach Spitzer (2003) die sog. Lerntiefe, die wiederum von der emotionalen Beteiligung des Lernenden abhängt. Die emotionale Beteiligung von Suchtpatienten am Therapiegeschehen ist deshalb hilfreich bzw. als Erfolgsvoraussetzung nötig.

Auch Roth (2001) betont, dass ohne eine erkennbare emotionale Aktivierung der Patientenschemata kein störungsbezogener Therapieeffekt zu erwarten ist. Interventionen, in denen negative, emotionale Schemata aktiviert, ausgehalten und unter kortikaler Kontrolle herunterreguliert werden (Expositionsverfahren) sind in verschiedensten Settings möglich. Der Erfolg, egal ob in Einzel-, Gruppen-, Familien- oder Paarsituationen hängt nach Grawe davon ab, ob es zur tatsächlichen Problemaktualisierung und -bewältigung kommt (Grawe 1994).

Um konkrete, situationsbezogene Bewältigungskompetenzen für die Sucht erhaltenden negativen emotionalen Schemata zu erarbeiten, wäre es ideal, wenn der Therapeut den Patienten in dessen Lebensumfeld begleiten könnte, um die auftretenden Schemaaktivierungen dort zeitnah zu bearbeiten. Dies wiederum erfordert gänzlich neue Herangehensweisen bzw. die Schaffung veränderter Rahmenbedingungen für therapeutische Settings und Interventionen. Ist hier keine Erweiterung des therapeutischen Rahmens möglich, so muss zumindest die Laborsituation der stationären Behandlung um Suchtdruck auslösende Erfahrungsqualitäten bereichert werden. Wie schon

erwähnt, kann dabei die therapeutische Nutzung szenetypischer Musik eine wichtige Rolle übernehmen, weil sie im jugendlichen, drogenfixierten Lebenskontext mit Sicherheit eine Triggerfunktion hat.

Netzwerkorientierung und Netzwerkarbeit

Im Sinne soziotherapeutischer Betrachtungsweise müssen Familie, Bezugspersonen sowie das gesamte soziale Umfeld (Netzwerk) des Patienten am therapeutischen Prozess teilhaben und konsequent in diesen eingebunden werden. Das gesamte den jungen Menschen umgebende Netzwerk kann diesem während und nach der Therapie hilfreich sein und als Ressource seiner Unterstützung dienen oder auch Risikofaktor bleiben/ werden. Kooperation und Vernetzung sollten auch unter umgebenden Institutionen realisiert werden (Petzold 2004, 2006). Denn der Mensch als soziales Wesen kann ohne die soziale Perspektive keine gesunde Identität erlangen (Scheiblich 2000).

Der differenzierte und integrierte Einsatz von soziotherapeutischen Methoden und Interventionen wie die Einberufung von Netzwerkkonferenzen oder die Erstellung von Netzwerkkarten bedürfen der Aufnahme in das Therapiemanual, in welchem sie feste Bestandteile sein sollten (Petzold 2004, 2006).

Eine enge Zusammenarbeit von Jugendhilfe und stationärer Therapie ist in der Suchtbehandlung unabdingbar. Stabile, gut funktionierende multidisziplinäre Teams sind Garant für gelingende Heilungsprozesse. Ambulante und stationäre Arbeit muss zukünftig viel stärker miteinander verwoben werden. Fragmentarische, unverbundene Hilfen verhindern die notwendigen psychosozialen Integrationsprozesse auf dem Weg zu einem gelingenden Lebensstil, aus der Suchtmittelfixierung in die Abstinenz. Diese notwendige Vernetzungsarbeit weist bisher noch große Lücken auf, gerade die Übergangsphasen müssten hier noch integrierter gestaltet und natürlich auch finanziert werden.

Selbstwirksamkeitserwartung

Selbstwirksamkeitserwartung ist von Bandura schon 1977 als zentraler Erfolgsprädiktor in Suchttherapien identifiziert worden. Auch neuere Studien belegen, dass allgemeine und soziale Selbstwirksamkeitserwartungen eine wichtige Rolle bei der Bewältigung schwieriger Lebensanforderungen und kritischer Lebensereignisse spielen (Schwarzer et al. 1994).

Können Menschen keine ausreichende Kontrolle über die eigenen Handlungsfolgen und die Umwelt ausüben, so kann sich insbesondere geringe Selbstwirksamkeitserwartung entwickeln und Hilflosigkeit erlernt werden (Klein 2005). Solche Phänomene treten auf, wenn ein Mensch zu wenige Erfahrungen erfolgreicher Interaktion mit seinem Umfeld macht und er seine Handlungsziele überwiegend nicht durchsetzen kann. Die Umstände und

Konsequenzen eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von Substanzen in suchtbelasteten Familien können bei Kindern zu mangelndem Selbstwertgefühl, geringer Kontrollüberzeugung und schlechterer Selbstwirksamkeitserwartung führen.

Diese Erkenntnisse mit neuerem neurobiologischen Wissen abgleichend kann heute gesagt werden, dass eine bewusst wahrgenommene emotionale Selbstregulationskompetenz (als Äquivalent zur Selbstwirksamkeitserwartung), ohne Suchtmittel (im Sinne funktionierender frontolimbischer Regulationsschleifen), das zentrale Element einer erfolgreichen Suchtbehandlung zu sein scheint (Möller 2005, Roediger 2005). Diese Selbstregulationskompetenz und somit die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten gilt es, während der Therapie zu erarbeiten und zu fördern. Auch hier bieten sich bewegungstherapeutische Angebote an, die nachweislich zur Erhöhung von Selbstwirksamkeitserwartungen führen (Bartmann 2005).

Arbeitsprojekte, die ein sinnvolles Tun ermöglichen, die Identitätssäule „Arbeit und Leistung“ stärken, das Gefühl von Urheberschaft und Wirksamkeit real erfahrbar machen, können zur Vorbereitung auf die Zeit nach der stationären Therapie auch bereits in der Behandlung jugendlicher Suchtpatienten, ein wichtiger Baustein sein. Gehen doch Langeweile und das Gefühl von Sinnlosigkeit mit der Suchtentwicklung meist einher. Sinnvolles Tun, nicht nur kognitives Lernen im Prozess der Beschulung, kann das Gefühl tief greifender Sinnhaftigkeit vermitteln. Naturverbundene Tätigkeit und/oder sozialverantwortliche Tätigkeiten dürften dabei eine besondere Heilungsqualität aufweisen, weil sie Entfremdungsprozessen vorbeugen.

7.2. Klinische Sozialarbeit und Soziotherapie in der psychiatrischen Behandlung und Jugendhilfe

Wie bereits an zahlreichen Punkten dieser Arbeit dargelegt, erfordert die stationäre psychiatrische Behandlung drogenkonsumierender Jugendlicher eine multimodale und interdisziplinäre Herangehensweise an komplexe psychosoziale und familiäre Problemstellungen und Entwicklungspathologien (Grilo, 2001). Sowohl die für die Suchtmittelabhängigkeit grundlegenden Entwicklungsstörungen und die vorzufindenden Traumatisierungen wie auch die durch den früh einsetzenden Rauschmittelkonsum ausgelösten Entwicklungsverzögerungen erfordern eine grundlegende, langwierige und kontinuierliche Behandlung.

In aller Regel sind an dieser Behandlung zahlreiche Professionen beteiligt. Wie die Befunde unserer Studie zeigen, haben die Jugendlichen vor ihrer Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits verschiedene

Stationen von Jugendhilfe und Behandlung durchlaufen müssen.

Die notwendige vielschichtige Herangehensweise führt dazu, dass Behandlung fragmentarisch abläuft, die jugendlichen Patienten oft sogar zwischen Zuständigkeiten, Sektorengrenzen und Professionen hin und her geschoben werden. Die sich in den frühen Biografien zeigenden Zersplitterungen ihrer Lebensläufe werden im außerfamiliären Rahmen (Jugendhilfe/ Psychiatrie) fortgesetzt und können somit selbst zu der Verschärfung von Krankheitsverläufen beitragen. Zersplitterung und Drehtüreffekte fördern unserem Erachten nach die Chronifizierung. Eine Behandlung mit Heilungserfolgen sollte Integration und Vernetzung den mit Suchterkrankung verbundenen Spaltungsphänomenen entgegen setzten: Integration versus Spaltung.

An einer Vernetzung der unterschiedlichen Therapiemodule, eine Verbindung der pädagogisch-therapeutischen Hilfen vor Aufnahme mit der folgenden stationären Behandlung und auch die nahtlose Überleitung in eine jugendgemäße Nachsorge muss dringend gearbeitet werden. Am Beispiel einer jungen Patientin, deren Lebensverlauf wir nach der erfolgreichen Beendigung ihrer Therapie in Viersen noch ca. acht Monate verfolgten, konnten wir sehen, wie der „Absturz“ in alte Muster funktioniert: Sie kehrte zurück in eine unveränderte Situation im Elternhaus, musste sich mit unveränderten Verhaltensmustern ihrer Mutter auseinandersetzen, fand außerhalb ihrer bekannten alten Drogencliquen keine neuen freundschaftlichen Netzwerke, langweilte sich aufgrund mangelnder Beschäftigung. Die junge Frau war zudem mit den Herausforderungen einer Wiederaufnahme von Schule überfordert. Die Lernerfahrungen aus der therapeutischen Behandlung konnten von ihr nicht in den Alltag übertragen werden, Schutz und Stützsysteme fehlten. Wir müssen davon ausgehen, dass Rückfälle in alte Verhaltensweisen und Drogenkonsum so oder ähnlich in vielen Fällen ablaufen.

Der Alltagstransfer von neu gelernten Lebens- und Problembewältigungsmustern kann für die jungen Patienten nur gelingen, wenn eine lebensweltbezogene Begleitung während und nach dem stationären Aufenthalt gewährt wird. Gebraucht werden Fachleute, die mit therapeutischem Sachverstand ausgestattet, eine Brückenfunktion zwischen den Stationen übernehmen. Sie sollten die Patienten bereits in der Klinik kennenlernen, sie dann in ihre Lebenswelten hinein begleiten, für Beziehungskonstanz sorgen und die bereits beschriebenen „Hilfs-Ich-Funktionen“ auch nach der stationären Behandlung übernehmen. Eine Person, die als „Hilfs-Ich“ fungiert, wird nach der relativ kurzen stationären Verweildauer und in Anbetracht der vielschichtigen Entwicklungs- und Beziehungsstörungen (z. B. in der Eltern-Kind-Beziehung) gerade dann notwendig werden, wenn die jungen Patienten in der Konfrontation mit den Außenanforderungen in Familie, Schule und Freundeskreisen Regulationsmechanismen zur Bewältigung von Spannungszuständen finden müssen. Affektsteuerung, der Umgang mit Konflikten, Ver-

arbeitung von Frustrationen, Bedürfnisaufschub führen in Anbetracht der Umweltanforderung in die Überforderung, wenn Halt und Stütze fehlen. Hier klafft eine eklatante Lücke zwischen dem „stationären Korsett“ und der „haltlosen Freiheit“ nach der Therapie.

Die therapeutische Behandlung müsste für viele junge Patienten nach dem stationären Aufenthalt weiter gehen, um langfristig Stabilität zu erreichen. Es braucht Support bei der Erprobung neu gelernter Bewältigungsstrategien und Wegbegleitung für die Konfrontation mit Suchtdruck auslösenden Umweltreizen in Familie, Ausbildung und Freizeit.

Sozialarbeit und vor allem Sozialarbeit mit klinischer Kompetenz ist in besonderer Weise geeignet diese Brückenfunktion zu übernehmen. Ausgestattet mit umfassendem Know-how in psychosozialer Diagnostik, mit systemischen und familientherapeutischen Kenntnissen, einem vielfältigen Repertoire an aktivierenden und lebensweltbezogenen Interventionen und nicht zuletzt mit ihren Konzepten „Aufsuchender Sozialarbeit“ ist gerade diese Profession geeignet, die therapeutische Behandlung zu unterstützen wie auch die lebensweltorientierte Begleitung im Übergang zwischen stationärer Therapie und Alltagsrealität zu übernehmen. Klinische Sozialarbeit thematisiert die „Wechselwirkung von Psyche, Leib und Sozialität“, ist verortet zwischen den Disziplinen Medizin und Psychologie und darauf ausgerichtet in besonders schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten zu vermitteln und zu behandeln. (Geißler-Pilz, Mühlum, Pauls; 2005)

Klinische Sozialarbeit mit therapeutischer Kompetenz nutzt in aller Regel pädagogische, agogische (bildungszentrierte) und soziotherapeutische Herangehensweisen, um mit den jugendlichen Patienten und Patientinnen Bewältigungsstrategien zu entwickeln und neue tragfähige Netzwerke zu finden. Die Herauslösung der Jugendlichen aus den drogenfreundlichen Milieus und die Schaffung alternativer sozialer Netzwerke bleibt die zentrale Herausforderung in einer erfolgreichen Suchtbehandlung.

Der stationäre Aufenthalt kann zunächst die erforderliche Distanz schaffen, werden aber keine neuen sozialen Netzwerke außerhalb der Klinik entwickelt, so sind Rückfälle in die vertrauten Milieus, Drogenmilieus, vorprogrammiert. Behandelte Jugendliche brauchen soziale Resonanzräume für ihre neu entwickelten Identitätsmodelle, jenseits der „Drogen-User-Identität“ (Lammel 2003). Wenn die Lebenswelten nach der Therapie nicht ausreichend Anerkennung für die neuen Facetten der jugendlichen Identität gewähren, wächst die Anziehungskraft der altbekannten Lebenswelten zwangsläufig wieder, weil wir Menschen nun einmal angewiesen sind auf Anerkennung und Rückmeldung von anderen. Entsteht hier eine Vakuum, dann haben die Drogenszenen und auch die Rauschmittel den jungen Suchenden viel zu bieten: Zugehörigkeit, Anerkennung, Schutz und Entspannung.

Klinische Sozialarbeit könnte die bisher praktizierten Behandlungsformen während und nach der stationären Suchttherapie wesentlich be-

reichern und im Sinne des „Empowerment“ (Herriger) Selbstbemächtigungsprozesse in der jugendlichen Entwicklung fördern; kontinuierlich, langfristig, netzwerkorientiert und alltagsbezogen. Psychoedukation, Bildungsarbeit, Gruppenarbeit mit kreativen und körperbezogenen Schwerpunkten und das Trainieren von neu erlernten „Life-Skills“ könnten sich nachstationär sinnvoll ergänzen.

Während die Clinical Social Work (CSW) in den USA in fast allen Tätigkeitsfeldern des Gesundheitswesens, in Beratungsstellen und der Jugendhilfe seit vielen Jahren als wesentliche Behandlungsform etabliert und anerkannt ist (Geißler-Pilz, Mühlum, Pauls; 2005), wird die methodische Kompetenz der klinisch-therapeutischen orientierten Sozialarbeit bisher in Deutschland wenig genutzt.

8. Fazit

Zur Weiterentwicklung einer erfolgreichen Suchtbehandlung im Jugendalter sollten die Abgrenzungsversuche der beteiligten Berufsgruppen sowie die Berührungsängste der Jugendhilfe mit therapeutischen Prozessen und therapeutischen Ansätzen zugunsten integrierter Modelle dringend abgebaut werden. In Jugendhilfe, Psychiatrie und Suchttherapie landen junge Menschen mit vergleichbaren Traumatisierungen, Entwicklungsstörungen und Beziehungsproblemen, somit werden in allen genannten Arbeitsfeldern umfassende diagnostische Kenntnisse (psychosoziale Diagnose) und therapeutische Kompetenzen gebraucht. Neben der Einsicht in diese Notwendigkeit müssen auch die Kostenträger stärker als bisher die Kompetenzen der klinischen Sozialarbeit einfordern und nahtlos zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie finanzieren, damit Beziehungs- und Behandlungskonstanz als zwingende Voraussetzung für Heilungserfolge realisiert werden kann. Eine professionelle Brückenfunktion, wie sie eine klinisch-therapeutisch orientierte Sozialarbeit übernehmen könnte, ist dabei unverzichtbar.

Bei der Weiterentwicklung von Jugendhilfeansätzen und von therapeutischen Behandlungskonzepten sollten die aus der modernen Therapieforschung bekannten Wirk- und Heilfaktoren unbedingt konsequenter als bisher umgesetzt werden. Als Anregung und Ermutigung zur Weiterentwicklung stellen wir die von H. G. Petzold für die Integrative Therapie zusammen getragenen Wirkfaktoren vor. Wegen der Wichtigkeit die diese Wirkfaktoren in vielen Bereichen sozialer und therapeutischer Arbeit haben, so in der stationären Therapie und auch in der ambulanten Betreuung Jugendlicher nach SGB VIII, beschließen wir damit die vorgelegt Studie zu den Patientenprofilen.

- Einfühlendes Verstehen: Empathie, Takt, Wertschätzung.
- Emotionale Annahme und Stütze: Akzeptanz, Trost, Ermutigung, Entlastung,
- Förderung positiver Gefühle.
- Hilfe bei realitätsgerechter, praktischer Lebensbewältigung.
- Erschließen von Ressourcen.
- Förderung emotionalen Ausdrucks: Zeigen von (verbotenen) Gefühlen.
- Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung, Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge.
- Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit: (Wahrnehmung, Rollenflexibilität, Ausdrucksvermögen, biografische Aufarbeitung der Kommunikationsstörungen)
- Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung

- Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
- Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte: Natur, Kunst ...
- Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven: Lebensziel
- Förderung des positiven persönlichen Wertebezuges: (Stimmige Wertorientierung fördert Identität.)
- Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens
- Bewusstmachen und Auflösen von negativen Selbstattributionen-/Stigmatisierungen
- Förderung tragfähiger sozialer Netze
- Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen

Die in unserer Studie herausgearbeiteten Profile der jugendlichen Suchtpatienten und -patientinnen zeigen deutlich die Notwendigkeit von geschlechtsspezifischen, traumatherapeutischen, kreativitäts- und körperorientierten Behandlungsansätzen. Der nachgewiesene „frühe Konsumeinstieg“ der betroffenen Jugendlichen, die enge Einbindung aller Patienten und Patientinnen in durchgängig „drogenaffine Freundeskreise“ machen es notwendig, dass nach der stationären Therapie neue tragfähige Netzwerke in der Lebenswelt aufgebaut werden. Dazu brauchen Jugendliche Halt und Unterstützung, die ihre durch Überforderung, Sucht und Seelische Erkrankungen belasteten Familien nicht gewähren können. Lebenswelt orientierte Sozialarbeit mit therapeutischer Kompetenz kann hier vorübergehend eine Ersatzfunktion übernehmen.

Die nachgewiesenen Entwicklungsauffälligkeiten im Kindesalter (bei 58% der Untersuchungsgruppe) und der meist frühe Konsumeinstieg begründen die Initiierung von Nachreifungsprozessen, insbesondere im emotionalen Bereich. Zur Förderung des emotionalen Ausdrucks, leiblicher Bewusstheit, von Selbstregulation und psychophysischer Entspannung sind körperorientierte und kunsttherapeutische Ansätze besonders geeignet. Diese Ansätze müssen in der Jugendhilfe, der stationären Behandlung und vor allem auch in der nachstationären Zeit als wichtiges Fundament für die Lebens- und Problembewältigung fest etabliert werden. Suchtkranke Jugendliche brauchen die regelmäßige Übung, um langfristig Alternativen zum Drogenkonsum entwickeln zu können, sie müssen außerhalb des „stationären Korsetts“ dabei angeleitet, begleitet und angeregt werden. Ebenso braucht es Begleitung bei dem Aufbau entwicklungsfördernder neuer Netzwerke und Freundeskreise außerhalb der Drogenmilieus. Nicht zuletzt aber muss stationäre Therapie und Jugendhilfe dringend mädchenspezifische Angebote entwickeln. Das Ausmaß der Gewalterfahrung, der Traumatisierung von jungen Patientinnen, die Suizidgefährdung und auch die hohe Therapieabbruchquote unter den Mädchen erfordern, mehr als bisher, geschlechtsspezifische und traumatherapeutische Angebote. Die vorhandenen kreativen Potenziale und auch das

Interesse an sportlicher Betätigung sind in Zukunft unbedingt, stärker als bisher, als Zugangswege und Behandlungsformen zu nutzen. Zur Sicherung von Heilungserfolgen und langfristiger Drogenfreiheit müssen die therapeutischen Konzepte für jugendliche Suchtpatienten und Suchtpatientinnen zukünftig mehr Beziehungskonstanz sicherstellen. Die Nahstelle zwischen stationärer Therapie und Jugendhilfe muss therapeutisch entwickelt und ausgebaut werden.

Eva

Stell dir vor es, käme eine Fee und du hättest drei Wünsche frei, was würdest du dir für dich und dein Leben wünschen?

Ich wünsche mir für meine Zukunft Gesundheit und das ich im Leben vieles erreichen werde, Job mäßig und familiär. Vielleicht eine eigene Familie, auf jeden Fall wünsche ich mir Drogenfreiheit. Zufrieden und glücklich sein ohne Drogen, das wünsche ich mir.

Was sollte sich in der Therapie für so Leute wie dich ändern? Hast du Tipps für die Therapeuten? Hast du Tipps für die Weiterentwicklung/ Verbesserung?

Ich finde es sollte hier in Viersen mehr Freizeitangebote für uns geben, dass man sich auch Hobbys aneignen kann, sich lernt zu beschäftigen. Mit fehlt z. B. das Tanzen sehr. Dass man seine Talente entdeckt und diese entwickeln kann. Wenn man weiß, was man gut kann, dann kommt man nicht so schnell auf die Idee wieder Drogen zu nehmen. Es gibt zu wenig Sport und gerade für uns Mädchen zu wenig Angebote, bei denen man seine Talente entdecken kann und lernt sich zu beschäftigen.

9. Literaturverzeichnis

Akzept e.V. (Hrsg.) (1999). Materialien Nr.3 - Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. Münster: Eigenverlag.

American Psyciatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Antonovsky A. (1997). Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgtv- Verlag.

Atteslander P. (2003). Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Schmidt.

Baake D. (1987). Jugend und Jugendkulturen: Darstellung und Deutung. Weinheim: Juventa.

Balch G. (1998). Exploring perceptions of smoking cessation among high school smokers – Input and feedback from focus group. Z. Preventive Medicine, 27, 55-63.

Bandura A. (1986). Social Foundation of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice- Hall.

Barth H. (1993). Psychoanalyse, in: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Hrsg. vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt/M.: Eigenverlag: S. 746.

Bartling G., Eichelmeyer L., Engberding M. (2005). Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer .

Barton A.H., Lazarsfeld P.F. (1979). Einige Funktionen von qualitativer Analyse in der Sozialforschung. In: Hopf, C. & Weingarten, E. (Hrsg.), Qualitative Sozialforschung. Klett – Cotta Stuttgart, 41 – 90.

Bateson G. (1981): Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Besser L.U. (2005). Psychotraumata, Gehirn und Suchtentwicklung. In Möller, C. (Hrsg.), Drogenmissbrauch im Jugendalter. Göttingen: Vandenbroeck und Ruprecht.

Bleich S., Havemann-Reinecke U. & Kornhuber J. (2002). Fagerström-Test für
Nikotinabhängigkeit (FTNA) [Fagerström Test for Nicotine Dependence]. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Bowlby J. (1988). Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg: Dexter Verlag.

Brand-Jakobi J. (1983). Die Außenreizabhängigkeit des Alkoholikers: ein Ansatz zur spezifischen Suchtprävention. Z. Suchtgefahren 29, 153-159.

Brevin R. (2001). Memory processes in posttraumatic stress disorder. Z, International revies of Psychiatry, 13, 159-165.

Brisch K.H. (1999). Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett Cotta.

Brownell K. D., Marlatt G. A., Lichtenstein E., & Wilson G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. Z. American Psychologist, 41, 765-782.

Bühringer G. (1995). Prävention der Drogenabhängigkeit. In Bundesärztekammer (Hrsg.), Fortschritte und Fortbildung in der Medizin, 19, Köln: Deutscher Ärzteverlag, 187-199.

Bühringer G., Augustin R., Bergmann E., Bloomfield K., Funk W., Junge B., Kraus, L., Merfert-Diete C., Rumpf H.-J., Simon R. & Töppich J. (2002). Alcohol consumption and alcohol-related problems in Germany. Seattle, WA: Hogrefe and Huber Publishers.

Bühringer G., Ferstl R. (1998). Störungen durch psychotrope Substanzen: Intervention. In: Baumann U, Perrez M, (Hrsg.), Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie. Bern; Goettingen; Toronto; Seattle: Huber, 799-818.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln, BzgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2004). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln, BzgA.

Capra F. (1982). Wendezeit. Bausteine für ein neues Weltbild. München: dtv.

Cohen Y. (2004). Das mißhandelte Kind – Ein psychoanalytisches Konzept zur integrierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

Colder C.R., Chassin L. (1997). Affectivity and impulsivity: temperament risk for adolescent alcohol involvement. Z, Psychology of addictive Behaviour, 11, 83-97.

Compas R. (1995). Adolescent development – pathways and processes of risk and resilience. Z. Annual Revue of Psychology, 46, 265-293.

Demmel R. (2001). Motivational Interviewing: Ein Literaturüberblick. Z. SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47, 171–188.

Demmel R. (in press). Motivational Interviewing. In Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg). Verhaltenstherapiemanual. Berlin: Springer.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. (2000). Leitlinien für Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008). Drogen und Suchtbericht 2008, Bundesministerium für Gesundheit; Berlin

Edwards G. (1994). Alcohol policy and the public good. Oxford University Press.

Edwards G., Arif A. & Hodgson R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems: A WHO Memorandum. Bulletin of the World Health Organization, 59, 225–242.

Essau CA., Batscha M., Koglin U. (1998). Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen. Z, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47, 754-766.

Esser G. (2002). Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart, New York: Thieme.

Farke W., Graß H., Hurrelmann K. (2003). Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Thieme.

Fengler J. (2002). Handbuch der Suchtbehandlung. Landsberg: Ecomed.

Feuerlein W. (1972). Entstehungsbedingungen und Therapie des Alkoholismus. Kassel: Nicol Verlag.

Feuerlein W. (1989). Alkoholismus, Missbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart: Thieme.

Fraßa H-J. (1993). Humanistische Psychologie, in: Fachlexikon für soziale Arbeit. Hrsg. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt/M.: Eigenverlag: S. 480.

Freitag M., Hurrelmann K. (Hrsg.) (1999). Illegale Alltagsdrogen: Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter. München: Juventa.

Freud A., (1990) Das Ich und die Abwehrmechanismen. Fischer TB, Frankfurt a. M.

Frucht St. (2005). Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson. Anspannung-Entspannung - Alles fliesst. München: Audiobite.

Gastpar M., Mann K., Rommelspacher H. (Hrsg.) (1999). Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme.

Geißler K-H., Hege, M. (1988). Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für die Praxis. Weinheim/Basel: Beltz.

Geißler-Piltz B., Mühlum, A., Pauls, H., (2005) Klinische Sozialarbeit, Ernst Reinhardt, München

Glynn T.J. (1981). From family to peer: Transitions of influence among drug-using youth. In Lettieri, J., Ludford, L.P. (Hrsg.), Drug abuse and the American adolescent. NIDA research monograph, 38. Rockville, Md: National Institute on Drug Use.

Gouzoulis-Mayfrank E. (1999). Wirkungen und Risiken des Ecstasy-Konsums: Psychotrope und neurobiologische Wirkungen. In: Thomasius R, (Hrsg.), Ecstasy - Wirkungen, Risiken, Interventionen. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Enke Verlag,: 39-52.

Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1994). Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Grilo C.M., Becker D.F., Edell W.S., Mc Glashan T.H. (2001). Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. Z. Comprehensive Psychiatry, 42, 364-368.

Grimley D.M., Prochaska J.O, Velicer W.F., Blais L.M., DiClemente C.C**.** (1994). The theoretical Model of change. In T. M. Brinthaupt & R. P. Lipka (Hrsg.), Changing the self: Philosophies, techniques and experiencees. Z. Suny series, studying the self (201-227). Albany: State University of New York Press.

Gross W. (1990). Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben... . Frankfurt a. M.: Fischer

Grünberger J. (1977). Psychodiagnostik des Alkoholkranken. Wien: Maudrich.

Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood – implications for substance abuse prevention. Z. Psychological Bulletin, 112, 64-105.

Heidenreich T.J., Michalak (2003). Achtsamkeit (Mindfulness) als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, Z. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 13, 264-274.

Heinze T. (2001). Qualitative Sozialforschung: Einführung, Methodologie und Forschungspraxis. München, Wien: Oldenbourg.

Herriger, N. (2006). Empowerment in der sozialen Arbeit. - 3., erw. und aktualisierte Aufl., Stuttgart: Kohlhammer

Hochstein K. in Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W. (Hrsg.) (2006). Integrative Suchttherapie – 2. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 252.

Hoefler M., Lieb R., Perkonigg A., Schuster P., Sonntag H., Wittchen H.U. (1999): Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. Z. Addiction, 94, 1679-1694.

Hoffmann J. P. (1993). Exploring the direct and indirect family effects on adolescent drug use. Z, Journal of Drug Issues, 23, 535-557.

Holmes J. (2002). John Bowlby und die Bindungstheorie. München: Ernst Reinhardt.

Hurrelmann K. (1999). Lebensphase Jugend – Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim und München: Juventa.

Hurrelmann K. / Unverzagt, G., (2000) Wenn es um Drogen geht – So helfen Sie Ihrem Kind und verlieren Ihre Panik. Herder Verlag, Freiburg / Basel / Wien

Hurrelmann K., (2000) Legale und Illegale Drogen – Wie kann man den Missbrauch verhindern?, In Sucht Report 6/

Hurrelmann K., Hesse, S. (1991). Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung im Jugendalter. Z. Sucht, 37, 240-252.

Hüther G. (2001). Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Hüther G. (2005). Kurzfristige Wirkung und langfristige Folgen der Einnahme von Psychostimulanzien und Entaktogenen auf das sich entwickelnde Gehirn von Kindern. In: Möller, C. (Hrsg.), Drogenmissbrauch im Jugendalter. Göttingen: Vandenbroeck und Ruprecht, 47-63

Jessor R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, FM., Turbin, MS. (1995). Protective Factors in Adolescent Problem Behaviour – Moderator Effects and Development Change. Z. Developmental Psychology, 31(6), 923-933.

Jones/ Heaven (1998). Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. In *Journal of Adolescence* 21

Kanfer F., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2004). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.

Keller S., Kaluza G., Basler H.D. (2001). Motivierung zur Verhaltensänderung – Prozessorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. Z. Psychomed, 13, 101-111.

Kellner W. (2002). Gestalttherapie. In Fengler, J. (Hrsg.), Handbuch der Suchtbehandlung. Landsberg: Ecomed.

Kielholz P., Ladewig D**.** (1972**).** Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. München: Lehmanns.

Klein M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Z. Suchttherapie, 2, 118-124.

Klein M. (2002). Der Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen am Beispiel von Tabak und Alkohol – Ergebnisse einer epidemiologischen kinder- und jugendpsychologischen Studie. In: Richter, G., Rommelspacher, H., Spies, C. (Hrsg). Alkohol, Nikotin, Kokain … und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts. Lengerich: Pabst.

Klein M. (2005). Interdependente Muster im Parallelgebrauch mehrerer Alltagsdrogen bei Jugendlichen – Grundlagen, Analysen, Konsequenzen. Z, Suchttherapie, 6, 11-19.

Klein M., Pauly A., Hoff T. (Hrsg.) (2005). Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Regensburg: Roderer.

Klein M., Zobel M**.** (2000). Sucht sucht Beziehung – Partner und Kinder im Umfeld von Abhängigkeitsstörungen. Z, Sucht Aktuell, 7, 29-34.

Klein, M., Zobel M**.** (1999). Kinder in suchtbelasteten Familien – Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und ätiologischer Perspektive. In Fachverband Sucht (Hrsg.), Suchtbehandlung, Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht: Neuland.

Kleve H. (1999). Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft. Aachen: Kersting im Eigenverlag.

Klosinski G. (Hrsg.) (1997). Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Brennpunkte und Entwicklungen. Bern Huber.

Körkel J., Schindler C. (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Berlin, Heidelberg: Springer.

Kouwenhoven M., Klitz R. R., Elbing U. (2002). Schwere Persönlichkeitsstörungen – transaktionsanalytische Behandlung nach dem Cathexis-Ansatz. Wien: Springer.

Krampen G. (1982). Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen : ('Locus of control') Göttingen: Hogrefe.

Krampen G. (1991). Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung und Verbrauchsmaterialien. Göttingen: Hogrefe.

Krampen G. (1997): Interne Konsistenz der Kinder oder der Forscher bei der Erfassung von Kontrollüberzeugungen und Attributionsstilen von Kindern? Hinweis auf ein Forschungsproblem. Z, Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie. 29, 119-128.

Kraus L., Augustin R., Müller-Kalthoff T. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Rheinland Pfalz. Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz.

Kremer G., Wienberg G., Dormann S., Wessel T., Pörksen N. (1999). Evaluation zur Kurzintervention bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. Z. Sucht, 45, 80-88.

Küfner H. (1981). Zur Persönlichkeit von Alkoholabhängigen. In: Kirschewski, E. (Hrsg.), Alkoholismustherapie. 23-40. Kassel: Nicol. Verlag .

Küfner H. (1989). Bindung und Autonomie als Grundmotivation des Erlebens und Verhaltens. Z. Forum Psychoanalyse, 5, 3-16.

Küfner H., Duwe A., Schuman J., Bühringer G. (2000). Prädiktoren der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit. Z. Sucht, 46 (1), 32-53.

Lachner G., Wittchen H-U. (1995). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. Z, Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 24, 118-146.

Lachner G., Wittchen H-U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für alkoholmissbrauch und –abhängigkeit. In Waltz, H., Rockstroh, B. (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe.

Lammel U. A. (2003). Rauschmittelkonsum und Freizeitverhalten der 14 – 18jährigen. Orientierungslinien einer zeitgemäßen Sekundärprävention. Aachen: Wissenschaftsverlag Mainz.

Lammel U. A., (2004). Phänomenologie einer Jugendkultur in den 90er Jahren und Anfragen an Soziale Arbeit in Praxis und Ausbildung. In Petzold (Hrsg.), Integrative Suchttherapie. -1. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (2006). Dezernat 321, Tabelle 700/1 aus Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW. Referat 313 - Bildung - Dienstgebäude Eduard-Schulte-Str. 1 40225 Düsseldorf.

Langen D. (2001): Autogenes Training. Bindlach: Gondrom-Verlag.

Lauth G.-W., Brack, U.B., Limderkamp, F. (Hrsg.) (2001). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Praxishandbuch. Weinheim: Beltz.

Lieb R., Schuster P., Pfister H., Fuetsch M., Höfler M., Isensee B., Müller N., Sonntag H., Wittchen H-U. (1999) Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. Z, Sucht, 46 (1), 18-31.

Lindenmayer J. (1990). Lieber Schlau als Blau. München: Psychologie Verlags Union.

Lürsen E., Das Suchtproblem in neuerer psychoanalytischer Sicht. In Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. II, 838/867, München 1976

Maier W. (1997). Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus. In: Watzel, H. & Rockstroh, B. (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag. 91-111.

Maier W., Lichtermann D., Minges J. (1994). The relationship between alcohlism and unipolar depression – a controlled family study. Z, Psychologic Research, 28, 303-317.

Masse L.C., Tremblay, R.E. (1997). Behaviour of boys in kindergarten and on the onset of substance use during adolescence. Z, Archive of Genetic Psychiatry 54, 62-68.

Masten A. S. (2001). Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In Röper G., von Hagen C., Noam G. (Hrsg.), Entwicklung und Risiko – Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Mayfrank E. (2003). Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis. Darmstadt: Steinkopff.

Meijer M. Goedhart A., Treffers P.D. (1998). The persistance of borderline personality disorder in adolescence. Z. Journal of Personal Disorders, 12, 13-22.

Meischenbaum (1994). A clinical Handbook/ Practical Therapist Manual for assessing and treating adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). Waterloo, Ontario, Canada: Institute Press.

Merkel R. (2002). Persönlichkeit und Sucht. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Norderstedt: BoD GmbH.

Mertens W. (2004). Psychoanalyse. Geschichte und Methoden. München: Beck.

Miller W., Rollnick S. (1999). Motivationale Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.

Moggi F., Donati R. (2004). Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag.

Möller C. (2005). Drogenmissbrauch im Jugendalter. Göttingen: Vandenbroeck und Ruprecht.

Möller C., Thoms E. (2000). Drogenabhängigkeit durch ein tragendes, therapeutisches Beziehungsangebot überwinden. Z. Suchtmedizin, 2, 172-174.

Moos R.H., Finney, J.W., Cronkite, R.C. (1990). Alcoholism treatment. Context, process, outcome. Oxford University Press New York.

Müller B. (1995): Außensicht – Innensicht. Beiträge zu einer analytisch orientierten Sozialpädagogik. Freiburg: Lambertus.

Müller L., Petzold, H.G.(2001). Integrative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. (Chartacolloquium I, Kindertherapie). Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen: Materialien aus der europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 08/2003 und integrative Therapie 1/2004.

Needle R., McCubbin H., Wilson M., Reineck R., Lazar A. (1986). Interpersonal influence in adolescent drug use: The role of older siblings, parents and peers. Z, International Journal of the Addictions, 21, 739-766.

O'Neill M. L., Lidz V., Heilbrun K. (2003). Adolescents with psychopatic characteristics in a substance abusing cohort: treatment, process, and outcome. Z. Law and Human Behaviour, 27, 299-313.

Oerter R., v. Hagen C., Röper G., Noam G. (Hrsg.) (1999). Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz.

Orlinsky D. E., Grawe K., Parks R. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), Handbook of psychiatry and behaviour change 4. New York: Wiley.

Petermann H., Müller H., Kersch B. Röhr M. (1997). Erwachsen werden ohne Drogen. Weinheim: Juventa.

Petraitis J., Flay, B. & Miller, T. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. Z. Psychological Bulletin, 117, 67-86.

Petzold H.G. (1974). Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann.

Petzold H.G. (1988). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie Bd. I/1 und Bd. I/2.
Paderborn: Junfermann.

Petzold H.G. (1992). Die 14 Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In: Sieper, J. (Hrsg.), Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann.

Petzold H.G. (2004). Integrative Therapie – 3Bände. Paderborn: Junfermann.

Petzold H.G., Schay P., Ebert W. (Hrsg.) (2004). Integrative Suchttherapie. - 1. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold H.G., Schay P., Scheiblich W. (Hrsg.) (2006). Integrative Suchttherapie – 2. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold H.G., Sieper, J. (Hrsg.) (1996). Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann.

Pickens R. W., Svikis D. S., Mc Gue M., Lykken D. T., Hesteon L. L., Clayton P. J. (1991). Hetzerogeneity of inheritance of alcoholism. Z, Archive of Genetic Psychiatry, 48, 19-28.

Prochaska J. O., Di Clemente C. C., Norcross J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. Z. American Psychologist, 47, 1102-1114.

Prochaska J. O., Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. Z. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19, 267-288.

Prochaska J. O., Redding, C., Evers, K. (1996). The transtheoretical model of behaviour change. In Glanz F. M., Lewis & B. K. Rimer (Hrsg.), Health Behaviour and Health education: Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass.

Rahm D., Otte H., Bosse S. (1993). Einführung in die Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.

Reese A., Silbereisen, R. K. (2001). Suchtprävention aus entwicklungspsychologischer Sicht. Z. Kinder und Jugendmedizin, 1, 2001, 1-3.

Remschmidt H. (1992). Psychiatrie der Adoleszenz. Stuttgart: Thieme.

Remschmidt H., Schmidt M., Poustka F. (2002). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber-Verlag.

Reuband K. (1994). Soziale Determinanten des Drogengebrauchs. Eine sozialwissenschaftliche Analyse des Gebrauchs weicher Drogen. Westdeutscher Verlag, Opladen

Roediger E. (2005). Elemente einer neurobiologisch fundierten Suchttherapie. Z, Sucht Aktuell, 1, 45-50.

Roth G. (2001). Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Rotthaus W. (1998). Stationäre, systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dortmund: Verlag modernes Leben.

Rutter M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. Z. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 316-331.

Scheiblich W. (2000). Was wirkt bei der Überwindung der Abhängigkeit? In Nickolai, W. (Hrsg.), Jenseits von Therapie. Freiburg: Lambertus.

Schepank H. (1991). Prognose und Spontanverlauf von psychischer Gesundheit und psychogener Erkrankung. Z. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 37, 375-388.

Schlippe A. v. (1987). Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten. Paderborn: Junfermann.

Schmidt B. (2001). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen – Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. Weinheim: Juventa.

Schmidt H. (1981). Mehrdimensionaler Persönlichkeitstest für Jugendliche (MPT-J). Braunschweig: Westermann.

Schneider M., Esser U. (1993). Gesprächspsychotherapie, in: Fachlexikon für soziale Arbeit. Hrsg. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt/M.: Eigenverlag: S. 413

Schroers A. in: Heino Stöver (Hrsg.) (1999). Akzeptierende Drogenarbeit. Freiburg im Breisgau 1999, 142.

Schulz E., Remschmidt H. (1999). Suchtprobleme im Kindes- und Jugendalter. In Gastpar M., Mann K., Rommelspacher H. (Hrsg.), Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme.

Schwartz Seth J., Liddle Howard A. (2001). The Transmission of Psychopathology From Parents to Offspring: Development and Treatment in Context*. *Family Relations* **50**:4, 301–307

Schwarzer R., Hahn A. (1994). Gesundheitsbeschwerden: Wie Stress und Ressourcen die Symptombelastung verändern. In Schwarzer R., Jerusalem M. (Hrsg.), Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis. Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen. Weinheim, München: Juventa.

Schwoon D. R. (2000) Veränderungsprozesse bei Suchtkranken im Verbundsystem der Suchthilfe: Psychologische Aspekte. In Thomasius R. (Hrsg.)**,** Psychotherapie der Suchterkrankungen. Stuttgart, New York: Thieme.

Schwoon D. R. (2001) Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht. In **Tretter F.,** Müller A. (Hrsg.), Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.

Sher K.J. (1991). Psychological characteristics of children of alcoholics. Overview of research methods and findings. Z, Recent Developments in Alcoholism, 9, 301-326.

Sher K.J., Gershuny, B.S., Peterson, L., raskin, G. (1997). The role of childhood stressors in the intergenerational transmission of alcohol use disorder. Z, Journal of Studies on Alcohol, 58, 414-427.

Silbereisen R. (1999) Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol und Drogengebrauch. In: **Oerter R. & Montada L.** (Hrsg.) (2002). Entwicklungspsychologie. 1056 – 68. Weinheim: Beltz.

Silbereisen Rainer K., Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch., In: **Oerter R. und Montada L.** (Hrsg.) (1995). Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. 3. Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1056-1066

Simon F. B. (1983): Die Epistemologie des Nullsummen- und Nichtnullsummenspiels, in: Familiendynamik, 4/1983: S. 341-363.

Simon F. B. (1993). Unterschiede, die Unterschiede machen. Klinische Epistemologie. Grundlagen einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Sonntag D., Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Z. Sucht, 46, Sonderheft 2, 89-176.

Spitzer M. (2003). Nervensachen – Perspektiven zu Geist, Gehirn und Gesellschaft. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Stierlin H. (1971). Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen. Eine Dynamik menschlicher Beziehungen. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Strauss B., Richter-Appelt H. (1996): Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers. Göttingen: Hogrefe.

Tewes U. (1991). Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE-R) Bern: Huber.

Thomasius R. (1991). Drogenkonsum und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Ein Überblick über den Forschungsstand. Z, Sucht, 37, 4-19.

Thomasius R. (Hrsg.) (2000). Psychotherapie der Suchterkrankungen. Stuttgart, New York: Thieme.

Tossmann P. / Heckmann, in BzgA, Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene. Köln 1997

Tossmann P., Pilgrim C. (2001). Drogenkonsum und Risikoeinschätzung in längsschnittlicher Perspektive. Z. Suchttherapie, 2: 98-108.

Tress W. (1986). Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen psychogene Störungen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Tress W., Franz M., Reister G., Ott J. (2002). In **Fengler J.** (Hrsg), Handbuch der Suchtbehandlung. Landsberg: Ecomed.

Tretter F. (2000). Suchtmedizin. Stuttgart: Schattauer.

Tretter F., Müller A. (2001). Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.

Uchtenhagen A. (2000). Psychiatrische Komorbidität bei Sucht: Befunde und Behandlungsstrategien. München: Urban & Fischer.

Van der Kolk B. A. (1998). Zur Psychologie von Kindheitstraumata. Z, Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47, 19-35.

Watzlawick P. (1969). Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber.

Wechsler D., Bondy, C. (Hrsg.) (1993). Die Messung der Intelligenz Erwachsener - HAWIE. Göttingen: Huber.

Williams R. J., Chang, S.Y., Addiction Centre Adolescent Research Group (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. Z, Clinical Psychology: Science and Practice, 7, 138-166.

Winnicott D. W. (1971). Der Ort an dem wir leben. Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett.

Winnicott D. W. (1987). Babys und ihre Mütter. Stuttgart: Klett.

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

Wustmann C. (2004). Resilienz – Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim und Basel: Beltz.

Zobel M. (2000). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen. Göttingen: Hogrefe.

Internet:

DHS (2006) http://www.optiserver.de/dhs/presse_82.html

http://www.bildung.koeln.de

http://www.testzentrale.de/?mod=detail&id=548

Autor/ Autorin

Marc Fischer, geb. 1970 in Aachen, studierte seit 1994 an der Katholischen Fachhochschule NW Sozialwesen. Seit 1997 ist er als Geschäftsführender Vorstand im Verein Chill Out e. V. in Aachen aktiv. Der gemeinnützige Verein berät vor allem Jugendliche zu Jugend-, Sucht- und Substanzfragen, betreibt Harm Reduction, Sekundärprävention und Gesundheitsförderung sowie die Förderung von Drug Checking. Marc Fischers' hauptberufliches Tätigkeitsgebiet liegt seit 2000 zunächst in der öffentlichen- , dann in der freien Jugendhilfe. Nach dem Absolvieren des Masterstudienganges Suchthilfe an der heutigen KatHO NRW erlangte er 2006 den akademischen Grad des Master of Science in Addiction Prevention and Treatment. Einer Anstellung als wissenschaftlicher Mitarbeiter folgte die Tätigkeit als Koordinator von stationären und ambulanten Jugendhilfen bei dem individualpädagogischen Träger Kaspar-X in Aachen. Als Fachsozialarbeiter für klinische Sozialarbeit (Clinical Socialworker) ist sein Anliegen die Verbesserung der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie bzw. die engere Vernetzung und Kooperation der Fachgebiete. Parallel arbeitet Fischer freiberuflich als Suchttherapeut und Lauftherapeut; an der KatHO ist er als Lehrbeauftragter tätig.

Ute Antonia Lammel, geb. 1959 in Trier, arbeitete nach dem Studium der Sozialarbeit im Sozial- und Jugendamt, der Selbstmordgefährdetenberatung und über 10 Jahre in der ambulanten Suchthilfe, insbesondere mit Abhängigen von illegalen Rauschmitteln. Ihre Aufgabengebiete umfassten Prävention, Multiplikatorenschulungen für Drogenberatungslehrer, Arbeit mit Suchtgefährdeten, Suchtkranken und Angehörigen. Sie initiierte im Rahmen der Suchthilfe Sportangebote, Gruppen und Ferienprojekte für Opiatabhängige. Seit 1991 lehrt sie an der Katholischen Hochschule NRW (KFH NW) Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit. Suchtbehandlung, Prävention, Gesundheitsförderung und Suchtforschung sind weitere Schwerpunkte. Sie ist seit vielen Jahren Mitglied der Kompetenzplattform Suchtforschung der KatHO NRW und arbeitete in den vergangen Jahren an zahlreichen Forschungsprojekten; Jugendkulturforschung (Party-Szene), Rauschmittelkonsum und Freizeitverhalten von Jugendlichen, Therapieforschung, Evaluation. Prof. Dr. Lammel promovierte an der Philosophischen Fakultät der RWTH Aachen im Fach Soziologie und absolvierte ihre Therapieausbildung in Integrativer Therapie am Fritz Perls Institut. Sie arbeitet als Supervisorin (DGSv) und begleitet Fachkräfte bei der Weiterentwicklung von Beratungs- und Behandlungsmethoden. Ute Antonia Lammel baut derzeit den Masterstudiengang Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit an der Abteilung Aachen der KatHO NRW auf und setzt sich für die Etablierung Klinischer Sozialarbeit (Clinical Social Work) in Deutschland ein. Ihr besonderes Anliegen ist die Integration von kreativen und bewegungsorientierten Ansätzen in Beratungs- und Behandlungspraxis.