



Konzept abhängigkeitskranker Jugendlicher und junger Erwachsener

Dr. med. J. Loos, G. Umland, T. Klein-Isberner
Fontane-Klinik, Motzen, Stand Mai 2011

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Die Fontane-Klinik	3
3.	Besonderheiten der Abhängigkeitserkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	4
3.1	Persönlichkeit und Copingstrategien	4
3.2	Familiendynamische Aspekte des Alkohol- und Drogenmissbrauch in der Adoleszenz im jungen Erwachsenenalter	4
3.3	Zielgruppe	5
4.	Indikation/Kontraindikation	5
5.	Aspekte des Sucht- und Krankheitsmodells	6
5.1	Sucht- und Persönlichkeitsentwicklung	6
5.2	Allgemeine Aspekte zum Suchtbegriff und zur Diagnostik	6
5.3	Allgemeine Aspekte zum Krankheits- und Bewältigungsmodell	7
6.	Behandlungskonzept	8
6.1	Behandlungsziele	8
6.2	Behandlungsdauer	9
6.3	Behandlungsverlauf	9
6.3.1	Motivations- und Orientierungsphase	9
6.3.2	Arbeitsphase	10
6.3.3	Ablösungs- und Vorbereitungsphase	10
6.4	Das therapeutische Programm	10
6.4.1	Therapieelemente	11
7.	Literaturliste	16

Therapie und Rehabilitation abhängigkeitskranker Jugendlicher und junger Erwachsener

1. Einleitung

Etwa 10 Prozent der als behandlungsbedürftig eingeschätzten Alkoholiker sind junge Menschen bis 25 Jahre. Die Gegenüberstellung der Prävalenzraten verschiedener Altersgruppen zeigt, dass die Alkoholabhängigkeit bei jungen Erwachsenen vergleichsweise häufig ist. Klinisch werden junge alkoholabhängige zunächst jedoch nicht auffällig, weil die Symptome und Folgeerscheinungen der Abhängigkeit noch nicht so stark ausgeprägt sind.

Jugendliche zeigen eine erhöhte Bereitschaft zu riskanten Konsummustern von Alkohol und illegalen Drogen (meist Marihuana, Cannabis oder Ecstasy). Es gibt einen Trend zu neuen Trinkgewohnheiten wie dem „Komatrinken“ oder dem „Binge-drinking“. Erhöhte Behandlungszahlen in Krankenhäusern bezüglich Alkoholintoxikationen sprechen dafür.

Behandlungsbedürftige Jugendliche und junge Erwachsene sind oft mehrfach abhängig, haben frühe Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung sowie ein instabiles soziales und berufliches Beziehungsfeld.

Es ist von einem Zusammenspiel zwischen genetischen Faktoren, der Eigenwirkung des Suchtmittels und psychosozialen Einflüssen auszugehen, bei denen ungünstige familiäre Verhältnisse bzw. das Scheitern an Entwicklungsaufgaben im Vordergrund stehen (6; 7; 10). Junges Lebensalter ist ein empirisch gesicherter negativer Prognosefaktor für den Langzeitverlauf der Abhängigkeit. Therapeutische Angebote müssen deshalb auf die spezifischen Besonderheiten und Bedürfnisse junger Abhängiger zugeschnitten sein.

In den vergangenen Jahren wurde in der Fontane-Klinik ein erhöhter Behandlungsbedarf Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter zwischen 17 und 25 Jahren bemerkbar.

2. Die Fontane-Klinik

Die Fontane-Klinik ist eine Psychosomatische Fachklinik für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, psychosomatischen Störungen und Kinder- und Jugendpsychosomatik. Die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen mit 135 Belegplätzen ist spezialisiert auf die Behandlung der Alkoholabhängigkeit, der Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit, der Spielsucht und polytoxikomaner Patienten.

Die Klinik liegt 1,5 km außerhalb der Ortschaft Motzen in einem Landschaftsschutzgebiet am Töpchiner See. Die umliegenden Wälder und Seen eignen sich ideal für die aktive Erholung und Stabilisierung. Auf dem großen Klinikgelände gibt es gute Sport- und Freizeitmöglichkeiten, die eine Ergänzung zur Therapie bieten. Die 135 Patienten der Suchtabteilung wohnen in großzügigen 2-Bett-Zimmern mit eigenem Bad und WC

Die Klinik ist erreichbar über die Autobahn A13 (Berlin-Cottbus/Dresden) über die Abfahrt Bestensee. Die Patienten können vom Bahnhof der nahe gelegenen Kreisstadt Königs Wusterhausen, an dem Züge des Regionalexpress und der Berliner S-Bahn verkehren, abgeholt werden.

3. Besonderheiten der Abhängigkeitserkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

3.1 Persönlichkeit und Copingstrategien

Als Grundlage für ein modifiziertes Behandlungskonzept müssen zunächst die Lebensumstände Heranwachsender näher betrachtet werden. In der Risikogruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen spielen ungünstige Temperamentsmerkmale (z. B. leichte Irritierbarkeit, Impulsivität), Defizite in den sozialadaptiven Fähigkeiten, ein Aufwachsen in Risikofamilien, eine ungünstige Peergroup und bestimmte psychiatrische Auffälligkeiten eine Rolle. Die Eigenwirkung des Alkohols und der Drogen gefährdet besonders junge Menschen, da sie eher die positiven als die negativen Wirkungen in den Vordergrund stellen. So meinen sie, durch den Konsum alkoholischer Getränke und Drogen mehr Spaß zu haben, ihre Kontaktfreudigkeit zu steigern, Glücksgefühle und Entspannung hervorrufen zu können. Auffällig aus dem psychosozialen Bereich sind Persönlichkeitsfaktoren, die sich in unterschiedlichen Affektstörungen und in mangelndem Selbstbewusstsein zeigen sowie nicht abgeschlossene frühe Lernprozesse, das elterliche Vorbild und die Sozialisation. In diesem Zusammenhang sind Heranwachsende häufig in ihrer entwicklungspsychologischen Reife gestört und innerhalb ihrer Entwicklungsaufgaben überfordert.

Weiterhin gibt es ein Zusammenspiel zwischen lebensgeschichtlichen Risikofaktoren und Gruppenprozessen unter Gleichaltrigen, die zu einem vermehrten Alkohol- und Drogenkonsum führen können (5).

Zu den häufigsten Motiven für Alkohol- und Drogenkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gehört demnach eine Tendenz des Copingverhaltens, Störungen der Befindlichkeit mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen zu begegnen. Störungen in der Befindlichkeit können Schwierigkeiten bei der sozialen Integration (Scheitern bei Entwicklungsaufgaben und Überforderung, untaugliche Problemlösestrategien), Depressionen, Selbstunsicherheit, Angststörungen und Essstörungen auslösen. Weiterhin steht in der Peergroup als Konsummotiv deutlich das „Cool-Sein“ im Vordergrund. Der Gruppendruck bestärkt den Wunsch, dazu zu gehören und führt zur weiteren Anpassung an die Peergroup. Auch hier kommt die Schwierigkeit der sozialen Integration zum Tragen. Es lassen sich ursächliche Zusammenhänge zwischen einer erhöhten Rate an Verkehrsunfällen, Suiziden und Straftaten mit einem regelmäßigen Alkohol- und Drogenkonsum in jungen Jahren in Zusammenhang bringen (5).

3.2 Familiendynamische Aspekte des Alkohol- und Drogenabusus in der Adoleszenz im jungen Erwachsenenalter

Die Entwicklung einer Suchterkrankung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen trifft die Struktur von Familien, wie auch deren Beziehungen untereinander unmittelbar und wirkt sich auf die Rollenaufgaben und Befindlichkeiten aller Familienmitglieder aus. Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen weisen teilweise eine geringe

interpersonale Abgrenzung auf. Verschiedene Autoren sprechen von einer undifferenzierten Familien-Ich-Masse und von symbiotischen Bindungen zwischen dem süchtigen Mitglied und einem Elternteil. Innerhalb der pathologischen Bindungsmuster (Stierlin 1980) kann zwischen dem Bindungsmodus und dem Ausstoßungsmodus unterschieden werden. Im Bindungsmodus werden die Abhängigen von den Eltern regressiv verwöhnt und infantilisiert. Dieses regressive Bedürfnis nach Verwöhnung kann unter Gleichaltrigen dann nicht befriedigt werden. Im Ausstoßungsmodus steht die Vernachlässigung durch fehlende elterliche Zuwendung im Vordergrund. Es entsteht das Gefühl, in der Herkunftsfamilie unerwünscht zu sein und frühzeitig für sich selbst Verantwortung übernehmen zu müssen. Die Suchtmittel lassen im Rauschzustand jene Wärme und Geborgenheit empfinden, die den Jugendlichen in der Familie vorenthalten wurde. Es ist ein Versuch, mit den unlösbar erscheinenden, familiären und inneren Konflikten fertig zu werden. Mit Hilfe des Suchtmittels kann der Jugendliche sich, um den Preis seiner Autonomie abgrenzen, ohne sich real trennen zu müssen. Versorgungswünsche können ohne Gefahr der Zurückweisung gestillt werden. In der Therapie gilt es, diese Ambivalenz zwischen Autonomie- und Abgrenzungstrebungen einerseits sowie den Loyalitätsverpflichtungen in Bezug auf die Herkunftsfamilie andererseits aufzugreifen und zu integrieren.

3.3 Zielgruppe

Das Konzept richtet sich an abhängigkeitserkrankte junge Erwachsene und Jugendliche im Alter von 17 - 25 Jahren. Eine besondere Berücksichtigung findet das Phänomen der „Postadoleszenz“. Dieser Begriff bezieht sich auf den Zeitabschnitt zwischen klassischer Jugendphase und dem Eintritt in das Berufsleben. Diese Phase ist bei einer vorliegenden Abhängigkeit aufgrund der häufig mangelnden oder eingeschränkten Erfüllung altersgerechter Entwicklungsaufgaben deutlich verlängert. Abhängige junge Menschen betrachten sich unabhängig von der nominellen Altersgrenze, in wesentlicher Hinsicht als noch nicht erwachsen. In ihrem Selbstbild haben sie den sozialen Übergang vom Jugendlichen zum Erwachsenen noch nicht vollzogen. Im Mittelpunkt stehen stoffgebundene Abhängigkeiten von allen üblichen Suchtmitteln, die polyvariant miteinander verbunden sind wie z. B. Alkohol, Cannabis, Amphetamine, Ecstasy und Kokain, Suchtmittel, die neben dem Schwerpunkt Alkoholabhängigkeit und Cannabisabhängigkeit, dem Krankheitsbild der Mehrfachabhängigkeit entsprechen.

4. Indikation / Kontraindikation

Folgende Voraussetzungen für eine Behandlung Heranwachsender in der Fontane-Klinik sollten gegeben sein:

Indikation

- ausreichende Eigenmotivation, Bereitschaft und Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit
- Entgiftung
- Vorgespräch - Wille an der Behandlung suchtmittelfrei teilzunehmen
- Ausreichende innere Stabilität, um die Behandlung und evt. weiterführende Maßnahmen durchzuhalten

Kontraindikation

- akute Fremd- und Selbstgefährdung
- erhebliche körperliche und psychische Erkrankungen
- Dissozialität über einen bestimmten Rahmen hinaus
- extremes Gewaltpotenzial
- fehlende Integrationsfähigkeit in bestehende Regeln und Wertesysteme

5. Aspekte des Sucht- und Krankheitsmodells

5.1 Sucht- und Persönlichkeitsentwicklung

Die psychische Entwicklung und Konstitution Abhängiger ist für den Verlauf der Abhängigkeit von Bedeutung. Dies gilt besonders für junge Abhängige, die sich inmitten ihrer Identitätsentwicklung befinden.

Wenn sich die Abhängigkeit im Jugendalter entwickelt, wird die Entwicklung der Persönlichkeit dadurch beeinträchtigt, dass das Suchtmittel die Funktion des primären Verdrängungsmechanismus übernimmt und die psychische Entwicklung weitgehend stagniert. Die Abhängigkeit bedeutet somit einen Einschnitt in die Persönlichkeitsentwicklung, zentrale Entwicklungsaufgaben werden nicht oder nicht vollständig bewältigt. Durch die fehlende substanzmittelfreie Lebenserfahrung wird die Bewältigung der Abhängigkeit deutlich erschwert.

5.2 Allgemeine Aspekte zum Suchtbegriff und zur Diagnostik

Laut DSM-4 gilt für die Abhängigkeit von Psychodrogensubstanzen, dass mindestens 3 von 7 diagnostischen Kriterien wiederholt zu irgendeinem Zeitpunkt innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten bestehen müssen.

Im ICD 10 lautet die übergreifende Bezeichnung „Abhängigkeitssyndrom“ mit Spezifikation der jeweiligen Substanz. Eine Diagnose wird gestellt, wenn von 6 Leitsymptomen 3 oder mehr gleichzeitig in einem Zeitraum von einem Jahr aufgetreten sind.

Für die Diagnostik Jugendlicher könnte es jedoch problematisch sein, eine direkt auf den Substanzgebrauch zurückführbare psychosoziale Dysfunktion nachzuweisen. Hier spielt dann die klinische Relevanz eine bedeutende Rolle und nicht die einzelnen Verhaltensweisen. Weil jedoch das Rollengefüge Jugendlicher und junger Erwachsener überwiegend weit weniger entwickelt bzw. weniger stabil ist als das von Erwachsenen, ist die klinische Relevanz von in diesem Bereich auftretenden Auffälligkeiten schwieriger zu beurteilen.

Für eine vollständige Diagnose benötigen wir neben der Erkennung der Abhängigkeit die Abgrenzung von Alkoholmissbrauch, von zeitgleich auftretenden Störungen (Komorbidität) sowie die Feststellung, ob weitere Substanzabhängigkeiten vorliegen. In der aktuell gültigen Version des ICD 10 wird der Begriff Missbrauch durch die Bezeichnung schädlicher Gebrauch ersetzt. Dieser bezieht sich auf die psychischphysische Gesundheit der Konsumenten. Im DSM-4 wird die Bezeichnung Alkoholmissbrauch weiter verwendet, im Gegensatz zu ICD 10 werden hier auch soziale Folgeschäden berücksichtigt.

Die Abhängigkeit von mehreren Suchtstoffen aus verschiedenen pharmakologischen Wirkstoffklassen wurde früher als Polytoxikomanie bezeichnet, heute spricht man von Mehrfachabhängigkeit.

Wenn die Kriterien für eine Abhängigkeit nicht erfüllt sind, lauten die entsprechenden Bezeichnungen polyvalenter Substanzmissbrauch bzw. Mehrfach- oder Mischkonsum. Bei alkoholabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der missbräuchliche Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen bzw. die Mehrfachabhängigkeit häufig festzustellen. Die Diagnose Mehrfachabhängigkeit kann nach dem DSM-4 auch dann gestellt werden, wenn die Abhängigkeitskriterien für mehr als 3 Substanzen als Gruppe, aber nicht für die einzelnen Substanzen erfüllt sind. Die ICD-10-Diagnose eines multiplen Substanzgebrauchs wird gestellt, wenn die verschiedenen Substanzen durch wirklichen wahllosen Konsum untrennbar vermischt sind.

Der Großteil der polyvalent Konsumierenden bzw. mehrfach Abhängigen hat eine jeweils bevorzugte Substanz. Aufgrund der hohen Prävalenz des Gebrauchs, Missbrauchs und der Abhängigkeit von mehreren Substanzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die diagnostische Erfassung aller jeweils konsumierten Substanzen jedoch von besonderer Relevanz. Eine Vielzahl von Studien weist darauf hin, dass für die Alkoholabhängigkeit in Jugend und jungem Erwachsenenalter der gleichzeitige Konsum, der schädliche Gebrauch bzw. die Abhängigkeit von weiteren psychoaktiven Substanzen kennzeichnend ist.

Wagner & andere (1999) zeigen, dass bei 92 Prozent ihrer alkoholabhängigen Patienten im Alter zwischen 13 und 18 Jahren nach DSM-3-R eine Abhängigkeit von einer weiteren Substanz, bei 78 Prozent die Abhängigkeit von 2 oder mehreren psychoaktiven Substanzen zusätzlich zum Alkohol festgestellt wurde. Die Aspekte und Auswirkungen von Nikotin als Suchtsubstanz ist bei allen Untersuchungen bisher vernachlässigt worden.

Frühere amerikanische Studien stellten bei der Patientenpopulation einer kalifornischen Suchtklinik für Jugendliche ein durchschnittliches Erstkonsumalter von 10,7 Jahren fest. Eine weitere Studie zeigt, dass alkoholbezogene Störungen (Missbrauch und Abhängigkeit) im Alter von 16 und 17 Jahren gipfeln. Bei Jugendlichen kann sich bereits nach 2 bis 5 Jahren eine ausgeprägte Abhängigkeit einstellen. Es können bei 15-jährigen jedoch auch 5 bis 6 Monate ausreichen, bis sich eine körperliche Abhängigkeit entwickelt. Dieses frühzeitige Inzidenzalter lässt erwarten, dass bei den Betroffenen erhebliche Entwicklungsdefizite vorliegen und die Identitätsentwicklung sowie die eigene Lebensgestaltung bereits frühzeitig gestört und möglicherweise erheblich beeinträchtigt ist.

5.3 Allgemeine Aspekte zum Krankheits- und Bewältigungsmodell

Zu Verlauf und Bewältigung der Abhängigkeit hat sich das Modell der Änderungsabsicht nach Prochaska und DiClemente (1986) bewährt. Danach verläuft die Veränderungsbereitschaft von Abhängigen in folgenden Phasen: Unbedenklichkeit, Absichtsbildung, Entscheidung, Handlung und Aufrechterhaltung. Dabei wird der Phasenverlauf nicht als ein linearer Prozess aufgefasst, sondern verläuft spiralförmig und kann in beiden Richtungen durchlaufen werden.

Neben dem genannten Stadienmodell ist bedeutend die Modellierung der dazu gehörigen Veränderungsprozesse. Neun zentrale Bewältigungsstrategien werden eingesetzt bei dem Versuch, problematisches Verhalten zu verändern: Einholen von Informationen, Selbsteinschätzung, Selbstverpflichtung, Definition konstruktiver Bewältigungsstrategien, Reizkontrolle, gezielter Einsatz von Verstärkern, soziale Unterstützung, Ausdruck von Emotionen, Beurteilung der Beeinträchtigung der unmittelbaren Umgebung.

Gesundheitsförderliche Vorgehensweisen, also ein nicht Personen gebundener Faktor,

erleichtert die Bewältigung der Abhängigkeit. Eine dauerhafte Veränderung setzt einen über die verschiedenen Veränderungsstadien andauernden Prozess der Anwendung aufeinander aufbauender Bewältigungsstrategien voraus.

Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) bezeichnen jede Regression in ein früheres Stadium als Rückfall. Hier besteht eine Diskrepanz zu vielen Rückfalltheorien, die sich ausschließlich auf den Alkohol- bzw. Drogenrückfall beziehen. Das Veränderungsmodell von Prochaska, DiClemente et al. (1992) demonstriert, dass Rückfälligkeit sich nicht ausschließlich auf das Konsumverhalten beschränkt, sondern generell auf Rückschritte in ein vorher liegendes Stadium des komplexen Prozesses der Verhaltensänderung bezogen werden kann.

Der Suchtmittelrückfall bleibt jedoch ein wichtiger Bestandteil des Bewältigungsprozesses. Gerade bei jungen Betroffenen gibt es nicht den typischen Verlauf, sondern man muss eher von Abhängigkeitsverläufen sprechen. Für diese Verläufe sind unterschiedliche Interventionen unter Berücksichtigung dieses Veränderungsmodells handlungsrelevant. Besondere Berücksichtigung finden dabei die Person des Substanzabhängigen als handelndes Subjekt, der Suchtmittelrückfall sowie das Stadium der Aufrechterhaltung. Es veranschaulicht, dass Alkoholabhängige aktive Problemlöser sind, die bei einem positiven Verlauf ihre Handlungsregulationen mit immer größerer Kompetenz steuern. Die Veränderungsprozesse verdeutlichen, dass Substanzabhängige in verschiedenen Stadien unterschiedliche Bewältigungsstrategien bevorzugt anwenden.

Zu einem bestimmten Zeitpunkt befindet sich nur eine begrenzte Zahl aller Abhängigen im Aktionsstadium. Folglich greifen Interventionsmodelle, die ausschließlich aktionsorientiert sind, zu kurz und führen zur Unter- bzw. Fehlversorgung derjenigen, die sich in einem anderen Stadium des Veränderungsprozesses befinden. Personelle Interventionen sollten nach den Veränderungsstadien differenziert werden. Es erweist sich als erforderlich, mit dem Patienten die jeweils relevanten Bewältigungsstrategien einzuüben. Auch der Alkohol- und Drogenrückfall ist ein grundlegender Bestandteil des Bewältigungsprozesses. Veränderung kann nicht unbedingt mit den im Aktionsstadium erstmals sichtbar werdenden Handlungen bzw. Verhaltensveränderungen gleichgesetzt werden, die Aufrechterhaltung bereits vollzogener Veränderungen stellt ein wichtiges Handlungsstadium dar.

In diesem Modell wird deutlich, dass in der Phase der Aufrechterhaltung die begonnenen Veränderungen fortgeführt werden müssen (Aufenthaltsdauer, entsprechende Nachsorge). In diesem kritischen Zeitraum finden eine aktive Auseinandersetzung und Assimilation an neue Verhältnisse statt.

6. Behandlungskonzept

Im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung werden die psychischen Aspekte der Abhängigkeitsproblematik vertieft bearbeitet und die Voraussetzungen für eine Wiedereingliederung der Betroffenen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft geschaffen. Bei jungen Abhängigen herrscht ein ausgesprochener Mangel an Qualifizierungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Neben beruflicher Orientierung und einer Wiedereingliederung der Betroffenen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft, stehen weitere psychische Aspekte (Störungen der Befindlichkeit, Identitätsbildung, Selbstwertstabilisierung) im Vordergrund.

Unsere verschiedenen Angebote weisen Differenzierungen auf, um den komplexen Problemlagen abhängiger Jugendlicher und junger Erwachsener gerecht zu werden. Dies gilt besonders für ihre sozialen und psychischen „suchtunspezifischen“ Problemlagen.

6.1 Behandlungsziele

Ziel der Behandlung im Allgemeinen ist es, den Jugendlichen zu helfen, Halt, Sinn und Aufgaben zu finden sowie eine Motivation und Voraussetzung für ein Leben ohne Suchtmittel.

Das bedeutet im Einzelnen:

Erarbeitung eines Abstinenzbegriffes / Zielsetzungen auf edukativer Ebene

- Entwicklung eines *Abstinenzbegriff* unter Berücksichtigung der Abhängigkeit von verschiedenen Suchtmitteln
- Aufarbeitung möglicher *Ursachen der Abhängigkeit*, Entwicklung einer Einsicht in das eigene Suchtverhalten
- Vermittlung von Informationen über die Krankheit,
- Vermittlung von Techniken zum Abbau von Risikoverhalten

Verbesserung von Beschwerden auf psycho-sozialer Ebene

- Ausbildung der *Identität* und Förderung der *Persönlichkeitsentwicklung*
- Erfassen eigener *sozialer Realitäten* und Entwicklung *sozialer Kompetenzen* sowohl über einen pädagogischen als auch über einen psychotherapeutischen Zugang
- Verbesserung der Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung

Besserung von Beschwerden auf somatischer Ebene

- Reduzierung von Risikofaktoren
- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Zielsetzungen auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe

- Wiederherstellung und Erhalt der Arbeitsfähigkeit, Orientierung auf dem Arbeitsmarkt
- Arbeitstraining im Sinne der Berufsfindung und -orientierung und Integration in eine externe Arbeiterprobung oder ein Praktikum
- Entwicklung von *realistischen Teilzielen* innerhalb des Veränderungsprozesses

6.2 Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer sollte 24 Wochen betragen und wird in homogenen Therapiegruppen durchgeführt.

Der Therapieprozess verläuft in verschiedenen Phasen, der Motivations- und Orientierungsphasen, der Arbeitsphase und einer Ablösungs- und Vorbereitungsphase.

6.3 Behandlungsverlauf

6.3.1 Motivations- und Orientierungsphase

In Vorbereitung der Behandlung und zur ersten Kontaktaufnahme laden wir die jungen Patienten zu einem Vorgespräch ein. Dies dient einerseits zur Informationsvermittlung (Therapieablauf, Regeln und Hausordnung etc.) für die Patienten und deren Angehörige und der Abklärung von Indikation bzw. Kontraindikation.

Dabei überprüfen wir insbesondere Motivation, Krankheitseinsicht und Beziehungsfähigkeit. Bis zur Aufnahme bieten wir die Möglichkeit zu telefonischem, bei Bedarf auch persönlichem Kontakt mit dem zuständigen Bezugstherapeuten.

Die Behandlung beginnt mit einem im Regelfall siebentägigen Aufenthalt in der Aufnahmestation. Dort erhalten die jungen Patienten Zeit, sich zu orientieren und sich mit den Regeln und Örtlichkeiten der Klinik vertraut zu machen. Unter therapeutischer Begleitung formulieren sie erste Therapieerwartungen und Veränderungswünsche.

Als nächstes findet die Integration in die Therapiegruppe, die Differenzierung sowie gemeinsame Vereinbarung individueller Therapieziele und -inhalte sowie die Erarbeitung eines Therapieplans statt. Neben der Auseinandersetzung mit (teilweise überzogenen) Erwartungen der jungen Patienten an Therapiedauer und Therapieinhalte wird hier die Kontaktaufnahme mit den therapeutischen Bezugspersonen und der Aufbau eines Arbeitsbündnisses im Vordergrund stehen.

6.3.2 Arbeitsphase

In der Arbeitsphase geht es um die Differenzierung der Therapieziele und deren Umsetzung. Dies erfolgt u. a. durch die Aufarbeitung lebensgeschichtlicher und suchtspezifischer Hintergründe und durch die Erarbeitung von Veränderungsmöglichkeiten und Verhaltensalternativen.

Auf der Basis des Veränderungsmodells nach Prochaska, DiClemente & Norcross (1992) erfolgt im Rahmen der Therapiegruppe einmal wöchentlich eine Reflexion des Erreichten, gemessen an den gemeinsam festgelegten Therapiezielen. Die jungen Patienten werden bezüglich der verschiedenen Ebenen der Veränderung sensibilisiert und mit ihren auftauchenden Ambivalenzen ernst genommen, in den Prozess mit einbezogen.

Einen weiteren Schwerpunkt in dieser Phase bildet die Vorbereitung auf die Teilhabe am Arbeitsleben, z.B. über eine Berufsfindung oder -orientierung im Rahmen der Ergotherapie. Die Übernahme von Eigenverantwortung und Verantwortung für die Gemeinschaft soll gefördert werden. Die jungen Patienten haben neben der Arbeitsorientierung deshalb u. a. die Möglichkeit, eine Funktion im Rahmen des Gemeinschaftsdienstes der Patienten zu übernehmen.

6.3.3 Ablösungs- und Vorbereitungsphase

Im letzten Drittel der Therapie liegt der Fokus in der Außenorientierung über Belastungsheimfahrten, Besichtigungs- und Sonderfahrten. Schwerpunkte sind hier neben einer Vertiefung der Berufsfindung, eine externe Arbeitserprobung oder ein Praktikum, die Anbindung an Nachsorgeeinrichtungen wie z. B. Suchtberatungsstellen,

Adaptionseinrichtungen, Wohngruppen sowie andere Jugendeinrichtungen. Die hier erarbeiteten Ideen und erworbenen Erfahrungen sollen in der Realität erprobt werden. Es besteht die Möglichkeit, diese in der Gruppe zu reflektieren und eventuell zu überarbeiten.

6.4 Das therapeutische Programm

Zum Therapieprogramm gehören als feste Bausteine die Gruppentherapie, Ergo- und Sporttherapie, Einzeltherapie, Informationsveranstaltungen und Vorträge, Indikationsgruppen, Soziotherapie, Erlebnistherapie, Angehörigenseminar und Angehörigengespräche, Projekt- und Selbsthilfearbeit, Austausch mit ehemaligen Patienten und Freizeitaktivierung. Neben einem strukturierten gruppenspezifischen Therapieplan legen wir Wert auf Individualität und Flexibilität in der Gestaltung des jeweiligen Therapieplanes des jungen Abhängigen.

6.4.1 Therapieelemente

Gruppentherapie:

Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen bewegen sich innerhalb ihrer Peergroup und können altersrelevante Themen zur Sprache bringen. Im Zentrum steht der Umgang miteinander, die Übernahme von Verantwortung füreinander innerhalb der Peergroup sowie das Erlernen von Autonomie und Abgrenzung innerhalb einer Gruppe, um auch individuellen Bedürfnissen Raum zu schaffen. Die Gruppe arbeitet nach einem halboffenen Konzept und wird nach einem co-therapeutischen Modell geleitet, so dass stets eine personelle Konstanz gewährleistet ist. Die Gruppengröße beträgt bis zu 12 Personen.

In den unterschiedlichen Phasen werden die Themenschwerpunkte variieren.

So werden in den ersten beiden Phasen die Bildung eines Problembewusstseins, die Zielfindung und –formulierung im Vordergrund stehen. In Abhängigkeit von den unterschiedlichen Suchtmitteln wird es hier um die Entwicklung eines Abstinenzbegriffes gehen. Dabei spielt die intensivere Beschäftigung mit den unterschiedlichen Suchtmitteln (Drogen, Alkohol) sowie das Thema Suchtverlagerung in Seminaren, in Gruppen- wie Einzeltherapien und indikativen Angeboten eine Rolle.

In der zweiten und dritten Therapiephase stehen die Umsetzung der Therapieziele, die Orientierung bzw. Integration ins Arbeitsleben sowie die Integration in weiterführende Maßnahmen, wie Nachsorge im Mittelpunkt.

In dieser Arbeitsphase steht auch die Aufarbeitung der lebensgeschichtlichen und suchtspezifischen Vorgeschichte im Mittelpunkt. Gleichzeitig geht es darum, Themen der Bewältigung aktueller Lebensaufgaben gemeinsam zu reflektieren und von den Erfahrungen anderer zu lernen. Die Mitpatienten der Gruppe können sowohl als positives Modell dienen als auch zur Identifikation bei missglückten Lösungsversuchen. Letztendlich geht es darum, Alternativen zu oft dissozialen, destruktiven, aggressiven und selbstverletzenden Verhaltensweisen zu finden. Die Akzeptanz und Förderung der Heranwachsenden als selbstständig handelnde und denkende Persönlichkeiten mit Eigenverantwortung setzt eine Orientierung an Entwicklungsmöglichkeiten, Ressourcen und realistischen Lösungsstrategien und nicht so sehr an Pathologie und Defiziten voraus. Insgesamt gilt, die Vergangenheit wird einbezogen, jedoch nicht nur unter dem Aspekt der belastenden Erfahrung, sondern auch unter dem Aspekt der gelernten Überlebensstrategie und Ressource.

Die Vorbereitung einer Nachsorge bzw. Integration in weiterführende Maßnahmen (Adaption, betreute Wohngruppen, Selbsthilfegruppe und Anbindung an eine Beratungs- bzw. Kontaktstelle) stellt einen wichtigen Schwerpunkt am Ende der Therapie dar.

Dies ist die schwierige Phase der Ablösung und Vorbereitung, da die Heranwachsenden mit neuen Verhaltensweisen auf neue Schwierigkeiten und Ambivalenzen stoßen werden, was zu Verhaltensrückfällen und damit auch zu Suchtmittelrückfällen führen kann. Es geht deshalb um das Erlernen von sozialen Fertigkeiten z.B. über ein spezifisches Training der sozialen Kompetenz. Der Umgang miteinander wird über die Beschäftigung mit Themen wie eine adäquate Konfliktbewältigung, ein adäquater Umgang mit Affekten und Emotionen und eine Formulierung und Umsetzung eigener Bedürfnisse, leichter gemacht. In dieser Phase wird es auch um eine Bilanzierung, im Sinne eines Kosten-Nutzen-Planes, der erarbeiteten Veränderungsmöglichkeiten gehen.

Umgang mit Rückfällen:

In der Behandlung von Suchtkranken sind Rückfälle in jeder Phase der Behandlung möglich. Betrachtet man den individuellen Abstinenzbegriff der jungen Patienten, wird im Vorhinein eine Abstinenzvereinbarung, bezogen auf jeglichen Suchtmittelkonsum, über den Zeitraum der Behandlung, vereinbart werden. Somit wird der Konsum eines Suchtmittels, als Rückfall gewertet und erfordert einen strukturierten und transparenten Umgang der Aufarbeitung. Der Rückfall stellt einen wichtigen Einschnitt in die bisherige Therapie dar. Um dies zu verdeutlichen und den Patienten Zeit zu geben, mit dem „Rückfallschock“ möglichst offen und produktiv umzugehen, wird es eine intensivierete Einzelbetreuung und einen Rückfallsschwerpunkt in der Gruppe geben. Um den Rückfallprozess nach einer Konsumententscheidung sicher zu beenden, vereinbaren wir mit dem Patienten, die Sicherheits- und Schutzzone Klinik nicht zu verlassen. Es erfolgt eine differenzierte Analyse der Rückfallsituation mit einer kritischen Selbstüberprüfung von Krankheitseinsicht, Abstinenzvornahme, Therapiemotivation und Veränderungsbereitschaft. Ziel ist es, dass der Patient für seinen Rückfall und dessen Veröffentlichung die Verantwortung übernimmt. Innerhalb der Bezugsgruppe, in Teamsitzungen und Supervisionen wird der Rückfall reflektiert, eine Entscheidung zum Fortführen der Therapie und mögliche Settingveränderungen veranlasst.

Um die Notwendigkeit eines suchtmittelfreien Settings für eine erfolgreiche Therapie zu unterstreichen und zum Schutz der anderen Patienten erfolgt bei Konsum von Alkohol und Drogen innerhalb des Klinikgeländes eine vorzeitige Entlassung.

Innerhalb der Bezugsgruppe wird es zur Sensibilisierung einen Schwerpunkt zum Thema Befindlichkeitsveränderungen und Suchtverlagerung geben, an deren Ausarbeitung der Patient maßgeblich z.B. über das Halten von Referaten, beteiligt sein wird.

Einzeltherapie:

Es steht ein Bezugstherapeut über die Dauer der Behandlung zur Verfügung. In der Einzeltherapie geht es sehr wesentlich um die Herstellung eines Arbeitsbündnisses, damit es den Patienten möglich wird, schwierige Themen aus ihrer Lebensgeschichte anzusprechen und so vorzubereiten, dass die Bearbeitung im Gruppenkontext möglich wird.

Auch können auffällige Verhaltensweisen innerhalb des Gruppenkontextes wie Übertragungen, Wiederholungen und Widerstände ausführlicher und auch sensibler aufgearbeitet werden.

Erlebnistherapie:

In der Gruppe für Jugendliche und junge Erwachsene (und in einer speziellen Indikationsgruppe) nutzen wir einen handlungsorientierten und ressourcenfördernden Ansatz, in Form erlebnispädagogischer Methoden (Erlebnistherapie). Die Fontane-Klinik arbeitet seit 1995 mit erlebnistherapeutischen Methoden, die ursprünglich für die Jugendarbeit entwickelt wurden und insgesamt auf die Verbesserung der Fremd- und Selbstwahrnehmung, der sozialen Kompetenz und der Kooperationsfähigkeit abzielt. Dies geht zurück auf Kurt Hahn, einen bedeutenden Exponenten der Reformpädagogik aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, dem es in seinem pädagogischen Konzept um die „Therapie“ von Verfallserscheinungen der Gesellschaft ging. Seine „Erlebnistherapie“ bestand aus 4 Elementen: Das körperliche Training, die Expedition, das Projekt und dem Dienst am Nächsten. Integriert werden Therapieelemente aus dem Outdoorbereich, bestehend aus gemeinsamen mehrtägigen Kanutouren, Fahrradtouren und Orientierungswanderungen. Im Flachseilgarten (gelegentlich im Kletterwald) und an der Kletterwand (und Kletterturm) werden sowohl körperliche Herausforderungen und Grenzerfahrungen, als auch gruppendynamische und Problemlöseaufgaben initiiert. In den Wintermonaten stehen komplexe Gemeinschaftsaufgaben bei sogenannten Citybound-Touren in Berlin und Umgebung im Programm. Über diesen handlungsorientierten Zugang wird es den Patienten leichter gemacht, sich auf einer gemeinsamen Ebene zu treffen, sich zu spüren, Zugang zu schwierigen Themen zu finden und diese zu verbalisieren.

Soziotherapie:

Die Soziotherapie folgt dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe, fördert Verselbständigung. Bei jungen Abhängigen zeichnen sich oft Defizite in der praktischen Lebensführung ab, was eine Planung und Veränderungen in den beruflich/finanziellen Lebensbereichen, in der Wohnsituation und im sozialen Leben erforderlich macht. Aufgrund von Selbstüberschätzungstendenzen einerseits und Überforderung zum Beispiel bei Behördenkontakten andererseits, ist eine intensive Begleitung nötig. In diesem Zusammenhang bieten wir ein Bewerbungstraining, eine Vorbereitung auf ausbildungsrelevante Themen und andere Bereiche wie z. B. Erreichen bzw. Nachholen eines Schulabschlusses an. Im Bereich der Freizeitgestaltung ist unter Anleitung von Sozialpädagogen, neben der therapeutischen, am Symptom orientierten Arbeit, eine Förderung von Entwicklungs- und Lernaufgaben im Kontext der Peergroup möglich.

Angehörigenseminar und Angehörigengespräche:

Sie dienen der Erklärung sozialer und familiärer Beziehungen, bieten Aufklärung zum Thema Co-Abhängigkeit und machen in diesem Rahmen entstandene Rollenverteilungen transparenter. Es wird innerhalb dieses Rahmens sowohl den Bezugspersonen der jungen Menschen als auch den jungen Menschen selbst möglich, sich diesbezüglich auszutauschen. Veränderung und Neustrukturierung auch in der Familie sind angestrebte Ziele. Es geht dabei um eine Unterstützung von Abgrenzung und Ablösungsprozessen, was eine Systemveränderung und Neuorganisation für beide Seiten zur Folge hat.

Desinteresse, Nichtkooperation, Ausblenden oder Abwertung der Eltern behindern Veränderungs- und Klärungsprozesse und eröffnen ein neues Problemsystem. Die Möglichkeit

einer begleiteten und unterstützenden Kooperation erhöht die Perspektiven, Ressourcen und Lösungsvarianten aller Beteiligten.

Treffen mit Ehemaligen:

Über die regelmäßige Einbeziehung ehemaliger Patienten in den Therapieverlauf aktueller Patienten wird eine Sensibilisierung für den Selbsthilfebereich möglich gemacht. Ehemaligen Patienten wird ein Platz geschaffen, über ihre Erfahrungen zu berichten, in den Austausch zu gehen und die Erlebnisse an aktuelle Patienten weiterzugeben. In diesem Rahmen besteht für alle die Möglichkeit, sich eine abstinente Peergroup zu schaffen und abstinente Erfahrungen aus dieser Peergroup in die eigene Lebenswelt mit einzubeziehen.

Ressourcenorientierte Therapie

Die ressourcenorientierte Therapie ist ein integrierter Bestandteil des therapeutischen Gesamtkonzeptes und beinhaltet arbeitstherapeutische wie auch kreativ ergotherapeutische Elemente.

Arbeitstherapie: In der Arbeitstherapie wird an vorhandene Fähigkeiten angeknüpft. Ohne besonderen Leistungsdruck werden handwerkliche Fähigkeiten aktiviert und ein Gefühl für die eigene Belastbarkeit vermittelt. Stärken und Schwächen bei der praktischen Arbeit werden schnell deutlich und ermöglichen gezielte Förderungen. In diesem Zusammenhang werden neben der Arbeitsfähigkeit zugrundeliegende Fertigkeiten wie Pünktlichkeit, Ordnung, Sauberkeit, planvolles Vorgehen, Umgehen in Hierarchien und mit Autoritäten erprobt. Es besteht die Möglichkeit, eine interne und/oder externe Arbeitserprobung durchzuführen. Die Behandlung kann durch eine spätere Integration in eine Adaptionseinrichtung ergänzt werden. Im Sinne der Berufsfindung und -orientierung stehen innerhalb des Klinikrahmens (geschlechterspezifische) Arbeitsbereiche zur Verfügung. Es gibt die Arbeitsbereiche Schlosserei, Tischlerei, Gärtnerei, Forst, Zoo, Küche, Hauswirtschaft, Büro, Kiosk und Verwaltung sowie Kommunikations- und Informationstechnik. Zur externen Arbeitserprobung besteht eine enge Zusammenarbeit mit 30 umliegenden Betrieben. Dabei geht es vor allem darum, alltagsnahe realistische Arbeitsbedingungen zu bewältigen. Weiterhin bieten wir PC-Kurse unterschiedlicher Schweregrade für gängige Computerprogramme (Word, Excel, Outlook und Internetzugang) an.

Ergotherapie: In der Ergotherapie können die jungen Patienten erfahren, dass Freizeit auch ohne Alkohol lustvoll gestaltet werden kann. Kreatives Arbeiten soll ihnen helfen, mit Ängsten fertig zu werden, Zugang zu sich selbst zu finden und Selbstvertrauen aufzubauen. Mit Hilfe gestalterischer Arbeit werden Gefühle, Stimmungen und Befindlichkeiten bewusst gemacht. Unter diesem Aspekt entstehen z. B. Selbstdarstellungen, Bilder, die für bestimmte Stimmungen Ausdruck sind. In der interaktionellen Arbeit der Gruppe fördern, Koordination, Durchsetzungsvermögen und Einordnung zu trainieren. Oft entstehen auf diese Weise größere und umfangreichere Objekte, die in der Klinik ausgestellt werden.

Den jungen Patienten werden umfangreiche Gestaltungstechniken mit verschiedenen Materialien wie Ton, Speckstein, Holz, Weide, Seide usw. vermittelt. Dabei wird auch auf Konzentration, Motorik, Belastbarkeit und Sinneswahrnehmung stärkend Einfluss genommen. In der Freizeit stehen die Therapieräume der Beschäftigungstherapie und die verschiedenen Materialien Interessenten weiter zur Verfügung.

Sporttherapie:

In der Sporttherapie werden mehrfach in der Woche in homogenen und heterogenen Gruppen und ggf. auch einzeln die körperliche Belastbarkeit und Geschicklichkeit getestet und trainiert. Neben einer allgemeinen Verbesserung der Fitness stehen eine Integration in eine Mannschaft, Rücksichtnahme aufeinander und Unterstützung füreinander im Mittelpunkt. Es geht um das Wahrnehmen und den realistischen Umgang mit eigenen Leistungsgrenzen und die Förderung von Ausdauer und Belastbarkeit. In der Fontane-Klinik gibt es ein außergewöhnlich umfangreiches Sportangebot. Dazu gehören u. a. Tennis, Tischtennis, Badminton, Volleyball, Kegeln, Minigolf, Schwimmen, Fußball, Laufen, Walken, Fahrrad fahren und Bogenschießen. Die Sportanlagen können auch in der Freizeit von den Patienten genutzt werden.

Indikationsgruppen:

In den verschiedenen Indikationsgruppen, die den Patienten offen stehen, können individuelle Schwerpunkte therapeutisch gezielt fokussiert werden. Diese Indikationsgruppen stehen auch den Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen offen. Die Teilnahme an den unterschiedlichen Indikationsgruppen wird bei der Therapieplanung vorbereitet und festgelegt. Es gibt dazu verschiedene indikative Angebote aus den Bereichen, die medizinisch orientiert, psychoedukativ oder handlungsorientiert sind.

Nachsorge:

Um eine stabile nachstationäre Anbindung zu gewährleisten, werden die jungen Patienten therapeutisch in weiterführende Maßnahmen wie Adaption, betreute Wohngruppen (z.B. ADV), Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen integrierend begleitet. Sie werden innerhalb der Therapie unterstützt, sich auf dem Arbeitsmarkt zu orientieren und Stabilität in der Berufsfindung zu entwickeln. In diesem Zusammenhang haben Belastungs- und Sonderfahrten eine besondere Bedeutung.

Therapieplan Bezugsgruppe 5
X.X.201X bis X.X.201X

Bezugstherapeut: Herr YY (Raum 5.2.15)
 Co-Therapeutin: Frau XX (Raum 6.2.15)
 Bezugärztin: Frau XX (Raum 6.1.18)

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
07:00 - 07:30 Uhr Morgenaktivierung	07:00 - 07:30 Uhr Morgenaktivierung	07:00 - 07:30 Uhr Morgenaktivierung	07:00 - 07:30 Uhr Morgenaktivierung		
08:30 - 10:00 Uhr Gruppentherapie Sportlisten/Tagebuch Raum: R 06	08:30 - 09:15 Uhr Klinikversammlung 09:30 - 10:00 Uhr Nachbesprechung KV	08:30 - 10:00 Uhr Gruppentherapie Raum: R 06	08:30 - 09:15 Uhr Gesundheitsseminar Gymnastikhalle	08:30 - 10:00 Uhr Gruppentherapie Raum: R 06	
10:00 - 10:15 Uhr Pause					
10:15 - 11:45 Uhr Erlebnistherapie Haus 1 A	10:15 - 11:45 Uhr Film When a man loves a woman Raum: R 05		10:15 - 11:45 Uhr Projektarbeit Raum: R 06	10:15 - 11:45 Uhr Sozialmedizinische Sprechstunde (Fr. XX)	
11:45 - 13:00 Uhr Mittagspause					
13:00 - 14:30 Uhr Ressourcenorientierte Therapie (ROT) <small>(z.B. Arbeitstherapie, Ergotherapie)</small>	13:00 - 14:30 Uhr Indikationsgruppen	13:00 - 14:30 Uhr Ressourcenorientierte Therapie (ROT) <small>(z.B. Arbeitstherapie, Ergotherapie)</small>	13:00 - 14:30 Uhr Indikationsgruppen	13:00 - 14:30 Uhr Ressourcenorientierte Therapie (ROT) <small>(z.B. Arbeitstherapie, Ergotherapie)</small>	13:30-14:30 Treffen mit ehemaligen Patienten Gymnastikhalle
14:30 - 14:45 Uhr Pause					
14:45 - 16:15 Uhr Ressourcenorientierte Therapie (ROT)	14:45 - 16:15 Uhr Indikationsgruppen	14:45 - 16:15 Uhr Ressourcenorientierte Therapie (ROT)	14:45 - 16:15 Uhr Indikationsgruppen	14:45 - 16:15 Uhr Ressourcenorientierte Therapie (ROT)	
16:15 - 17:00 Uhr Pause					
17:00 - 18:00 Sporttherapie Sporthalle/Schwimmhalle		16:45 - 20:00 Uhr Ernährungsberatung Lehrküche		17:00 - 18:00 Sporttherapie Sporthalle	
19:00 - 20:00 Uhr Selbsthilfe Raum: R 06					

Bemerkungen: Bitte beachten Sie die Ernährungsberatung am Mittwoch 16:45 Uhr.

Abb. Therapieplan Gruppe Jugendliche / Junge Erwachsene

7. Literaturliste

1. Goodwin DW: The genetics of alcoholism. Hospital Community Psychiatry 1983; 34: 1031–1034.
2. Newcomb MD, Felix-Ortiz M: Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings. J Pers Soc Psychol 1992; 63: 280–296.
3. Degenhardt L, Lynskey M, Hall W: Cohort trends in the age of initiation of drug use in Australia. Aust N Z J Public Health 2000; 24 (4): 421–426.
4. Holly A, Türk D, Nelson CB, Pfister H, Wittchen H-U: Prävalenz von Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1997; 26: 171–178.
5. Remschmidt, H.: Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft Nr. 5 Mai 2002 ; 218-223
6. Bundesministerium für Gesundheit: Sucht und Drogenberichte 2000 und 2004
7. Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 1, Januar 2005; Seite 6
8. Der Spiegel, Heft 27/2004; Ein Joint für die große Pause; S. 70-84
9. Nelson CB, Wittchen H-U: DSM-IV alcohol disorders in a general population sample of adolescents and young people. Addiction 1998; 93 (7): 1065–1077.
10. Deutsches Ärzteblatt, PP, Heft 5, März 2004; S. 197
11. Beck, Wright, Newman & Liese; Kognitive Therapie der Sucht; Beltz, 1993
12. Prochaska, DiClemente & Norcross; In search of how people change: Applications to addictive behaviors; in: American Psychologist, No 47
13. Stierlin, H. (1980): Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter. Frankfurt am Main; Suhrkamp Verlag