



# Bericht zur

Behandlung und Beratung junger Bonner  
Abhängiger von Cannabis und Partydrogen  
„Bonner Modell – Junge Sucht“

## 2010

**Kooperationsprojekt unter Leitung der**

**Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und  
Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn**

Prof. Dr. med. Markus Banger

Axel Schmidt

Wolfgang Dau

**in Zusammenarbeit mit**

***update*, Fachstelle für Suchtprävention –  
Kinder-, Jugend-, Elternberatung  
Ambulante Suchthilfe – Caritas / Diakonie**

Achim Schaefer

Marion Ammelung

Werner Hübner

**Mit Unterstützung der Stadt Bonn**

<b>1. Zusammenfassung</b> .....	<b>3</b>
1.1. <i>Zukünftige Projektausrichtung</i> .....	3
<b>2. Ergebnisse</b> .....	<b>4</b>
2.1. <i>Sprechstunden und therapeutische Beratungs- und Behandlungsgespräche in update, Fachstelle für Suchtprävention</i> .....	4
2.2. <i>Medizinische Sprechstunde und ärztliche Einzelgespräche</i> .....	5
2.3 <i>Elternarbeit</i> .....	5
<b>3. Qualitative Aspekte der stationären und ambulanten Behandlung von jungen Erwachsenen mit Abhängigkeitsstörungen im „Bonner Modell – Junge Sucht“</b> .....	<b>7</b>
3.1. <i>Anzahl stationärer Behandlungen und Alter der Patienten der 15.1C</i> .....	7
3.2. <i>Einrichtung fünf neuer stationärer Behandlungsplätze auf der Station 15.1B, Alter und Anzahl</i> .....	7
3.1. <i>Konzeptionelle Gestaltung des stationären Angebots mit 10 Behandlungsplätzen: Schnittstellen und Übergänge</i> .....	8
3.2. <i>„Refuse-to-use“</i> .....	9
3.3. <i>„Chance-to-change“</i> .....	9
3.4. <i>Qualitative Aspekte der Therapie: drei Falldarstellungen</i> .....	9
3.5. <i>Falldarstellung „update“</i> .....	9
3.6. <i>Falldarstellung medizinische Sprechstunde/ fachärztlich psychiatrische Behandlung: Herr W. oder „Die reden alle über mich“</i> .....	11
3.7. <i>Stationäre Therapie in der LVR-Klinik: Herr K. oder „Zwischenwelten“</i> .....	13
<b>4. Sozialraumorientiertes Arbeiten</b> .....	<b>20</b>
<b>5. Öffentlichkeitsarbeit/Präventionsarbeit im Bonner Modell</b> .....	<b>21</b>
5.1. <i>Kunstprojekt 201X</i> .....	21
<b>6. Ausblick und Perspektiven</b> .....	<b>25</b>
<b>7. Anhang I</b> .....	<b>26</b>

# 1. Zusammenfassung

Das Bonner Modell zur Beratung und Behandlung von jungen Bonner Erwachsenen mit Problemen in Zusammenhang mit Cannabis- und/oder Partydrogenkonsum wurde 2004 von der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn entwickelt und wird seitdem in Kooperation mit *update*, Fachstelle für Suchtprävention – Kinder, Jugend-, Elternberatung von Caritas und Diakonie in Bonn umgesetzt. Ziele des Programms sind es, vor dem Hintergrund anhaltend hoher Zahlen jugendlicher Cannabis- und Partydrogenkonsumenten, die Beratungs- und Behandlungsangebote zielgruppenspezifisch auszurichten, problematische Verläufe frühzeitig zu erkennen und individuelle Behandlungs- und Beratungsangebote vorhalten zu können. Eine weitere Besonderheit des Bonner Modells liegt in der engen Verzahnung von Beratung und Behandlung mit Angeboten im Bereich von Prävention, Multiplikatorenschulungen, Öffentlichkeitsarbeit, Angehörigenarbeit und sozialraumorientierter Arbeit. In dem durch die Stadt Bonn finanzierten Programm werden Doppelversorgungsstrukturen durch die institutionsübergreifende Zusammenarbeit vermieden. Das Programm ist spezifisch auf die Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch Unterstützung bei altersspezifischen Entwicklungsaufgaben (Schulabschlüsse, Berufsfindung, Ablösung vom Elternhaus, Partnerschaftsfragen, Persönlichkeitsentwicklung) ausgerichtet.

Im Jahresbericht 2009 konnten wir durch die von der Stadt Bonn geförderte Datenerhebung- und Auswertung der Behandlungen und Beratungen in der LVR Klinik und bei *update* erstmals auch Aussagen über die längerfristigen Behandlungserfolge und –auswirkungen treffen. Hier wurde deutlich, dass die Behandlungsbausteine der beiden beteiligten Institutionen das Nachfragespektrum und die Unterschiedlichkeit in der Bedürfnislage der Klienten und Patienten abdecken. Auch 2010 erlebten wir eine anhaltend hohe Nachfrage, so dass die Zahl der stationären Behandlungsplätze sogar noch ausgebaut werden musste.

Im Jahresbericht 2010 stellen wir diesmal mehrere, für das Beratungs- und Behandlungsspektrum typische, Fallvignetten vor.

Innerhalb der mit dem Programm verknüpften Öffentlichkeitsarbeit konnten wir zusätzlich im Jahr 2010 mit dem Projekt 201X eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem Kunstmuseum Bonn starten. Die künstlerische Auseinandersetzung von Schülern und Patienten des Bonner Modells mit dem Thema Zukunftsperspektiven wurde mit dem Förderpreis der ERGO Stiftung ausgezeichnet.

Präventionsarbeit, peer education (Gleichaltrige beraten Gleichaltrige) und das sozialraumorientierte Arbeiten im Stadtteil Medinghoven waren weiterhin wichtige Bestandteile des *BONNER MODELLS*.

## 1.1. Zukünftige Projektausrichtung

Die Programmbausteine im Bereich der institutionenübergreifenden Zusammenarbeit bei Beratung und Behandlung wurden nochmals auf die Bedürfnisse der Klienten, Patienten und Angehörigen angepasst und sollten so weitergeführt werden. Zur Fortsetzung von Prävention und Öffentlichkeitsarbeit sind wieder Veranstaltungen für Multiplikatoren und Filmvorführungen für SchülerInnen mit anschließender Diskussion geplant. Zusätzlich soll die Zusammenarbeit mit dem Kunstmuseum Bonn (Projekt 201X, SchülerInnen und junge Erwachsene arbeiten künstlerisch zum Thema Zukunftsperspektiven) intensiviert und das Projekt fortgesetzt werden.

## 2. Ergebnisse

### **2.1. Sprechstunden und therapeutische Beratungs- und Behandlungsgespräche in update, Fachstelle für Suchtprävention**

Betroffene männliche und weibliche Klienten/innen zwischen 18 und 25 Jahren kommen in der Regel in die Cannabissprechstunde von *update* mit dem Anliegen, sich zum Suchtstoff Cannabis beraten, ambulant behandeln und gegebenenfalls stationär vermitteln zu lassen.

Dies ist ein zentrales Angebot von *update* innerhalb des *BONNER MODELLS*. Im zurückliegenden Berichtszeitraum haben **87** Klienten/innen (72 männlich, 15 weiblich) unsere Fachstelle aufgesucht.

Als neue Tendenz war zu beobachten, dass Klienten mit Migrationshintergrund sich in einem besonderen Spannungsfeld befinden:

In der Bezugsgruppe der jungen migrierten Erwachsenen ist der Cannabiskonsum nicht selten selbstverständlich und verbindet die Gemeinschaft. Dies umso mehr, da Alkohol aus religiösen Gründen nicht konsumiert werden darf und wird.

Die Eltern andererseits stehen dem Konsum in aller Regel extrem ablehnend gegenüber, was sich auch in den Elterngesprächen der Cannabissprechstunde zeigt. So entsteht ein Spannungsfeld, in dem sich die jungen Erwachsenen mit Migrationshintergrund bewegen. Die Spannung wird noch erhöht, wenn kein Ausbildungsplatz bzw. Arbeitsplatz vorhanden ist und sie sich in keinem geregelten Tagesablauf befinden.

In diesem Fall ist die bestehende gute Vernetzung von *update* zu Sozialberatung im Stadtteil, Stadtteilbüros und Schuldnerberatung oder Berufs-Kompetenzberatung hilfreich, um im Sinne des Klienten tätig werden zu können.

Desweiteren ist festzustellen, dass die Cannabisberatung sich zunehmend im Zwangskontext gerichtlicher Auflagen befindet. Dabei bildet die Abstinenzentwicklung einen Teil der richterlichen Auflage. Den Klienten/innen bleibt damit keine finale Entscheidungsfreiheit über ihre Lebens- und Konsumgestaltung. Das Ziel der Beratung ist definiert durch den Gerichtsbeschluss.

Je nach Zuweisungskontext und Anliegen des Klienten gibt *update* verschiedene Unterstützung auf dem Weg zur Abstinenz oder zu einer vom Klienten angestrebten, veränderten Konsumform wie beispielsweise eine Reduktion des Suchtmittels oder ausgewählte Konsumzeiten.

Zentrale Themenbereiche der Beratung und Behandlung blieben auch im vergangenen Jahr: die Ablösung vom Elternhaus, die Rollendifferenzierung zwischen Jugend- und Erwachsenenalter, die Förderung veränderter Kommunikation in unterschiedlichen sozialen Gruppen, die schulischen bzw. beruflichen Perspektiven und die Aufarbeitung eines möglicher Weise aufgetretenen delinquenten Verhaltens. Grundsätzlich stehen neben der Bearbeitung des Suchtmittelkonsums das Erreichen von Schul- und Ausbildungsabschlüssen und die darauf erfolgende Berufsorientierung im Vordergrund. Auch die damit einhergehende, zunehmende finanzielle Unabhängigkeit unterstützt die jungen Erwachsenen bei ihren Bestrebungen, ein eigenverantwortliches Leben zu führen.

Damit begleitet und unterstützt *update* die jungen Erwachsenen in ihrem gesamten Lebenskontext bei der Entwicklung eines veränderten Konsumverhaltens.

## **2.2. Medizinische Sprechstunde und ärztliche Einzelgespräche**

Die zweiwöchentlich stattfindende medizinische Sprechstunde durch den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in den Räumen von *update*, Fachstelle für Suchtprävention wurde im Jahr 2010 von insgesamt **21** Konsumenten aufgesucht. Davon waren 18 männlich, 3 weiblich. Direkt in der Institutsambulanz für Suchterkrankungen und Psychotherapie wurden zusätzlich **40** Betroffene vorstellig, um sich in medizinischen oder psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Fragestellungen fachärztliche Hilfe zu suchen bzw. um sich direkt für das stationäre Therapieangebot anzumelden.

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie hat im **BONNER MODELL** die zentrale Funktion zur Koordination und Weitervermittlung in die für die gesundheitliche Situation des Patienten adäquate Weiterbehandlung. Hierzu gehört bei Patienten unter 18 Jahren auch die Weitervermittlung in die Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung.

Im Rahmen der Diagnostik und Behandlung von psychiatrischen Komorbiditäten bei langjährigem Konsum von Cannabis- und Partydrogen wurde nochmals die Funktionalität der Suchtmittel als Selbstmedikation bei teilweise massiv ausgeprägten psychischen Störungen deutlich. In erster Linie handelte es sich hierbei um Angststörungen und Depressionen, aber auch um hyperkinetische Störungen, Impulskontrollstörungen und Traumatisierungen in der Biographie. Bei den oben genannten Patienten war neben der medikamentös unterstützenden Behandlung die Weitervermittlung in eine fundierte verhaltenstherapeutische psychotherapeutische Mitbehandlung in unserer Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie notwendig.

Insbesondere bei mehrfach frustriert verlaufenen ambulanten Entzügen bedurften Patienten einer fachärztlich geleiteten medikamentösen Unterstützung in den ersten Tagen bis Wochen des Entzuges.

Bei mehreren Patienten, die sich wegen einer Cannabisproblematik an den Facharzt wandten, zeigten sich nach ausführlicher Diagnostik Hinweise auf eine beginnende oder bereits manifeste Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Diese Patienten wurde teilweise in der Ambulanz psychiatrisch weiterbehandelt, teilweise in die allgemeinspsychiatrische stationäre Behandlung der LVR Klinik Bonn vermittelt (siehe Fallbeispiel)

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie war darüber hinaus weiterhin bei Familiengesprächen, Hilfeplankonferenzen, Elterngesprächen und der Elterngruppe in *update* beteiligt.

## **2.3 Elternarbeit**

Die Elterngruppe „**Starke Bande**“ in der Fachstelle *update*, welche sich regelmäßig 14-tägig trifft, besteht seit Beginn des **BONNER MODELLS**.

Im zurückliegenden Berichtszeitraum fanden 25 Gruppentermine statt. In den vergangenen Jahren besuchten diese Gruppe vor allem Eltern, deren Kinder die illegale Substanz Cannabis konsumierten und es darüber zu erheblichen Störungen im Umgang mit Schule, Arbeit, Ausbildung und in der Familie kam.

Diese Störungen wurden immer auf dem Hintergrund der jungen Menschen gesehen, welche aufgefordert sind in ihrer Identitätsentwicklung Eigenes zu entdecken, sich gegenüber Anderen und den Lebenswelten der Eltern abzugrenzen, um so Voraussetzungen für eine eigene Zukunft zu schaffen.

Mit Blick auf das zurückliegende Jahr kann festgestellt werden, dass in Kombination mit dem Cannabiskonsum der Kinder auch andere problematische Konsumgewohnheiten, z.B. auffälliger Medienkonsum, an Relevanz gewonnen haben.

In der Auseinandersetzung mit ihren Kindern halfen den Eltern bislang die eindeutigen gesetzlichen Vorgaben des Betäubungsmittelgesetzes, eine Erziehungshaltung bezüglich des Cannabiskonsums einzunehmen. Diese gesellschaftliche Norm einte auch die Gruppe.

Bezüglich des Mediennutzungsverhaltens gibt es keine gesetzlichen Vorgaben. Dadurch ist jedes betroffene Elternteil aufgerufen, dazu eine eigene Position zu entwickeln, was in ihren Augen ein problematisches Verhalten darstellt. Daraus ergibt sich eine Auseinandersetzung in der Gruppe über Werte und Normen, welche Halt und Orientierung geben könnten.

Dieser Prozess der „Wertefindung“ bei den Eltern deckt sich mit der aktuellen Entwicklungsaufgabe ihrer Kinder, eigene Werte und Normen für ihr Leben zu entwickeln. So zeichnet sich die Gruppe heute als Ort aus, in dem regelmäßig über Werte, für die es sich zu leben lohnen könnte, gestritten wird.

Hier zeigt sich eine parallele Entwicklung bei Eltern und Kindern:

Die Bemühungen der Kinder, Eigenes und Neues zu entdecken, decken sich in großen Teilen mit den Bemühungen der Eltern. Auch sie sind aufgefordert, für sich selbst immer wieder Neues zu entdecken, das dem Leben Halt und Orientierung geben kann.

Die Auseinandersetzungen in der Gruppe ähneln dann der Abgrenzungsnot der Kinder.

So kann die Elternberatung als stellvertretende Beratung für junge Menschen verstanden werden. Andererseits geben auch die „Suchbewegungen“ der Kinder bezüglich ihrer Abgrenzungs Bemühungen und Werteorientierung ein Lernfeld für die Eltern.

Eine neue Entwicklung in der Gruppe ist ferner, dass viele Paare daran teilnehmen. Dies deutet darauf hin, dass Störungen im Zusammenleben der Familie und die Überprüfung bestehender Werte und Orientierungen nicht als Einzelner gelöst werden können, sondern nur in gegenseitiger Unterstützung als Paar, Familie und in Gemeinschaft gelingen kann.

In der regelmäßig wöchentlich stattfindenden Elternsprechstunde, welche im vergangenen Jahr 82 Eltern aufsuchten, findet sich die Tendenz, mit dem Partner/der Partnerin zu erscheinen, so nicht. In der Regel sind es die Mütter cannabiskonsumierender junger Erwachsener, die die Beratung aufsuchen.

Anlass des Gespräches bildet häufig die Unsicherheit, wie mit dem Konsumverhalten des Kindes umzugehen sei. Neben der Vermittlung von Sachinformationen zum Suchtmittel Cannabis und Partydrogen ist die Optimierung der Kommunikation zwischen dem jungen Erwachsenen und den Eltern ein häufiges Thema.

Ein Ziel der Beratung kann sein, dass Eltern und Kinder mit Hilfe des Beraters neue Kommunikationsstrukturen entwickeln. Dies kann in getrennten als auch in gemeinsamen Terminen erfolgen.

Die Beratungsgespräche wurden im zurückliegenden Berichtszeitraum häufiger von Eltern aufgesucht, welche den heftigen Konsum während des Ablöseprozesses ihrer Kinder nicht nur begleitend ertragen und aushalten wollen, sondern selbst geeignete Strategien vorentwickelt haben, die sie in der Beratung besprechen. Dies umso mehr, wenn sich zeigt, dass eine deutliche Abhängigkeitserkrankung bei ihrem Kind vorliegt. Dann erscheinen den Eltern oft Not-Strategien wie beispielsweise Wohnraumkündigung oder Entzug der finanziellen Unterstützung als geeignet. Sie erfragen in der individuellen Beratung, ob ein solcher Schritt eine hilfreiche Unterstützung bei der Abstinenzentwicklung ihres Kindes sein kann. Es wird besprochen, in wie weit die elterlichen Strategien dabei unterstützen können, dass z.B. Maßnahmen wie Entgiftung und weiterführende stationäre Vermittlung eingeleitet werden.

In dieser schwierigen Lebenssituation sind sowohl die Eltern als auch die jungen Erwachsenen herausgefordert, sich neu zu hinterfragen. Das Ziel kann sein, die Krisensituation so zu meistern, dass Eltern und Kinder sich auf Zeit verabschieden, um sich später als gleichberechtigte Partner wieder in der Familie begegnen zu können.

Dabei beinhaltet der Abschied auch, dass ihre bisherigen Lebensentwürfe für die Familie, die in ihren Augen „normal“ gewesen wären, nicht in der eigenen oder in der gesellschaftlich vermittelten gewünschten Weise umsetzbar sind.

### **3. Qualitative Aspekte der stationären und ambulanten Behandlung von jungen Erwachsenen mit Abhängigkeitsstörungen im „Bonner Modell – Junge Sucht“**

In diesem Abschnitt sollen wichtige Aspekte in der stationären und ambulanten Arbeit mit den jungen Cannabis- und Partydrogenkonsumenten für 2010 in der LVR-Klinik vorgestellt werden. Dabei werden in den folgenden zwei Unterabschnitten kurz die wichtigsten Zahlen bzgl. Anzahl und Alter der Patienten<sup>1</sup> wieder gegeben. Anschließend erfolgt die Darstellung der relevanten inhaltlichen Entwicklungen für den Berichtszeitraum aus den einzelnen Behandlungsbausteinen.

#### ***3.1. Anzahl stationärer Behandlungen und Alter der Patienten der 15.1C***

In 2010 wurden auf der Station 15.1C der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie 61 Patienten (54 männlich, 7 weiblich) stationär behandelt. Der Altersdurchschnitt betrug 22,83 J. (SD = 3,63).

#### ***3.2. Einrichtung fünf neuer stationärer Behandlungsplätze auf der Station 15.1B, Alter und Anzahl***

Als Reaktion auf die starke Nachfrage an stationären Behandlungsplätzen (siehe die vorangegangenen Jahresberichte) wurden 2010 von der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn fünf weitere stationäre Therapieplätze geschaffen. Nach entsprechender Vorbereitung wurde auf der Nachbarstation 15.1B im August 2010 mit der stationären Behandlung junger

---

<sup>1</sup> Zur Verbesserung der Lesbarkeit wird im weiteren Text nur die männliche Form verwendet, wobei weibliche Patienten - soweit nicht ausdrücklich anders erwähnt- stets mit gemeint sind.

Cannabis-/Partydrogenkonsumenten entsprechend des Konzepts des „Bonner Modell – Junge Sucht“ begonnen. Für die Betreuung der Patienten steht eine Diplom-Psychologin mit einem halben Stellenanteil zur Verfügung. Die Stelle wurde mit einer Therapeutin besetzt, damit die Bedürfnisse der weiblichen Patienten besser aufgegriffen werden können. Dementsprechend soll in Zukunft die Behandlung von jungen Frauen auf dieser Station durchgeführt werden. Ein entsprechender Bedarf leitet sich aus den bisherigen klinischen Erfahrungen, aber auch aus den Daten der Evaluation ab (siehe vorherige Jahresberichte).

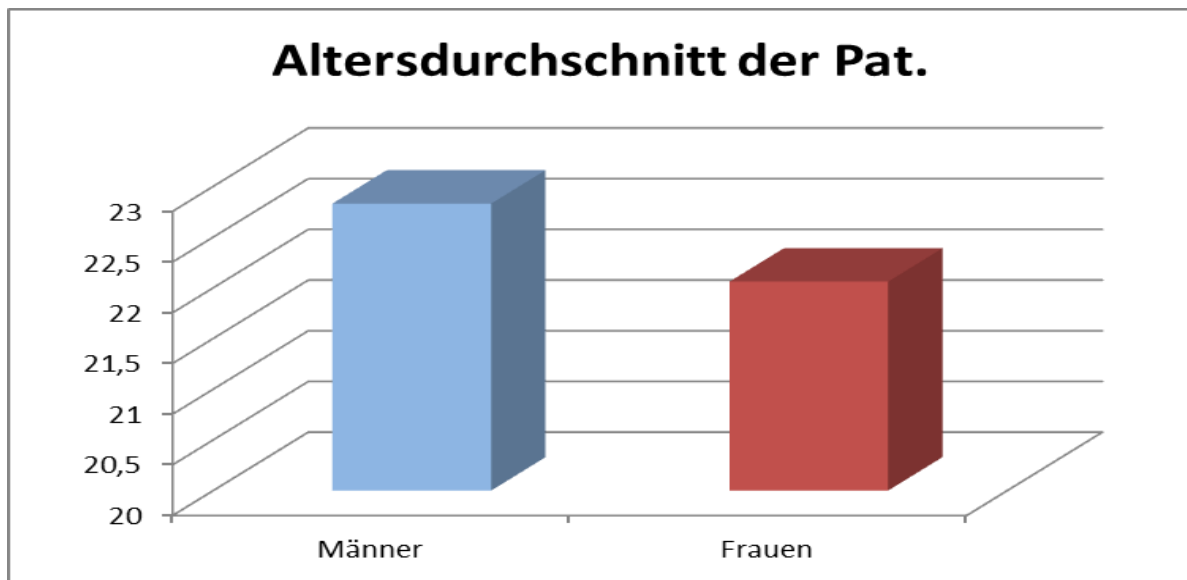


Abbildung 1: Durchschnittsalter der stationären Pat.

Im Zeitraum von August bis Dezember 2010 wurden insgesamt 16 Patienten (2 Frauen) stationär behandelt, die durchschnittlich 22,06 Jahre (SD = 3,6) alt waren.

### **3.1. Konzeptionelle Gestaltung des stationären Angebots mit 10 Behandlungsplätzen: Schnittstellen und Übergänge**

Grundlage beider stationärer Angebote sind die theoretischen Überlegungen wie sie im Behandlungskonzept des „Bonner Modell – Junge Sucht“ beschrieben sind. Beide Behandlungsgruppen erhalten identische Behandlungsbausteine, bestehend aus Motivationsgruppe, Kompetenzgruppe, Kompass, Einzelgesprächen, Ergotherapie, Entspannungstraining sowie Sport- und Bewegungstherapie wie sie auf den Stationen 15.1B und 15.1C angeboten werden.

Die erlebnisorientierte Bewegungstherapie (therapeutisches Klettern) und die psychoedukative Gruppe zur Vermittlung von Störungs- und Behandlungswissen werden für beide Stationen gemeinsam durchgeführt. Durch diese beiden gemeinsamen Angebote soll der Austausch zwischen den Patientengruppen gefördert, ungünstige „Out-group“-Effekte vermindert und die Schwelle für den Übergang zu den ambulanten Behandlungsangeboten herabgesetzt werden.

Die psychoedukative Gruppe wird daher von dem Diplom-Psychologen geleitet, der im Anschluss an die stationäre Behandlung auch für die weitere ambulante Therapie zur Verfügung steht, sofern diese aufgrund einer ausgeprägten psychischen Komorbidität nicht in der Suchtfachstelle „up date“ stattfindet.

Als weiteres, übergreifendes Angebot existiert die ambulante Nachsorgegruppe „Refuse-to-use“, die im nachfolgenden Abschnitt kurz beschrieben wird.



### **3.2. „Refuse-to-use“**

Auch 2010 traf sich die ambulante Gruppe der LVR-Klinik regelmäßig. Allerdings fluktuierte die Teilnehmerzahl stark. Es erwies sich in der Vergangenheit immer wieder als schwierig, den unterschiedlichen Bedürfnisse der Teilnehmer gerecht zu werden. Daher wurde in diesem Jahr eine konzeptionelle Neuorientierung der Gruppe versucht: das offene Gruppensetting wurde beibehalten, aber es werden jetzt Abfolgen von bestimmten Themen, wie zum Beispiel „Genusstraining“ usw. angeboten. Zu diesen wird dann gesondert eingeladen, um die Attraktivität des Angebotes noch weiter zu steigern.

### **3.3. „Chance-to-change“**

Im Berichtsjahr entstand die Überlegung ein weiteres, niederschwelliges Gruppenangebot für die Patienten zu etablieren. Alle Patienten, die sich in der Sprechstunde mit einer Nachfrage nach stationärer Behandlung gemeldet hatten, wurden zur Teilnahme unserer Vorbereitungsgruppe eingeladen. Es wurde jedoch schnell deutlich, dass das Interesse eher gering ausfiel. Zwar gab es durchaus Patienten, die das Angebot motiviert aufnahmen, aber tatsächlich zeichnete sich ab, dass die meisten Patienten, die sich für ein stationäres Angebot interessierten, noch über zu wenig Ressourcen bzw. Struktur für die Teilnahme an einem ambulanten Angebot mitbrachten. Es wurde daher entschieden, die Kapazitäten für den Ausbau weiterer ambulanter Behandlungsplätze zu verwenden und das stationäre Angebot weiterzuentwickeln.

### **3.4. Qualitative Aspekte der Therapie: drei Falldarstellungen**

Eine Stärke des Behandlungsprogramms „Bonner Modell – Junge Sucht“ liegt sicherlich in der umfangreichen und kontinuierlichen Evaluation. Durch die erhobenen Daten konnte in der Vergangenheit nicht nur die Wirksamkeit der Therapie belegt werden, sondern es wurden wichtige Erkenntnisse gewonnen, die wiederum zur Verbesserung der Angebote beitragen.

Eine weitere Stärke des Behandlungsprogramms besteht sicherlich aber auch in seiner inhaltlichen Reichhaltigkeit und Lebendigkeit, die besser in qualitativ orientierten Falldarstellungen abgebildet werden können. Aus diesem Grunde werden in diesem Jahresbericht Behandlungsfälle geschildert, durch welche die Besonderheiten der drei Arbeitsbereiche „ambulante Behandlung ‚up date‘“, „psychiatrische Behandlung“ und „ambulant-stationäre Behandlung LVR-Klinik“ illustriert werden sollen.

### **3.5. Falldarstellung „update“**

#### **Erstkontakt**

Die Eltern (43 und 41 Jahre alt) des jungen Erwachsenen kommen mit ihrer kleiner Tochter (5 Jahre) in die Sprechstunde von **update**. Sie sind vor zwanzig Jahren aus Pakistan übersiedelt. Beide sprechen nicht gut deutsch.

Sie wissen keinen Rat mehr, da der Sohn ständig kiffe und nicht mehr ansprechbar sei. So die erste Klage. Gemeinsam mit dem Berater entwickeln die Eltern im Rahmen dieser ersten Elternberatung ein Konzept des „Druckaufbaus“. Sie wollen die Streichung des Taschengeldes und des Wohnrechts zu Hause vom Verzicht des Cannabiskonsums abhängig machen.

Der 20-jährige junge Erwachsene, in Deutschland geboren und aufgewachsen, sucht schon in der darauffolgende Woche die ambulante Beratung bei **update** auf. Dort berichtet er, dass er ständig das Gefühl habe, zu kurz zu kommen. Seine kleine Schwester würde in allem bevorzugt. Für ihn bliebe nur der Rückzug zum PC, auf die Straße, oder des „bei-sich-seins“ während des Cannabiskonsums. Er rauche täglich etwa 3 Joints, überwiegend allein.

### **Hintergründe**

Der Patient leide an dem Gefühl von Traurigkeit und Unzulänglichkeit. Er besäße keinen Schulabschluss, habe mit der 9. Klasse die Hauptschule verlassen. Er habe kaum Sozialkontakte, sei einsam und voll innerer Unruhe. Den Anforderungen des Alltags, wie Jobsuche, Termine bei der Kompetenzagentur des Arbeitsamtes einzuhalten, sich um Minijobs zu kümmern, sei er kaum gewachsen. Dabei seien der Druck der Eltern und der Lärm durch die kleine Schwester zusätzlich nicht hilfreich. Der Klient versucht, mangels anderer Bewältigungsformen, sich über den Cannabiskonsum weitestgehend unverantwortlich zu machen. Durch den täglichen Konsum gelingt es ihm nicht, den Alltagsanforderungen zu entsprechen.

### **Therapie und Verlauf der Beratung**

Wir verabreden zunächst sechs Beratungsgespräche, welche jeweils schriftlich bestätigt werden.

In der Beratung wird das Ziel vereinbart, eine schrittweise Reduktion des Cannabiskonsums zu bewirken, welche mit der Abstinenz von Cannabis abschließen soll.

Beim Thema Freizeitaktivitäten kommen wir über Musik ins Gespräch. Er gibt sich als Godesberg-Rapper zu erkennen.

In der Folge ist die Abstinenzentwicklung, er ist inzwischen bei einem Joint-Konsum täglich angelangt, und die Entwicklung von eigenen Texten und Beats ein paralleler Zusammenhang.

Nun bringt er zu jedem Treffen neue musikalische Beiträge auf einem USB-Stick mit, welche wir gemeinsam anhören und wenn es erwünscht ist, auch meine Meinung dazu einfließt.

Ich lade ihn zu einem beginnenden Musik-Workshop in ein benachbartes Jugendzentrum ein, in welchem wir als ambulanter Teil des Bonner-Modells die Cannabis-Prophylaxe in der Sozialraumarbeit unterstützen. Zum ersten Treffen begleite ich ihn und bin in der Folge gelegentlich bei den Workshop – Treffen dabei.

Seit dieser Teilnahme konsumiert der Klient kein Cannabis mehr.

Sein bisheriger Glaubenssatz „ich bin für mein Leben nicht zuständig“ wird abgelöst durch sein neues Projekt „Professionalisierung in der Musik“.

Auch wird es ihm zunehmend peinlich, bei den Workshop-Besuchen mit meiner Person (Suchtberater) in Zusammenhang gebracht zu werden.

Je länger der Konsumstopp zurückliegt, umso mehr zeigen sich erneut Unruhezustände beim Klienten. Eine schwach-medikamentöse Unterstützung wird nun bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz notwendig. Diese wird in der medizinischen Sprechstunde bei **update** durch den Arzt der LVR-Klinik innerhalb des Bonner Modells verabredet. Es erfolgt eine Überweisung in die ambulante Sprechstunde der LVR-Klinik, in welcher das Medikament verschrieben werden kann.

Die Besuche beim Rap-Workshop nimmt er regelmäßig wahr. Die Fahrtstrecke zwischen seinem Wohnort Mehlem und Medinghoven stellen kein Problem dar. Unsere „Auffrischungsgespräche“ erfolgen jetzt im monatlichen Rhythmus.

Seine Musik wird immer ausgefeilter. Er traut sich, diese ins Internet bei You Tube einzustellen und bekommt eine große Fülle guter Reaktionen.

Mit der Beendigung des Workshops erfolgt ein Rückfall. Er wird jetzt, auch durch Freunde, die er im Workshop kennengelernt hat, ermuntert, wieder den alten, abstinenter Status anzustreben. Dies gelingt auch mit Hilfe des Beraters und erneut durch den Arzt der LVR-Klinik innerhalb des Bonner Modells.

Bis heute ist er abstinent.

Zurzeit arbeitet er als Schichtarbeiter bei einer großen Fast-Food-Kette. Er will erspartes Geld für ein professionelles Musikequipment anlegen. Er hat sich an der Abendrealschule angemeldet und dort einen Platz bekommen.

Der Klient konnte von der ambulanten Beratung sowohl von *update* als auch von der ambulanten Sprechstunde der LVR Klinik profitieren. Die Verankerung der medizinischen Sprechstunde im Konzept des Bonner Modells zeigte sich auch hier als sehr notwendig. Dass auch immer wieder Musikworkshops im Sozialraum angeboten werden, war zu diesem Zeitpunkt zusätzlich passend.

Die Eltern – als erste Auftraggeber – sind mit der Entwicklung nach zehn Monaten zufrieden. Ein Zusammenleben ist in der Familie wieder gut möglich.

### *3.6. Falldarstellung medizinische Sprechstunde/ fachärztlich psychiatrische Behandlung: Herr W. oder „Die reden alle über mich“*

#### **Erstkontakt:**

Der 25 jährige Herr B. stellt sich in Begleitung seiner Mutter in der medizinischen Sprechstunde in der Fachstelle *update* vor. Er ist zunächst schweigsam, zurückhaltend und wirkt im Kontakt misstrauisch während seine Mutter, die merklich unter Druck steht, direkt zu erzählen beginnt. Sie berichtet, dass es so nicht weitergehe. Ihr Sohn nehme zuviele Drogen, bekomme fast nichts mehr hin, habe sich total zurückgezogen und rede häufiger wirres Zeug. Herr W. selber berichtet, dass er das Vertrauen in Menschen verloren habe, seine Eltern, insbesondere sein Vater würden ihn sowieso nicht verstehen, der Drogenkonsum sei aus seiner Sicht jedenfalls nicht das Problem.

Bei weiterer Exploration wird zunehmend deutlich, dass neben Symptomen im Zusammenhang mit dem regelmässigen Konsum von THC (Antriebsminderung, Rückzugsverhalten, Merkfähigkeitsschwierigkeiten) typische Symptome eines paranoid – halluzinatorischen Syndroms zu eruieren sind. Herr K. berichtet über sein wiederkehrenden Erleben, dass Nachrichten, die im Radio gesendet werden mit ihm zu tun hätten, auch habe er bemerkt, dass Menschen in der Strassenbahn und anderen öffentlichen Orten über ihn reden würden. Er meide diese Orte daher. Er sei sich nicht sicher was sein Vater im Schilde führen würde, vermute dass er Einfluss auf seine Gedanken nehmen wolle. Seine Gedanken seien auch häufig ungeordnet, seine Umgebung komme ihm häufig fremd und unberechenbar vor, dies mache ihm Angst. Nachts liege er oft wach und grübele, höre Geräusche, von denen er sich sicher sei, dass sie von den Nachbarn gegen ihn gerichtet seien um Einfluss auf seine Gedanken zu nehmen, schlafe erst gegen Morgen ein, Cannabis würde ihm helfen einzuschlafen und sich weniger zu ängstigen.

Im Gespräch fällt des Weiteren auf, dass Herr W. mitten in der Erzählung stockt, Gedankengänge unterbrochen scheinen und er abgelenkt und in der Konzentration erschöpfbar wirkt.

Mit Herrn W. wird ein rascher Zweitkontakt in der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie vereinbart.

#### **Zweiter ambulanter Kontakt**

Im Zweiten Kontakt verstärkte sich, auch durch Untermauerung der Informationen durch die Eltern des Patienten, der Verdacht auf ein, neben dem

Cannabismisbrauch bestehendes, paranoid- halluzinatorisches Syndrom. Trotz des initial ausgeprägten Misstrauens, aber insbesondere aufgrund des in Verbindung mit Ängsten und Schlafstörungen massiven Leidensdrucks des Patienten gelingt es ihn zu einem stationären Aufenthalt in der allgemeinspsychiatrischen Abteilung der LVR Klinik Bonn zu motivieren.

### **Stationärer Aufenthalt in der allgemeinspsychiatrischen Abteilung der LVR Klinik Bonn**

Nachdem sich auch unter Cannabiskarenz die obengenannten Symptome bestätigten und das Auftreten der Symptomatik sich eigen- und fremdanamnestisch beginnend vor über einem Jahr eruieren ließen, wurde Herr W., unter Einbindung in das Therapieprogramm einer offenen Station ,mit einem Neuroleptikum anbehandelt. Hierunter zeigte sich die paranoid - halluzinatorische Symptomatik rückläufig, ebenso verringerten sich Ängste und Schlafstörungen.

Bezüglich einer Veränderung seiner Drogenkonsumgewohnheiten war Herr W. zwiespältig, deutlich wurde, dass er Cannabis als Teil seiner Alltagskultur betrachtete.

### **Ambulante psychiatrische Weiterbehandlung**

Nach 4 wöchigem stationären Aufenthalt wünschte Herr W. die Entlassung aus der stationären Behandlung. Die paranoid- halluzinatorische Symptomatik war zu diesem Zeitpunkt zwar nicht mehr vorhanden, der Patient litt aber noch unter Antriebsmangel und Traurigkeit, zudem berichtete er, dass er sich nun seiner sozialen Situation gewahr werden würde (abgebrochene Lehre, fehlende Freundschaften, problematische Beziehung zu den Eltern). Er erlebte die Medikamente als hilfreich, sei sich aber nicht sicher, ob er den Cannabiskonsum einstellen wolle.

In den ambulanten Gesprächen nahmen sowohl die wertschätzende Akzeptanz der Ambivalenz des Patienten als auch die Vermittlung eines Modells zum Umgang mit der Erkrankung (Vulnerabilitäts-Stress Modell, Reizüberflutungsmodell) eine tragende Rolle ein.

Nach etwa 2 Monaten ambulanter Behandlung wurde deutlich, dass Herr W. sich zunehmend überfordert erlebte mit dem Umfang seiner Belastungen (Umgang mit der Erkrankung und Einstellung zur Medikamenteneinnahme, soziale Problematik, Hoffnungslosigkeit ) umzugehen. Zudem wurde deutlich, dass er eine veränderte Haltung zur Bewertung seines Drogenkonsums eingenommen hatte und hier eine wachsende Veränderungsmotivation eingesetzt hatte.

Aufgrund der Summierung der Belastungen und den erkrankungsbedingt eingeschränkten Ressourcen des Patienten entschied er sich zu einem nochmaligen 4½ wöchigen stationären Aufenthalt im stationären Programm des *BONNER MODELLS*.

### **Stationärer Aufenthalt auf Station 15.1.C der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie/ LVR Klinik Bonn**

Während des stationären Aufenthaltes gab es verschiedene, ineinander übergreifende Schwerpunkte. Zum einem thematisierte der Patient wiederkehrend seine Schwierigkeiten im Spannungsfeld zwischen Drogenkonsum und klassischen Adolescententhemen (Selbstzweifel, fehlende Partnerschaftserfahrung, drogenkonsumierender Freundeskreis, belastete Beziehung zu den getrennt lebenden Eltern, Zukunftsängste). Zum Anderen wurde die Doppelbelastung durch

die psychiatrische Erkrankung deutlich. Neben Einschränkungen im Bereich der Konzentrations- und Ausdauerfähigkeit zeigte er sich ambivalent zur dringlich angeratenen Fortführung der Medikation zum Schutz vor einer erneuten Psychoseerkrankung. Hier wurde deutlich, dass sowohl die Einstellung zum Drogenkonsumverhalten als auch der Umgang mit der Erkrankung stark geprägt wurde durch eine kritische Haltung Herrn W.s zu Regeln und Normen, dem Wunsch nach Autonomie und der Befürchtung fremdbestimmt zu werden.

Weitere entscheidende Therapiebausteine waren die sozialarbeiterische Vorbereitung und Anbahnung einer beruflichen Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk und mehrere Familiengespräche.

### **Weiterer Verlauf**

Nach Entlassung zeigte sich Herr W. bezüglich seiner Einstellung zum Cannabiskonsum deutlich kritischer und vermochte verbessert die Zusammenhänge zwischen dem Konsum und der Gefahr des erneuten Aufflammens seiner Erkrankung zu erkennen. Im Rahmen der Anpassung seiner Medikation berichtete er über bessere Verträglichkeit und vermochte für ihn kritische Belastungsfaktoren zu erkennen. Auffällig waren weiterhin seine Deprimiertheit über erkrankungsbedingte Einschränkungen und wieder aufkommende familiäre Konflikte. Dennoch zeigte sich sein Selbstwertgefühl und der Glaube an die Fähigkeit zur eigenen Veränderung seiner Situation deutlich gestärkt.

Derzeit arbeitet er an der Vorbereitung seines Auszugs aus seiner derzeitigen Wohnsituation zusammen mit seiner Mutter und der Vorbereitung einer Massnahme in einem Berufsförderungswerk.

### **Fazit**

Bei den meisten der Patienten, die im Rahmen des *BONNER MODELLS* ambulant und stationär in der LVR Klinik Bonns behandelt werden, spielt die Abklärung und Berücksichtigung einer begleitenden psychiatrischen Erkrankung eine wichtige Rolle. In den meisten Fällen handelt es sich um Angststörungen und depressive Störungen. Bei einem Teil der Patienten spielt jedoch auch die differenzierte Diagnostik und Weiterbehandlung einer psychotischen Störung eine wichtige Rolle.

Hierbei ist die differenzierte Unterscheidung zwischen den Störungsbildern wichtig. Zu unterscheiden sind Zustandsbilder, die unter Karenz der Drogen entweder in kurzer Zeit oder innerhalb weniger Wochen bis Monaten abklingen und meistens keiner medikamentösen Behandlung bedürfen gegenüber behandlungsbedürftigen Psychoseerkrankungen.

Wie im genannten Beispiel stellt hier der Drogenkonsum einen Teil der Problematik im Zusammenspiel mit der psychiatrischen Erkrankung dar.

Patienten und Behandler sind hier durch das Zusammenspiel zwischen erkrankungsbedingten Einschränkungen, der Notwendigkeit zur Arbeit an Erkrankungsakzeptanz und Bewältigung und den typischen, adoleszenzspezifischen Problemstellungen und Entwicklungsaufgaben, gefordert.

Hier spielt auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen im Verbund des *BONNER MODELLS* eine entscheidende Rolle. Häufig bedeutet dies, dass die Angehörigen für sich eine individuell passende Haltung zwischen Unterstützung und angemessener Abgrenzung gegenüber den Betroffenen erarbeiten müssen, gleichzeitig ausreichender Informationen über die Auswirkungen des Erkrankungsbildes bedürfen.

### **3.7. Stationäre Therapie in der LVR-Klinik: Herr K. oder „Zwischenwelten“**

Der Patient hat sich damit einverstanden erklärt, dass seine Fallgeschichte für diesen Bericht verwendet werden darf. Dennoch werden die Sachverhalte so geschildert, dass eine höchstmögliche Anonymisierung gewährleistet ist.

### **Erstkontakt**

Herr K. stellte sich mit 23 erstmalig zu einer stationären Behandlung Ende 2009 wegen des Konsums von Cannabis und Amphetaminen in unserer Klinik vor. Eine ambulante Beratung bei „up date“ hatte sich im Vorfeld als nicht ausreichend erwiesen und es sei ihm daher vorgeschlagen worden, sich zur stationären Entzugsbehandlung vorzustellen. Herr A. erschien in Begleitung seiner Mutter; beide wirkten sehr hilflos und überfordert, wobei die Mutter die Problematik ausführlich und lebendig schilderte. Sehr im Kontrast hierzu blieb Herr A. im Erstgespräch in sich gekehrt, wortkarg und machte darüber hinaus einen ausgesprochen depressiven Eindruck. Es wurde eine zeitnahe stationäre Aufnahme vereinbart, mit der Herr A. sich auch einverstanden erklärte.

### **Lebensgeschichtlicher Hintergrund**

#### ***Familie***

Herr A. wuchs als jüngstes Kind der nicht aus Deutschland stammenden Familie auf. Als die Familie nach Deutschland kam, war Herr A. noch im Kleinkindalter, sodass er seine gesamte Schullaufbahn in Deutschland absolvierte.

Seinen Vater (Facharbeiter) schilderte Herr A. als „fleißig“, „strebsam“, „streng“ und hart zu sich selbst. Er könne sich nicht erinnern, dass sein Vater jemals wegen Krankheit nicht zur Arbeit gegangen sei, obwohl dieser aufgrund eines Unfalls häufiger starke Schmerzen habe. In der Freizeit arbeite der Vater viel am Haus und im Garten oder trinke vor dem Fernseher Bier.

Die Mutter (Teilzeitangestellte, Hausfrau) sei die „Seele der Familie“. Sie kümmere sich um alles und alle, mache sich schnell und viel Sorgen, sei aber auch sehr „lieb“ und „fürsorglich“. Die Mutter habe sich stets viel um ihn gekümmert und bemüht. Während seiner gesamten Schulzeit habe sie stets darauf geachtet, dass er seine Hausaufgaben mache, seine Arbeitsmaterialien in Ordnung hatte und pünktlich war. Über Probleme habe er allerdings weder mit seinem Vater noch mit seiner Mutter sprechen können. Sein Vater habe schnell die Geduld verloren und auch geprügelt, seine Mutter habe hingegen sehr besorgt reagiert. Daher habe er auch mit ihr nicht sprechen können, da er sie nicht mit seinen Sorgen belasten wollte.

Zu seinem älteren Bruder sei das Verhältnis eher distanziert. Man interessiere sich nicht für einander und „jeder gehe seine eigenen Wege“.

#### ***Schule und Ausbildung***

In der Schule habe er oft dem Unterricht nicht folgen können. In der Klasse habe er sich oft isoliert gefühlt, Klassenarbeiten seien der „Horror“ gewesen. Als er die Schule beendet habe, habe er gehofft „jetzt soll alles besser“ werden, aber der Wechsel zur Ausbildung habe ihn auch geängstigt. Sich zu bewerben habe starken Anstoßes seitens der Eltern – vom Vater habe es Druck gegeben, die Mutter habe ihn an die Hand genommen - bedurft. Schließlich habe er durch Vermittlung über Bekannte eine Ausbildungsstelle erhalten, die ihm eigentlich gut gefallen habe. Allerdings habe sich dann überraschenderweise die Möglichkeit zu einer anderen Ausbildung ergeben. Hier sei er ursprünglich skeptisch gewesen, aber seine Eltern, insbesondere sein Vater, hätten ihm sehr zu einem Wechsel geraten, so dass er letztlich zugestimmt habe. In der Ausbildung habe es ihm dann eigentlich ganz gut gefallen und er sei „zurechtgekommen“. Allerdings habe dann ein Wechsel in der Lehrwerkstatt stattgefunden und mit seinem neuen Ausbilder, habe sein Abstieg begonnen.

### ***Weg in die Abhängigkeit***

Schritt für Schritt habe der Einfluss des Ausbilders auf den Pat. zugenommen und mit diesem habe er auch begonnen, regelmäßig Drogen – Amphetamine und Cannabis – zu konsumieren. Zwar habe er bereits mit 14 erstmalig Cannabis konsumiert, erstmalig gemeinsam mit ein paar entfernten Verwandten, aber erst während der Ausbildung habe der regelmäßige Konsum begonnen. Rückblickend sei es für den Pat. unverständlich, wieso er sich zu sehr auf seinen Ausbilder, der bald fast sein ganzes Leben bestimmte, eingelassen habe. Er habe diesem bald mehr geglaubt und vertraut, als seinen Eltern. Zwar habe er diesen gegenüber „den braven Sohn“ gespielt, aber in Wirklichkeit sei er mehr und mehr ins Drogenmilieu und auch kriminelle Kreise abgerutscht, da auch mit Cannabis und Amphetaminen gehandelt worden sei. Zwar habe er immer gewusst, dass dies alles „irgendwie nicht richtig“ gewesen sei, aber das neue Leben habe ihm auch sehr gefallen. Er habe sich wichtig, anerkannt und selbständig gefühlt. Fast jeden Tag sei etwas aufregendes passiert, habe er interessante Leute kennen gelernt und irgendwie zu einem „ausgesuchten Kreis“ gehört, zu dem „normale Menschen“ keinen Zugang hatten. Seine Ausbildung habe er dann mit sehr schlechten Noten – in allen Fächern nur knapp ausreichend – bestanden. Sein Ausbilder habe ihm da durch geholfen. Von seinem eigentlichen Beruf habe er eigentlich keine Ahnung, da eine regelhafte Ausbildung schon lange nicht mehr stattgefunden habe und er ohnehin kaum zu Berufsschule gegangen sei. Inhaltlich habe ihn der eher anspruchsvolle Beruf ohnehin überfordert.

Unmittelbar vor der Aufnahme konsumierte der Pat. täglich Cannabis, etwa 2-5 g/die, sowie etwas unregelmäßiger Amphetamine. Erfahrungen mit anderen illegalen Substanzen verneinte er. Zigaretten rauchte er etwa 20-25 Stck./die und trank nur gelegentlich Alkohol. Hier wirke der starke Alkoholkonsum in seiner Familie abschreckend auf ihn. Nach dem der Erstkonsum von Cannabis im Alter von 14 Jahren stattfand, habe er zunächst nur sehr selten (3-4 pro Jahr) konsumiert. Mit oder 17 habe sich dies während der Ausbildung dramatisch geändert und er sei erstmalig in Kontakt mit Amphetaminen gekommen.

### ***Weg in die Therapie***

Gegen Ende seiner Prüfungsphase sei dann auch sein Ausbilder „aufgeflogen“, da ein anderer Lehrling sich einer betrieblichen Sozialarbeiterin offenbart habe. Schließlich habe er sich gezwungen gesehen, auch seinen Eltern alles einzugestehen, da er von der Staatsanwaltschaft auch vorgeladen worden sei; ihn Begleitung seiner Mutter habe er eine sehr umfangreiche Aussage gemacht. Es sei ihm sehr schlecht gegangen. Er habe sich depressiv, ängstlich und sehr hilflos gefühlt. Am schlimmsten sei das „wahnsinnig schlechte Gewissen“ seinen Eltern aber auch seinen Ausbilder gegenüber gewesen. Irgendwie habe er das Gefühl gehabt, alle enttäuscht zu haben. Seine Eltern hätten ihm große Vorwürfe gemacht, wobei seine Mutter meinte, sie habe so etwas auch schon geahnt. Richtig willenlos habe er sich dann von seiner Mutter zu einem Erstgespräch in die LVR-Klinik „schleppen lassen“ und auch einer stationären Therapie zugestimmt.

### **Therapie und Verlauf: Diagnostik**

Zu Beginn der Behandlung ging es dem Pat. ausgesprochen schlecht. Eine ausgeprägte depressive Symptomatik und auch vielfältige Ängste bestimmten das Bild. Insgesamt wirkte nicht nur der Pat., sondern auch das familiäre System mit der Situation vollständig überfordert. Der Pat. erlebte, wie sein bisheriges Leben (scheinbar komplett) zusammengebrochen war, wobei auch die Familie gegen diese absolut katastrophisierenden Kognitionen nicht ausgleichend wirkte.

In der stationären Therapie ging es zunächst darum, den Pat. zu stabilisieren, die

Depressivität zu behandeln und Abstinenzmotivation herzustellen. Im weiteren Verlauf sollte dann die Indikation für die weitere Behandlung gestellt werden. In der Evaluation zeigte sich mit einem Wert von 34 im Beck-Depressions-Inventar (BDI) ein klinisch deutlich erhöhter Wert. Auch die Werte im Stait-Angst-Inventar (STAI), das die generelle Angstbereitschaft misst und in der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) waren klinisch hoch auffällig. Die Abbildung zeigt das Auswertungsprofil für das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C), das ebenfalls standardmäßig zur Evaluation, aber auch zur Planung der Therapie erhoben wurde.

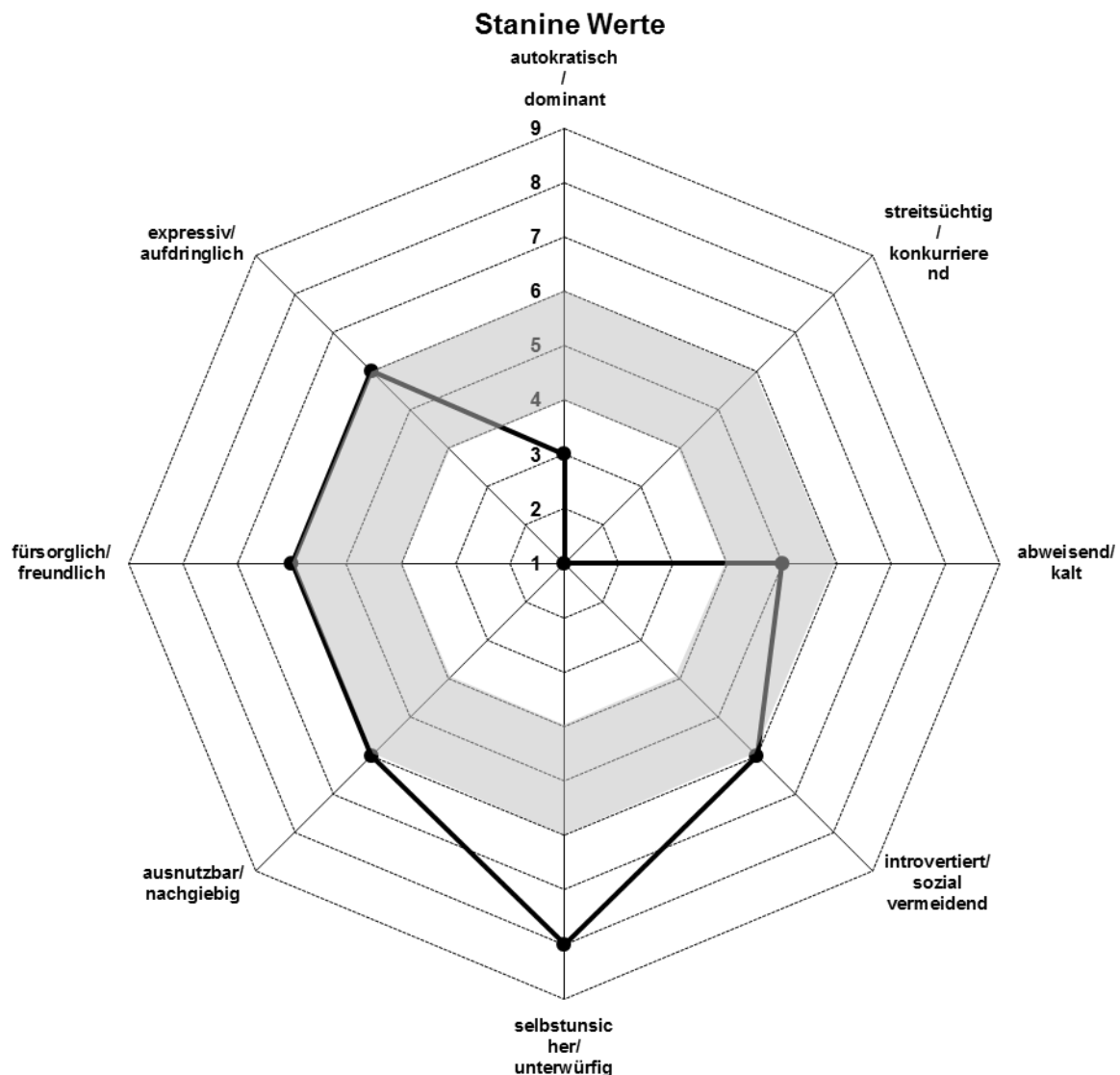


Abbildung 2: IIP-Auswertungsprofil

Die Auswertung erfolgt auf acht, komplementären Skalen. Die grau unterlegte Fläche kennzeichnet den Normbereich. Im Profil sind zwei Werte auffällig: Zum einen erlebte sich der Pat. als sehr „selbstunsicher/unterwürfig“ und zum anderen erzielte er auf der Skala „streitsüchtig/konkurrierend“ lediglich einen minimalen Wert. Dies bedeutet, dass sich der Pat. praktisch als wehrlos erlebte.

Im weiteren Verlauf wurden die Testergebnisse mit dem Pat. besprochen und ein Bedingungsmodell für die Entstehung der Problematik erarbeitet. Dabei stand zunächst das Erleben von Schuld und Scham beim Pat. im Vordergrund. Weiterhin wurde der Pat. von Ängsten vor Racheaktionen seitens seines ehemaligen Ausbilders gequält, die deutlich übersteigert wirkten. Die diesbezüglichen



Schilderungen und Befürchtungen des Pat. überschätzten die Möglichkeiten der betreffenden Person, aber auch den Bedeutungsgehalt der Geschehnisse nachhaltig. Weiterhin war der doppelte Loyalitätskonflikt des Pat. deutlich präsent, der sich seinem ehemaligen Freunden, aber auch seiner Familie verpflichtet fühlte. Nach Einstellung auf ein antidepressiv wirksames Medikament und schrittweisen Stabilisierung im haltgebenden Rahmen der Station, konnte der Pat. eine etwas realistischere Einschätzung seiner Situation vornehmen.

### **Therapie und Verlauf: Therapeutische Themen**

Neben den eher „klassischen“ Themen der Suchttherapie, wie Motivationsaufbau, Verhaltensmodifikation durch operante Verfahren, Aktivitätsaufbau und Bewältigungsstrategien, spielten die Themen „Freundschaft“, „Loyalität“, „Verrat“, „Familie“ und „Bindung“ eine wichtige Rolle in den Einzelgesprächen. Wichtige Themen der Identitätsentwicklung musste der Pat. für sich neu und mühevoll erarbeiten. Ein Ausdruck, der in dieser Situation vorherrschenden Identitätsdiffusion, war sicherlich auch die kritiklos anmutende Übernahme der „Elternposition“ in Bezug auf Drogen und Normen. Der Pat., der ein hohen Betreuungs- und Gesprächsbedarf zeigte, äußerte Unverständnis darüber, wie er „so doof“ sein könnte und distanzierte sich sehr nachhaltig von jeglichem Konsum. Im Kontakt verhielt sich der Pat. stets freundlich, höflich, tendenziell überangepasst wirkend. In den Gruppen verhielt er sich zurückhaltend, hatte keine auffälligen Konflikte mit anderen Gruppenmitgliedern, die ihn aber auch nicht immer ernst zu nehmen schienen. Dennoch profitierte der Pat. ganz offensichtlich von der Therapie. Beim therapeutischen Klettern machte der Pat. die Erfahrung, seine Ängste auch überwinden zu können, in den Einzelgesprächen trainierte er zunehmend den Austausch, ohne dabei kritisiert oder mit Vorwürfen überschüttet zu werden. In der Ergotherapie hatte der Pat. gerade zu Beginn starke Schwierigkeiten. Das Erproben von Fähigkeiten weckte sehr schnell die Befürchtung, bestimmten Anforderungen nicht genügen zu können und abgelehnt zu werden. Dies ließ sich nur sukzessive abbauen.

### **Therapie und Verlauf: Weitere therapeutische Maßnahmen: Langzeittherapie**

In Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Station erfolgte in Kooperation mit dem Pat. die Vermittlung in eine Fachklinik für Langzeitentwöhnung, die der Pat. nach sechs Monaten abschloss. Zwar schien die Motivation des Pat. auch kritisch diskutierbar, letztlich schien die Verlegung aber aufgrund der ausgeprägten psychischen Komorbidität und den starken Defiziten in lebenspraktischen Fertigkeiten indiziert. Am liebsten hätte der Pat. die Therapie ohnehin in der LVR-Klinik fortgesetzt. Der Ortswechsel und die notwendige Eingewöhnung an eine fremde Umgebung und neue Therapeuten lösten Ängste aus, die in der Vorbereitung bearbeitet werden mussten.

Erwartungsgemäß traten im Verlauf der Langzeitentwöhnungsbehandlung entsprechende Schwierigkeiten auf. Der Pat. erlebte starke Ängste und es kam auch zu einem Rückfall mit Cannabis und Alkohol während der Therapie. Dennoch schaffte es der Pat. die Therapie bis zum Ende zu absolvieren und nutzte die Zeit auch, um sich über die Möglichkeiten einer weiteren beruflichen Rehabilitation zu informieren und erste Vorbereitungen zu treffen.

### **Therapie und Verlauf: Nachsorge über „Refuse to use“ und *update***

Nach Beendigung der Langzeittherapie stellte sich der Pat. zur Nachsorge wieder in unserer Klinik vor. Es wurde die regelmäßige Teilnahme an der Gruppe „refuse to use“ in der LVR-Klinik und Gesprächskontakte in der Fachstelle *update* vereinbart. Bei Angeboten nahm der Pat. auch zuverlässig wahr. Dabei berichtete er mit zunehmender Offenheit von einer starken Ambivalenz bezüglich des Konsums von

Cannabis. Hier tendierte er deutlich dazu, sich das Ziel eines „kontrollierten Konsums“ zu setzen. Amphetamine spielten hingegen keine Rolle mehr. Der Pat. kam dann zunehmend unregelmäßiger zu den Gruppentreffen, berichtete aber, dass es ihm gut gehe und er mit der Situation zufrieden sei. Sein Konsum habe sich auf „gelegentliche Joints am Wochenende“ eingependelt. Der Pat. erhielt das Angebot, nach eigenem Ermessen weiter an der Gruppe teilzunehmen oder eine „Therapiepause“ zu nehmen sowie sich bei akutem Bedarf jederzeit vorstellen zu können. Hierauf konnte sich der Pat. sehr gut einlassen und erschien dann zunächst nicht mehr zur Gruppe.

### **Therapie und Verlauf: Krisenintervention und Auffrischung**

Im weiteren Verlauf des Berichtjahres stellte sich der Pat. dann erneut in unserer Sprechstunde vor. Sein Konsum sei ihm völlig entglitten, nicht zuletzt weil jetzt die Gerichtsverhandlung anstehe, was ihm große Angst bereite. In der Exploration ergibt sich, dass der Pat. täglich Cannabis konsumiert, wobei die Menge mit 1-2 g/die etwas niedriger ausfiel, als zu Beginn der Behandlung. Die Ängste und auch die Depressivität zeigten jedoch deutlich stationären Behandlungsbedarf an, so dass als Krisenintervention eine zeitnahe stationäre Aufnahme stattfand. In deren Verlauf gewann der Pat. nicht zuletzt aufgrund seiner eigenen, negativen Erfahrungen deutlich an Abstinenzmotivation. Die für ihn als sehr schwierig erlebte Situation der Gerichtsverhandlung konnte er gut vorbereiten und bewältigen. Hierbei kam es allerdings zwischenzeitlich auch zu einer krisenhaften Zuspitzung, als der Pat. zunehmend suizidale Gedanken äußerte, von denen er sich phasenweise nicht mehr deutlich genug distanzieren konnte. Dies machte eine zwischenzeitliche Verlegung auf eine der geschützten Stationen der Klinik mit einer anschließenden, stationären Weiterbehandlung auf der offen geführten Station notwendig.

Der Prozess nahm nicht zuletzt aufgrund der Aussagebereitschaft und den Anstrengungen des Pat. in der Therapie einen sehr günstigen Ausgang. Hier war bestand die therapeutische Herausforderung darin, dem Pat. den günstigen Ausgang auch als Ergebnis seiner Handlungen und Bemühungen zu vermitteln und nicht als „Glück“. Weiterhin konnte der zweite stationäre Aufenthalt dazu genutzt werden, den Pat. bei seinen Bemühungen um eine weitere berufliche Rehabilitation zu unterstützen, da dessen eigenständige Bemühungen bislang im Sande verlaufen waren. Der Pat. erhielt eine Bewilligung für eine Teilnahme an einer Maßnahme bei einem Berufsförderungswerk, worüber er sich sehr freute. Die weitere Behandlung wurde dann im ambulanten Rahmen weitergeführt.

### **Therapie und Verlauf: weitere ambulante Behandlung in der LVR-Klinik**

Im Anschluss an die stationäre Behandlung nahm der Pat. seine ambulanten Termine wieder regelmäßiger wahr. Da die Komorbidität mit Verringerung des Drogenkonsums eher in den Hintergrund rückte, wurde nach Rücksprache mit dem Kollegen von „up date“, auch die ambulante Einzelbetreuung in der LVR-Klinik durchgeführt, zumal so auch die weiterzuführende antidepressive Medikation optimal begleitet werden konnte. In Vorgesprächen und einem Vorbereitungskurs des Berufsförderungswerks entdeckte der Pat. völlig neue Interessen für sich. Er fasste den Entschluss, sich zukünftig auf eine Tätigkeit im sozialen Bereich zu orientieren; dies stieß bei den Eltern zwar auf Skepsis, aber der Pat., der zwischenzeitlich erstmalig auch eine Partnerin gefunden hatte, ließ sich zunächst nicht beirren. Als weiteren, deutlich sichtbaren Zuwachs an Eigenständigkeit ist der Umzug in die Wohnung der Partnerin zu werten.

In den Gesprächskontakten war der Pat. zunehmend in einer sehr optimistischen Aufbruchsstimmung zu erleben, was zwar einerseits sehr positiv im Kontrast zu den beschriebenen depressiven Zuständen stand, aber andererseits auch die

Befürchtung einer zu starken Sorglosigkeit nährte. Dies konnte mit dem Pat. jedoch offen besprochen werden, wobei er die therapeutische Einschätzung nicht vollständig teilte. Im weiteren Verlauf ereigneten sich dann mehrere Rückfälle mit Cannabis und auch der Alkoholkonsum stieg deutlich an. Diesmal blieb der Pat. jedoch im Kontakt und zeigte ein hohes Maß an Durchhaltewillen und Ehrgeiz, die Drogenabstinenz auch zu erreichen. Zur Zeit werden die Gespräche ambulant fortgesetzt. Der Patient bereit sich auf die Maßnahme im Berufsförderungswerk vor.

### **Zusammenfassung: Typisch oder untypisch?**

Selbstverständlich enthält jede Fallgeschichte spezifische, individuell unverwechselbare Merkmale, die sich nicht verallgemeinern lassen. Für die hier gewählte Kasuistik ist aber vor allen Dingen wichtig, dass der Pat. mit seiner vorliegenden, aus der Lernbiographie erklärbaren hohen psychischen **Komorbidität** das besondere Angebot des „Bonner Modells – Junge Sucht“ brauchte. Eine Richtlinienpsychotherapie kam wegen der Suchtstörung und der akuten Symptomatik nicht zu Beginn der Behandlung nicht in Frage. Auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt wäre der Erfolg einer solchen Maßnahme wahrscheinlich noch fraglich. In anderen etablierten Behandlungsprogrammen zur Cannabisabhängigkeit wäre der Pat. jedoch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aufgrund des hohen Ausmaßes an Depressivität und Angst gescheitert.

### **Im Verlauf wird deutlich, dass es wichtig war, dem Pat. in jeder Phase der Therapie ein adäquates Angebot machen zu können.**

Ein weiteres typisches Merkmal besteht darin, dass die ersten Probleme im Leistungsbereich, hier konkret in der Schule auftauchen, aber bei einer späteren Suchtentwicklung nicht rechtzeitig entdeckt bzw. behandelt worden sind. Dies bestont den besonders hohen Stellenwert an Präventionsarbeit in Schulen. Typisch ist auch, der Stellenwert den die **Entwicklungsaufgaben** „Identitätsentwicklung“, „Ablösung/Autonomie“ und „Aufbau eigener Normen und Werte“ einnehmen. Diesbezüglich scheint es auch so zu sein, dass die Haltung zu Cannabis quasi als Gradmesser für den jeweiligen Stand der Autonomieentwicklung dient. Natürlich besteht keine Notwendigkeit für diese Interpretation, aber der mehrfache Wechsel in der Haltung des Pat. zum Cannabis in den verschiedenen Phasen des Prozesses schein daraufhin zu deuten.

Ermutigend ist in dem geschilderten Verlauf auch, dass bislang nicht bewältigte Entwicklungsaufgaben nachgeholt werden können. **Dabei wird die Herausforderung mit zunehmenden Alter jedoch drängender, schwieriger und ist mit einem höheren Ausmaß an emotionaler Belastung verbunden**, wie sich anschaulich bei der Partnerschaft und dem Auszug des Patienten zeigt. Die Gefahr des Substanzmittelkonsums steigt bei jeder neuen Hürde erneut an.

Weiterhin betont der Verlauf Besonderheiten bei Patienten mit Migrationshintergrund. Dabei scheint es so zu sein, dass sich auch für die Pat. inhaltlich die gleichen Aufgaben stellen, diese jedoch durch die Migrationsgeschichte verschärft werden. Die Überschrift lautet „Zwischenwelten“, um anzudeuten, dass der Pat. nicht zuletzt auch aufgrund des Migrationshintergrunds Schwierigkeiten hatte, Fuß zu fassen und Wurzeln im Sinne fester Bindungen zu entwickeln. Ein Gefühl des Hin-und-Her-Gerissenseins, das sich in der Ambivalenz zwischen Konsum und Abstinenz wiederholt. Für die zukünftige Programmentwicklung wird es notwendig sein, auf die sich hieraus ergebenden Herausforderungen mit entsprechenden Angeboten reagieren zu können.

## 4. Sozialraumorientiertes Arbeiten

Innerhalb des Bonner Modells übernimmt ein Mitarbeiter von **update** die sozialraumorientierte Präventionsarbeit im Bonner Stadtteil Medinghoven.

Drohenden Problemlagen im Stadtteil Medinghoven soll frühzeitig begegnet werden, wodurch deren Bewältigung gestaltbar wird.

Ein Grundsatz der sozialraumorientierten Arbeit ist die Orientierung an der Lebenswelt der Menschen und die Betrachtung des Hilfesuchenden nicht als Einzelfall sondern im Kontext des sozialen Umfeldes. Dies ermöglicht, Selbsthilfekräfte und Ressourcen im Umfeld zu erkennen, zu aktivieren und zu stärken. Problematische Konsumverläufe sollen frühzeitig erkannt und darauf Einfluss genommen werden.

Der Mitarbeiter von **update** wendet sich bei seiner Arbeit im Stadtteil an Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen von gesellschaftlichen Integrationsbemühungen nur schwer oder nicht mehr erreicht werden und für die der öffentliche Raum immer mehr oder auch vorrangig zum überwiegenden Lebensraum wird. Vielfach sind Prozesse sozialer Benachteiligung und Ausgrenzung ursächlich für die Verlagerung des Lebensmittelpunktes in den öffentlichen Raum.

Im Sozialraum **Medinghoven** sind 29% der Einwohner/innen unter 21 Jahren.

Über die Hälfte diese Kinder und Jugendliche (53,9 %) haben einen Migrationshintergrund.

Im statistischen Vergleich aller Bonner Bezirke ist Medinghoven bei den Merkmalen „Wohngeldbezug“ und „Arbeitslosigkeit“ ganz oben angesiedelt.

Diese statistischen Zahlen zeigen sich auch in der sozialraumorientierten Zusammenarbeit mit den Jugendlichen, mit denen der Mitarbeiter von update im Kontakt ist.

Die seit drei Jahren bestehende Zusammenarbeit mit jungen Erwachsenen, die besonders viel Einfluss auf die Meinungs- und Verhaltensbildung in ihrem Sozialraum hatten und sich vorrangig im öffentlichen Raum aufhielten, konnte im Jahr 2010 fortgesetzt werden. Für die Gruppe hat die Produktion von Rap-Musik mittlerweile den Cannabis- und Partydrogenkonsum weitgehend ersetzt. Als „Radical Records“ bilden die Gruppenmitglieder eine in Bonn anerkannte Rap-Formation. Darüber hinaus unterstützten die Fachkräfte von **update** die jungen Menschen bei der Berufsorientierung und Suche nach einer entsprechenden Ausbildungsstätte. Dadurch konnten entscheidende Veränderungen in den jeweiligen Lebenssituationen eingeleitet werden.

Die Unterstützung im Freizeitbereich über das Medium Musik hat jetzt Einfluss auf nachrückende Jahrgänge:

So initiierte **update** in der angrenzenden Haupt und Realschule einen Rap – Workshop als benotetes Wahlpflichtfach und schuf damit die Basis für eine sich anschließende Musik AG, welche dann im Jugendzentrum des Stadtteils mit Unterstützung des Godesheims und des Musiknetzwerkes Bonn fortgeführt wird.

Dies geschieht weiter in enger Verbindung zu **update**.

Besonders hervorzuheben ist die Unterstützung zweier meinungsbildender ehemaliger Gang-Rapper, welche beim Start dieses Musikprojekts entscheidende peer-Arbeit leisteten und die Brücke zu den jüngeren Jugendlichen herstellte.

**update** bereitete die beiden jungen Erwachsenen auf ihre Aufgabe als Co-Referenten vor. Dazu gehörten unter anderem die Vermittlung von möglichen Formen der Gesprächsführung und Grundsätze des aktiven Zuhörens.

Auch durch die Unterstützung dieser beiden einflussreichen Personen konnte das Musikprojekt im Stadtteil angenommen werden. Es bietet nun für eine größere Anzahl von Jugendlichen die Möglichkeit, ihre Gedanken zu ihrer jeweiligen Lebenssituation und ihren Forderungen an ein lebenswertes Miteinander im Stadtteil in Form von eigenen Texten und eigener musikalischer Gestaltung (beats) zu transportieren. Dabei thematisieren vor allem den Zusammenhang zwischen ihren Lebensumständen und ihren Haltungen gegenüber legalen und illegalen Suchtmitteln.

## **5. Öffentlichkeitsarbeit/Präventionsarbeit im Bonner Modell**

Wie bereits in den vergangenen Jahren war die Öffentlichkeitsarbeit/Präventionsarbeit im *Bonner Modell* ein weiterer wichtiger Baustein:

### **Eine Auflistung der Aktivitäten 2010:**

- April 2010: Informationsveranstaltung für Schüler und Lehrer zum Bonner Modell in der Kinkel Realschule Bonn
- Februar bis Mai 2010: Kunstprojekt 201X ( Beschreibung s.u.)
- Mai 2010: Ausstellungseröffnung 201X im Kunstmuseum Bonn
- Mai 2010: Filmvorführung des Filmes *Partylaunen im Kunstmuseum Bonn*. An dieser Veranstaltung nahmen 90 Interessierte, vorwiegend junge Erwachsene, teil. Im Anschluss an die Vorführung fand eine Diskussion statt
- Juni 2010 Informationsveranstaltung für Schüler und Lehrer zum Bonner Modell im Komenius Gymnasium Bonn
- Oktober 2010 Informationsveranstaltung zum Thema Cannabis und Partydrogen im Jugendzentrum Brüser Berg
- November 2010 : Multiplikatorenschulung bei Pro Familia Bonn zum Thema Cannabis und Partydrogen
- November 2010: Preisverleihung der ERGO Stiftung in Hamburg

#### **5.1. Kunstprojekt 201X**

**Das Kunstprojekt 201X gehört zu den Preisträgern des Nationalen Förderpreises 2010 "Kunst bewegt" der ERGO Stiftung, der am 22.11.2010 in Hamburg verliehen wurde.**

**Es ist eine Zusammenarbeit des Kunstmuseum Bonns mit dem *BONNER MODELL*. Der Gewinn des Stiftungspreises ist mit einem Preisgeld von 5000 Euro verknüpft, die der erweiterten Fortführung des Projektes dienen sollen.**

#### **Hintergründe**

Das Projekt 201X ist ein Kunstprojekt für Jugendliche und junge Erwachsene in Kooperation von Kunstmuseum Bonn (Bildung und Vermittlung) und BONNER MODELL (Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie der LVR Klinik Bonn und *update*, Fachstelle für Suchtprävention von Caritas/Diakonie in Bonn) zur Beratung und Behandlung von Cannabis- und Partydrogenkonsumenten mit finanzieller Unterstützung der Stadt Bonn (Amt für Soziales und Wohnen). Die

Zusammenarbeit geht vom Ansatz aus, dass die theoretische und kreative Auseinandersetzung mit Kunst eng mit therapeutischen Themen wie Identitätsfindung, Persönlichkeitsentwicklung und dem Schaffen einer individuellen Sprache und Ausdrucksform verknüpft ist.

Zwei Gruppen Jugendlicher und junger Erwachsener arbeiteten zunächst parallel, später gemeinsam, künstlerisch zum Thema ihrer eigenen Zukunftsvision. Gruppe 1 bestand aus jungen Erwachsenen (16 - 25 Jahre), wegen einer Cannabis Problematik behandelt wurden. Gruppe 2 bestand aus Schülern der 10. bis 12. Jahrgangsstufe einer Bonner Schule.

Wichtige Intention des Projektes ist der Austausch zwischen den Gruppen zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten in der Betrachtung ihrer Zukunftsperspektiven. Symbolhaft steht das „X“ am Ende von „Projekt 201X“. Von den Teilnehmern wurde es je nach eigener Biografie inhaltlich selbst belegt mit Themen wie der eigenen Positionierung in der Gesellschaft, der Familie, dem Freundeskreis, mit Identitätsfindung, mit Abgrenzung und Ablösung, mit Selbstbildnis und Selbstportrait. Die Workshop-Reihen waren für beide Gruppen gleich aufgebaut, ab der 3. Einheit mischten sich die Gruppen.

Mit Hilfe von unterschiedlichen Methoden zur Kunstvermittlung, wie beispielsweise dem kreativen Schreiben und Assoziationsübungen, wurden zunächst die eigene Reflexion und schließlich eine Diskussion unter den Teilnehmern angeregt.

Diskutiert wurden die Fragen: Was kann Kunst, was kann künstlerisches Denken und Handeln bewirken? Was ist Kreativität? Welchen Einfluss hat Kunst und kreatives Gestalten auf meine Person, welchen Wert für meine Lebensqualität?

Anschließend formulierten die Teilnehmer ihre eigenen Themen und begannen mit der künstlerischen Umsetzung anhand der erlernten Techniken. Gemeinsame Gesprächs- und Arbeitsgrundlage war wiederkehrend die künstlerische Auseinandersetzung mit den Themen der eigenen Positionierung, Identität, Abgrenzung, Ablösung, Vergangenheit und Zukunft.

Ein Ziel des Projektes war auch eine Horizonterweiterung beider Gruppen, ein gegenseitiges Verstehen und Akzeptieren. Die Erfahrungen ehemaliger Drogenkonsumenten sollen sich hierbei präventiv auf die Gruppe der Schüler auswirken, wie auch umgekehrt. Gedankenprozesse werden durch die gemeinsamen Diskussionen über ihre künstlerischen Arbeiten angeregt. Neues Selbstbewusstsein wird gebildet und gestärkt durch die Präsentation der Arbeiten im Museum im Rahmen der Ausstellung.



Ausstellungseröffnung - Mai 2010



Workshops – Februar- Mai 2010



Preisverleihung November 2010



## 6. Ausblick und Perspektiven

In folgenden Bereichen halten wir für 201X einen Ausbau bzw. eine Weiterentwicklung des Programms für sinnvoll:

- Erweiterung des stationären Therapieangebotes und Verbesserung genderspezifischer Therapieansätze.
- **Filmvorführungen:** weitere zielgruppenspezifische Filmvorführungen des Dokumentarfilmes „Partylaunen“ mit anschließender Publikumsdiskussion sind geplant, u. a. nochmals in Zusammenarbeit mit dem Kunstmuseum Bonn.
- Weitere Fortführung der Erhebung von Katamnesedaten derjenigen, die im Programm beraten und behandelt wurden, um noch differenzierter über langfristige Effekte und Wirksamkeit des Programms Auskunft zu bekommen.
- Fortführung Elternevaluation: erste Daten wurden ab Mitte 2009 erhoben.
- Kultur- und genderspezifischen Ausbau des Sozialraumorientierten Arbeitens innerhalb des BONNER MODELLS
- Fortführung der Zusammenarbeit mit dem Kunstmuseum Bonn und des Projektes 201X (Erstdurchlauf März bis Mai 2010)
- Entwicklung einer neuen Evaluationskonzeption, die noch differenziertere über Therapieerfolge und Therapieinanspruchnahme ermöglicht

## 7. Anhang I

### **Bonner Modell zur vernetzten Versorgung von jungen Cannabis- und Partydrogenabhängigen**

Die Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn entwickelte 2004 in Zusammenarbeit mit *update*, Fachstelle für Suchtprävention von Caritasverband und Diakonischen Werk in Bonn eine Konzeption zur vernetzten Versorgung junger Bonner Cannabis- und Partydrogenabhängiger.

Innerhalb dieses Programms, im Folgenden auch Bonner Modell genannt, arbeiten seit Ende 2004 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn und aus der Fachstelle *update* eng in der Behandlung und Beratung dieser jungen Erwachsenen zusammen. Das Kernteam wird dabei von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einem Diplom-Psychologen aus der LVR-Klinik Bonn und einem Diplom-Psychologen aus *update* gebildet. Das Behandlungsprogramm richtet sich an Bonner Bürger im Alter zwischen 18 und 25 Jahren und deren Angehörige. Eine ausführliche Darstellung der Hintergründe, die zur Entwicklung dieses Programms geführt haben sowie eine detaillierte Beschreibung der Programmbausteine findet sich im Konzept (Banger et al., 2004)

Bei der Realisierung eines neuen, vernetzten Behandlungsprogramms war uns wichtig, sowohl die ambulante als auch stationäre Suchthilfeangebote auf die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren Bedürfnisse auszurichten. Ausgehend davon, dass die üblichen fachlichen Vorgehensweisen bei dieser neuen großen Gruppe der „Jungen Sucht“ nicht ausreichten, haben wir Elemente aus der Erlebnispädagogik sowie der Familien- und Verhaltenstherapie eingebaut. Gleichzeitig wurde deutlich, dass der peer-group-Effekt (Sozialisation in Gruppen gleichen Alters oder gleicher Interessen) nicht nur bei den veränderungs- und abstinenzorientierten jungen Erwachsenen, sondern auch bei deren Angehörigen (z. B. durch die Elterngruppe) eine wichtige Rolle spielt.

Wir möchten über die unterschiedlichen Institutionen hinweg eine Kontinuität der hilfreichen therapeutischen Beziehung zum cannabis-konsumierenden jungen Erwachsenen gewährleisten. Wir haben ein stationäres und ambulantes Behandlungsangebot geschaffen. Auch weiterhin ist eine wesentliche Voraussetzung dabei die enge Abstimmung mit der Stadt Bonn, auch mit dem Ziel, den Versorgungsverbund „Junge Sucht“ weiter auszubauen, indem wir die Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen weiter optimieren, aber auch die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen anstreben, in denen das Thema von Relevanz ist (Schulen, Wohnheime, Kinder und Jugendpsychiatrie).

Zur Ergebnissicherung erfolgt eine kontinuierliche sowohl Prozess- als auch Ergebnisevaluation der stationären und ambulanten Behandlung und Beratung, wobei die Evaluationsdaten u. a. der beständigen Anpassung des Behandlungsprogramms auf die Bedürfnisse der Zielgruppe dienen. In diesem Jahresbericht können wir nunmehr auch detaillierte Evaluationsergebnisse präsentieren, die uns vergleichende Daten über die bisherige Projektlaufzeit bieten.

## **Finanzierung**

Die Finanzierung des ambulanten Beratungs- und Behandlungsangebotes innerhalb des Bonner Modells erfolgt durch die Stadt Bonn. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zwei Diplom-Psychologen sind jeweils mit einer halben Stelle in dem Projekt tätig. Das stationäre Behandlungsangebot unterliegt einer Mischfinanzierung. Der stationäre Aufenthalt zum Entzug und zur Behandlung der komorbiden Erkrankungen, inklusive der ergo- und soziotherapeutischen Behandlung, ist krankenkassenfinanziert. Das ambulante Beratungsangebot, stationäre zielgruppenspezifische Gruppen- und Einzeltherapieangebote sowie das erlebnispädagogische Angebot im stationären Rahmen sowie die Öffentlichkeitsveranstaltungen sind durch die Projektfinanzierung der Stadt Bonn abgedeckt.

## **Kurzvorstellung der beiden beteiligten Einrichtungen**

Die Abteilung für **Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn** versteht sich als Suchtkompetenzzentrum. Sie ist integriert in die LVR-Klinik Bonn mit weiteren 8 Fachabteilungen. Auf 6 Stationen werden mit einer Kapazität von insgesamt 116 Betten etwa 2700 Patientinnen und Patienten jährlich stationär behandelt. Die Abteilung beschäftigt 120 MitarbeiterInnen und ist für den Einzugsbereich Bonn / Rhein- Sieg / Wesseling mit insgesamt 960000 Einwohnern zuständig. Neben der qualifizierten Alkohol- / Drogenentzugsbehandlung, können hier 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche unter multiprofessioneller Kompetenz krisenhafte Zuspitzungen bei jeglicher Form von Abhängigkeit behandelt werden. An die Klinik ist die Institutsambulanz für Abhängigkeitserkrankungen mit einem vielfältigen Behandlungsangebot angegliedert.

*Eine ausführlichere Darstellung der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie findet sich in unserem Konzept.*

**update, Fachstelle für Suchtprävention – Kinder-, Jugend-, Elternberatung von Caritas und Diakonie in Bonn** ist im Verbund der **Ambulanten Suchthilfe des Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes in Bonn** eine spezialisierte Einrichtung für die Beratung, Behandlung und Prävention von Kindern und Jugendlichen bis 21 Jahren.

Kinder aus suchtbelasteten Familien, Jugendliche, junge Erwachsene, ihre Eltern, Angehörigen oder Bezugspersonen werden in der Fachstelle beraten und behandelt. Pädagogische Fachkräfte werden beraten und geschult.

Das Angebot beinhaltet

- die Beratung, Begleitung und Behandlung von suchtgefährdeten oder abhängigen Jugendlichen und ihrer Angehörigen
- die Vermittlung in stationäre Therapie
- die ambulante Therapie vor und/oder nach stationärem Aufenthalt
- die therapeutische Behandlung von Kindern aus suchtbelasteten Familien

*Eine ausführlichere Darstellung von update, Fachstelle für Suchtprävention findet sich in unserem Konzept.*

## **Ziele des Bonner Modells zur Behandlung von jungen Cannabis- und Partydrogenabhängigen:**

### **1. zielgruppenspezifischer Beratungs- und Therapieansatz**

- Fokussierung auf altersspezifische Themen (Schule, Ausbildung, Berufseinstieg, Ablösung vom Elternhaus etc.)
- Erlebnispädagogik
- Einbezug der Angehörigen (Elterngruppe, Familientherapie)
- Nutzen der peer-group
- Projektarbeit (neue Medien, Öffentlichkeitsarbeit)
- Training sozialer Kompetenz etc.

### **2. kommunale Vernetzung**

- Zusammenarbeit im kommunalen Lenkungsgremium
- Synergieeffekte durch sonstige Versorgungsangebote der beteiligten Institutionen
- Vermeidung kommunaler Doppelversorgung

### **3. nachhaltige Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Situation**

- langfristige Ausrichtung der Programme
- besonderes Augenmerk auf soziale Reintegration (Ausbildung, Schule, Beruf)
- Auffrischungssitzungen (Booster-Sessions)
- Ergebnis- und prozessorientierte Evaluation
- Rückführung der Ergebnisse in die Ausgestaltung des Programms

### **4. flexible, niederschwellige Behandlungssettings**

- individuelle Diagnostik unter Berücksichtigung von Komorbidität
- individuelle Behandlungsplanung
- Behandlung/Beratung nach individuellem Bedarf
- ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlungssettings

### **5. früheres Erreichen der Zielgruppe/Prävention**

- Öffentlichkeitsarbeit
- Multiplikatorenschulung (Suchthilfe, Jugendhilfe, Hausärzte, Anwälte, Bewährungshelfer etc.)
- peer-education

### **6. institutionenübergreifende Behandlung**

- fallorientiertes gemeinsames Behandlungsteam der beteiligten Institutionen
- gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit
- erweiterte und vielfältige Zugangswege zum Programm
- Niederschwelligkeit

## **Therapie- und Beratungsangebote innerhalb des Programms**

### Ambulante Behandlung und Beratung :

- **wöchentliche Sprechstunden**
- **medizinische Sprechstunden**
- **ärztliche und psychologische Einzelgespräche**, in der Institutsambulanz für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn und bei *update*, Fachstelle für Suchtprävention von Caritas und Diakonie in Bonn

- **ambulante Therapieangebote, in Kombination mit Erlebnispädagogik**
- **Gruppe für Angehörige von konsumierenden Jugendlichen**

#### Stationäre und teilstationäre (tagesklinische) Behandlung:

Fünf Behandlungsplätze auf einer psychotherapeutisch ausgerichteten Station der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie

- **psychiatrisch-psychologische Diagnostik**
- **therapeutische Einzelgespräche**
- **zielgruppenspezifische Gruppentherapien**
- **Informationsgruppe**
- **erlebnispädagogisch orientierte Bewegungstherapie „therapeutisches Klettern“**
- **Zukunftswerkstatt**, Vorbereitung auf Veränderungen bei Beruf, Ausbildungsstelle und Wohnsituation, Auseinandersetzung mit Lebenszielen und Perspektiven
- Nach dem stationären Aufenthalt findet wöchentlich eine ambulante **Nachsorgegruppe („Refuse to use“)** statt.
- ambulante **Booster-Sessions** (Auffrischungssitzungen)

#### ***Öffentlichkeitsarbeit und Multiplikatoren-schulung***

Ein grundlegender Bestandteil der Behandlungskonzeption ist weiterhin die Öffentlichkeitsarbeit und die Vernetzung mit Gesundheits-, Sucht- und Jugendhilfesystem in Bonn. Bei weiterhin hohem Aufklärungsbedarf über die Auswirkungen von Cannabismissbrauch und –abhängigkeit auf die gesundheitliche und soziale Situation Jugendlicher und junger Erwachsener organisieren wir in regelmässigen Abständen Öffentlichkeitsveranstaltungen zum Thema und führen Multiplikatoren-schulungen durch.