

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 40 (2014)

Heft: 1

Artikel: Intersystemische Intervention bei komorbider Sucht : das SOMOSA-Konzept

Autor: Bilke-Hentsch, Oliver / Nielsen, Mogens

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800084>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Intersystemische Intervention bei komorbider Sucht: das SOMOSA-Konzept

Adoleszente mit Störungen der Sozialisation, delinquenten Verhaltensweisen und langdauernden jugendpsychiatrischen Erkrankungen zeigen verstärkt frühen und intensiven Drogenkonsum. Jede stationäre Intervention muss diese Ebene mit berücksichtigen, um den langfristigen Behandlungserfolg und die soziale Integration zu sichern.

Oliver Bilke-Hentsch

Dr. med., MBA, Chefarzt und Stv. Geschäftsleiter, Modellstation SOMOSA Winterthur, www.somosa.ch, Am Park 20, CH-8404 Winterthur, oliver.bilke-hentsch@somosa.ch

Mogens Nielsen

Pädagogischer Leiter und Geschäftsleiter, Modellstation SOMOSA Winterthur, nielsen@somosa.ch

Schlagwörter: Adoleszenz | Komorbidität | psychische Störung | Behandlung | stationäre Therapie |

Einleitung

Die besten Behandlungserfolge junger Männer mit schweren psychiatrischen Auffälligkeiten, Störungen der Sozialisation und Drogenmissbrauch bzw. Sucht können bei stark ausgeprägten Fällen durch intersystemische Behandlung in einem eigens dafür abgestimmten Kontext im stationären Setting erreicht werden. Die sozialpädagogisch-psychiatrische Modellstation für schwere Adoleszentenstörungen (SOMOSA) in Winterthur bietet seit 1994 für die spezielle Patientengruppe von 14-19 jährigen jungen Männern eine stationäre Langzeitoption (9-12 Monate Therapiedauer) mit integrierten psychiatrischen, psychotherapeutischen, sozialpädagogischen und arbeitspädagogischen Interventionen.

Klinische Problematik

In der differenzierten Schweizer Versorgungslandschaft für junge Menschen mit seelischen Störungen werden seit Jahren Problem- und Risikogruppen identifiziert, die mit den üblichen Angeboten nicht adäquat erreicht werden können. Es handelt sich zuvorderst um Patienten mit Suchterkrankungen, mit geistiger Behinderung und mit forensisch relevanten Störungen. Um der Patientengruppe zwischen 14 und 20 Jahren mit Störungen der Sozialisation (vor allem schwere Störungen des Sozialverhaltens bis hin zur antisozialen Persönlichkeit), ko-morbider Sucht und weiteren schweren psychiatrischen Störungen gerecht zu werden, wurde Mitte der 1990er in Winterthur das Konzept der Modellstation SOMOSA entwickelt, die im Jahre 2014 auf 20 Jahre klinische und sozialpädagogische Arbeit zurückblickt.

Die begleitende Therapie von Suchtstörungen aller Art war dabei stets integraler Bestandteil. Meistens handelt es sich um junge Männer mit einem schädlichen Gebrauch bis manifester Abhängigkeit von Cannabinoiden und Alkohol. Andere Substanzen (auch Amphetamine) stehen eher im Hintergrund. In den letzten Jahren

sind die Verhaltenssuchte und hier insbesondere der pathologische PC- und Internetgebrauch im Sinne der «internet gaming disorder» sehr stark in den Vordergrund getreten und es hat sich eine bemerkenswerte Suchtverschiebung ergeben.¹

Auch wenn mittlerweile der Kategorie-Begriff des schädlichen Gebrauchs im DSM-5² gestrichen wurde, stellt diese ICD-10³ Diagnose eine wichtige Grundlage für die Beurteilung und die praktische Interventionsplanung dar. Patienten mit manifester schwerer Suchterkrankung und Zugehörigkeit zu einer Drogenzene als Lebensmittelpunkt können im Setting der Modellstation SOMOSA nur begrenzt therapiert werden, diese Gruppierung ist aber ohnehin bei den unter 18-jährigen klinisch selten anzutreffen. Hauptthematik ist die enge komorbid verflochtene Verbindung von Suchtverhalten, entwicklungspsychiatrischen Störungen im klinischen Sinne, Teilleistungsstörungen und Intelligenzdiscrepanzen sowie den vielfältigen psychosozialen Risikofaktoren (siehe hierzu Tab.1). Suchtartiges Verhalten im Jugendalter ist hier klar unter einem funktionalen Aspekt zu sehen, das jeweilige Suchtverhalten erfüllt einen bewussten oder unbewussten Zweck zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben oder im Sinne einer Selbstmedikation.⁴

Achse 1

Psychiatrische Störung

Achse 2

Teilleistungsstörungen

Achse 3

Intelligenzprofil

Achse 4

körperliche Erkrankungen

Achse 5

abnorme psychosoziale Umstände

Achse 6

Schweregrad

Tab.1: **Multiaxiales Klassifikationsschema für seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter (MAS).**⁵

Vulnerabilitäts- und Resilienzprozesse

Die Entwicklung einer Suchtproblematik ist letztlich ein langfristiges individuelles bio-psycho-soziales Geschehen, das die einzelne Person betrifft. Dennoch lassen sich einige Grundmuster feststellen, die insbesondere bei Risikopopulationen häufig eine frühe Gefährdung und damit die Notwendigkeit einer frühen Intervention anzeigen.⁶

Es handelt sich hierbei um:

- früher Beginn des Konsums/Verhaltens (vor dem 12. Lebensjahr)
- schnelle Dosis- und Verbrauchssteigerung
- Konsum zunehmend oder ausschliesslich allein und nicht in Peergroups
- Wahlloser Ersatz einer Substanz durch eine andere Substanz
- Vollständiger Wechsel in eine drogenaffine Peergroup
- Dauernde gedankliche Fokussierung auf Suchtmittelkonsum

Diagnostik und Differentialdiagnose

Die mehrfache Erfassung der Symptomatik und die Eigenanamnese, die Familienanamnese und eine genaue Drogenanamnese bilden die Basis jeglicher Diagnostik. Hinzu kommt die systematische Erfassung und Bewertung der psycho-sozialen und der medizinisch-biologischen Begleitumstände und Folgen des Suchtmittelkonsums.⁷

Das vertrauliche ärztliche Gespräch sollte sich eher den interaktionellen, schulischen und Leistungsproblemen zuwenden und nicht die Details von Drogenmengen, Beschaffung etc. in den Vordergrund stellen, um in der wertvollen Zeit die teils schambesetzte individuelle Bedeutung des Konsums und die oft verleugnete Gefährdung des Jugendlichen zu erfassen.

Der Darstellung der Jugendlichen selbst ist in einer frühen Phase des Konsums hohe Bedeutung beizumessen. Die Dissimulations- und Verschleierungstendenzen, die für Drogenabhängige typisch sind, finden sich beim schädlichen Gebrauch noch nicht ausgeprägt, so dass den Angaben der Jugendlichen über Menge, Art der Drogen und Konsummuster im Grundsatz Glaubwürdigkeit zukommt. Die (ggf. unangekündigte) Urinkontrolle ergänzt diese Massnahmen in vielen Fällen, dient aber weniger der grundsätzlichen Diagnostik sondern der Überprüfung des Einhaltens von (partieller) Abstinenz und anderen Therapiezielen. Die Haar-Analyse ist für gerichtliche Zwecke zum Teil angezeigt, hat aber für den praktischen Alltag eine untergeordnete Bedeutung. Ergänzt werden die Anamnese und die Labordiagnostik in jedem Fall durch eine sorgfältige vollständige körperliche (ggf. fachärztliche) Untersuchung, da Jugendliche häu-

fig somatische Symptome verschweigen, nicht regelmässig zum Kinder- und Jugendarzt oder Hausarzt gehen und oft erst durch die offenkundige Suchtproblematik andere vorbestehende körperliche Auffälligkeiten erkennen lassen.

Durch die kinder- und jugendpsychiatrische Mehrebenen-Diagnostik auf dem Boden des Multiaxialen Klassifikationsschemas für seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter (MAS, s. Tab. 1)⁸ werden auch die für die Entwicklung wichtigen Themen der Teilleistungsstörungen und des Intelligenzprofils sowie der familiären Faktoren abgebildet.

Die Modellstation SOMOSA

Die Modellstation SOMOSA ist gleichermassen eine Erziehungseinrichtung wie eine jugendpsychiatrische Klinik und Psychotherapiestation für männliche Jugendliche und versteht sich als Ort der Frühbehandlung, um chronifizierenden, invalidisierenden Weitererkrankungen sowie Delinquenz vorzubeugen. Ziel des 9 bis 15 Monate dauernden Aufenthaltes ist es, die Klienten in ihrer Persönlichkeit so weit zu stabilisieren, dass sie beim Austritt in den vorhandenen stützenden, ergänzenden oder ersetzenden Sozialisationsystemen der Heimlandschaft oder im familiären Umfeld ein weitgehend autonomes und dem Alter entsprechendes Leben führen können.

Die Modellstation SOMOSA schliesst seit 1994 eine Versorgungslücke für heranwachsende Männer mit komplexen Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen, die kombiniert pädagogisch und psychiatrisch angegangen werden müssen. Anders als rein psychiatrisch-psychotherapeutische Stationen kann die SOMOSA auf Entwicklungsdefizite und Persönlichkeitsressourcen der Jugendlichen umfassend pädagogisch einwirken und individuell erzieherische Förderung, erlebnisorientierte neue Selbsterfahrungen, vertiefende Gemeinschafts- und Beziehungssübungen, Arbeitstraining und Berufshinführung anbieten. (vgl. Abb. 1).

Im Unterschied zum rein pädagogisch geführten Heim kann das Behandlungsprogramm auch auf die Psychopathologie eines Jugendlichen täglich eingehen und therapeutisch auf Phasen krankhaften Abkapselns, Entrückens, Verstimmens, Vertrotzens, Nichtigfühlens, Antriebslosseins oder Kindlichwerdens eingehen, diese auffangen und lösen.

Die komorbide Verschränkung und Verkomplizierung der Belastungen des einzelnen Jugendlichen wird durch ständiges und aufwändiges Feedback im interdisziplinären Team re-inszeniert, durchgearbeitet und unter engmaschiger Supervision lösungs- und verständnisorientiert gedeutet und in adäquate prosoziale Handlung gebracht. Szenisches Verstehen, psychodynamische Erfassung und arbeitsagogisches Tun finden zeitlich, räumlich und personell quasi «in Echtzeit» statt, was nur durch einen adäquaten Personalschlüssel realisierbar ist.

Interventionsplanung

Die intersystemische Therapieplanung zielt auf dem Boden der bisherigen schulischen Vorgeschichte, der aktuellen Leistungsdiagnostik und der ggf. durch den Drogenkonsum entstandenen neuropsychologischen Einschränkungen von Anfang an auf schulische und berufliche Rehabilitation und Integration ab.⁹ Im Fokus stehen die anstehenden Entwicklungsaufgaben. Sekundärziele, wie z. B. eine optimale Passung in eine Therapie-WG oder aufarbeitende familientherapeutische Gespräche sollten nicht zu scheinbaren Hauptzielen erklärt werden.

Die grundsätzlichen Therapieziele fokussieren – und damit schliesst sich der Kreis – auf die anstehenden Entwicklungsaufgaben:

- Erwerb einer adäquaten Geschlechterrolle
- Gestaltung der Beziehungen zum anderen Geschlecht
- Erlangung einer intrafamiliären Autonomie
- emotionale Unabhängigkeit von den Eltern



Abb. 1: **Struktur der Modellstation SOMOSA.**

- Akzeptanz des eigenen Körpers und seiner Veränderungen
- Erwerb beruflichen Wissens und Vorbereitung auf die Erwerbstätigkeit
- Erlernen eines verantwortlichen Sozialverhaltens
- Akzeptanz und Wahrnehmung der Bürgerrolle in der Gesellschaft
- Finden und Aufrechterhalten funktionaler Freundeskontakte

Eine nachhaltige intrinsische Motivation des Jugendlichen kann in den wenigsten Fällen vorausgesetzt werden, weswegen der verbindliche Einbezug der sorgeberechtigten Eltern oder eines Beistandes bzw. die Kooperation mit den regional zuständigen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) sowie ggf. der Jugendanwaltschaft essentiell sind.

In diesem Zusammenhang sind strafrechtliche Vorwürfe oder laufende Verfahren zu berücksichtigen, wie Schulden und finanzielle Abhängigkeitssituationen – beides Themenbereiche, die bei der medizinischen Diagnostik oft vernachlässigt werden und später den Therapieverlauf erheblich beeinflussen.

Der Einbezug der Familie oder wichtiger naher Bezugspersonen ist in fast jedem Fall anzuraten,¹⁰ zumal neben der Obhuts- und Sorgerechtsthematik auch die familiäre System-Dynamik für den Verlauf wichtig sein kann. Spezifische Therapiemethoden wie die Multidimensionale Familientherapie MDFT¹¹ gehören darüber hinaus zu den Verfahren mit den höchsten Evidenzgraden.

Eine streng wissenschaftliche Evidenz pharmakologischer Interventionen ist de facto aufgrund mangelnder Studien nicht gegeben, die Medikation orientiert sich an einzelnen psychopathologischen Symptomen bzw. der Komorbidität bspw. mit Depression oder Schizophrenie. Als Anti-Craving-Substanzen werden niederdosierte Neuroleptika, niedrigdosierte Atypika, seltener Antikonvulsiva und bei schwerem Cannabisabhängigkeit auch erfolgreich Doxepin eingesetzt.

Suchtkonzept

Das Suchtkonzept der Modellstation SOMOSA gliedert sich in vier Ebenen:

- Individuum-zentrierter Ansatz
- Gruppen-zentrierter Ansatz
- Suchtmittel-zentrierter Ansatz
- Familien-orientierter Ansatz

Aufgrund der mit 9 bis 15 Monaten ausreichend langen Therapie- und Interventionsdauer ist es möglich, ein hoch individualisiertes Therapieprogramm zu entwickeln. Da die meisten SOMOSA-Patienten im Durchschnitt bereits achteinhalb Jahre therapeutische Bemühungen hinter sich haben, muss ein auf die spezifischen Indikationen zugeschnittenes, innovatives und langfristiges Konzept für jeden Einzelnen entwickelt werden, dass stark auf Compliance und Motivation des Systems fusst. Modulare Bausteine werden z.T. eingesetzt. Etwa nach drei Monaten Therapiedauer hat jeder Klient seinen sehr persönlichen eigenen Therapie- und Entwicklungsplan, was in einer rein sozialpädagogischen Einrichtung auf institutionelle Beschränkungen treffen würde.

Ein Abbruch wegen delinquenter Aktivitäten bzw. Verstößen gegen die jeweilige Haus- und Sicherheitsordnung ist den Jugendlichen aus anderen Settings wohl bekannt und insbesondere in der Anfangsphase finden Reinszenierungen statt. Wird den Klienten aber in den ersten Wochen deutlich, dass derartige Verhaltensweisen mit in den intersystemischen Interventionsprozess einbezogen werden, so treten diese in fast allen Fällen deutlich in den Hintergrund.

Hilfreich ist hier die sorgfältige ambulante Vorabklärung der rechtlichen, finanziellen und sozialen Bedingungen, das ab dem ersten Therapietag für den Klienten verantwortliche Team aus Arbeitsagogen, sozialpädagogischer Bezugsperson und PsychotherapeutIn

Übergeordnete Behandlungsziele
Abstinenz
adäquate Lösung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben
Teilziele
Reduzierung des Substanzkonsums als Zwischenziel
Klärung bahrender Mechanismen des Cravings und der Rückfallgefährdung
Überwindung des suchtbezogen eingeeengten Denkens und Handelns
Reduzierung der Häufigkeit und Schwere von Rückfällen
Behandlung der ko-morbiden psychischen Störungen entlang der Leitlinien der jeweiligen Diagnosegruppen

Tab. 3: **Therapiehierarchie bei Jugendlichen.**¹²

und die erstklassige Zusammenarbeit mit den Zuweisern aus den Behörden und den Jugendanwaltschaften, die die manchmal sehr belasteten Eltern unterstützen.

Interventionsebene Individuum

Im Individuum-zentrierten Ansatz werden strukturelle Themen sowie Konfliktmuster im Sinne der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ-2)¹³ erarbeitet, Voraussetzung hierfür ist eine basale Beziehungs- und Gruppenfähigkeit, die oft in den ersten Wochen der Behandlung in der Arbeitsagogik und Sozialpädagogik erarbeitet wird.

Zum Individuum-zentrierten Ansatz gehört ebenfalls die konsequente Psychotherapie und unterstützende Pharmakotherapie vorliegender komorbider psychiatrischer Störungen. Im Sinne der Selbstmedikationshypothese sind es vor allem Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen, mit Störungen aus dem schizophrenen und bipolaren Formenkreis, mit schwerem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom und mit unterschiedlichen Anpassungsstörungen, die eine individualisierte Pharmakotherapie benötigen.

Eine indizierte und sinnvolle Pharmakotherapie wurde im Vorfeld oft durch Intensivkonsum von Cannabis und durch Alkoholkonsum «ersetzt», weswegen die Erarbeitung von Compliance, Adhärenz und letztlich Kooperation von hoher Bedeutung ist.

Interventionsebene Gruppe

Im Gruppen-orientierten Ansatz geht es darum, Suchtmittel-assoziierte Interaktionen und Beziehungsmuster zu erkennen und zu reduzieren bzw. zu unterbinden. Im grundsätzlich offenen Setting sind hierzu intensive und regelmässig zu wiederholende Spezialgruppen zu den einzelnen Suchtthemen, aber auch zu anderen Entwicklungsthemen (z.B. «Männergruppe») zu sehen, die im Kontext der Geschichte der anderen Patienten die eigene Drogenentwicklung klarer erscheinen lassen. Im Gruppensektor können auch ungünstige bis schädigende Gruppeninteraktionen, die sich selbstverständlich bei den Peers im SOMOSA-Setting reinszenieren, aufgegriffen und bearbeitet werden. Oftmals geht es zunächst aber auch z.B. bei phobischen, schizotypen oder autistoiden Klienten «nur» darum, eine grundsätzliche Gruppenfähigkeit in prosozialen und am Ergebnis orientierten Gruppen herbeizuführen.

Interventionsebene Suchtmittel

Die spezifische Funktionalität, quasi das klinische «Wozu?» bildet die Grundlage des Suchtmittel-zentrierten Ansatzes. Nur wenn es gelingt, die besondere individuelle Bedeutung des gewählten Suchtmittels im Sinne der Funktionalität zu erkennen, gelingt es, in Krisen- und Stresssituationen, die sicher nach der stationären Intervention kommen werden, andere Funktionalitäten zu wählen und nicht quasi automatisch in die Drogen- oder Ver-



haltenssuchtmuster zurückzufallen. Die Überlegungen in diesem Bereich sind in den letzten Jahren insbesondere im Mediensektor ausgesprochen wichtig geworden, da die ständige Verfügbarkeit von hochleistungsfähigen Endgeräten (Smartphones, Tablets etc.) dem Jugendlichen ermöglichen, den schädlichen Gebrauch jederzeit ungestört und weitgehend unauffällig wieder aufleben zu lassen. Da ja die meisten Jugendlichen in diesem Bereich ein gesellschaftlich normkonformes Verhalten zeigen, sind bei den Klienten ohne ein tieferes Verständnis der eigenen Gefährdung in diesem Sektor Rückfälle vorprogrammiert.

Interventionsebene Familie

Der Familien-orientierte Ansatz richtet sich grundsätzlich nach der multidimensionalen Familientherapie MDFT, die strukturierend auf mehreren Interventionsniveaus und in mehreren Bezugsräumen des Klienten und seiner Familie interveniert. Es müssen die teilweise hoch belasteten Familiensituationen mit einbezogen werden, die oftmals ein standardisiertes oder manualisiertes Vorgehen verunmöglichen. Je nach spezifischer Familienkonstellation finden sich Suchterkrankungen bei den Eltern, bi-kulturelle Ehen mit völlig unterschiedlicher Konzeptualisierung von Suchstörungen, Patchworkkonstellationen mit Isolierung des Kindes und viele andere individuelle Konstellationen mehr. So ist auch auf dieser Ebene auf die Einzelfamilie dahingehend einzuwirken, dass vor allem die den Suchtmittelgebrauch unterstützenden Faktoren seitens der Eltern reduziert werden.

Hier geht es inhaltlich um verwöhnende oder stark wechselnde Belohnungsangebote, nicht nachvollziehbare Bestrafungen, sog. Co-Abhängigkeit und zumeist um abgewehrte Schuld- und Schamgefühle angesichts des familiären Scheiterns. Auch spielen teilweise ältere Geschwister und deren Suchtentwicklung eine wichtige Rolle.

Grenzen der Interventionsmöglichkeiten

Übersteigt der Suchtmittelgebrauch ein Mass, das eine geschlossene Intervention notwendig wird, so kooperiert die Modellstation SOMOSA mit den jeweils zuständigen jugendpsychiatrischen Kliniken bzw. sozialpädagogischen Spezialeinrichtungen (und je nach Fall mit den Jugendanwaltschaften).

Da stationäre geschlossene Therapiemöglichkeiten im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich aber kaum zu organisieren sind, werden meistens individuelle kreative Lösungen für den einzelnen Patienten gesucht. Dies hat je nach Fall Vorteile, bei starker «Szenezugehörigkeit», bei starker körperlicher Abhängigkeit und bei Substanzen wie Kokain, Amphetamin oder Heroin bedeutet es aber meistens eine Verlängerung des Therapieverlaufs und eine unnötige Verkomplizierung. In diesem Bereich sind daher dringend weitere Kooperationsmöglichkeiten und vor allem die Etablierung eines geschlossenen Settings für diese Spezialgruppe sinnvoll.

Hier wird in der Zukunft auch die Rolle der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) weiter auszubauen sein, damit manifeste Suchterkrankungen und ihre Begleitstörungen ebenso wie andere seelische Auffälligkeiten und Traumatisierungen als Gefährdung des Kindeswohls und damit als dringend intervenitionsbedürftig anerkannt werden.

Ausblick und Entwicklung

Die Modellstation SOMOSA wird im Bereich der ambulanten Angebote neben den bestehenden Ambulatorien in Winterthur und Zürich auch konsequent das Konzept SOMOSamobil weiterentwickeln. Es ermöglicht im ambulanten Vorfeld, in der Nachbetreuung, im Einzelfall auch während der stationären Intervention, den Familien die verschiedenen Systemebenen der stationären Angebote auch im ambulanten und aufsuchenden Bereich zur Verfügung zu stellen.



Ebenso werden die Angebote im Wohntraining weiter ausgebaut. Dieses ermöglicht, die während der stationären Zeit entwickelten Fortschritte des Klienten bei weiter fortgeführter Pharmakotherapie und hochfrequenter Psychotherapie unter reduzierter sozialpädagogischer Betreuung und im realen Arbeitskontext zu sichern. Kontinuität der therapeutischen und sozialpädagogischen Beziehung, klare Fokussierung auf die Arbeitsmarktintegration sowie Einbezug der wichtigen Bezugspersonen sind auch für die ambulanten Angebote von grösster Wichtigkeit, damit komorbide Störungen ebenso wie die Suchterkrankung selbst langfristig reduziert bleiben. ●

Literatur

AACAP (2005): Official Action: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Substance Use Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44: 609-621.

Arbeitskreis OPD-KJ (2013): OPD-KJ-2 – Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. Bern: Huber

Batra, A./Bilke-Hentsch, O. (2011): Praxisbuch Sucht. Stuttgart: Thieme.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2006): Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Esser, G./Wyschkonm, A./Schmidt, M.H./Blanz, B./Ihle, W. (2008): Ein Entwicklungsmodell des Substanzmissbrauchs im frühen Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung* 17: 31-45.

Herpertz-Dahlmann, B./Resch, F./Schulte-Markwort, M./Warnke, A. (2003): Entwicklungspsychiatrie. S. 315-357 in: dies., *Entwicklungspsychiatrie – biopsychosoziale Grundlagen und die Entwicklung seelischer Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

Jordan, S./Sack, P.M. (2009): Schutz- und Risikofaktoren. S. 127-137 in: R. Thomasius/M. Schulte-Markwort/U.J. Küstner/P. Riedesser (Hg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Schattauer.

Monitoringbericht Sucht Schweiz (2013): Konsumtrends und Suchtpolitik. Monitoringbericht April bis September 2013. <http://tinyurl.com/pn52dqm>, Zugriff 12.12.2013.

Reis, O. (2011): Risiko- und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungs-dynamische Aspekte. S. 8-15 in: A. Batra/O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), *Praxisbuch Sucht*. Stuttgart: Thieme.

Remschmidt, H./Schmidt, M.H. (2004): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 4. Aufl. Bern: Huber.

Silbereisen, R.K./Weichold, K. (2007): Entwicklungspsychologische Aspekte des Drogenkonsums. S. 581-590 in: M. Hasselhorn/W. Schneider (Hg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Spohr, B./Gantner, A. (2010): Multidimensionale Familientherapie – eine Verbindung von Familientherapie und Suchttherapie für Jugendliche mit Suchtstörungen und Verhaltensauffälligkeiten. *PID – Psychotherapie im Dialog* 3: 254-260.

Endnoten

- 1 Monitoringbericht Sucht Schweiz 2013.
- 2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung), Version 5.
- 3 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, das Diagnoseklassifikationssystem der WHO, Version 10.
- 4 Vgl. Jordan et al. 2009; Reis 2011.
- 5 Vgl. Remschmidt/Schmidt 2004.
- 6 Vgl. Esser/Vyschkon et al. 2008; Herpertz-Dahlmann/Resch et al. 2003; Silbereisen/Weichold 2007.
- 7 Vgl. Batra/Bilke-Hentsch 2011.
- 8 Vgl. Remschmidt/Schmidt 2004.
- 9 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2006; AACAP 2005.
- 10 Siehe hierzu umfassend AACAP 2005.
- 11 Vgl. Spohr/Gantner 2010.
- 12 Vgl. Batra/Bilke-Hentsch 2011.
- 13 Vgl. Arbeitskreis OPD-KJ 2013.