

Sucht: Substanzmissbrauch und nichtstoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen [in Jugend und jungem Erwachsenenalter] [Abschnitt Therapie]

Rainer Thomasius, Anneke Aden, Nicolas Arnaud

[...] [S. 291] [...]

6 Therapeutische Grundregeln und altersspezifisches Vorgehen

Ein grundsätzliches Behandlungsziel in der Therapie von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit substanzbezogenen Störungen ist die Suchtmittelabstinenz (AACAP, 2005). Die Verringerung des Substanzkonsums und der Rückfallhäufigkeit und -schwere sowie die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus können dabei vertretbare Zwischenziele sein. Eine Indikation zur längerfristigen Substitutionsbehandlung besteht im Jugendalter nur in Ausnahmefällen. Sie stellt eine Ultima Ratio dar und kommt nur bei sehr wenigen, schwerstkranken jugendlichen infrage, zum Beispiel im Fall erheblicher somatischer Komorbidität (Leitlinien DGKJP, BAG, BKJPP, 2007). Die Substitutionsbehandlung kann neben dem Ziel der sog. harm reduction im Einzelfall helfen, einen therapeutischen Zugang zu etablieren und in eine abstinenzorientierte Therapie überzuleiten.

Die therapeutische Haltung gegenüber dem Patienten sowie seinen Eltern ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet (vgl. Herpertz-Dahlmann et al., 2008):

- Abstimmung der Erwartungen, Bedürfnisse und Ziele (beim jugendlichen, seinen Eltern und dem Umfeld)
- Festlegung der Regeln therapeutischer Kooperation (Einwilligung, Compliance, Medikation u. a.)
- altersübergreifende therapeutische Kompetenz (Umgang mit dem Jugendlichen und den Erwachsenen) und Familienorientierung
- einfühlsames Verstehen, Empathie, Akzeptieren und Wertschätzen (Echtheit, Eindeutigkeit, innere Anteilnahme, aktives Bemühen des Therapeuten)
- Orientierung an Begabungen, Kognitionen, antizipierten Lösungen und der Veränderungsbereitschaft des Patienten und seiner Eltern sowie an hilfreichen Ressourcen im Lebensumfeld
- Umsetzung systemischer Prinzipien: Allparteilichkeit; hypothesengenerierende Funktion der therapeutischen Intervention; Zirkularität; Reflektieren des eigenen Anteils im therapeutischen Prozess
- Einhaltung ethischer Prinzipien

Die Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit substanzbezogenen Störungen erfordert ein hohes Maß an störungs- und altersspezifischer Orientierung. Sie muss die besonderen psychosozialen und suchtmedizinischen Umstände und Auswirkungen des Missbrauchs psychoaktiver Substanzen ebenso berücksichtigen wie die entwicklungspsychologischen und -psychopathologischen Besonderheiten des Jugend- und jungen Erwachsenenalters. Einschlägige Behandlungskonzepte für süchtige Erwachsene dürfen aus den im Folgenden genannten Gründen nicht ohne weiteres auf Jugendliche und junge Erwachsene übertragen werden: [S. 292]

- Im Jugendalter und teilweise auch noch im jungen Erwachsenenalter wird der Behandlungswunsch häufiger durch die Angehörigen vorgetragen als durch die Betroffenen selbst.
- Zu Behandlungsbeginn sind Jugendliche und junge Erwachsene mit substanzbezogenen Störungen häufig in familiären Konflikten verhaftet und auch im Behandlungsprozess sind ihre Bedürfnisse nach elterlicher Unterstützung hoch.
- Die Anforderungen an pädagogische Förderung sowie an schulische und berufliche Qualifikationsmöglichkeiten sind in dieser Altersgruppe ungleich größer als bei erwachsenen Patienten.

Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter spielt die Motivationsförderung bei der Behandlung eine große Rolle. Von Anfang an sollte der Therapeut Zuversicht in eine positive persönliche Entwicklung

wecken und Rückfälle nicht vorwurfsvoll als »Scheitern und Versagen« auffassen. Hier bieten sich besonders die Varianten der motivierenden Gesprächsführung an, die für hoch ambivalente Patienten entwickelt wurden (Miller und Rollnik 1999). Motivation ist kein stabiler Zustand, sondern ein veränderbarer und interaktionaler Prozess, der durch den Stil des Therapeuten beeinflusst wird. Ein wichtiges Ziel der motivierenden Gesprächsführung ist das Herbeiführen einer Diskrepanzwahrnehmung. Den Betroffenen soll dabei die Unvereinbarkeit zwischen dem Problemverhalten und ihren persönlichen Zielen deutlich werden, wie z.B. dem Verbleib in der Schulklasse oder dem Führerscheinwerb. Hierüber kann die Entwicklung eines Problembewusstseins befördert werden. Ein weiterer Ansatzpunkt ist das Gespräch über unangenehme Begleiterecheinungen des Substanzkonsums. Nicht selten sind betroffene Jugendliche und junge Erwachsene selbst mit ihren nachlassenden Leistungen in Schule und Ausbildung, der Vernachlässigung von Hobbys und anderer Aktivitäten und ihrer sozialen Isolation zutiefst unzufrieden (Küstner et al., 2005). [...]

7 Therapieplanung und -gestaltung

Für Jugendliche und junge Erwachsene mit substanzbezogenen Störungen werden ambulante, stationäre und (selten) teilstationäre Behandlungsformen angeboten. Folgende Indikatoren sprechen für eine ambulante Behandlung:

- gute soziale Integration (vorhandene Tagesstruktur, soziale Beziehungen, die nicht überwiegend durch Substanzgebrauch gekennzeichnet sind)
- Absprachefähigkeit und Mitwirkungsbereitschaft
- Fähigkeit zur zumindest kurzfristigen Abstinenz
- wenige Vorbehandlungen
- keine oder mild ausgeprägte komorbide psychische Störungen " Rückfälligkeit im Anschluss an eine Rehabilitationsmaßnahme [S. 292]

Eine Behandlung sollte stationär durchgeführt werden, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind (Leitlinien DGKJP, BAG und BKJPP, 2007):

- starker und regelmäßiger Substanzkonsum
- gescheiterte ambulante Behandlungen
- ausgeprägte komorbide psychische Störungen
- stationär behandlungsbedürftige somatische Begleiterkrankungen e dysfunktionales familiäres bzw. soziales Umfeld
- Verlust von Tagesstruktur
- akute Selbst- oder Fremdgefährdung

In der Suchttherapie wird zwischen der Akut- und Postakutbehandlung unterschieden. In der Akutbehandlung ist die qualifizierte Entzugsbehandlung von Bedeutung. Sie dauert 2-4 Wochen und wird von medizinischen Leistungserbringern durchgeführt. Ziele der qualifizierten Entzugsbehandlung sind medizinische Diagnostik, Behandlung von Entzugssymptomen und somatischen Begleiterkrankungen, kinder- und jugendpsychiatrische, neuropsychologische und psychosoziale Diagnostik, Förderung von Einsicht in die Problematik des Substanzkonsums und Motivationsförderung für die Inanspruchnahme weiterführender Therapie. Die Ziele der sich anschließenden Postakutbehandlung sind die Festigung von Abstinenz, die Einleitung weiterführender Suchttherapie mit psychoedukativen und rückfallpräventiven Inhalten und die ursächliche Behandlung komorbider psychischer Störungen. Die Dauer der Postakutbehandlung ist je nach Setting sehr unterschiedlich; sie beträgt indikationsgeleitet 8-16 Wochen in einem Suchtschwerpunkt der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Manche Bundesländer halten für jugendliche mit Suchtstörungen spezielle Rehabilitationseinrichtungen vor, in denen eine Behandlungsdauer von 12-18 Monaten sichergestellt ist. Die Finanzierungsgrundlage für solche Angebote sind Mischfinanzierungen aus Krankenkassen (SGB V) und Jugendhilfe (SGB VIII).

Suchttherapie bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist in aller Regel hoch strukturiert und angemessen einsichtsorientiert. Ausgehend von einer biopsychosozialen entwicklungsorientierten Perspektive ist ein multimodales interdisziplinäres Therapiekonzept unter Einbeziehung verschiedener Behandlungselemente notwendig. Das Spektrum der einzelnen Interventionen umfasst neben den somatischen und pharmakologischen Behandlungsverfahren sowohl psycho- und körpertherapeutische Verfahren wie auch sozialtherapeutische Maßnahmen. Psychotherapeutische Ansätze (Einzel- und Gruppentherapie, Familientherapie, Rückfallpräventionstraining, sog. Boostersessions) werden durch komplementäre Therapieformen ergänzt (Bewegungs- und Körpertherapie, Ergo- und Musiktherapie). Pädagogische, schulische und berufsvorbereitende Förderung sind ebenfalls notwendig. Das Behandlungsteam zeichnet sich durch fundierte Kenntnis der suchtspezifischen Kommunikationsmuster aus. Es muss hochgradig belastbar sein und erhält regelmäßig externe Supervision (AACAP 2005).

Bei der Behandlung substanzbezogener Störungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter werden typischerweise vier Behandlungsebenen berücksichtigt (vgl. Bühringer und Ferstl, 1988; Thomasius, 2005): [S. 294]

- Behandlung der körperlichen Auswirkungen des Substanzmissbrauchs: Entzugssyndromatik; körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen des Substanzmissbrauchs (z.B. Infektionskrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Magen- und Darmerkrankungen, Zahnerkrankungen, Polyneuropathien; kognitive Störungen etc.)
- Behandlung der psychischen Funktionsstörungen: Wahrnehmungsstörungen (Verlangen nach psychoaktiven Substanzen); Problemlösungsstörungen (zwanghaft eingegrenzt Denken über Beschaffung und Einnahme psychoaktiver Substanzen); Ausdrucksstörungen (szenenbezogenes Sprachrepertoire, defizitäre emotionale Ausdruckfähigkeit); emotionale Störungen (impulsives Verhalten, rasch wechselnde Stimmungslagen); Motivationsstörungen (geringe Begeisterungsfähigkeit und Frustrationstoleranz, anhedonistische Grundstimmung); Störungen der Psychomotorik (agitiert oder verlangsamt)
- Behandlung der Entwicklungsstörungen: entwicklungspsychopathologische Syndrome und Defizite; fehlende Tagesstruktur; fehlende Schul- und Berufsausbildung; substanzmissbrauchende Bezugsgruppe; fehlende Lebensperspektiven [S. 293]
- Behandlung komorbider psychischer Störungen: hyperkinetische Störungen; Störung des Sozialverhaltens; kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen; emotionale Störungen des Kindesalters; Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in Kindheit und Jugend; Angststörungen; affektive Störungen; Traumafolgestörungen; Schizophrenie; Essstörungen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen etc.

In Tabelle 18.3 werden einzelne Therapieelemente, die in der Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit substanzbezogenen Störungen zum Einsatz kommen, dargestellt. Als Evidenzgrade werden verwendet: (C) für Beobachtungsstudien und Lehrbuchmeinung, (B) für Fallkontroll- und Kohortenstudien sowie systematische Reviews und (A) für Metaanalysen und randomisierte klinische Studien.

Tab. 18.3: Einzelne Elemente zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen und ihre Evidenzgrade

- Kontaktphase: angemessen vertrauensvolle Atmosphäre (A); Motivational Interviewing zur Förderung von Krankheitseinsicht (C)
- Akutbehandlung: ambulante Entzugsbehandlung ggf. mit adjuvanter Pharmakotherapie (C), neuropsychiatrische Abklärung oder stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung, wenn ein stützendes soziales Umfeld fehlt (A) ggf. mit temporärer Substitution zur Milderung von Entzugssymptomen (C)
- Postakutbehandlung (teil-/stationär): Psychotherapie, Familientherapie (A) und Psychoedukation (C); Training sozialer Fertigkeiten (B); Erlernen von Selbstkontrolltechniken (Verhaltenstherapie) vor allem in Gruppen (B); Rückfallprävention (C); Akupunktur

- Sportprogramme, Bewegung, Ergotherapie, Arbeitstherapie (C)
- Rehabilitation: supportive Verfahren zur psychosozialen (C) und schulisch-beruflichen Reintegration (B); Psychoedukation zur harm reduction (C) [S. 295]
- Nachsorge: psychotherapeutische Weiterbehandlung, Soziotherapie (B)
- Kooperation von Eltern, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Suchtberatungsstellen und Jugendhilfe (C)
- Keine aversiven Verfahren (C); keine gemeinsame Behandlung von jungen und älteren Konsumenten (C)

Quelle: Nach Sack et al. (2008). [...]

8 Spezielle Fragen: Kombinationsbehandlung, Fallstricke, Therapieabbrüche

Eine gemeinsame Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit substanzbezogenen Störungen und mit Patienten, die aufgrund anderer psychiatrischer Störungsbilder und Problematiken stationär aufgenommen werden, sollte in Anbetracht von ungünstiger gegenseitiger Einflussnahme vermieden werden. Optimale Behandlungsbedingungen stellen nur spezielle gruppen- und einzeltherapeutische Ansätze, die in einem suchtspezifischen Stationssetting vorgehalten werden, dar. Diese Stationen, die man in Suchtschwerpunkten kinder- und jugendpsychiatrischer und- psychotherapeutischer Kliniken findet, müssen ferner in der Lage sein, alle Doppeldiagnosen, besonders substanzinduzierte Psychosen, zu behandeln. Mit Blick auf die hohen Raten von akut und sequenziell traumatisierten Kindern und Jugendlichen in dieser Population sind spezielle traumatherapeutische Kompetenzen der Mitarbeiter sowie die Berücksichtigung traumatherapeutischer Konzepte VOJ(I) der anbietenden Behandlungseinrichtung zu fordern.

Minderjährige Patienten mit substanzbezogenen Störungen werden in Suchthilfeeinrichtungen für Erwachsene nicht adäquat versorgt. Tatsächlich ist die gemeinsame Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aber immer noch gängige Praxis. Erwachsene Suchtkranke beeinflussen Jugendliche mit einem Substanzmissbrauch ungünstig. In Suchthilfeeinrichtungen für Erwachsene besteht zudem häufig eine Ausrichtung auf Substanzen, die bei Jugendlichen eine untergeordnete Rolle spielen {Opiate, Schmerzmittel, Benzodiazepine). Notwendig ist daher ein eigenes Behandlungssetting für Minderjährige, das dem Entwicklungsstand und den schulischen sowie pädagogischen Entwicklungsanforderungen junger Menschen und dem vielfach aufgrund von hoher psychischer Komorbidität bestehenden kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlungsbedarf Rechnung trägt.

Vor dem Hintergrund hoher Rückfallraten sind Anschlussbehandlungen für die Zeit nach Beendigung der voll- und teilstationären Behandlung notwendig. Allzu häufig sind Hilfsangebote für Jugendliche einseitig entweder in der Zuständigkeit von Jugendhilfe oder im medizinisch-therapeutischen Versorgungsbereich verortet. [S. 295] Jugendhilfeeinrichtungen, die längerfristige (heil-)pädagogische Begleitung anbieten, sind noch viel zu selten in der Lage ein qualifiziertes suchtspezifisches Angebot vorzuhalten. Die wenigen, meist als Modellprojekte geführten in Deutschland verfügbaren Einrichtungen dieser Art sind an der Schnittstelle von medizinischer Rehabilitation und Jugendhilfe angesiedelt. Die Kostenzuständigkeit ist unübersichtlich, da Mischfinanzierungen aus gesetzlichen Krankenkassen, Jugendhilfe und regionaler Haushaltsförderung zugrunde liegen. Ein mit dem für erwachsene Suchtkranke vergleichbares flächendeckendes Rehabilitationsangebot, das den besonderen Bedürfnissen junger Patienten mit substanzbezogenen Störungen gerecht wird, stellt ein wichtiges Ziel für zukünftige Behandlungsansätze dar. Weiterhin ist unter einer lebenszeitlichen Perspektive die Schnittstelle zu den Hilfe- und Behandlungssystemen für Erwachsene relevant, da es sich bei den Suchterkrankungen um zur Chronifizierung neigende und langjährig andauernde Krankheitsprozesse mit einer hohen Transmissionsrate handelt. [...]

[S. 298] [...]

9 Strategien für zukünftige Behandlungsansätze

Jugendliche mit substanzbezogenen Störungen beschäftigen sowohl das medizinische Versorgungssystem (Notärzte, Haus- und Kinderärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten) als auch die Jugendhilfe, die Familienhilfe, die Suchthilfe und die Justiz. Auch dem Schul- und Berufsbildungssystem wird im Hinblick auf die Einleitung von Frühinterventionen und die interdisziplinäre Behandlung des Patienten eine wichtige Bedeutung zuteil. Es ist daher ein wichtiges Qualifizierungsanliegen, in diesen Institutionen eine Sensibilisierung für schädlichen und abhängigen Substanzgebrauch im Jugendalter herbeizuführen. Von besonderer Bedeutung ist das sinnvolle Ineinandergreifen von Angeboten und Strukturen der Jugendhilfe, der Suchthilfe und des medizinischen Versorgungsbereichs. Aber auch die frühzeitige Planung von Übergängen an den einzelnen Zuständigkeitsbereichen ist von hoher Relevanz. Angebote müssen zielgerichtet aufeinander bezogen werden, um berufsfeldübergreifende integrative Hilfen vorhalten zu können.

Gemeinsam genutzte Standards für die Diagnostik sollten für alle beteiligten Arbeitsfelder entwickelt und die Kooperation der Anbieter auch in dieser Hinsicht möglichst weitgehend gestärkt werden. Für die Hilfe- und Behandlungsplanung von Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen ist ein operationalisiertes Case Management wünschenswert, das bestenfalls in einer der beteiligten Institutionen (Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Suchthilfe, Jugendhilfe) vorgehalten wird. Die jeweils am Einzelfall ausgerichtete Behandlungsplanung sollte sich an signifikanten Patientenmerkmalen und den einrichtungsbezogenen Voraussetzungen orientieren.

Die Übergänge von Angeboten der Jugendhilfe und Suchthilfe in spezialisierte Suchtbehandlungseinrichtungen für Jugendliche sind in vielen Regionen Deutschlands aufgrund fehlender medizinischer Versorgungsstrukturen mangelhaft. Im Bereich der qualifizierten Entzugsbehandlung fehlt in vielen Regionen ein spezielles Angebot für Jugendliche vollständig. Dieser Umstand schmälert die Erfolgsaussichten einer rechtzeitigen Intervention auch deshalb, weil die Verhinderung unverzüglicher Behandlungsaufnahme zum Zeitpunkt des initialen Behandlungsgesuchs ein Fortschreiten des Substanzmissbrauchs forciert.

Literatur

AACAP Official Action (2005) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44: 609-621.

Brand M, Laier C (2013). Neuropsychologie der pathologischen Internetnutzung. *SUCHT* 59: 143-152.

Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB (1998) A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction* 93: 73-92.

Bühringer G, Ferstl R (1988) Störungen durch psychotrope Substanzen: Intervention. In: Baumann U, Perrcz M (Hrsg). *Lehrbuch Klinische Psychologie/Psychotherapie*. 2. Aufl. Bern: Huber, S. 799-817.

Crome IB (1999) Treatment interventions: looking towards the millennium. *Drug and Alcohol Dependence* 55 (Special Issue: Substance use in young people): 247-263.

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F). 2. Aufl. Bern: Huber.

Edwards G, Arif A, Hodgson R (1981) Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: A WHO-Memorandum. *Bulletin of the World Health-Organisation*; 59: 225-42. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 112: 64-105.

Edwards et al.: Multifaktorielles Ätiologiemodell der Substanzabhängigkeit (1983). Zit. n.

Lieb R, Schuster P, Pfister H, Fuetsch M, Höfler M, Isensee B, Müller N, Sonntag H, Wittchen HU: Epidemiologie des Konsums, Mißbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht* 2000 46: 18-31.

Hawkins JD; Catalano RF, Miller JY (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 112: 64-105.

Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (2008) Entwicklungspsychiatrische Grundlagen von Diagnostik, Klassifikation, Therapie und Ethik. In:

Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg.) *Entwicklungspsychiatrie*. 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer. S. 303-351.

Höfler M, Lieb R, Perkonig A, Schuster P, Sonntag H, Wittchen HU (1999). Covariates of cannabis use progression patterns in a representative population sample of adolescents: a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction* 94: 1679-94.

Institut für Therapieforchung (IFT) (Hrsg.): Deutsche Suchthilfestatistik. [online Mai 2010] <http://www.suchthilfestatistik.de/>.

Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *J Consult Clin Psychol* 68: 19-30.

Küstner UJ, Thomasius R, Sack PM, Zeichner D (2005) Ambulante Behandlung von Drogenabhängigen. In: Thomasius R, Küstner UJ (Hrsg.) *Familie und Sucht*. Stuttgart: Schattauer. S. 223-229.

Lampert T, Thamm M (2007) Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 50:600-608.

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (2007). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (FI). Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP), Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinkärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG), Berufsverband der Ärzte für Kinder- [S. 300] und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) (Hrsg.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S.13-32.

Liddle HA, Dakof GA (1995) Efficacy of family therapy for drug abuse pronising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy* 21:511-543.

Lieb R, Schuster P, Pfister H, Fuetsch M, Höfler M, Isensee B, Müller N, Sonntag H, Wittchen HU (2000). Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht* 46: 18-31.

Mann K, Fauth-Bühler M, Seiferth N, Heinz A: »Expertengruppe Verhaltenssuche« der DGPPN (2013) Konzept der Verhaltenssuchte und Grenzen des Suchtbegriffs. *Nervenarzt* DOI:10.1007/s00115-012-3718-z.

Meyer C, Rumpf HJ, Kreuzer A, de Brito S, Glorius S, Jeske C, Kastirke N, Porz S, Schön D, Westram A, Klinger D, Goeze, C, Bischof G, John U (2011) Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE). Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Ministerium des Inneren und für Sport. Universitäten Greifswald und Lübeck.

Miller WR, Rollnik S (1999) Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Alkoholproblemen. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Newcomb MD, Bentler PM (1989). Substance use and abuse among children and reeneagers, *Am Psychologist* 44: 242-8.

Perkonig A, Beloch E, Garzynski E, Nelson CB, Pfister H, Wittchen HU (1997) Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei jugendlichen und jungen Erwachsenen:

Gebrauch, Diagnosen und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 26:247-257.

Petersen, KU, Thomasius R (2010) Beratungs- und Behandlungsangebote zum Pathologischen Internetgebrauch in Deutschland. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Petraitis JU, Flay BR, Todd QM, Torpy EJ, Greiner B (1999). Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Subst Use Misuse* 13: 2561-604.
- Prochaska JO, DiClemente CC (1986) Towards a comprehensive model of change. In: Miller WE, Heather N (Hrsg.) *Treating Addictive Behaviors. Processes of change*. New York: Plenum. S. 3-27.
- Rehbein F, Mößle T, Arnaud N, Rumpf HJ (2013) Computerspiel- und Internetsucht: Der aktuelle Forschungsstand. *Nervenarzt* 84: 569-575.
- Rumpf HJ, Meyer C, Kreuzer A, John U (2011) Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Forschungsbericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin.
- Sack PM, Thomasius R, Wiedenmann H (2004). Zur Effektivität von Familientherapien im Kontext von Drogenabhängigkeitserkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Thomasius R (Hrsg.), *Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmissbrauchs* (S. 39-67). Hamburg: Dr. Kovac.
- Sack PM, Stolle M, Thomasius R (2008). Drogenabhängigkeit. In: Remschmidt H, Mattejat F, Warnke A (Hrsg.) *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Thieme. S. 376-386.
- Sack PM, Krüger A (2009) Störungsspezifische diagnostische Verfahren. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P (Hrsg.) *Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Schattauer.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen -Textrevislon - DSM-N-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Sonntag D, Künzel, J (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht* 46 (Sonderheft 2): 89-176.
- Stolle M, Sack PM, Thomasius R (2007). Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* 104: A2061-2070.
- Thomasius, R., Jung, M. und Schulte-Markwort, M. (2003). Suchtstörungen. In Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. und Warnlee, A. (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (S. 693-726). Stuttgart: Schattauer. [S. 301]
- Thomasius, R (2005) Störungen durch psychotrope Substanze. In: RK, Schneider S, Lauth G (Hrsg.) *Enzyklopädie der Psychologie, Serie II: Klinische Psychologie, Bd. 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe. S. 945-1010.
- Wagner EF, Tarolla SM (2002) Course and outcome. In: Essau CA (Hrsg.) *Substance abuse and dependence in adolescence*. Hove Ill: Brunner-Routledge. S.119-42.
- Walther B, Morgenstein M, Hanewinkel R (2012) Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *European Addiction* 18:167-174.
- Williams RJ, Chang SY (2000) A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice* 7:138-166.
- Wölfling K, Lememager T, Peukert P, Batra A (2013) Computerspiel und Internetsucht und pathologisches Glücksspiel. *Nervenarzt* 84: 576-583.
- Young KS (1998) Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyber-Psychology und Behavior* 1:237-244.

[Ausschnitte]

Quelle: Lehmkuhl, Gerd; Resch, Franz; Herpertz, Sabine C. (Hg.): *Psychotherapie des jungen Erwachsenenalters. Basiswissen für die Praxis und störungsspezifische Behandlungsansätze*. W. Kohlhammer, Stuttgart 2015.