

Therapieladen



Konzeption

Leitbild

Konzeptionelle Grundlagen

Angebote

Qualitätssicherung

Kooperation und Vernetzung

Verein und MitarbeiterInnen

Veröffentlichungen

Stand März 2004

Inhaltsverzeichnis

Unser Leitbild	3
1 Konzeptionelle Grundlagen	5
1.1 Zielgruppe: KonsumentInnen von Cannabis und „lifestyle“ - Drogen	5
1.2 Problemspektrum der Klienten	6
1.3 Suchtkonzepte und therapeutischer Ansatz	11
2 Angebote	14
2.1 Klärungs- und Aufnahmegespräche, Kurzintervention	14
2.1.1 Telefonische Anmeldung / Aufnahme.....	14
2.1.2 Therapievorbereitende Gespräche im Bereich Rehabilitation	14
2.1.3 Therapievorbereitende Gespräche im Bereich KJHG	15
2.1.4 Kurzintervention (nach Therapieabschluss)	15
2.2 Ambulante Drogentherapie (Ambulante Rehabilitation)	16
2.2.1 Behandlungsrahmen	16
2.2.2 Zielgruppe.....	16
2.2.3 Indikationsstellung und Diagnostik	17
2.2.4 Ziele der Behandlung	18
2.2.5 Therapie-Setting	20
2.2.6 Psychotherapeutische Methoden	22
2.3 Ambulante Psychotherapie / Familientherapie für Jugendliche nach KJHG	23
2.3.1 Behandlungsrahmen	23
2.3.2 Zielgruppe und Indikation	23
2.3.3 Ziele der Behandlung	24
2.3.4 Therapie-Setting	24
2.3.5 Psychotherapeutische Methoden	26
2.4 Gesundheitsförderung und Prävention	27
2.4.1 Theoretische Grundlage	27
2.4.2 Ziele sekundärpräventiver Interventionen	27
2.4.3 Zielgruppe.....	27
2.4.4 Angebote und inhaltliche Schwerpunkte	28
2.4.5 Öffentlichkeitsarbeit	28
3 Qualitätssicherung	29
3.1 Dokumentation	29
3.2 Fallbesprechung / Supervision / Fortbildung	29
3.3 Personalstruktur / Qualifikationen	29
3.4 Qualitätsmanagement	30
4 Kooperation und Vernetzung	30
4.1 Vertragsvereinbarungen mit Kooperationspartnern	30
4.2 Gremien/ Fachgruppen/ Arbeitsgemeinschaften	31
5 Der Verein	32
5.1 Organigramm	32
5.2 Sitz des Vereins und räumliche Ausstattung	33
5.3 Trägerverein.....	33
Ausgewählte Literatur / Eigene Veröffentlichungen	34

Leitidee

Der *Therapieladen e.V.* ist als überregionale, ambulante Einrichtung in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Entwicklungsförderung und Rehabilitation tätig. Unsere Angebote richten sich an Menschen mit Problemen, die im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis und „life-style“ –Drogen stehen. Unser Ziel ist, mit therapeutischen und suchtpreventiven Angeboten zur Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit sowie der sozialen Situation der Klienten beizutragen. Mit der Spezialisierung auf diese Zielgruppe soll eine möglichst effektive und den Problemen angemessene Hilfe ermöglicht werden.

Unsere Grundhaltung gegenüber den Klienten

Wir begegnen unseren jugendlichen und erwachsenen Klienten mit Respekt, Wertschätzung und Empathie. Wir betrachten die Hilfesuchenden als selbstverantwortliche Kooperationspartner, deren Ressourcen und Lebenskompetenzen (wieder-)entdeckt oder entwickelt werden sollen.

Unser Problemverständnis

Aus unserer Sicht wird Drogenkonsum dann problematisch, wenn er eine Funktion bei der Alltagsbewältigung übernimmt und sich damit langfristig als die Entwicklung behindernd oder die Lebensqualität beeinträchtigend erweist.

Wir verstehen missbräuchlichen oder abhängigen Drogenkonsum als misslungenen Versuch, Konflikte und Probleme (z.B. im Umgang mit Beziehungen, Emotionen, sich selbst) zu lösen.

Wir verstehen Probleme nicht allein im Individuum verursacht, sondern in einem multifaktoriellen Entstehungszusammenhang aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren.

Die Probleme unserer Klienten werden verstanden im Kontext des spezifischen Hintergrunds der individuellen Lebenssituation und Lebensgeschichte sowie anstehender Entwicklungsaufgaben und Ressourcen.

Unser Verständnis von Therapie

Wir bieten Therapie an, um Menschen dabei zu unterstützen, sich selbst besser zu verstehen, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen und Fähigkeiten zu entwickeln, um gewünschte Veränderungen in Gang zu setzen und um sich vom abhängigen Konsum psychoaktiver Substanzen dauerhaft lösen zu können. Wir verbinden in einer interdisziplinären Herangehensweise psychologische, sozialpädagogische sowie medizinisch-psychiatrische Sichtweisen miteinander. Unser Zugang ist dabei primär psychotherapeutisch.

Im Rahmen eines integrativen Therapiekonzeptes werden verschiedene – d.h. systemische, tiefenpsychologische, klientenzentriert-gesprächstherapeutische und verhaltenstherapeutische – Methoden in flexiblen Settings zur Anwendung gebracht. Die therapeutische Herangehensweise und Zielformulierung orientiert sich dabei an den Problemlagen, Bedürfnissen und Fähigkeiten der Klienten.

Unsere Teamphilosophie

In unserer Teamphilosophie spiegeln sich Aspekte unseres beruflichen und therapeutischen Selbstverständnisses wieder: Die Zusammenarbeit im Team ist getragen von wohlwollendem Interesse an den anderen Teammitgliedern und gegenseitigem Respekt für die jeweiligen Stärken und Besonderheiten. Es gibt viel Raum für selbständige und flexible Gestaltung der Arbeit sowie Entwicklung von Kompetenzen und Ressourcen bei gleichzeitig enger Zusammenarbeit. Die Mitarbeiter/innen arbeiten in hohem Maße selbstverantwortlich und mit großem persönlichen Engagement.

Die hohe Identifikation mit der Arbeit im Therapieladen zeigt sich auch in der langjährigen Teamzugehörigkeit und dem großen Interesse an der Weiterentwicklung des Gesamtprojekts Therapieladen.

Unser Verständnis als Organisation

Die Arbeit im Therapieladen ist von einer Integration der Sichtweisen von Jugendhilfe, Drogenhilfe und Psychiatrie sowie einer fachlichen und vertraglichen Kooperation mit Institutionen und Kostenträgern dieser Hilfesysteme getragen.

Als Organisation sind wir fachlichen Standards verpflichtet und orientieren uns an etablierten Qualitätssicherungssystemen. Transparenz nach innen und außen wird durch Dokumentation und Fachbeiträgen von MitarbeiterInnen hergestellt.

1 Konzeptionelle Grundlagen

1.1 Zielgruppe: KonsumentInnen von Cannabis und „lifestyle“- Drogen

Der *Therapieladen e.V.* hat sich seit der Gründung (1985) auf die Konsumenten von Cannabis- und sogenannten „lifestyle“-Drogen spezialisiert.

Unter dem Begriff „lifestyle“-Drogen sind unterschiedliche psychoaktive Substanzen zusammengefasst. Die wichtigsten sind: Amphetamine, Ecstasy, Kokain, LSD und sog. Biodrogen. Während noch in den 90er Jahren lifestyle- Drogen überwiegend im Partykontext konsumiert wurden zeigt sich in der Weiterentwicklung von Konsumtrends Ende der 90er Jahre eine Ausdifferenzierung in individualisierte lebensstilbezogene Konsummuster. Während in den Drogenaffinitätsstudien die Prävalenzen von lifestyle-Drogen, wie Ecstasy, Amphetamine und Kokain nicht weiter angestiegen sind, zeigen sich bei der Prävalenz des Cannabiskonsums deutliche Steigerungsraten.

Die herausragende Bedeutung von Cannabis wird auch an der Klientel unserer Einrichtung deutlich. Durchschnittlich 80% der Klienten ist wegen primär cannabisbezogener (Sucht-) Probleme in Behandlung. Bei den anderen Klienten steht der polytoxikomane Missbrauch von lifestyle-Drogen (ohne Opiate) im Vordergrund. Nur ein geringer Teil der Klienten beginnt die Behandlung aufgrund gerichtlicher Auflagen (z.B. § 35 „Therapie statt Strafe“).

Die über die Jahre hinweg herausragende Dominanz von Cannabis in den Konsummustern unserer Klienten und unsere Auseinandersetzung damit in der Fachöffentlichkeit führte dazu, dass der *Therapieladen* als spezifische Einrichtung für Cannabismissbraucher/abhängige bekannt wurde.

Der **zielgruppenspezifische** therapeutische Ansatz im *Therapieladen* hat zum Ziel:

- Eine bessere Erreichbarkeit der Zielgruppe und damit dem Abbau von Schwellenängsten.
- Die frühzeitige Erkennung und Intervention bei Missbrauch/Abhängigkeit von Cannabis und sonstigen cannabisassoziierten Problemen.
- Möglichst passgenaue therapeutische Hilfen für diese Zielgruppe anzubieten.

Die zielgruppenspezifische Abgrenzung gegenüber Heroin/Opiatkonsumenten hat sich in der langjährigen Praxis des *Therapieladen* fachlich bewährt.

Cannabiskonsumern nehmen bisher wenig Kontakt zu traditionellen Suchtberatungsstellen auf. (Tossmann, 2004) Es ist davon auszugehen, dass Cannabisabhängige eine andere Wahrnehmung ihrer Probleme haben und sich mit Heroin- und Alkoholabhängigen wenig identifizieren können. Sowohl die Konsummuster und Suchtformen als auch die Folgeprobleme des Konsums unterscheiden sich von denen bei Opiatkonsumenten.

Ebenso bedeutsam ist der unterschiedliche lebensweltliche und kulturelle Kontext dieser beiden Zielgruppen. Während Opiatkonsumenten in aller Regel eine soziale Randgruppe darstellen, finden sich die übrigen Konsumenten in allen Milieus der Gesellschaft. Insbesondere beim Cannabiskonsum ist eine Veralltäglichsung und Normalisierung des Konsums in Gang gekommen, die sich zunehmend mit dem kulturell integrierten Konsum von Alkohol vergleichen lässt. Die Auseinandersetzung mit dem Drogenkonsum, mit Risiken, Suchtgefährdung und Abhängigkeitsproblemen und den damit verbundenen Problemen erfordert deshalb sowohl im Bereich der Prävention als auch der Therapie einen differenzierten und zielgruppenspezifischen Ansatz.

1.2 Problemspektrum der Klienten

Aus der entwicklungspsychologischen Forschung ist bekannt, dass der Konsum illegaler Drogen als jugendtypisches Risikoverhalten für die große Mehrheit der Konsumenten ein Übergangsphänomen darstellt und keine behandlungsrelevanten Störungen nach sich zieht.

Drogenkonsumverhalten muss deshalb generell, insbesondere im Rahmen der Prävention auch jenseits des „Suchtparadigmas“ in seinen vielfältigen entwicklungspsychologischen und sozialkulturellen Funktionen verstanden werden.

Entsprechend eines modernen Suchtverständnisses sind Missbrauchs- und Abhängigkeitsentwicklungen nicht nur drogenspezifisch- neurobiologisch zu erklären, sondern vom konkreten Konsummuster, den psychischen Prädispositionen sowie vom sozial-kulturellen Kontext der Konsumenten abhängig.

Während einerseits bis in die heutige Zeit schwarzmalerische Mythen um die „Einstiegsdroge Cannabis“ verbreitet sind, werden andererseits durch sozialwissenschaftliche und neurobiologische Forschungsergebnisse die Erklärungsansätze über Entwicklungsverläufe von Konsummustern und Suchtrisiken bei Cannabis und life-style Drogen zunehmend differenziert. (Wittchen et al., 1998; Kleiber, Kovar, 1998; Thomasius, 1998; Bonnet et al. (Leitlinien cannabisassoziierter Störungen), 2004)

Der starke Anstieg des Ecstasy-, Halluzinogen- und Amphetaminkonsums in den 90er Jahren im Kontext der „Techno-Szene“ scheint zum Ende des Jahrhunderts ein Plateau erreicht zu haben. Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung haben sich problematische Formen des Mischkonsums etabliert, die in ihren gesundheitlichen Auswirkungen hoch riskant sind.

Mehr oder weniger unabhängig davon zeigt sich beim Cannabiskonsum ein stetig steigender Trend seit Mitte der 90er Jahre. Nach aktuellen epidemiologischen Schätzungen (DBDD 2003) gibt es in Deutschland

- 10 Millionen Menschen, die Erfahrung mit Cannabis gemacht haben,
- 3,4 Millionen Menschen, die aktuell konsumieren,
- 1,5 Millionen Menschen mit problematischem Cannabiskonsum und
- 200.000 Menschen mit einer Cannabisabhängigkeit.

Besorgniserregend ist die Beobachtung, dass das Einstiegalter beim Cannabiskonsum, sowie beim Zigaretten- und Alkoholkonsum sinkt und somit das Risiko von Suchterkrankungen und damit verbundenen anderen psychischen Störungen (Entwicklungsbehinderungen) ansteigt. Eine differenzierte, von wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen geprägte sachliche Auseinandersetzung mit den Risiken des Cannabiskonsums ist eines der zentralen Anliegen des *Therapieladen* e.V..

Konsummuster und Suchtdiagnosen

Im *Therapieladen* behandeln wir sowohl jugendliche Klienten, die über max. 3 bis 4 Jahre Drogen konsumiert haben, als auch Erwachsene, die bereits über 20 Jahre Cannabis konsumieren. Die Konsummuster variieren dabei stark, wobei es sich bei Cannabis in der Regel um täglichen Konsum handelt mit Dosierungen zwischen 0,5 gr./täglich bis zu 5 gr./täglich (in Einzelfällen darüber).

Eine große Mehrheit der primär Cannabisabhängigen, die in der Einrichtung behandelt werden, hat zumindest eine Experimentierphase mit Amphetaminen (-derivate) und Halluzinogenen erlebt. Bei ca. 20% liegt ein aktueller Mischkonsum dieser Substanzen vor. Neben dem Konsum illegaler Drogen spielt Nikotin eine große Rolle, aber auch Alkohol wird oft in riskanter und missbräuchlicher Form konsumiert.

Die Kriterien für das Vorliegen von schädlichem Gebrauch bzw. einer Abhängigkeit von Cannabis und anderen psychoaktiven Substanzen sind in den Diagnosestandards ICD 10 bzw. DSM IV festgelegt. Inwiefern diese Standards das Phänomen Cannabisabhängigkeit ausreichend und valide beschreiben, wird sowohl von Praktikern als auch Wissenschaftlern bezweifelt (Soellner 2000, Kuntz 2002). Es wird in Frage gestellt, ob z.B. die Folgen des langfristigen Cannabismisbrauchs (z.B. das „amotivationale Syndrom“) als Kriterien für das Vorliegen einer Cannabisabhängigkeit Gültigkeit haben können, da es keine wissenschaftliche Absicherung über den kausalen Zusammenhang dieses Syndroms mit dem Cannabiskonsum gibt. (Kleiber, Kovar. 1997)

Auch das Phänomen, dass es bei Cannabisabhängigkeit keine klassischen körperlichen Entzugserscheinungen gibt, führt oft zu der (Fehl-) Einschätzung, dass eine Cannabisabhängigkeit ja „nur psychisch“ und damit leicht zu überwinden sei.

Das zentrale und in der praktischen Arbeit auch relevante Kriterium für die Diagnose einer Cannabisabhängigkeit ist die subjektive Erfahrung des Kontrollverlusts über den Konsum. Wer zahlreiche erfolglose Versuche unternommen hat, den Konsum einzuschränken oder zu beenden, weiß um sein Abhängigkeitsproblem. Das Problem bei der Gruppe der Cannabisabhängigen liegt oft darin, dass zwischen der Selbsterkenntnis „Ich bin abhängig“ und dem aktiven Versuch, etwas dagegen zu unternehmen, oft Jahre vergehen können und in heutiger Zeit das soziale Umfeld die Problematik eher unterschätzt oder bagatellisiert.

Sucht und Komorbidität

Unter Komorbidität wird das gleichzeitige Vorliegen zweier Erkrankungen verstanden. Im Zusammenhang mit Suchterkrankungen wird Komorbidität unterschieden in die sog. „Doppeldiagnose“, womit Sucht und Psychoseerkrankungen gemeint sind und in Komorbidität im weiteren Sinn als Sucht und andere psychische Störungen (Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Depressionen, ADHS etc.) Die Datenlage über die Prävalenz von komorbiden Störungen ist insgesamt noch unübersichtlich und unzureichend.

Erklärungsansätze für das Auftreten und die Zusammenhänge von Sucht- und Psychose-Störungen werden noch kontrovers diskutiert (Gouzoulis-Mayfrank, 2003).

Im „*Modell der sekundären Suchtentwicklung*“ wird von der Selbstmedikationshypothese ausgegangen. In diesem Ansatz versteht man den Drogenkonsum als Copingstrategie für den Umgang mit den Symptomen und Auswirkungen der Psychoseerkrankung.

Im „*Modell der Psychoseinduktion*“ geht man davon aus, dass insbesondere durch den Konsum von Cannabis, Amphetaminderivaten und Halluzinogenen Psychosen ausgelöst werden und dann einen eigenständigen Verlauf haben.

Im „*Modell der gemeinsamen ätiologischen Faktoren*“ geht man von der Annahme einer gemeinsamen neurobiologischen Störung und Dysfunktion des zentralen dopaminergen Systems aus.

Bisherige Forschungsbefunde und unsere eigenen praktischen klinischen Erfahrungen verweisen generell auf eine hohe Komorbiditätsrate bei Cannabisabhängigkeit. Ungeklärt ist die Frage, ob spezifische komorbide Störungen bei dieser Klientengruppe überwiegen.

In den „Leitlinien Cannabis- bezogener Störungen“ (Bonnet et.al., 2004) finden sich zum Thema Komorbidität folgende sehr heterogene Ergebnisse. So wird dort folgendes erwähnt:

- Es wird beschrieben, dass einer großen bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung aus den USA zufolge das Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung ein zentrales Merkmal der Cannabisabhängigkeit ist. Auch andere Arbeiten zeigten, dass die Komorbidität bei Cannabisabhängigen hoch einzuschätzen ist.

- Die Mehrzahl aller Cannabis-abhängigen sollen an Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen leiden. Auch werden häufig affektive Störungen, insbesondere Depressionen und seltener schizophrene Psychosen gefunden. In Berliner Fallanalysen konnte illustriert werden, wie der Konsum von Cannabis zur Bewältigung unterschiedlicher komorbider Störungsbilder eingesetzt wird.
- Nach klinischen Beobachtungen scheinen Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen Cannabis zur besseren Affekt- und Impulsregulierung einzusetzen. Ähnliches scheint für Patienten zu gelten, die an einem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHD) leiden. In Persönlichkeitsfragebögen, die gezielt schizotype Merkmale erfassen, erreichen Cannabiskonsumern im Vergleich zu Nichtkonsumenten signifikant höhere Werte.
- Viele Untersuchungen weisen darauf hin, dass regelmäßiger Cannabiskonsum überzufällig häufig mit depressiven Störungen und Angsterkrankungen assoziiert ist. Jedoch gibt es auch Untersuchungen, die eine solche Assoziation nicht bestätigen konnten. In Einzelfällen wurden sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen von Depressionen und Angsterkrankungen beschrieben. Kontrollierte Studien über den Einfluss von Cannabis auf den Verlauf von uni- oder bipolaren affektiven Störungen oder Angsterkrankungen existieren bisher nicht.

Die unterschiedlichen Befunde verweisen auf einen weiteren Forschungsbedarf in diesem Bereich und zeigen auch die Notwendigkeit einer differenzierten Diagnostik und individualisierter Therapieplanung.

Für unser Problemverständnis ist eine interdisziplinäre Sichtweise, die drogen- und suchtspezifische, sozial- und entwicklungspsychologische und klinisch-psychiatrische Aspekte integriert, von zentraler Bedeutung. Im Folgenden sind die verschiedenen Aspekte und diagnostische Blickwinkel schematisch zusammengefasst.

Diagnose-Schema für unser Problemverständnis

Diagnostische Perspektiven	Instrumente
Konsummuster und Suchtdiagnosen	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsumerfahrung und Verlauf Einstiegsalter, Drogenarten, Mischkonsum, aktuelles Konsumverhalten, Dosis, Frequenz, Setting ▪ Wirkung und Funktion des Konsums <ul style="list-style-type: none"> • drogenspezifische Wirkung stimulierend, euphorisierend, halluzinogen, entspannend, dämpfend • psychosoziale Wirkung und Funktion „fit-sein“, „gut drauf sein“, Gemeinschaft erleben, Grenzerfahrung, Abschalten, Flüchten • psychodynamische Funktion spezifische Bewältigungs- bzw. Abwehrformen von Konflikten und Defiziten ▪ Suchtdiagnose <ul style="list-style-type: none"> • <i>schädlicher Gebrauch</i> oder <i>Abhängigkeitssyndrom</i> oder <i>Polytoxikomanie</i> • drogenbedingte <i>akute Intoxikation</i>, <i>psychotische Störung</i>, „flash-back“-Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drogenscreening ▪ Konsumfragebogen ▪ Konsumanamnese ▪ Sozialbericht ▪ ICD-10 Klassifikationssystem (F1x.xx)

Symptome und Beschwerden

▪ Primär psychische Symptome

Konzentrations-, Aufmerksamkeit-, und Gedächtnisstörungen, Kontakt- und Beziehungsängste, Panik, Angst vor Dekompensation bzw. Psychose, Depressive Störungen, innere Leere, Sinnlosigkeitsgefühle, Suizidgedanken, Antriebsstörungen, Schlafstörungen, Müdigkeit, Autoaggressives Verhalten, aggressives Verhalten

▪ Primär soziale Symptome

- Konflikte in der Partnerschaft/Familie
- Probleme in Ausbildung/Beruf
- Schwierigkeiten mit Verbindlichkeiten und Vereinbarungen
- gerichtliche Sanktionen, Verschuldung

▪ Primär körperliche Symptome

- allg. körperlicher Zustand
- vegetative Störungen
- Abmagerung, Gewichtsprobleme
- Schmerzzustände, Infektionen

▪ Persönliche Zufriedenheitsskala

▪ Symptomcheckliste, SCLR90

▪ Psychopathologischer Befund

▪ Sozialanamnese

▪ Ärztlicher Befundbericht, Laborwerte

Aktuelle Lebenssituation und Ressourcen

▪ Persönliche Ressourcen

Soziale Kompetenzen, Intelligenz
Kreativität, Begabungen
Attraktivität, Ausstrahlung

▪ Familiäre Situation

Spezifische Familienkonstellation, familiäre Ressourcen, Partnerschaftsbeziehung / -konflikte

▪ Soziale Beziehungen/Freundeskreis

Stärke und Art der Bindungen (Kifferclique, Partyszene, Isolierung), Anzahl und Qualität der sozialen Kontakte, Freizeitaktivitäten

▪ Schulische und berufliche Integration

Schulabschluss, Berufswahl, Berufskarriere, Leistungsfähigkeit/ Erwerbsfähigkeit, Umschulungen, bisherige Rehabilitationsleistungen

▪ Materielle Ressourcen

Wohnsituation, finanzielle Situation, **Verschuldung**

▪ Biographische Anamnese

▪ Genogramm

▪ Familienrekonstruktion

▪ Berufsanamnese

▪ Zeugnisse

▪ Sozialmedizinische Gutachten

Entwicklungspsychologische Perspektive

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Kognitiver, affektiver, körperlicher Entwicklungsstand▪ Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter | <ul style="list-style-type: none">▪ Biographische Anamnese und Fremdanamnese▪ Vorhandene Testergebnisse |
|--|--|

Strukturelle und psychodynamische Aspekte

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Ich- Stärke - Ich-Schwäche/Selbststeuerung
<u>Realitätswahrnehmung:</u>
Fähigkeit zur realistischen Einschätzung selbst und anderer. Differenzierung von „Innen und Außen“. „Gut und Böse“ integrieren können.
<u>Frustrationstoleranz:</u>
Innere Spannungen aushalten können. Widersprüchlichkeit ertragen. Enttäuschung über sich und andere verarbeiten können. Bedürfnisse aufschieben können.
<u>Affektwahrnehmung und Regulation:</u>
Gefühle wahrnehmen, aushalten und ausdrücken können, Impulse und starke Affekte entschärfen können („sublimieren“), Gefühle differenzieren und als Signale nutzen können▪ Psychodynamik und Konfliktkonstellation
Abwehrmechanismen (Art und Reife), Copingstrategien/Bewältigungsstile, Spezifische Konfliktkonstellationen (intrapsychisch/interaktionell) | <ul style="list-style-type: none">▪ Operationale psychodynamische Diagnostik (OPD)▪ Fallbesprechung / Supervision▪ Strukturdiagnostik▪ Beziehungsdiagnostik• Konfliktdiagnostik |
|--|---|

Weitere Diagnosen/ Komorbidität)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Schizophrene Störungen (F2)▪ Affektive Störungen (F3)▪ Phobien, Angststörungen, Zwangsstörungen (F4)▪ Essstörungen, Schlafstörungen (F5)▪ Persönlichkeitsstörungen (F6)▪ ADHS-Störungen▪ Störungen im Kindes- und Jugendalter (F9) | <ul style="list-style-type: none">▪ Psychopathologischer Befund▪ ICD 10-Diagnostik▪ Bei Bedarf spezifische Testverfahren |
|--|--|

1.3 Suchtkonzepte und therapeutischer Ansatz

Die Ätiologie und Entwicklung einer Suchterkrankung wird als komplexer Prozess verstanden, in dem neurobiologisch - somatische, psychische und sozial - kulturelle Faktoren zusammenwirken. Ausprägungen und Verlaufsformen von Suchterkrankungen sind von der Art des Zusammenwirkens dieser verschiedenen Faktoren abhängig. Die komplexen Interaktionen von chemischer Drogenwirkung, psychischer Dispositionen der Konsumenten und je individueller sozial-kultureller Funktion und Bedeutung des Konsumverhaltens erklären die unterschiedlichen Verlaufsformen von Suchtentwicklungen und unterstreichen die Notwendigkeit differenzierter Hilfsangebote.

Die Suchtentwicklung von Cannabis- und Partydrogenabhängigen unterscheidet sich von polytoxikomanen Opiatabhängigen vor allem in der sozialen und körperlichen Folgeproblematik. Soziale Desintegration und körperliche Verwahrlosung sowie körperliche Entzugssymptome stehen in der Regel bei unseren Patienten nicht im Vordergrund der Suchtproblematik. Neben den wesentlichen Charakteristiken der Sucht - Kontrollverlust und Zwanghaftigkeit des Konsums - zeigen sich die Hauptprobleme und der Leidensdruck der Patienten stärker auf der psychischen Ebene. Depressionen, Angstzustände, psychosenahe Erlebnisse sind die Leitsymptome, die auf Dauer auch die soziale Integration und Berufsfähigkeit gefährden und zur Behandlungsaufnahme führen.

Grundlage für das wissenschaftliche Suchtverständnis und das Persönlichkeits- bzw. Krankheitsmodell ist der **psychoanalytische Ansatz**, insbesondere die objektbeziehungstheoretische Ausrichtung. Außerdem werden **systemische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Modelle** in das Krankheitsverständnis integriert. Diese Ansätze bieten mit unterschiedlichen Erklärungen und Perspektiven einen Orientierungsrahmen für das Verständnis süchtiger Entwicklung, der für unsere praktische ambulant-therapeutische Arbeit handlungsleitend ist. Neben den psychologischen Erklärungsmodellen der Sucht spielen **neurobiologische Aspekte der Substanzwirkungen** eine zunehmende Rolle im Verständnis von Störungen und Abhängigkeitsentwicklungen und können im Sinne einer **psychoedukativen Aufklärung** auch therapeutisch für die Klienten genutzt werden.

In der **psychoanalytischen Theorietradition** wird eine Abhängigkeitserkrankung vor dem Hintergrund von Grundstörungen der Persönlichkeitsstruktur und damit verbundener Psychodynamik erklärt. Suchtmittelabhängiges Verhalten wird verstanden als Abwehr- bzw. Kompensationsversuch von „strukturellen Ich-Störungen“.

Bei suchtmittelabhängigen Menschen ist in der Regel die Entwicklung von stabilen, voneinander abgegrenzten Selbst- und Objektbildern (internalisierte Objektbeziehungen) für eine stabile Identitätsbildung nicht hinreichend gelungen. Aufgrund einer frühen Entwicklungspathologie sind „Ich-Funktionen“, „Über-Ich/Ich-Ideal-Bildung, Affektentwicklung und Abwehrmechanismen defizitär entwickelt. Auf der Grundlage dieser psychischen Disposition kann es in der Phase der Adoleszenz im Rahmen der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben (Identitätsentwicklung) zu Überforderungen und psychischen Krisen kommen. Im Rahmen des „jugendtypischen“ Drogenkonsums werden in der Regel während der Adoleszenz erste Erfahrungen der Wirkungen und Funktionen von Suchtmitteln gemacht. Hier entscheidet sich, ob der Drogenkonsum zur Bewältigung von Entwicklungskrisen eingesetzt wird und damit eine Ersatzfunktion erhält. Zur Abhängigkeitsentwicklung kommt es dann, wenn der Drogenkonsum auf Dauer eine zentrale Funktion für die Erhaltung des inneren psychischen Gleichgewichts erhält und sich als Regulations- bzw. Kompensationsversuch etabliert. Das Suchtmittel kann den Status eines „Ersatzobjekts“ erhalten und soll den erlebten Mangel von nicht verfügbaren inneren und äußeren Objekten ausgleichen. Das grundlegende Ziel der Therapie Abhängiger besteht demnach darin, durch ein konstantes therapeutisches

Beziehungsangebot die Entwicklung von stabileren und integrierten Objektbeziehungen zu fördern.

Auf der Grundlage des objektbeziehungstheoretischen Ansatzes der Psychoanalyse wurde mit der psychoanalytisch- interaktionellen Methode (Göttinger Modell / Heigl-Evers, Ott, 1994) der psychotherapeutische Umgang mit Abhängigen und Personen mit schweren Persönlichkeitsstörungen entscheidend verbessert.

In der **systemischen Perspektive** wird nicht die Persönlichkeit des Abhängigen, sondern sein Beziehungssystem und seine Kommunikationsregeln als Grundlage und Bedingung abhängiger Verhaltensweisen betrachtet.

Suchtmittelabhängiges Verhalten wird hier nicht primär als Defekt einer individuellen Struktur, sondern als zunächst sinnvoller Lösungsversuch für Interaktionsprobleme in Familien und anderen auch innerpersönlichen Bezugssystemen interpretiert.

Der sinnvolle Aspekt des Suchtmittelkonsums kann darin bestehen, widersprüchliche Bedürfnisse und Tendenzen in menschlichen Beziehungen zum Ausgleich zu bringen. Insbesondere Bindungswünsche und Autonomiebedürfnisse sind die Grundbedürfnisse, die in familiären Systemen immer wieder zum Ausgleich gebracht werden müssen und mit Suchtverhalten im Zusammenhang stehen.

Durch den Suchtmittelkonsum ist einerseits eine temporäre Abgrenzung und Autonomie möglich, andererseits bewirkt Suchtmittelkonsum längerfristig die Unfähigkeit zu einer autonomen Lebensgestaltung und damit das Angewiesensein auf die Hilfe Anderer. Die Abhängigkeit von Suchtmitteln korrespondiert somit auch mit der Abhängigkeit von relevanten Bezugspersonen.

Aufgrund dieser Doppeldeutigkeit des Suchtverhaltens fällt es Partnern von Suchtmittelkonsumenten oft schwer, sich angemessen diesem Problem gegenüber zu verhalten. Häufig tragen sie, ohne es zu bewusst zu wollen, durch ihre eigene ambivalente Haltung zur Aufrechterhaltung eben dieses Verhaltens bei.

Im systemischen Ansatz wird mit dem Patienten und, wenn möglich, mit den wichtigen Bezugspersonen gemeinsam nach neuen Lösungswegen aus den vorhandenen Beziehungsmustern gesucht. Hierfür kommen spezielle Fragetechniken zum Einsatz, die letztlich auf eine Veränderung und Umstrukturierung von inadäquaten kognitiven Mustern und (süchtigen) Beziehungsmustern abzielen.

In der **kognitiv-verhaltenstherapeutischen Perspektive** wird Abhängigkeit als durch einen komplexen Konditionierungsprozess „gelerntes Verhalten“ verstanden. Spezifische Kognitionen und Wirkungserwartungen in Bezug auf das Suchtmittel werden als Verstärker verstanden, welche zur Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens oder zu Rückfällen beitragen. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien fördern den therapeutischen Prozess durch konkrete Übungen (Selbstkontrolltechniken) und Techniken (kognitive Umstrukturierung), insbesondere im Erlernen rückfallpräventiver Bewältigungsstrategien

Neben den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken im engeren Sinn wurden in **der Gesundheitspsychologie** (Salutogenese) differenzierte und integrative Konzepte etabliert, die auch für die Suchttherapie große Bedeutung bekommen haben. Insbesondere das **Rückfallmodell von Marlatt** (1989) sowie das **Transtheoretische Phasenmodell** von Prochaska und DiClemente (1986) haben die Suchttherapie entscheidend beeinflusst. Nach dem Modell von Prochaska und DiClemente werden fünf Phasen von Verhaltens- und Motivationsveränderungen beschrieben, die jeweils unterschiedliche Interventionen und Strategien des Therapeuten erfordern. Unterschieden wird in: Präreflexionsphase (Absichtslosigkeit), Reflexionsphase (Absichtsbildung), Entscheidungsphase, Handlungsphase (Aktion) und Aufrechterhaltungsphase. Dieses Prozessmodell lässt sich auf verschiedene Problembereiche von Klienten beziehen. Es ist für die therapeutische Arbeit deshalb von Bedeutung, weil es die Frage nach der Motivation von Klienten dynamisch betrachtet.

Es gibt keine „unmotivierten“ Klienten, sondern verschiedene Stadien der Motivation zur Veränderung. Das Phasenmodell findet heute unter dem theorieintegrativen Konzept der „**Motivierenden Gesprächsführung**“ (Miller, Rollnick, 1999) auch Eingang in allgemeine Präventions- und Beratungskonzepte für Drogenkonsumenten im Rahmen der Frühintervention.

Therapeutische Grundhaltungen

Während für Diagnostik und unterschiedliche therapeutische Zielsetzungen verschiedene Theorien und Methoden zum Einsatz kommen gibt es im therapeutischen Team eine gemeinsame Basis von therapeutischen Grundhaltungen die für alle Klienten gleichermaßen gelten. Unsere Grundhaltung gegenüber den Klienten sind getragen von **Respekt, Wertschätzung** und **Empathie**.

Wir betrachten unsere Klienten als selbstverantwortliche Kooperationspartner, deren Ressourcen und Lebenskompetenzen (wieder-)entdeckt oder entwickelt werden sollen.

2 Angebote

2.1 Klärungs- und Aufnahmegespräche, Kurzintervention

2.1.1 Telefonische Anmeldung / Aufnahme

Alle Erstkontakte werden über die telefonische Anmeldung vereinbart. Anhand eines kurzen strukturierten Leitfadens (Überweisungskontext, Problemstellung, Anliegen, Therapiemotivation) wird telefonisch geklärt, ob eine Terminvereinbarung für ein persönliches Erstgespräch im Therapieladen angezeigt ist. Viele telefonische Anfragen sind Informations- bzw. Beratungsanfragen ohne vorherigen Beratungskontakt in einer anderen Einrichtung. Da wir keine offene Beratung anbieten, werden diese Anfragen ausschließlich telefonisch geklärt bzw. es findet eine Weitervermittlung an zuständige Beratungsstellen statt.

Mit erwachsenen Klienten, die bereits von Beratungsstellen wegen eines Therapiewunsches an uns vermittelt werden, wird telefonisch ein Erstkontakt vereinbart. Nach Rücksprache mit der vermittelten Beratungsstelle wird im Anschluss der weitere Betreuungsverlauf bzw. die Aufnahme vereinbart.

Jugendlichen Klienten (bzw. deren Eltern) mit Therapiebedarf wird anhand eines Wegweisers der Weg zu einer möglichen Kinder- und Jugendpsychotherapie erläutert. Eine Therapievorbereitung im Rahmen des KJHG für Jugendliche kann erst nach Beauftragung des Fachdienstes vom Bezirksamt initiiert werden.

2.1.2 Therapievorbereitende Gespräche im Bereich Rehabilitation

Die Zeit vom Erstkontakt bis zur Antragstellung einer ambulanten Reha-Suchttherapie dient als Vorbereitungs- Klärungs- und Motivationsphase für eine ambulante oder evtl. auch eine stationäre Rehabilitation. Die Dauer beträgt mindestens 4 Wochen, kann sich jedoch auch über einen längeren Zeitraum erstrecken (z.B. bei Wartezeiten auf einen verfügbaren Therapieplatz oder Verzögerung der Kostenübernahme).

In der Vorbereitungsphase werden die Kriterien und Bedingungen für die ambulante Rehabilitation gemeinsam mit dem Klienten besprochen und abgeklärt. Es findet eine ärztliche Befunderhebung statt, und es wird geprüft, ob eine stationäre Entzugsbehandlung erforderlich ist.

Häufig befinden sich die Patienten in einer ambivalenten Motivationslage bezüglich der Beendigung des Konsums und der Aufnahme einer Therapie. In der Vorbereitungsphase erfahren die Klienten Verständnis für diese ambivalenten Haltungen. Mit motivierenden Techniken werden die Chancen, aber auch Konsequenzen der jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten erörtert. Die eigene Entscheidung, den Suchtmittelkonsum zu beenden und die Bereitschaft und Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit an der Therapie sind die Voraussetzung der Antragstellung.

Die Vorbereitungsphase ist bereits Teil des diagnostischen Prozesses, zu deren Abschluss die Antragstellung (Sozialbericht, ärztlicher Befundbericht) beim zuständigen Leistungsträger gehört.

2.1.3 Therapievorbereitende Gespräche im Bereich KJHG

Therapievorbereitende Gespräche mit Jugendlichen werden von den Fachdiensten(KJPD) der Bezirke als „probatorische Sitzungen“ in Auftrag gegeben.

In der Regel werden in diesem Rahmen 5 Sitzungen (Fachleistungsstunden) bewilligt. In diesen Sitzungen soll mit den jugendlichen Klienten und gegebenenfalls deren Eltern geklärt werden, ob und in welcher Form eine ambulante psychotherapeutische Behandlung in unserer Einrichtung indiziert ist. Ziel der Gespräche ist ein differenzierter Behandlungsplan, der dem Fachdienst als weitere Grundlage für ein fachliches Gutachten hinsichtlich der Hilfeplanung dient.

Die probatorischen Sitzungen dienen einerseits der diagnostischen Datensammlung, andererseits ist es das Ziel in dieser Phase, mit den Jugendlichen eine Auftrags- und Motivationsklärung hinsichtlich einer therapeutischen Maßnahme herbeizuführen. Da jugendliche Drogenmissbraucher oft von Eltern oder Betreuern zur Therapie motiviert werden, ist eine systemische Einbeziehung des Umfeldes von Anfang an notwendig. In einem transparenten Prozess mit allen Beteiligten sind Absprachen hinsichtlich der Zielsetzung der Therapie, der Zusammenarbeit sowie der Grenzsetzung und Schweigepflicht zu klären. Dieser Aspekt ist auch Teil der in der Regel initiierten Hilfeplankonferenz des Jugendamtes, an der gemeinsame Absprachen und Zielvereinbarungen mit den Beteiligten getroffen werden.

2.1.4 Kurzintervention (nach Therapieabschluss)

Für ehemalige Therapieklienten besteht die Möglichkeit, bei möglichen Krisen bzw. Rückfällen kurzfristig im Rahmen einer Kurzintervention Gespräche zu vereinbaren.

In einem befristeten Klärungsprozess (1 bis max. 5 Sitzungen) wird mit dem Klienten eine aktuelle Problemanalyse durchgeführt sowie Lösungswege erarbeitet. Die Chance der Kurzintervention besteht darin, dass an vorangegangene Therapieprozesse und Ergebnisse (möglichst mit demselben Therapeuten) angeknüpft werden kann und dadurch vorhandene Ressourcen schneller identifiziert und genutzt werden können.

2.2 Ambulante Drogentherapie (Ambulante Rehabilitation)

2.2.1 Behandlungsrahmen

Grundlage der Therapie im Rahmen der „ambulanten Rehabilitation Suchtkranker“ ist die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ (Stand 07/2001). In dieser Vereinbarung sind die Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern, sowie die strukturellen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer festgelegt.

Bestandteil der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung“ ist ein Kriterienkatalog für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation.

Für die Beantragung, Durchführung und Beendigung der Therapie ist ein standardisiertes Dokument- und Berichtswesen etabliert.

Dauer und Frequenz der Behandlung

Bei einer maximalen Behandlungsdauer von 18 Monaten können insgesamt 120 Therapiesitzungen (plus 12 Bezugspersonengespräche) durchgeführt werden. Die reale Behandlungsdauer sowie die Behandlungsfrequenz und das Setting wird den individuellen Erfordernissen der KlientInnen angepasst. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 12 Monate. Nach 6 Monaten wird ein Zwischenbericht mit Verlängerungsantrag erstellt. In begründeten Einzelfällen kann nach einem Behandlungsjahr eine nochmalige Verlängerung der Rehabilitation um 6 Monate beantragt werden. Die Dauer einer Einzeltherapiesitzung beträgt 50 Minuten. Gruppentherapiesitzungen dauern 100 Minuten. In der Regel finden zwei therapeutische Sitzungen (Einzel- und Gruppentherapie) in der Woche statt.

Behandlungsplanung

Auf der Grundlage der erhobenen medizinischen und psychosozialen Befunde wird nach der Vorbereitungsphase und Kostenübernahme ein individuell angepasster Behandlungsplan aufgestellt und in einem mit dem Klienten vereinbarten Therapievertrag festgelegt. Bei Nichteinhaltung der Therapievereinbarung (nach eingehender Konfrontation des Klienten) kann die ambulante Behandlung von therapeutischer Seite abgebrochen werden.

2.2.2 Zielgruppe

Die Zielgruppe für die ambulante Rehabilitation sind Klienten ab 18 Jahren mit einem diagnostizierten Abhängigkeitssyndrom aus dem gesamten Spektrum psychoaktiver Substanzen mit Ausnahme von Opiaten.

Aufgrund der Zielgruppenspezialisierung werden in der Einrichtung überwiegend Klienten mit einer Cannabisabhängigkeit behandelt. Diese machen durchschnittlich 80 % der Gesamtklientel aus. Bei ca. 20 % der behandelten Klienten liegt in der Regel eine polytoxikomane Abhängigkeit (ohne Opiate) mit dem Schwerpunkt bei Stimulantien (Amphetamine, Ecstasy, Kokain) vor.

Im Therapieladen wird im Vergleich zu anderen Rehabilitationseinrichtungen eine noch junge Klientel erreicht. Das Altersspektrum der Klienten liegt zwischen 18- und 45 Jahren, wobei der Altersdurchschnitt bei 24/25 Jahren liegt. Das Geschlechterverhältnis liegt im Durchschnitt bei 2/3 Männer und 1/3 Frauen.

2.2.3 Indikationsstellung und Diagnostik

Indikationsstellung

Allgemeine Indikationskriterien für eine ambulante Rehabilitation sind:

- eine ausreichende soziale Integration (geordnete Wohnverhältnisse, Erwerbstätigkeit bzw. Möglichkeiten der beruflichen Integration)
- eine ausreichende Behandlungsmotivation (Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit an den vereinbarten Therapiezielen)
- die Fähigkeit und Bereitschaft, suchtmittelfrei an der Therapie teilzunehmen

Aufgrund des hohen Zusammenhangs von Cannabisabhängigkeit und anderer psychischer Störungen werden prinzipiell auch Patienten mit einer psychiatrischen Komorbidität (Doppeldiagnose) aufgenommen und behandelt. Diese Klientengruppe erhält bei Bedarf indikationsspezifisch eine therapiebegleitende Medikation durch unseren Facharzt oder des bereits behandelnden Arztes.

Kontraindikationen liegen vor bei:

- Opiatabhängigkeit
- psychotischen Störungen in der akuten Phase
- akuter Suizidalität
- gravierenden hirnganischen Beeinträchtigungen
- somatischen und psychosomatischen Störungen, die eine intensive medizinische Behandlung erforderlich machen

Diagnostik

Aufnahmediagnostik	<ul style="list-style-type: none">▪ Biographische– und Sozialanamnese, Konsumfragebogen, subjektive Zufriedenheitsskala, Symptomcheckliste (SCLR90), Medizinischer Befundbericht, psychopathologischer Befund, neurologischer Befund, Laborwerte, Drogenscreening▪ ICD Diagnostik▪ Nach Bedarf zusätzliche Testverfahren
Prozessdiagnostik	<ul style="list-style-type: none">▪ Operational psychodynamische Diagnostik▪ Symptomcheckliste SCL R90▪ Familiengenogramm▪ Drogenscreening
Abschluss- und Evaluationsdiagnostik	<ul style="list-style-type: none">▪ Medizinischer Abschlussbericht▪ Bewertung der Rehabilitationsergebnisse (Subjektive Zufriedenheitsskala, Symptomcheckliste)▪ Katamnesegespräche

Zu unterscheiden sind Aufnahmediagnostik und therapiebegleitende Prozessdiagnostik sowie die Abschluss und Evaluationsdiagnostik. Grundlage der Diagnosestellung sind körperliche, psychische und soziale Befunde, sowie eine Verschlüsselung auf der Basis der klinisch diagnostischen Leitlinien der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen*, ICD-10.

In der medizinisch-psychiatrischen Diagnostik gelten die Standards der ärztlichen Befunderhebung. Von besonderer Relevanz sind dabei die Diagnostik psychiatrischer Störungsbilder im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum, die differentialdiagnostisch abzuklären sind. Bei substanzinduzierten Störungen durch Cannabis, Halluzinogene und Amphetaminderivate können neben dem Abhängigkeitssyndrom unterschiedliche psychische/psychiatrische Störungsbilder vorhanden sein. Hierzu gehören unter anderem:

- drogeninduzierte Psychosen
- „Horrortrips“, flash backs, Panikattacken
- Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse

Ebenso können substanzunabhängige komorbide Störungen vorhanden sein, die diagnostisch abgeklärt werden. Hierzu zählen z.B.:

- Primäre Psychosen
- Affektive Störungen
- Angststörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Essstörungen
- ADHD

Für die Therapieplanung ist das Verständnis und die funktionalen Zusammenhänge zwischen Suchtstörungen und anderer psychischer Störungsbilder von besonderer Relevanz. Die differentialdiagnostische Klärung der Frage, welche Symptome und Störungen Folge der Substanzwirkung und welche unabhängig von der Substanzwirkung bestehen, lässt sich in der Regel erst im längerfristigen Therapieprozess fallbezogen genauer beobachten.

2.2.4 Ziele der Behandlung

Dauerhafte Drogenabstinenz sowie die Verbesserung der beruflichen Integration bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sind die primären Ziele der ambulanten Rehabilitation. Voraussetzung für das Erreichen dieser Ziele und den längerfristigen Erfolg der Reha-Maßnahme sind die Behandlung der mit der Drogenabhängigkeit verknüpften psychischen Störungen und sozialen Desintegrationsprozesse. Je besser es gelingt, komorbide Störungen psychotherapeutisch zu behandeln, desto eher besteht die Wahrscheinlichkeit, auch längerfristig süchtiges Verhalten zu überwinden im Sinne einer zufriedenen Abstinenz.

Mit unserer, über das Suchtproblem hinausgehenden, psychotherapeutischen Orientierung ist auch eine stärkere Individualisierung und Flexibilisierung von Therapiezielen verbunden. Dies betrifft insbesondere der Umgang mit Rückfällen sowie die Nutzung der Pharmakotherapie bei spezifischen psychischen Störungen im Rahmen der Zusammenarbeit mit unserem fachärztlichen Kollegen

Umgang mit Rückfällen / Krisenintervention

Die Erfahrungen in der therapeutischen Praxis mit abhängigen Klienten zeigen, dass Rückfälle oder periodischer Drogenkonsum Bestandteil eines Entwicklungs- und Heilungsprozesses sein können. Rückfallanalyse und damit verbundene Rückfallprophylaxe sind selbstverständlicher Teil des therapeutischen Prozesses. In jedem Einzelfall muss jedoch gewährleistet sein, dass Rückfälle therapeutisch bearbeitet werden können und die Drogenabstinenz wieder erreicht wird. Dauerhafter Substanzmissbrauch lässt sich nicht mit den Zielen der ambulanten Rehabilitation vereinbaren und führt zum Abbruch der ambulanten Behandlung bzw. zur Überweisung in eine stationäre Einrichtung. In der Therapievereinbarung erklären sich die Klienten bereit,

zur Überprüfung der Abstinenz an Urinkontrollen teilzunehmen. Über den Einsatz und die Frequenz von Drogenscreenings wird im Einzelfall entschieden.

Da bei den von uns behandelten Klienten nach Absetzen der Substanzen nicht mit einem starken körperlichen Entzugssyndrom zu rechnen ist, ist ein stationäre körperliche Entgiftung in der Regel nicht indiziert.

In Einzelfällen sind jedoch Überweisungen in stationäre Einrichtungen notwendig. Dies kann auch dann der Fall sein, wenn im Laufe der Behandlung psychische Krisen auftreten, die sich z.B. in starken Angstzuständen (drohende Dekompensation) oder suizidalen Tendenzen zeigen können. Insbesondere bei stark depressiven und „borderline-strukturierten“ Klienten sind krisenhafte Therapieverläufe, die vorübergehend ein strukturierteres Angebot erforderlich machen, nicht selten. Eine mögliche stationäre Überweisung ist von der Diagnose des gesamten Gesundheitszustandes des Patienten abhängig.

Konkrete Therapieziele

Die folgenden Ziele und Inhalte sind generelle Themen im therapeutischen Prozess, die individuell unterschiedlich gewichtet sind und sich in zirkulären Phasen wiederholen.

Auseinandersetzung mit dem Suchtverhalten

- Verständnis für Funktion und Folgen des Suchtmittelkonsums (pharmakologische, psychologische und soziale Aspekte) entwickeln
- auslösende Faktoren des Suchtverhaltens identifizieren
- Strategien der Rückfallprophylaxe entwickeln
- Alternative Bewältigungsstrategien entdecken

Am Anfang steht die Erarbeitung eines differenzierteren Verständnisses der verschiedenen Aspekte des Suchtmittelkonsums, um zunächst auf einer kognitiven Ebene die Einsicht in das süchtige Verhalten zu verbessern. Rauschbedürfnisse und deren auslösende Faktoren müssen identifiziert werden, um frühzeitig Gegenstrategien zu entwickeln. Die Veränderung von suchtauslösenden Bedingungen ist in der ambulanten Arbeit nicht sofort möglich. Diesbezügliche Veränderung im Alltag müssen schrittweise erarbeitet werden. Mögliche Rückfälle in der Anfangsphase werden deshalb zunächst konstruktiv genutzt, um individuelle Rückfallstrategien zu optimieren. Die Entwicklung von kurzfristig wirksamen Bewältigungsstrategien im Umgang mit Konsumverlangen bildet eine wichtige Grundlage für die Stabilisierung des abstinenten Verhaltens.

Stabilisierung der Selbstwertregulation

- Reduzierung von Grandiosität und Minderwertigkeit
- Realistische Einschätzung eigener Fähigkeiten und Grenzen
- Verbesserung der Frustrationstoleranz
- Akzeptanz von „Mittelmäßigkeit“ und Alltagsroutine

Störungen in der Selbstwertregulation zeigen sich bei Drogenabhängigen in besonderer Weise. Die Patienten leiden häufig unter starken Schwankungen im Selbstwertgefühl und haben Probleme bei der Einschätzung eigener Fähigkeiten und Grenzen. Diese narzisstischen Themen prägen bei bestimmten Klienten mitunter den gesamten therapeutischen Prozess. Bei der Stabilisierung der Selbstwertregulation handelt es sich nicht um ein schnell erreichbares Ziel, sondern um eine kontinuierliche Entwicklung „von kleinen Schritten“ in der Therapie. Durch konstante respektvolle Beziehungsangebote des

Therapeuten kann sich die Frustrationstoleranz verbessern und damit das Selbstwernerleben insgesamt stabilisieren.

Wahrnehmung und Differenzierung von Gefühlen und Bedürfnissen

- Erkennen und Tolerieren eigener Gefühle
- Verbesserung der Affektdifferenzierung
- Verbesserung der Kontrolle über impulsive Bedürfnisse

Ein zentraler Aspekt in der Therapie ist die Identifizierung von und der Umgang mit Affekten. Der Therapeut ist behilflich beim Wahrnehmen und Erkennen von Gefühlen und unterstützt den Klienten bei der Verbalisierung bzw. Symbolisierung von Affekten. Hierbei sind die Toleranzgrenzen der Patienten zu berücksichtigen.

Ein weiterer Aspekt ist die Impulskontrolle und die Steuerung von Affekten.

Wenig differenzierte, „archaische“ Affekte haben eine bedrohliche Qualität und sind häufig der Auslöser für Rückfälle. Die Verbesserung und Unterstützung der Impulskontrolle durch neue Verarbeitungs- und Bewältigungsmöglichkeiten steht hier im Vordergrund.

Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit

- Realistische und differenzierte Wahrnehmung von anderen
- Sich abgrenzen von den Bedürfnissen anderer
- Bindungsfähigkeit verbessern und Nähe aushalten
- Fähigkeit, allein sein zu können

Häufig verfügen die Klienten nicht über realistische, angemessene Bilder (im Sinne von ganzheitlich integrierten Selbst- und Objektrepräsentanzen) von sich und anderen. Aus diesen strukturellen Defiziten resultieren Kontakt- und Beziehungsprobleme, die sich auch in der therapeutischen Beziehung widerspiegeln. Hier besteht die Chance und Notwendigkeit, durch das klare und abgegrenzte Beziehungsangebot des Therapeuten, dem Klienten seine spezifischen Beziehungs- und Kontaktprobleme zu verdeutlichen und längerfristig die Entwicklung „reiferer“ Beziehungsformen zu fördern.

Auseinandersetzung mit lebensgeschichtlichen Besonderheiten

Insbesondere im längerfristigen einzeltherapeutischen Angebot ist es von zentraler Bedeutung, die Einzigartigkeit und Besonderheit der jeweiligen Klienten anzuerkennen und wertzuschätzen (Schicksalsrespekt). Auf der Grundlage einer gefestigten therapeutischen Beziehung können auch traumatische Erfahrungen, wie z.B. sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen oder Verlusterlebnisse bearbeitet werden, wenn sie vom Klienten angeboten werden. Hierbei müssen die Belastungsgrenzen der Patienten berücksichtigt werden.

2.2.5 Therapie-Setting

Einzeltherapie

Die ambulante Behandlung beginnt mit einem einzeltherapeutischen Angebot, welches in der Regel über den gesamten Zeitraum der Behandlung zur Verfügung steht. Die Einzeltherapeuten werden und bleiben in der Regel die wichtigsten Bezugspersonen der Klienten während der gesamten Behandlung. Mit diesem kontinuierlichen Beziehungsangebot bei einem Therapeuten/in wird einerseits die Grundlage für ein stabiles Arbeitsbündnis geschaffen. Andererseits können auf der Basis einer kontinuierlichen, vertrauensvollen therapeutischen Beziehung die vereinbarten

Therapieziele auch individuell angemessen durchgearbeitet werden. Die Auseinandersetzung mit dem Konsum- und Suchtverhalten steht zunächst im Vordergrund der Behandlung, Techniken der Rückfallprophylaxe werden angeboten und trainiert. Für die Bearbeitung der psychosozialen Probleme kommen störungsbezogene psychotherapeutische Interventionsformen zum Einsatz, die sich an der individuellen Lebensgeschichte und Situation der Patienten orientieren. In der Regel sind die Klienten nach einer längeren Zeit der Abstinenz mit verdrängten Aspekten ihrer Vergangenheit konfrontiert.

Im geschützten Rahmen der Einzeltherapie kann es gelingen, sich mit schwierigen Themen wie Missbrauchs- und Gewalterfahrung, Verlusterfahrung oder anderen kritischen Lebensereignissen auseinander zu setzen.

Gruppentherapie

Das gruppentherapeutische Angebot hat in der Suchtkrankenhilfe eine herausragende Bedeutung erlangt. Die Erfahrung von Solidarität und Gemeinschaft von Menschen mit ähnlichen Problemlagen erleichtert die Auseinandersetzung mit den eigenen Schwierigkeiten. Hier kommt die besondere Bedeutung des zielgruppenspezifischen Ansatzes des *Therapieladen* zur Geltung. Cannabis- und Konsumenten von „life-style“ Drogen grenzen sich in aller Regel stark ab von Heroinabhängigen.

Da die problematischen und süchtigen Aspekte in der eigenen „Drogenkultur“ eher bagatellisiert werden, sind die Klienten isoliert mit ihren Problemen. Ein Gruppenangebot mit „Gleichgesinnten“ stellt somit eine wichtige Lernerfahrung im Umgang mit dem eigenen Suchtproblem dar. Die Gruppe trägt einerseits dazu bei, die Abstinenzmotivation zu konsolidieren, andererseits bietet die Gruppentherapie die Möglichkeit, die unterschiedlichen Kontakt- und Beziehungsprobleme zu erkennen und zu verändern.

Die Gruppentherapie wird sowohl im Einzel- als auch im cotherapeutischen Modell angeboten. Die Gruppengröße ist auf 6 bis max. 9 Personen festgelegt. Wir bieten eine themenzentrierte psychoedukative Gruppe sowie prozessorientierte Gruppenpsychotherapie an.

- *Psychoedukative Gruppe*

Für Therapieeinsteiger bieten wir eine nach psychoedukativen Aspekten gestaltete themenzentrierte Gruppe an. In 10 Sitzungen im wöchentlichen Rhythmus wird nach einem von uns entwickelten Konzept die Auseinandersetzung mit den Themen Drogen, Drogenkonsum, Suchtentwicklung, Komorbidität sowie Veränderungs- und Abstinenzmotivation in strukturierter Form angeboten. Im Anschluss an diese Gruppenphase wechseln die Gruppenteilnehmer in die prozessorientierte Gruppenpsychotherapie.

- *Prozessorientierte Gruppenpsychotherapie*

Die prozessorientierte Gruppe ist weniger strukturiert, sondern eher interaktionell angelegt. Vor dem Hintergrund des solidarischen Erlebens der gemeinsamen Abhängigkeitsproblematik wird in diesem Gruppenangebot stärker auf die individuelle Lebens- und Beziehungsgestaltung fokussiert. Die individuellen Unterschiede in der Beziehungsgestaltung der Klienten erzeugen einen psycho- und soziodynamischen Prozess, der vor allem für die Bearbeitung von Kontakt – und Beziehungsproblemen genutzt werden kann. In der prozessorientierten Gruppentherapie können im Verlauf auch themenspezifische Aspekte, wie z.B. die Auseinandersetzung mit der Herkunftsfamilie bearbeitet werden. Hierbei kommen wiederum Techniken aus der systemischen Familientherapie (z.B. Aufstellungen) zum Einsatz.

Bezugspersonengespräche/ Paar- und Familientherapie

Das Einbeziehen von Partnern und Familienangehörigen in den therapeutischen Prozeß ist dann indiziert, wenn das Suchtverhalten des Patienten im Kontext sozialer Beziehungen aktuell stabilisiert wird. In Paar- oder Familiengesprächen können „süchtige Interaktionsmuster“ thematisiert und als beziehungsregulierendes Verhalten verstanden werden. Durch gezielte systemisch-orientierte therapeutische Unterstützung werden alternative Interaktionsformen im Bezugssystem angeregt. Die Mitwirkung von bedeutsamen Bezugspersonen im therapeutischen Prozeß gelingt besser, wenn diese nicht als „Coabhängige“ pathologisiert, sondern als Kooperationspartner gesehen werden.

2.2.6 Psychotherapeutische Methoden

Therapeutischer Ansatz

Die therapeutische Praxis basiert auf einem methodenintegrativen psychotherapeutischen Ansatz, der u.a. Elemente aus folgenden Schulen nutzt:

- Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie
- Systemische (Familien-)Therapie
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Psychoanalytisch-interaktionelle Methode

Die therapeutische Grundeinstellung gegenüber den Klienten ist prinzipiell von **Respekt, Präsenz und Authentizität** geprägt. Diese Haltungen sowie der diagnostische und therapeutische Prozess werden durch regelmäßige Fallbesprechungen und externe Supervision unterstützt und kontrolliert.

Die psychotherapeutischen Interventionen orientieren sich am individuellen Entwicklungsstand und Störungsbild der Klienten.

Therapiebegleitende Angebote

Neben der psychotherapeutischen Arbeit als zentralem Angebot der ambulanten Rehabilitation sind verschiedene psychosoziale bzw. medizinische Maßnahmen als Bestandteile in die Behandlung integriert. Der Bedarf an diesen Angeboten ist bei den Klienten unterschiedlich ausgeprägt. Nach der Eingangsdagnostik werden bei einigen Klienten bereits im Therapievertrag einzelne Angebote verbindlich vereinbart. Bei anderen Klienten ergibt sich der Bedarf während der psychotherapeutischen Arbeit. Die therapiebegleitende Angebote (Krisenintervention/ Entspannungsverfahren) werden von den fachlich qualifizierten Mitarbeitern der Einrichtung durchgeführt. Zu den begleitenden Angeboten zählen:

- **medizinische Versorgung:** Kooperation mit Arztpraxen, Medikation bei komorbiden Störungen (i.d.R. Neuroleptika, Antidepressiva)
- **Krisenintervention:** kurzfristige stützende Gespräche/Telefonate mit dem Ziel der psychischen Stabilisierung (Angstabbau, Suizidprophylaxe), Vermittlung in Krisenstationen
- **Entspannungsverfahren:** Progressive Relaxation nach Jacobson
- **Berufliche Integration:** Kooperation mit Arbeitgebern, Ausbildungsträgern, Schule (z.B. bei Auflagen) Unterstützung bei beruflichen Perspektiven
- **Freizeitgestaltung:** Motivierung und Unterstützung bei der Freizeitgestaltung
- **Selbsthilfeangebote:** Bekanntmachen von Selbsthilfegruppen, Anregung und Empfehlung zum Besuch von Selbsthilfegruppen

2.3 Ambulante Psychotherapie / Familientherapie für Jugendliche nach KJHG

2.3.1 Behandlungsrahmen

Gesetzliche Grundlage des Angebotes der „Ambulanten Psychotherapie/Familientherapie für Kinder und Jugendliche“ ist das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) mit den Paragraphen § 27,3 und §35a SGB VIII. Die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen sind seit 06/2003 im „Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe“ vereinbart. In unserem einrichtungsbezogenen Trägervertrag mit dem Landesjugendamt sind die Leistungs-, Entgelt-, und Qualitätsentwicklungsvereinbarung festgelegt.

Diese Vereinbarungen bilden jedoch „nur“ die generellen organisatorischen Grundlagen der Behandlung, die auf Landesebene zwischen den Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe abgestimmt werden.

Für den konkreten Einzelfall ist immer das Jugendamt des Wohnbezirkes als Entscheidungsinstanz und Kostenträger zuständig. Generell werden für die Klärung, ob eine psychotherapeutische Behandlung im Rahmen des KJHG in Frage kommt, eine fachliche Stellungnahme des Fachdienstes (in der Regel der Kinder- und jugendpsychiatrische Dienst) benötigt. Der Fachdienst beauftragt zu diesem Zweck die in Frage kommende Einrichtung mit der Durchführung von „probatorischen Sitzungen“. Bei einer entsprechenden Indikation wird dem Fachdienst ein Behandlungsplan von unserer Einrichtung vorgelegt.

In der Regel findet dann ein Hilfeplangespräch zur Zielvereinbarung mit dem Jugendamt, dem Klienten und den professionellen Betreuern statt.

Im Hilfeplan werden Ziele, Dauer, Frequenz und Setting der Therapie festgelegt. In der Regel wird der Therapiezeitraum zunächst auf ein Jahr begrenzt. Bei Bedarf kann nach einem Zwischenbericht ein Verlängerungsantrag gestellt werden. Nach Beendigung der Therapie wird eine Abschlussbericht erstellt.

2.3.2 Zielgruppe und Indikation

Zielgruppe sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (ca. 12- 21 Jahre), die im Zusammenhang mit dem Missbrauch psychoaktiver Substanzen behandlungsrelevante psychosoziale Störungen/Probleme (familiäre, schulische, psychische/psychiatrische Probleme) entwickelt haben.

Im Rahmen der probatorischen Sitzungen wird auch geklärt, ob Bereitschaft und Bedarf für eine familientherapeutische Behandlung besteht. Unabhängig vom vorgeschlagenen Behandlungssetting, sind Eltern und Bezugspersonen Kooperationspartner im therapeutischen Prozess

Zu unterscheiden sind Klienten mit problematischem Drogenkonsum („schädlicher Gebrauch“) und Klienten mit einem bereits manifesten Abhängigkeitssyndrom.

Bereits schädlicher Gebrauch kann im Jugendalter zu Entwicklungsproblemen, Leistungsproblemen und erzieherischen Konflikten führen, die als eine Indikation für „Hilfe zur Erziehung“ (§27,3 SGB VIII) gelten.

Bei einer diagnostizierten Suchtstörung im Kindes- und Jugendalter liegt eine Indikation für eine ambulante oder stationäre Jugendhilfeleistung nach § 35a SGB VIII bzw. auch SGB IX vor. Kinder und Jugendliche haben einen gesetzlichen Anspruch auf

Eingliederungshilfe, sofern sie krankheitsbedingt seelisch behindert oder von einer seelischen Behinderung bedroht sind, wie es bei Suchtstörungen generell der Fall ist.

Sucht- und Drogenprobleme im Kindes- und Jugendalter stehen, wenn auch unterschiedlich gewichtet, immer im Zusammenhang mit Reifungs- und Entwicklungsproblemen, mit familiären Erziehungsproblemen sowie mit sozialen Integrationsproblemen. Die Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe behandelt deshalb nicht „nur (krankheitswertige) psychische Störungen“, sondern fokussiert auf die Verbesserung sozialer Eingliederungsschwierigkeiten und die Unterstützung von erzieherischen Prozessen. Hierin unterscheidet sie sich im wesentlichen von der Kassenpsychotherapie im Rahmen des SGB V.

Weitere Kriterien zur Klärung der Indikation für die ambulante Psychotherapie sind:

- Eine ausreichende soziale Integration im Alltag
- Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme und Mitarbeit an den Sitzungen
- Eigene Motivation für die Veränderung des Konsumverhaltens

2.3.3 Ziele der Behandlung

Generelle Ziele der Therapie sind:

- Die Überwindung bzw. Reduktion des Drogenmissbrauchs
- Das Erreichen von Abstinenz bei vorhandener Abhängigkeit
- Die Verbesserung von Leistungsfähigkeit und sozialer Integration
- Die Bearbeitung von Entwicklungsdefiziten, psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- Die Verbesserung der Kommunikationsstrukturen und die Unterstützung der Familie beim Ablösungsprozess

Die konkreten Ziele der Behandlung werden in jedem Einzelfall individuell abgestimmt und im Behandlungsplan festgelegt. Entscheidend bei der therapeutischen Zielsetzung sind aktive Aushandlungsprozesse zwischen Klient, Therapeut und Jugendamt/Fachdienst. Primär fremdmotivierte Ziele bilden keine ausreichende Grundlage der ambulanten Psychotherapie. Die Zielvereinbarung für die ambulante Therapie erfordert eine prinzipielle Akzeptanz bei den jugendlichen Klienten.

Die Behandlung im Rahmen der KJHG- Psychotherapie erlaubt eine therapeutische Bearbeitung des Drogenmissbrauchs jenseits des „Suchtparadigmas“ (vorhandene Suchtdiagnose und anfängliche Abstinenzforderung), was die Bearbeitung von Risiko- und schädlichem Konsum und die Erarbeitung einer noch nicht ausreichenden Veränderungs- und Abstinenzmotivation ermöglicht.

2.3.4 Therapie-Setting

Beziehungskontinuität auf der einen Seite und Flexibilität und Variabilität in den Therapie-Settings auf der anderen Seite sind speziell bei jugendlichen Drogenmissbrauchern besonders wichtig.

Eine längerfristige positive therapeutische Entwicklung steht in engem Zusammenhang mit der Qualität der einzeltherapeutischen Arbeitsbeziehung. Die Hauptverantwortung für den therapeutischen Prozess liegt somit primär beim Einzeltherapeuten. Die Therapeutin steht von Beginn auf dem Prüfstand und muss dafür sorgen, dass der Jugendliche die

Wahrnehmung einer Therapie für seine ureigensten Belange als hilfreich erkennen kann. Gleichzeitig ist auch eine klare Positionierung der Therapeutin gefragt, ihre Wahrnehmungen der kritischen Seiten / Verhaltensweisen des Jugendlichen mitzuteilen. Klare Grenzen und Rahmenbedingungen sind für beide Seiten wichtig (kontinuierliche Terminwahrnehmung, Struktur der Sitzungen, etc.), wobei Rigidität vermieden werden sollte.

Settingangebote

Einzeltherapie

Einzeltherapeutische Gespräche werden in der Regel ein- bis zweimal wöchentlich angeboten. Die Einzeltherapie bietet die wichtigste Grundlage für ein längerfristig stabiles Arbeitsbündnis mit Jugendlichen, in dem intensives Arbeiten an den je spezifischen Problemlagen möglich wird. Die Ziele und Dauer der Einzeltherapie orientieren sich an der Problematik der Klienten und sind fallspezifisch festzulegen.

Gruppentherapie

Angesichts der starken Involviertheit vieler Jugendliche in eine ausschließlich aus Drogenkonsumenten bestehenden "peer-group" sind Gruppenangebote, in denen das Konsumverhalten kritisch hinterfragt, aber nicht verteufelt wird, hilfreich. Die Ambivalenz gegenüber dem Drogenkonsumverhalten, die Selbstreflexion hinsichtlich damit verbundener positiver und negativer Erfahrung sind zentrale Themen für die Gruppenarbeit mit Jugendlichen. Wir bieten nach Bedarf und Möglichkeit für Jugendliche zeitlich befristete (10 Wochen) Gruppen an oder integrieren Jugendliche in das vorhandene prozessorientierte Gruppenangebot.

Beratung von Angehörigen und professionellen Bezugspersonen

Eltern und Angehörige werden als Hilfesuchende bzw. Ansprechpartner von Anfang an in den therapeutischen Prozess miteinbezogen. Professionelle Bezugspersonen sind ohnehin Kooperationspartner im gemeinsamen Hilfeprozess in der Jugendhilfe. Ziel der Beratung ist, Eltern oder professionelle Betreuer bei den erzieherischen Aufgaben zu unterstützen und Lösungen für die jeweilige Ablösungsproblematik zu entwickeln. Das Finden einer angemessenen Haltung gegenüber dem Konsumverhalten, Grenzen setzen, coabhängiges Verhalten vermeiden sind Themen, die gemeinsam mit den relevanten Bezugspersonen besprochen werden. Die Sitzungsfrequenz von Beratung wird fallbezogen individuell vereinbart.

Familientherapie

Aus systemischer Sicht ist problematisches Verhalten Jugendlicher häufig ein Hinweis auf eine komplexe familiäre bzw. systemische Problematik (Stichwort: Indexpatient). Die Bereitschaft der Familie/Bezugspersonen zur Reflexion und Bearbeitung bzw. Veränderung eigener Anteile ist Voraussetzung familientherapeutischer Intervention und nicht immer gegeben (z.B. eigenes Konsumverhalten, Ablösungsproblematik, Paarproblematik).

Falls diese gegeben ist, kann eine familientherapeutische / systemische Intervention konstruktiv verlaufen. Falls nicht, ist zunächst ein Setting von getrennter Einzeltherapie und Elternberatung angemessen. Häufig ist bei sehr konflikthaftem Beziehungsgefüge eine personelle Trennung von Einzeltherapie und Bezugspersonenberatung indiziert, d.h. beide Parteien haben "ihre" Therapeuten bzw. Berater.

2.3.5 Psychotherapeutische Methoden

Methodische Ansätze

Im Therapieladen e.V. wird ein schulenübergreifender, methodenintegrativer Ansatz angeboten. Es kommen sowohl tiefenpsychologisch fundierte, verhaltens-, gesprächs- und familientherapeutische Ansätze und Methoden zur Anwendung.

Die Wahl der Methoden richtet sich nach dem individuellen Problemlagen und psychischen Störungsbild des Klienten. In der Psychotherapie Jugendlicher kommen verschiedene spezifische Techniken zur Anwendung.

Die psychotherapeutische Arbeit mit Jugendlichen erfordert in der Regel ein mehr aktives, direktives und strukturiertes Vorgehen des Therapeuten. Kreative technische Hilfsmittel können den therapeutischen Prozess anregen und fördern.

Jugendliche erleben das Arbeiten mit Arbeitsblättern oder Fragebögen häufig als hilfreich; denn dies ist ihnen z.B. von der Schule vertraut; sie können "Aufhänger" sein, tiefer in persönliche Themen einzusteigen, geben Struktur in der anfangs eventuelle auch mal ängstigenden therapeutischen Situation.

Weitere Methoden können sein: Genogramm, Soziogramm, Skulpturen (z.B. mit Steinen oder Puppen), Rollenspiel, "Familie in Tieren". Bilder und Metaphern können oft besser in den Alltag "mitgenommen" werden.

Drogenscreening

Ein Drogenscreening in Form von Urinkontrollen wird während der Therapie bei Bedarf eingesetzt. Im Einzelfall ist abzustimmen, welchen Nutzen bzw. Zweck ein Drogenscreening haben kann. Wir unterscheiden 3 verschiedene Funktionen:

- als „externes Gewissen“ und damit zur psychischen Entlastung
- als offenes Misstrauen der Therapeutin
- als „Beweis“ gegenüber Dritten (Bezugspersonen)

Kooperation mit Fachärzten

Bei einem Teil der jugendlichen Drogenmissbraucher/-abhängigen sind psychiatrische Störungsbilder vorhanden, die eine Kooperation mit einem Facharzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie unverzichtbar machen. Die Zusammenarbeit mit Ärzten ist insbesondere bei Klienten mit sogenannten Doppeldiagnosen erforderlich. Die Psychotherapie hat dann auch die Funktion der Krankheitsbewältigung und der Unterstützung bei der Compliance hinsichtlich einer erforderlichen u.U. längeren Medikamenteneinnahme.

2.4 Gesundheitsförderung und Prävention

2.4.1 Theoretische Grundlage

Das Präventionskonzept im Therapieladen basiert auf einem ursachen-, lebensweltlich- und ressourcenorientierten Ansatz und hat einen sekundärpräventiven Schwerpunkt. Die Entwicklung und Anwendung von sekundärpräventiven Konzepten steht allgemein erst am Anfang. Sie werden unter den Begriffen Schadensbegrenzung, Risikomanagement und Drogenmündigkeit diskutiert und erprobt. (Heudtlass u. Stöver 2000, Schmidt 1998, Franzkowiak 2003) In unserem Konzept der Sekundärprävention werden gesundheitsorientierte und lebenskompetenzfördernde Prävention mit risikobegleitender und schadensbegrenzender, regelorientierter Prävention kombiniert. Angebote der Sekundärprävention richten sich an Menschen, die legale oder illegale psychoaktive Substanzen konsumieren. Die Entwicklung unserer Konzepte und Angebote im Rahmen der Prävention, basieren einerseits auf der Grundlage der alltäglichen praktischen Erfahrung mit der Zielgruppe jugendlicher Drogenkonsumenten. Andererseits fließen in die Konzepte Ergebnisse aus der suchtpreventiven Forschung und der Weiterentwicklung der Jugendkultur im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen ein. Von der Grundhaltung her werben wir mit unserem Ansatz für einen offensiveren pragmatischen Umgang mit dem Konsum von Drogen - legal oder illegal - der gleichzeitig die Person sowie Bedeutung und Funktion des Konsums im sozialen Kontext einbezieht.

2.4.2 Ziele sekundärpräventiver Interventionen

Die wichtigsten Ziele sekundärpräventiver Interventionen sind:

- Die Entwicklung eines risikobewussten und verantwortungsvollen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen. (Risikokompetenz / Risikomanagement)
- Die Verminderung von Risiken und Schäden bei Gebrauch von psychoaktiven Substanzen. (harm reduction / safer use)
- Unterstützung bei der Reduktion des Konsums, oder dem Erreichen der Abstinenz. (Kontrollstrategien / Ausstiegshilfen)

Ziel unserer Präventionsarbeit ist es, Multiplikatoren und KonsumentInnen dabei zu unterstützen, im konkreten Einzelfall die entsprechenden sekundärpräventiven Ziele zu definieren und umzusetzen. Hierzu bedarf es einer klaren Haltung und Orientierung bezüglich angemessener zielgruppenspezifischer Interventionen in den jeweiligen Settings.

2.4.3 Zielgruppe

Zielgruppe der Präventionsangebote sind in erster Linie Multiplikatoren aus den Bereichen der Jugendhilfe, Schule, Gesundheitswesen, Betriebe und Ausbildung, Behörden und Justiz. Veranstaltungen für Jugendliche (z.B. Schulklassen) werden aus konzeptionellen Gründen nicht angeboten. Die Präventionsarbeit des *Therapieladen* versteht sich als „Arbeit in der zweiten Reihe“. Suchtprevention muss als regelmäßiges Angebot „vor Ort“ etabliert werden und von den dort tätigen Mitarbeitern geleistet werden. Unsere Aufgabe besteht in der Sensibilisierung und Fortbildung der Mitarbeiter zum Thema Drogenkonsum Jugendlicher, in der Kompetenzerweiterung hinsichtlich suchtpreventiver Strategien und in der Beratung bezüglich der Etablierung sekundärpräventiver Konzepte in den Einrichtungen.

2.4.4 Angebote und inhaltliche Schwerpunkte

- Telefonische Beratung/Aufnahme
- Informationsveranstaltungen
- Fortbildungen und Schulungen
- Workshops/Konzeptionsentwicklung
- Fallbezogene Einzel- oder Teambesprechungen
- Vorträge auf Fachtagungen
- spezifische Präventionsprojekte

Der Umfang und die Dauer der Angebote orientiert sich am Bedarf der nachfragenden Institutionen. Neben speziellen überregionalen Projekten und Kampagnen schnüren wir für nachfragende Einrichtungen oder Personen „maßgeschneiderte“ Pakete, die von einmaligen 90-minütigen Infoveranstaltungen bis zu mehrtägigen Workshops reichen.

- Epidemiologie des Drogenkonsums
- Jugendkultur und Drogenkonsum
- psychische und körperliche Wirkungen und Risiken des Konsums
- pharmakologische Aspekte des Drogenkonsums
- psychiatrische Komplikationen durch Drogeneinwirkung
- Haltungen gegenüber und Umgangsweisen mit Konsumenten
- Konzeption von Prävention, Beratung und Therapie

Neben den einzelnen Veranstaltungen für Institutionen liegen die Aufgaben der Präventionsarbeit im Aufbau und der Förderung einer besseren Vernetzung und Kooperation zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen. Anregungen und Impulse für Vernetzung und Kooperation sind durch die Teilnahme an verschiedenen Arbeitskreisen und durch die Initiierung und Durchführung von spezifischen Präventionsprojekten möglich.

Der *Therapieladen* wird aufgrund seiner Spezialisierung als „Fachstelle“ für Fragen zu Cannabis und Partydrogen in Anspruch genommen. Durch Aktivitäten im Bereich der Suchtprävention, vor allem durch die spezifischen Präventionsprojekte, gibt es eine enge Verbindung von Prävention und Öffentlichkeitsarbeit.

2.4.5 Öffentlichkeitsarbeit

wird in unterschiedlicher Form geleistet:

- Veröffentlichungen, Vorträge, Fachtagungen
- Sammlung, Empfehlung und Weitergabe von Informationsmaterial
- Entwicklung von Präventionsmaterialien
- telefonische Auskünfte
- Interviews (Medien, Diplomanden, Schüler)
- „Salonrunde“ im *Therapieladen*

Präventionsbroschüren „*Cannabis denn Sünde sein*“ und „*Drogen und Du*“

Die Entwicklung und Veröffentlichung dieser beiden Präventionsbroschüren hat eine weit über Berlin hinausreichende Nachfrage im *Therapieladen* nach sekundärpräventiven Informationen und Angeboten ausgelöst. Das Angebot des „Kiffertests“ in der Broschüre „*Cannabis denn Sünde sein*“ wurde inzwischen von zahlreichen Einrichtungen übernommen. Speziell entwickelte Testangebote finden sich auch in der Broschüre „*Drogen und Du*“ und auf der gleichnamigen Internetseite www.drogen-und-du.de.

Die hohe Nachfrage und Akzeptanz dieser Broschüre bei den Zielgruppen unterstreicht die Notwendigkeit der weiteren Entwicklung von zielgruppenspezifischen sekundärpräventiven Angeboten.

3 Qualitätssicherung

3.1 Dokumentation

Jeder Mitarbeiter verfügt über ein EDV-Arbeitsplatz, es besteht eine interne Vernetzung sowie für alle ein Internetzugang. Unsere Angebote, eigene Veröffentlichungen und Jahresberichte sind über die homepage (www.therapieladen.de) abrufbar.

Die gesamte Tätigkeit des *Therapieladen* wird in einem Jahresbericht inhaltlich und statistisch dokumentiert. Die Einrichtung verfügt über ein umfassendes Dokumentationssystem (Horizont), indem Strukturdaten des Klientel, Leistungsdaten, Prozess- und Ergebnisdaten, sowie das gesamte Berichtswesen vereinheitlicht und gebündelt sind. Die Datenauswertung verfügt über eine Schnittstelle zum deutschen Kerndatensatz der Suchtkrankenhilfe.

Für den Bereich der ambulanten Rehabilitation existiert ein von den Rentenversicherungsträger standardisiertes Berichtswesen, welches in Form des medizinischen Entlassungsberichtes auch als Qualitätssicherungsinstrument eingesetzt wird.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie ist eine überregionale vereinheitlichte und standardisierte Dokumentation „der Fälle“ mit den Jugendämtern noch nicht etabliert. Es existieren von Seiten des Jugendamtes unterschiedliche Leitfäden für die Erstellung des Behandlungsplanes, sowie der Zwischen- und Abschlussberichte. Im *Therapieladen* wird dennoch eine Vereinheitlichung im Berichtswesen praktiziert.

3.2 Fallbesprechung / Supervision / Fortbildung

Das Behandlungsteam führt regelmäßige wöchentliche Fallbesprechungen/ Interventionen durch. In diesen Sitzungen findet der Austausch zwischen Einzel- und Gruppentherapeuten statt. Hinzu kommt die regelmäßige Besprechung ausgewählter Fälle zu Klärung von weiterer Diagnostik und Therapieprozessen und zur Überprüfung von Therapiezielen. Die Fallteams (Intervision) werden abwechselnd von MitarbeiterInnen moderiert.

In 14-tägiger Frequenz nimmt das Team an einer externen Fallsupervision teil. Die Supervision wird nach Vereinbarung auch zur Teamsupervision genutzt.

Neben der individuellen Fortbildung einzelner Mitarbeiter (Fachtagungen/Seminare) werden im *Therapieladen* in regelmäßigen Abständen interne Fortbildungen zu spezifischen Themen organisiert und von externen Experten durchgeführt.

3.3 Personalstruktur / Qualifikationen

Im *Therapieladen* sind insgesamt 6 TherapeutInnen und 1 Verwaltungskraft festangestellt (eine Vollzeitstelle, zwei $\frac{3}{4}$ Stellen und drei $\frac{2}{3}$ Stellen). Der Facharzt und zwei Psychotherapeuten sind als freie Mitarbeiter beschäftigt. Alle therapeutischen Mitarbeiter/innen haben eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeut und verfügen über eine oder mehrere psychotherapeutische Zusatzausbildungen.

3.4 Qualitätsmanagement

Der Therapieladen e.V. ist Mitglied in der Qualitätsgemeinschaft Suchthilfe des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin. Im Rahmen dieser Mitgliedschaft nimmt die Einrichtung seit 2002 teil am Projekt „Nachhaltige Qualitätsentwicklung und- sicherung“. Ziel dieses Projektes ist die Implementierung des Qualitätssicherungssystem „PQ-SYS“. Dieses System ist speziell für mittlere und kleinere soziale Organisationen entwickelt worden. Mit der Einführung dieses Systems ist die dauerhafte Sicherung und Verbesserung der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität in der Einrichtung etabliert. Es existiert ein Qualitätshandbuch und die Einrichtung nimmt an einer externen Zertifizierung teil.

4 Kooperation und Vernetzung

4.1 Vertragsvereinbarungen mit Kooperationspartnern

Der *Therapieladen e.V.* ist als überregionale Einrichtung in der Schnittstelle Jugendhilfe/Suchthilfe/(Jugend-)Psychiatrie mit zahlreichen Kooperations- und Vertragspartnern verbunden. Der bedeutsamste und am längsten bestehende Vertrags- und Kooperationspartner ist das Referat für Drogenfragen, das aktuell bei der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales angesiedelt ist. In der weiteren Entwicklung und durch veränderte Gesetze sind neue Kooperationspartner hinzugekommen. Die aktuellen Vereinbarungen in der Übersicht:

Verträge und Vereinbarungen mit Kooperationspartnern (Kostenträger)

Zuwendungsvertrag mit der **Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz** (jährliche Laufzeit seit 1985)

Vereinbarung über die Durchführung **ambulanter Leistungen** zur Rehabilitation Drogenabhängiger zwischen der **LVA Berlin** und dem Therapieladen e.V. (abgeschlossen im Juni 1994)

Vereinbarung zur Förderung und Durchführung **ambulanter Leistungen** zur Rehabilitation Drogenabhängiger zwischen **den Krankenkassenverbänden in Berlin** und dem Therapieladen e.V. (abgeschlossen im Oktober 1994)

Vereinbarung über die Durchführung ambulanter **medizinischer Leistungen** zur Rehabilitation Alkohol, Medikamenten- und Drogenabhängiger zwischen der **BfA** und dem Therapieladen e.V. (abgeschlossen im Dezember 1998)

Vereinbarung über einen **Fachleistungsstundensatz** im Rahmen ambulanter psychologischer Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Familientherapie (KJHG §27,3, §35a, SGB VIII) zwischen der **Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport/Landesjugendamt** und dem Therapieladen e.V. (abgeschlossen im September 1999)

Vereinbarung zwischen dem **Bezirksamt Reinickendorf** (Jugendamt) über die Durchführung ambulanter Psychotherapie im Rahmen der *Hilfe zur Erziehung*(KJHG §27,3,SGBVIII bzw. Wiedereingliederung (KJHG §35a,SGB VIII) und dem Therapieladen e.V.(abgeschlossen im August 2001)

Die Vereinbarung mit dem Bezirksamt Reinickendorf steht stellvertretend für die Jugendämter in den Bezirken. Im Rahmen unseres Psychotherapieangebotes für drogenmissbrauchende Jugendliche wurden bereits mit allen Jugendämtern in Berlin einzelfallbezogene Vertragsvereinbarungen abgeschlossen.

4.2 Gremien/ Fachgruppen/ Arbeitsgemeinschaften

Senatsverwaltung

Der Therapieladen nimmt teil an regelmäßigen Trägersitzungen, die im Referat für Drogenfragen (Senatsverwaltung Gesundheit) durchgeführt werden.

Im Rahmen der Suchtprävention besteht eine enge fachliche Kooperation mit dem „Büro für Suchtprophylaxe“ des Drogenreferates

Paritätischer Wohlfahrtsverband

Über die Mitgliedschaft im Paritätischen nehmen wir regelmäßig an der „Fachgruppe Suchthilfe“, dem AK „Erzieherische Hilfen“ sowie an der „Qualitätsgemeinschaft Suchthilfe“ teil. Über diese Gremienarbeit wird einerseits die Vernetzung und Kooperation mit anderen komplementären und/oder konkurrierenden freien Trägern verbessert. Andererseits werden über die Fachgruppe suchtpolitische Entwicklungen gebündelt kommuniziert.

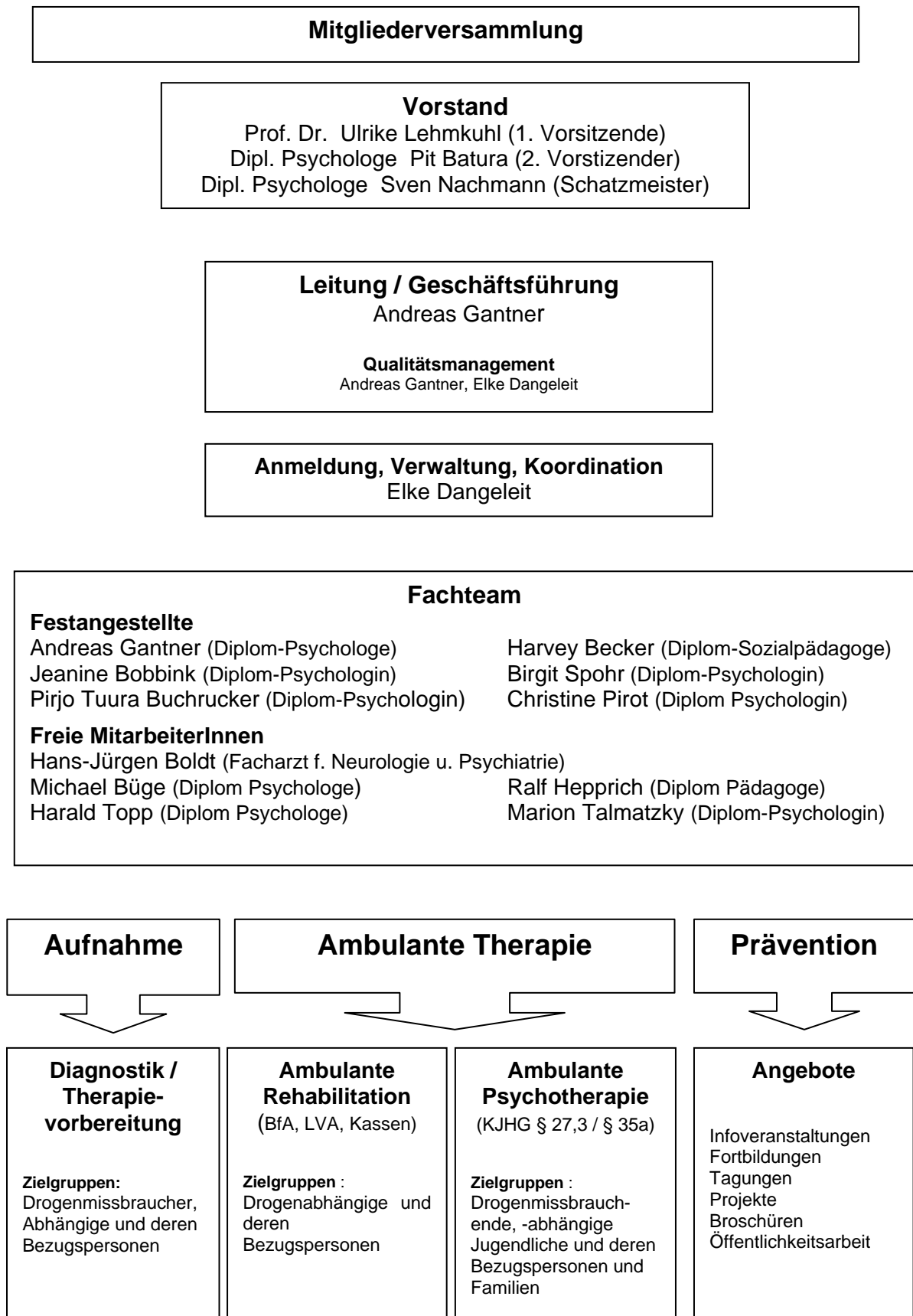
Arbeitsgemeinschaften

Mit der Entwicklung jugendsuchtspezifischer Angebote in Berlin hat sich im Jahr 2001 die „Berliner Arbeitsgemeinschaft Jugend und Sucht“ konstituiert. Hier sind wir im fachlichen Austausch mit anderen jugendsuchtspezifischen Einrichtungen.

Außerdem nehmen wir am „Partydrogen-Projekte-Treffen“ teil. Diese Arbeitsgruppe ist in Zusammenschluss selbstorganisierter/ehrenamtlicher Vereine und von professionellen Trägern, die im Bereich der zielgruppenspezifischen Sekundärprävention aktiv sind.

5 Der Verein

5.1 Organigramm



5.2 Sitz des Vereins und räumliche Ausstattung

Als überregionale Einrichtung hat der *Therapieladen* mit seinem Standort in der Potsdamer Straße 131 im Bezirk Schöneberg. Eine sehr zentrale Lage mit optimaler Verkehrsanbindung. Im zweiten Stock eines denkmalgeschützten Altbaus stehen den Mitarbeitern insgesamt 6 Therapieräume zur Verfügung. Für Therapiegruppen und Fortbildungsveranstaltungen steht ein großer Raum mit entsprechender Materialausstattung zur Verfügung.

5.3 Trägerverein

Therapieladen e.V. Verein zur sozialen und psychotherapeutischen Betreuung Suchtmittelgefährdeter

Adresse	Potsdamer Str. 131, 10783 Berlin
Telefon	030 – 217 517 41
Fax	030 – 217 517 42
	e-Mail info@therapieladen.de
	internet www.therapieladen.de
	internet www.drogen-und-du.de

Vorstand (ehrenamtlich)

Prof. Dr. **Ulrike Lehmkuhl** (1. Vorsitzende)

Dipl.-Psych. **Peter Batura** (2. Vorsitzender)

Dipl.-Psych. **Sven Nachmann** (Schatzmeister)

Ausgewählte Literatur / Eigene Veröffentlichungen

- Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, R.M., Schneider, U. & Tossmann, P.** (2004). AWMF-Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fragestellungen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2004, 72, 318-329.*
- BZgA**, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. *Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Endbericht.* Köln: BZgA.
- Dilling, H., et al.** (Hrsg.) (1991). WHO Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10. Huber. Bern, Göttingen, Toronto.
- Grinspoon, L., Bakalar, J.B.** (2000). Marihuana. Die verbotene Medizin. Zweitausendundeins. Frankfurt a.M.
- Gouzoulis-Mayfrank, E.** (2003) Komorbidität. Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis. Steinkopff Verlag Darmstadt.
- Farke, Grass, Hurrelmann,** (Hrsg.) (2003). Drogen bei Kinder und Jugendlichen. Stuttgart.
- Heigl-Evers, A., et.al,** (Hrsg.). (). Suchttherapie. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen
- Heigl-Evers, A., Ott, J.** (1994). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.
- Julien, R.M.** (1997). Drogen und Psychopharmaka. Spektrum Akademischer Verlag. Heidelberg.
- Kernberg, O.** (1989) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta. Stuttgart.
- Kleiber, D., Kovar, K.-A.** (1998). Auswirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen. Stuttgart.
- Körkel, J.** (Hrsg. 1988). Der Rückfall des Suchtkranken. Springer Verlag. Berlin/Heidelberg.
- Kuntz, H.** (2002). Cannabis ist immer anders. Beltz Weinheim.
- Krausz, M., Müller-Thomsen, T.** (Hrsg.) (1994). Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Lambertus. Freiburg.
- Marlatt, G.A.** (1989). Rückfallprävention. Modelle, Ziele und Stadien der Verhaltensänderung. In: Watzl u. Cohen. (1989). Rückfall und Rückfallprophylaxe. Springer Verlag. Berlin/Heidelberg.
- Miller, W.R., Rollnick, S., Kremer, G., Schroer, B.** (1999). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i. Br. Lambertus Verlag.
- Prochaska, J.O. & Di Clemente, C.C.** (1983). Stages and process of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and Clinical Psychology, 51, 390-359.*
- Thomasius, R.** (Hrsg.) (1999). Ecstasy: Wirkungen, Risiken, Interventionen. Stuttgart.1999
- Tossmann, H.P.** (2004). Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen: Gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf?. *Sucht, 4, 212-220.*
- Resch, F.** (Hrsg) (1999). Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Beltz, Psychologie Verlagsunion, Weinheim. (2. Auflage).

- Schmidt, B.** (1998) Suchtprävention bei drogenkonsumierenden Jugendlichen. Weinheim und München. Juventa Verlag.
- Soellner, R.** (2000) Abhängig von Cannabis?. Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit. Bern
- Wittchen, H-U, Perkonigg, A, Reed, V.** (1996) Comorbidity of mental disorders and substance use disorders. European Addiction Research 2, 36-47.

Eigene Veröffentlichungen

Becker, Harvey (1998).

Sekundärprävention - Ein Drahtseilakt zwischen Konsum und Abstinenz.

Vortrag zur Cannabis-Fachtagung. Cannabiskonsum heute. (Therapieladen e.V.)

Bobbink, A. Jeanine, Tossmann, Hans-Peter (1993).

Eltern im Cannabiskonflikt. Angehörige von Cannabiskonsumenten in der Drogenberatung.

In: DHS (Hrsg.). Sucht und Familie. Lambertus Verlag.

Bobbink, A. Jeanine, Spohr, Birgit (2002).

Drogenkonsum und psychische Störungen. Erfahrungen aus der ambulanten Therapie mit Cannabis- und Partydrogenmissbrauchern und – abhängigen.

In: Drogenkonsum und psychische Störungen. Pabst Verlag.

Dangeleit, Elke (1996).

Technoszene und Drogenkonsum.

Magisterarbeit. FU Berlin Oktober 1996.

Gantner, Andreas (1995).

Designerdrogen.

Interview Drogenreport. 4/95.

Gantner, Andreas (1997).

Ecstasy. Rave, Rausch und Risiko. Drogenkonsum und Prävention in der jugendlichen Techno-Szene.

Pro Jugend 3/97.

Gantner, Andreas (1997).

Konsummuster bei Partydrogen.

In: van Treeck, Bernhard. (1997). Partydrogen. Schwarzkopf & Schwarzkopf. Berlin.

Gantner, Andreas (1999).

Psychotherapeutische Behandlung von Ecstasy und Partydrogenkonsumenten.

In: Thomasius, R. (Hrsg) (1999). Ecstasy: Wirkungen, Risiken, Interventionen. Enke. Stuttgart.

Gantner, Andreas. (1998).

Ambulante Therapie mit Cannabis- und Partydrogenkonsumenten.

In: BOA e.V. (Hrsg.). (1998). Pro Jugend-Mit Drogen? „Mein Glück gehört mir“. Nachtschatten Verlag. Solothurn.

Gantner, Andreas (2001).

Check Dein Risiko. Ein selbstreflexives Kommunikationsangebot in der Suchtprävention.

In: Zeitschrift für Prävention. Heft 04/2001.

Gantner, Andreas (2001).

Behandlungsmöglichkeiten bei problematischem Cannabiskonsum.

In: Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. Heft 1/2001.

Gantner, Andreas (2003).

Cannabis. Vom jugendtypischen Konsum zum problematischen Gebrauch. Sekundärprävention und Frühintervention für Jugendliche Cannabiskonsumenten.

In: Farke, Graß, Hurrelmann (Hrsg.). (2003). Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Thieme Verlag.

Spoehr, Birgit (1995).

Techno - Party - Drogen. Psychologische Aspekte und therapeutische Erfahrungen mit einer neuen Jugendkultur.

In: *Partner Magazin*. Heft 3/95.

Spoehr, Birgit (1996).

Was hat Ecstasy mit Glück zu tun?.

In: *Sozialmagazin* Heft 3/96

Spoehr, Birgit (1996).

Techno, Party, Drogen. Attraktivität und Risiken.

In: *Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen*. Nr. 2/96

Tossmann, Hans-Peter, Gantner, Andreas (1993).

Differentielle Aspekte der Haschischabhängigkeit.

In: *Sucht* Heft 4/1993.

Therapieladen e.V. (1996)

Partydrogen – Infoline. Projektdokumentation. Berlin.

Therapieladen e.V. (1997).

„Enjoy the Rave, but Rave safe“. Projektdokumentation. Berlin.

Therapieladen e.V. (1998).

Cannabiskonsum heute. Tagungsdokumentation. Mai 1998. Berlin.

Therapieladen e.V. (1998).

Cannabis: Haschisch und Marihuana. Eine Informationsbroschüre. Berlin.

Therapieladen e.V. (1999).

Cannabis denn Sünde sein?. Eine Broschüre rund ums Kiffen. Mit Kiffertest. Berlin.

Therapieladen e.V. (2001).

Drogen und Du. Eine Broschüre rund um Drogenkonsum. Mit Test: Check Dich!. Berlin.

Konzeption: Stand März 2004

Text: Andreas Gantner