

Assessment und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen

1. Einleitung/Problemstellung

Riskanter Substanzkonsum verbreitet sich unter Jugendlichen zunehmend, dabei zeigt die empirische Forschung folgende Entwicklungstendenzen:

- Der Suchtmittelkonsum nimmt insgesamt zu
- Das Einstiegsalter verjüngt sich
- Die Konsummuster von Jugendlichen gestalten sich über unterschiedliche Substanzen hinweg zunehmend riskanter
- Die Geschlechterdifferenzen verringern sich zu Ungunsten der Mädchen
- Gesundheitliche Beeinträchtigungen vielfacher Art durch Substanzkonsum ereignen sich bereits im Jugendalter
- Ein erheblicher Teil der Jugendlichen entwickelt eine Missbrauchs- oder Abhängigkeitssymptomatik (BZgA 2001, Lieb et al. 2000, Richter & Settertobulte 2003, Appel & Hahn 2001, Roth 2002, Schuster et al. 1998).

Vor dem Hintergrund dieser Datenlage wird übereinstimmend von fachlicher und politischer Seite eine forcierte Entwicklung und Intensivierung suchtpreventiver Maßnahmen gefordert, die speziell auf die Gruppe der konsumierenden, aber nicht abhängigen Jugendlichen zugeschnitten sind (Langness et al. 2003, Schmidt 2002, Schulte-Markwort & Düsterhus 2003, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003a). Zugleich ist seit dem Ende der 90er Jahre deutlich geworden, dass der Erfolg suchtpreventiver Maßnahmen maßgeblich davon abhängt, inwieweit diese **zielgruppenspezifisch** entwickelt und erprobt werden. Der Begriff der Zielgruppenspezifität kann dabei unter zwei Perspektiven betrachtet werden: Zum einen bedeutet Zielgruppenspezifität, dass Zugangswege entwickelt werden, mit denen die Zielgruppe möglichst umfassend und sicher erreicht wird; es geht hier um eine eindeutige Früherkennung. Zum anderen bedeutet Zielgruppenspezifität, dass Maßnahmen und Programme so zu konstruieren sind, dass sie dem Kriterium der „Anschlussfähigkeit“ genügen, das heißt, dass sie an den jeweiligen

Fragestellungen, der Lebenswelt und den spezifischen Denk- und Handlungssystemen der Zielgruppe anknüpfen.

Im Rahmen beider Perspektiven erhalten Diagnostik und Assessment zur Identifizierung und Beschreibung von riskantem, missbräuchlichem und abhängigem Substanzkonsum bei Jugendlichen eine zunehmende Bedeutung:

Die Bedeutung von Assessment für die Früherkennung bzw. die Entwicklung von Zugangswegen

Grundsätzlich können in der sekundären Suchtprävention folgende Möglichkeiten der Früherkennung bzw. des Zugangs zur Zielgruppe unterschieden werden.

(1) Früherkennung durch Selbsteinschätzung

Hiermit sind die Ansätze gemeint, in denen durch geeignete Instrumente Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Möglichkeit gegeben wird, ein eigenes Risikoprofil zu erstellen. So bietet zum Beispiel die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seit 2001 ein Online-Angebot, das Jugendliche anregen soll, sich kritisch mit dem eigenen Konsumverhalten auseinander zu setzen (www.drugcom.de). Es werden sowohl Informationen als auch Tests angeboten, mit deren Hilfe Jugendliche ihr Konsumverhalten überprüfen können. Das Internetportal wird täglich von 600 Besuchern genutzt; vom Start des Projektes bis zum Anfang des Jahres 2003 absolvierten 80.000 Personen einen oder mehrere der Tests (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2003b: 28). Diese Erfahrungen zeigen, dass Selbsteinschätzungen für Jugendliche einen starken Anreiz bieten, sich mit dem eigenen Konsumverhalten auseinander zu setzen. Ob tatsächlich durch Angebote dieser Art Verhaltensänderungen ausgelöst werden können, bleibt offen. Es liegen jedoch auch Hinweise dafür vor, dass für die Transformation von Informationsverarbeitung zu Verhaltensänderungen eine Begleitung zumindest hilfreich, wenn nicht erforderlich ist.

(2) Früherkennung durch das soziale Umfeld

Häufig reagiert das soziale Umfeld früher als der/die Betroffene selbst auf auffälliges Konsumverhalten. Dabei ist oft weniger der Substanzkonsum an sich Ausgangspunkt. Als Indikatoren gelten mit dem Substanzkonsum verbundene soziale Auffälligkeiten, wie z.B. das Straffällig-Werden nach dem Betäubungsmittelgesetz. Sekundärpräventive Maßnahmen wie FreD (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2003a: 26) oder Soziale Trainingskurse (Laging-Glaser 2002) knüpfen hier unmittelbar an. Ungeachtet des Erfolges dieser Maßnahmen darf nicht vergessen werden, dass eine soziale Auffälligkeit entscheidend durch soziale und ökonomische Ressourcen mit bedingt ist, (z.B. wird der Übergang vom Dunkel- ins Hellfeld von sozio-ökonomischen Ressourcen gesteuert, Karstedt-Henke & Crasmöller 1991) und dass es sich deswegen bei der Identifizierung entlang sozialer Auffälligkeiten aller Wahrscheinlichkeit nach um einen selektiven Prozess zuungunsten niedrigerer sozialer Schichten handelt. Darüber hinaus deutet Vieles darauf hin, dass Jugendliche, die relativ gut mit Ressourcen ausgestattet sind, eine besonders hohe Akzeptanz gegenüber (legalem und illegalem) Drogenkonsum zeigen (Blinkert 2003), und deswegen geringeren Schutz gegenüber Suchtgefährdungen aufweisen, jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach relativ lang sozial unauffällig bleiben.

Früherkennung kann sich zudem auch über den routinemäßigen Einsatz von Screening-Instrumenten vollziehen. Bislang liegen hier bei Erwachsenen zum Teil ermutigende Resultate vor, v.a. mit solchen Ansätzen, die auf eine bessere Verzahnung des medizinischen Systems mit der Suchtkrankenhilfe zielen (Hapke 2000); für Jugendliche fehlen jedoch bislang entsprechende Erfahrungen.

(3) Früherkennung durch die Definition von Risikogruppen

Anhand weiterer Indikatoren, von denen bekannt ist, dass sie in einem engem Zusammenhang mit riskantem, missbräuchlichem oder abhängigem Substanzkonsum stehen, werden Zugangswege bzw. Zielgruppen der sekundären Suchtprävention definiert. Hierzu gehören z.B. Migranten mit missglückten Integrationserfahrungen oder sozialräumlich orientierte

Definitionen, wie z.B. benachteiligte Stadtteile oder Schulen in sozialen Brennpunkten. Die Stärke dieser Ansätze liegt darin, dass sie in der Regel in der Lebenswelt der Betroffenen, im „Setting“ verankert werden können.

Die Bedeutung von Assessments für die Frühintervention

(1) Assessment als Komponente der Frühintervention

Das hohe Interesse, das Jugendliche für die Einschätzung ihrer Risiken zeigen, bietet zugleich Anknüpfungspunkte für die konkrete sekundärpräventive Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In sekundärpräventiven Ansätzen werden verstärkt Informationen vermittelt, z.B. zur Verteilung und den Wirkkräften von Risikofaktoren, zu Indikatoren von Missbrauch und Sucht, zu typischen Ein- und Ausstiegsprozessen usw.; das Konzept der Aufklärung erlebt augenblicklich eine Renaissance. Neben der Informationsvermittlung geht es in diesen Ansätzen darüber hinaus um eine sozialpädagogisch orientierte Anleitung, sich bzw. das eigene Konsumverhalten, die eigene Lebenssituation usw. zu den Informationen in Beziehung zu setzen. Ziel ist die Förderung einer realistischen Selbsteinschätzung und Risikowahrnehmung, die oft Veränderungsmotivation als Effekt freisetzt.

(2) Assessments in der psychosozialen Diagnostik

Bei der (sekundären) Suchtprävention handelt es sich um ein Arbeitsfeld, das traditionell in der Sozialen Arbeit verankert ist, bzw. das stark von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern durchsetzt ist. Die Soziale Arbeit hatte lange Zeit ein eher reserviertes Verhältnis zu Diagnosen und Assessments. Man befürchtete eine „Medikalisierung des Sozialen“ und wollte einer Klientelisierung und Therapeutisierung keinen Vorschub leisten (eine Zusammenfassung der Auseinandersetzung bietet Mühlum 2002).

Mit der Entwicklung des Fachgebietes der Klinischen Sozialarbeit liegt ein Konzept psychosozialer Diagnostik vor, das ein tragfähiges Fundament sozialpädagogischer Beratungs- und Behandlungskonzepte darstellt. Entlang der entlang der vier Koordinaten (1) Ökosoziale Defizite, Belastungen, soziale Vul-

nerabilität, (2) Personale Belastungen, Konflikte, Defizite, Risikofaktoren, (3) Förderliche Umweltbedingungen und (4) Personale Kompetenzen, Ressourcen, Schutzfaktoren wird die Möglichkeit eines individuellen Assessments – auch mit Hilfe psychologischer Testverfahren – im Kontext sozialarbeiterischer Intervention vorgeschlagen, ohne dass der Blick auf die soziogenetischen Anteile von Gefährdung und Krankheit aufgegeben wird (Pauls 2004: 217). Eine umfassende psychosoziale Diagnostik bietet viel versprechende Potenziale zur Fundierung, fachlichen Absicherung und Weiterentwicklung einer sozialpädagogisch orientierten sekundären Suchtprävention.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Testverfahren vielseitig einsetzbare und nutzbare Instrumente im Kontext sozialpädagogischer Interventionen in der sekundären Suchtprävention darstellen. Sie leisten nicht nur eine erste Einschätzung in Hinblick auf eine mögliche Substanzgefährdung. Sie stellen auch Informationen und Kriterien bereit für weiterführende Auseinandersetzungen mit Jugendlichen zur Förderung der Selbstwahrnehmung und Risiko einschätzung und sie bieten einen Beitrag zur Absicherung der Fachlichkeit in der sekundären Suchtprävention.

Im folgenden wird ein Kurztest zur Entdeckung riskanten Substanzkonsums vorgestellt, der in einer empirischen Studie auf seine Validität (= Gültigkeit) geprüft wurde (Laging 2004). Dabei handelt es sich um das erste Instrument, das in Deutschland für Jugendliche getestet wurde.

2. Der Kurztest RAFFT

Der RAFFT wurde in den USA entwickelt, um riskanten, schädlichen oder abhängigen Gebrauch von Alkohol und/oder Drogen bei Jugendlichen zu identifizieren. „RAFFT“ ist ein Akronym, der ein breites Spektrum der Themen abfragt, die bei der Einschätzung jugendlichen Substanzgebrauchs eine Rolle spielen (s.u.). Eine Validierungsstudie des RAFFT im klinischen Setting in den USA bei 13- bis 18-jährigen Jugendlichen zeigte gute Ergebnisse (Bastiaens et al. 2000). Der RAFFT zeichnet sich durch seine Kürze und Einfachheit aus, die eine erste, unkomplizierte Einschätzung auch bei kognitiv schwächeren Jugendlichen zulassen.

Tabelle 1: Die Original-Items des RAFFT

Do you drink or use drugs to relax, feel better about yourself, or to fit in?
Do you ever drink alcohol or use drugs while you are by yourself, alone?
Do any of your closest friends drink or use drugs?
Does a close family member have a problem with drink or use drugs?
Have you ever gotten into trouble from drinking or drug use (i.e. skipping school, bad grades, trouble with the law or parents)?
(Riggs & Alario: 1989)

Do you drink or use drugs to *relax*, feel better about yourself, or to fit in?

Diese Frage erfasst positive Wirkungen des Alkohol- oder Drogengebrauchs. Es wird von der verhaltenstheoretisch geprägten Annahme ausgegangen, dass ein positives Erleben der Effekte des Alkohol- oder Drogengebrauchs die Wahrscheinlichkeit seiner Wiederholung und Verstärkung erhöht, also konsumstabilisierend wirkt (Petraitis, Flay & Miller 1995, Schuckit 1994). Das Item zielt allgemein auf positive Wirkungen, beinhaltet aber zwei inhaltlich unterschiedliche Akzente: Zum einen wird erfragt, inwieweit der Konsum im psychopharmakologischen Sinne zur Befindlichkeitssteuerung erfolgt (relax, feel better about yourself). Der zweite Teil der Frage (to fit in) erhebt, inwieweit der Jugendliche empfänglich gegenüber Gruppendruck ist. Es gibt Hinweise darauf, dass abhängige Jugendliche die stimmungsverändernden Funktionen des Substanzkonsums stärker betonen als soziale Motive (Henly & Winters 1988). Kleiber und Soellner (1998: 119) fanden, dass Gelegenheitskonsumenten von Cannabis signifikant weniger zu Cannabis greifen, um negative Gefühle zu vermeiden oder zu reduzieren als Gewohnheitskonsumenten mit ausgeprägten Konsummustern. Vor diesem Hintergrund wurde für die deutsche Version diese Frage in zwei Items umgewandelt (s.u.).

Do you ever drink alcohol or use drugs while you are by yourself, *alone*?

Der soziale Kontext des Alkohol- oder Substanzgebrauchs ist wichtig zur Einschätzung einer möglichen Gefährdung. Die Initiation des Gebrauchs von illegalen Substanzen findet in der Regel in der Peer-Group statt, während der

Erstkonsum des Alkohols sich fast immer in der Familie ereignet. Bei einer Weiterführung des Gebrauchs können die sozialen Motive und Kontexte in den Hintergrund treten. Ein „Ja“ bei dieser Frage kann zudem auf eine beginnende soziale Isolation weisen. Knight et al. (1999: 594) empfehlen, eine positive Beantwortung dieser Frage als „red flag“ zu behandeln, die allein auf die Notwendigkeit einer weiteren Untersuchung hinweist.

Do any of your closest *friends* drink or use drugs?

Es gehört mittlerweile fast schon zum Allgemeinwissen, dass jugendlicher Substanzkonsum oft eng mit dem der Gleichaltrigengruppe verbunden ist. Neben Eltern und Geschwistern gelten gleichaltrige Freunde als die Personengruppe, die am stärksten Einfluss auf das Substanzverhalten Jugendlicher nehmen. Die Homogenität zeigt sich dabei sowohl im Hinblick auf die Substanzart als auch hinsichtlich der Konsummuster.

Does a close *family* member have a problem with alcohol or drug use?

In einer suchtbelasteten Familie aufzuwachsen gilt als einer der zentralen Risikofaktoren für die Ausbildung eines Substanzmissbrauchs oder einer -abhängigkeit. Dabei gibt es sowohl statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Gebrauch und dem des Jugendlichen ebenso wie unter Geschwistern, wie Denton und Kampfe (1994) in einer Überblicksarbeit zeigen konnten. Neben den typischen Erziehungsstilen in drogenmissbrauchenden Familien wird die Modellwirkung der Eltern auf die Kinder als maßgebliche Bedingung für diesen Zusammenhang diskutiert (Schmidt et al. 1999: 68).

Have you ever gotten into *trouble* from drinking, using drugs?

Dieses Item zielt auf die klinische Missbrauchskategorie gemäß DSM-IV (Wittchen et al. 1996). Missbrauch als klinische Diagnose ist definiert über soziale und/oder körperliche Schäden, die im Zusammenhang des Substanzkonsums über einen Zeitraum von einem halben Jahr auftreten. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass das Missbrauchssymptom „Gebrauch trotz zwischenmenschlicher, schulischer oder arbeitsbezogener Probleme“ zum

einen das häufigste Missbrauchssymptom bei Jugendlichen darstellt (Harrison et al. 1998, Martin et al. 1995, Winters et al. 1999) und zum anderen bei problematischen Entwicklungen als eines der ersten Symptome auftritt (Martin et al. 1996). Diese Frage eignet sich zudem insbesondere als Initiation für eine weitere Exploration (was ist passiert?) und als Start für eine Intervention.

In der Validierungsstudie des RAFFT (Laging 2004) wurden nach der Übersetzung des RAFFT zwei Skalen (RAFFT-Alkohol, RAFFT-Drogen) mit identischen Fragestellungen gebildet. Alle Fragen bieten nur zwei Antwortmöglichkeiten, wobei ein „Ja“ immer mit einem Punkt bewertet wird und ein „Nein“ mit 0 Punkten.

Tabelle 2: Die deutsche Version des RAFFT

RAFFT-Alkohol

Trinkst du manchmal Alkohol, weil du dich entspannen oder du dich besser fühlen möchtest?

Trinkst du manchmal Alkohol, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest?

Trinkt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mindestens einmal die Woche) regelmäßig Alkohol?

Trinkst du manchmal Alkohol, wenn du alleine bist?

Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit Alkohol?

Hattest du schon mal ernsthafte Schwierigkeiten wegen deines Alkoholkonsums? (z.B. schlechte Zensuren, Ärger mit dem Gesetz oder den Eltern)

RAFFT-Drogen

Nimmst du manchmal illegale Drogen, weil du dich entspannen oder du dich besser fühlen möchtest?

Nimmst du manchmal illegale Drogen, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest?

Nimmt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mindestens einmal in der Woche) illegale Drogen?

Nimmst du manchmal illegale Drogen, wenn du alleine bist?

Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit illegalen Drogen?

Hattest du schon mal ernsthaft Schwierigkeiten wegen deines Konsums illegaler Drogen? (z.B. schlechte Zensuren, Ärger mit dem Gesetz oder den Eltern)

Daten und Ergebnisse

Das Studiendesign zur Validierung des RAFFT sind bei Laging (2004) veröffentlicht. An die-

ser Stelle werden die praxisrelevanten Ergebnisse zusammengefasst berichtet. Die Ergebnisse beziehen sich auf eine repräsentative Gruppe von 263 Jugendlichen in einem ländlichen Gebiet.

Wichtigste Frage zur Beurteilung eines Instrumentes ist die Frage nach seiner Gültigkeit, also inwieweit ein Instrument das zu messende Konstrukt (hier: riskanter, missbräuchlicher, abhängiger Substanzkonsum bei Jugendlichen) tatsächlich erfasst. Dabei weisen alle Instrumente Ungenauigkeiten auf, die über die Sensitivität und Spezifität beschrieben werden. Die Sensitivität beschreibt die Fähigkeit eines Instrumentes, die Personen mit dem zu erkennenden Merkmal korrekt zu identifizieren, die Spezifität beschreibt die Fähigkeit eines Instrumentes, die Personen ohne das zu erkennende Merkmal korrekt zu identifizieren. Kenntnisse über die Fehlerwahrscheinlichkeit eines Instrumentes sind sehr wichtig für einen reflektierten und sensiblen Umgang mit Testergebnissen.

Für den RAFFT-Drogen wurden für einen Trennwert von zwei Punkten folgende Genauigkeitswerte festgestellt (Tabelle 3):

Tabelle 3: Sensitivität und Spezifität des RAFFT-Drogen nach Alter und Geschlecht

	Sensitivität	Spezifität
12 bis 13 Jahre	0%	0%
14 bis 18 Jahre	92,3%	68,6%
14 bis 18 Jahre, männlich	93,3%	77,8%
14 bis 18 Jahre, weiblich	90,9%	58,8%

Die Sensitivität und Spezifität des RAFFT-Drogen unter den 12- bis 13-jährigen Jugendlichen liegt bei 0 Prozent. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass die Prävalenz eines riskanten, missbräuchlichen oder abhängigen Drogenkonsums in dieser Altersgruppe sehr gering ist; ein Einsatz der Skala erscheint in dieser Altersgruppe nicht sinnvoll. Für die 14- bis 18-jährigen Jugendlichen zeigt der RAFFT-Drogen hingegen eine gute Leistung, die bei männlichen Jugendlichen noch ausgeprägter ist als bei weiblichen Jugendlichen.

Die Studie zeigte darüber hinaus, dass den drei Items „Schwierigkeiten durch Drogenkonsum“, „Drogenkonsum allein“ und „Drogen-

konsum zur Entspannung“ das stärkste Potenzial zukommt, um riskanten, missbräuchlichen oder abhängigen Substanzkonsum bei Jugendlichen zu erkennen (ohne Abbildung).

Die Leistung des RAFFT-Alkohol ist vergleichbar mit der des RAFFT-Drogen: Ebenfalls bei einem Trennwert von 2 Punkten erreichte der RAFFT-Alkohol bei männlichen Jugendlichen eine Sensitivität und Spezifität von 80 Prozent und 65 Prozent gegenüber 71,4 Prozent und 52,6 Prozent bei weiblichen Jugendlichen. Auch im Hinblick auf das Alter zeigt der RAFFT-Alkohol unterschiedliche Leistungen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Sensitivität und Spezifität des RAFFT-Alkohol nach Alter und Geschlecht

	Sensitivität	Spezifität
12 bis 13 Jahre	87,5%	35,0%
14 bis 18 Jahre	75,0%	64,3%
14 bis 18 Jahre, männlich	79,5%	67,3%
14 bis 18 Jahre, weiblich	70,0%	60,9%

Die stärkste Leistung zeigt der RAFFT-Alkohol bei den 14- bis 18-jährigen männlichen Jugendlichen. Bei den 12- bis 13-jährigen ist die Spezifität sehr schwach, sodass ein Einsatz auch des RAFFT-Alkohol in dieser Altersgruppe überdacht werden sollte. Der RAFFT-Alkohol zeigt in der Gruppe der 14- bis 18-jährigen männlichen Jugendlichen, die ein besonders hohes Risiko trägt, eine alkoholinduzierte Störung zu entwickeln, die stärkste Performance.

3. Schlussbetrachtung

Mit dem Kurztest RAFFT liegt ein geprüftes Instrument vor, das riskanten, missbräuchlichen oder abhängigen Substanzkonsum mit einer bekannten Fehlerwahrscheinlichkeit erkennen kann. Er erlaubt eine erste „Vorabschätzung“ und bietet zudem Kriterien und Anhaltspunkte für eine weiterführende Arbeit mit Jugendlichen, die im einführenden Teil dieses Beitrages skizziert wurden. Im Zentrum stehen dabei v.a. die Maßnahmen, die auf einen sozialpädagogisch begleiteten „Risiko-Check-up“ zielen. Jedoch muss hierbei auch beachtet werden, dass weitere Kriterien für

eine vollständige Einschätzung hinzugezogen werden müssen. Neben den Kriterien des DSM-IV bzw. des vergleichbaren ICD-10 sind weitere wichtige Parameter zur Risikoabschätzung bei Jugendlichen: das Alter des Jugendlichen, die konsumierten Substanzarten, Konsummuster und das Verschleppen von Entwicklungsaufgaben (Winters 2001), die in weiterführende Assessments und Interventionen einbezogen werden sollten.

Es zeigt sich, dass u.a. differenzierte Kenntnisse notwendig sind, wenn Fachkräfte den

Diskussionen über Risiken des Substanzkonsums mit Jugendlichen, die ja in der Regel über ein umfangreiches Erfahrungswissen verfügen, standhalten wollen. Gleichzeitig bieten differenzierte diagnostische Kenntnisse auch den Fachkräften Sicherheit in der Arbeit mit konsumierenden Jugendlichen und wirken der Tendenz entgegen, konsumierende Jugendliche mit einer gewissen Ausschließlichkeit entweder zur Abstinenz oder in umfangreiche Therapiemaßnahmen bringen zu wollen.

Literatur

- Appel, E. & Hahn, A. (2001). Verbreitung legalen und illegalen Drogenkonsums und die Bedeutung der Gleichaltrigen für die Drogeneinnahme bei Berliner Gymnasiasten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9 (1) 13-25.
- Bastiaens, L., Francis, G. & Lewis, K. (2000). The RAFFT as a Screening Tool for Adolescent Substance Use Disorders. In: *The American Journal of Addictions*, 9, 10-16.
- Blinkert, B. (2003). Ressourcen und Praxis von Jugendlichen. *Freizeit, Gewalt und Drogen. Jugendstudie für den Landkreis Waldshut*. Herbolzheim: Cantaurus.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003a) (Hrsg.) Aktionsplan Drogen und Sucht. [bmg.bund.de/downloads/Aktionsplan_BPA_ges.pdf].
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003b) (Hrsg.). Drogen- und Suchtbericht 2003. Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungsbefragung 2001. Köln.
- Denton, R.E. & Kampfe, C.M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review. *Adolescence*, 29, 475-479.
- Fahrenkrug, H. (1995). Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Hapke, U. (2000). Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus. Theoretische Grundlagen und empirische Befunde. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Harrison, P.A., Fulkerson, J.D. & Beebe, T.J. (1998). DSM-IV Substance Use Disorder Criteria for Adolescents: A Critical Examination Based on a Statewide School Survey. *American Journal of Psychiatry*, 155 (4), 486-492.
- Henly, G.A. & Winters, K.C. (1988). Development of problem severity scales for the assessment of adolescent alcohol and drug abuse, *The International Journal of Addictions*, 23, 65-85.
- Karstedt-Henke, S. & Crasmöller B. (1991). Risks of Being Detected, Chances of Getting Away. In: J. Junger-Tas, L. Boendermaker & P. van der Laan (Hrsg.). *The Future of the Juvenile System* Leuven: Acco, 33-61.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998). Cannabiskonsum: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Weinheim, München: Juventa.
- Knight, J.R., Shrier, L.A., Bravender, T.D., Farrell, M., Vander Bilt, J. & Shaffer, H.J. (1999). A New Brief Screen for Adolescent Substance Abuse. *Archives of Pediatric Adolescents Medicine*, 153, 591-596.
- Langness, A., Richter, M. & Hurrelmann, K. (2003). Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.). *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim, München: Juventa, 301-333.
- Laging, M. (2004). Riskanter Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen. Entstehungszusammenhänge, Möglichkeiten der Identifizierung und Prävention. Hamburg: Dr. Kovac.
- Laging-Glaser, M. (2002). Sozialer Trainingskurs Sucht. Ein Angebot der Suchtkrankenhilfe für konsumierende Jugendliche. *Konturen*, 23 (1), 27.
- Langness, A., Richter, M. & Hurrelmann, K. (2003). Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen für eine jugendgerechte Prävention und Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.). *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim, München: Juventa, 301-333.
- Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H. & Wittchen, H.-U. (2000). Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. In: *Sucht*, 46 (1), 18-31.
- Martin, C.S., Kaczynski, N. A., Maisto, S.A., Bukstein, O.M. & Moss, H.B. (1995). Patterns of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence Symptoms in Adolescent Drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 672-680.
- Martin, C. S., Langenbucher, J.W., Kaczynski, N.A. & Chung, T. (1996). Staging in the Onset of DSM-IV Alcohol Symptoms in Adolescents: Survival/Hazard Analyses. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 549-558.
- Mühlum, A. (2002). Gesundheitsförderung und klinische Fachlichkeit. Auf dem Weg zur Klinischen Sozialarbeit. In: Margret Dörr (Hrsg.). *Klinische Sozialarbeit – eine notwendige*

- Kontroverse. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag, 10-22.
- Pauls, H. (2004). Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Petratis, J., Flay, B.R. & Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use. *Psychological Bulletin*, 117 (1), 67-86.
- Richter, M. & Settertobulte, W. (2003). Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen. In: K. Hurrelmann, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim, München: Juventa, 99-157.
- Riggs, S.G. & Alario, A.J. (1989). Adolescent Substance Use. Instructor's guide. In: C.E. Dube, M.E. Goldstein, D.C. Lewis, E.R. Myers & W.r. Zwick (Eds.). *The Projekt ADEPT. Curriculum for Primary Physican Training*. Providence: Projekt ADEPT, Brown University.
- Roth, M. (2002). Verbreitung und Korrelate des Konsums legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 10 (1), 23-35.
- Schmidt, B. (2002). Sekundärprävention bei konsumierenden Jugendlichen. *Sucht aktuell*, (9) 1, 12-17.
- Schmidt, B. (1998). Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen. *Sekundärpräventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit*. Weinheim, München: Juventa.
- Schmidt, B., Alte-Teigeler, A. & K. Hurrelmann (1999). Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch. In: M. Gaspar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.). *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme, 50-69.
- Schuckit, M.A. (1994). Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 151, 184-189.
- Schulte-Markwort, M. & Düsterhus, P. (2003). Safer Use oder Sekundärprävention? Präventive Ansätze und Behandlungsstrategien bei Suchtmittelmissbrauch im Kindes- und Jugendalter. *Sucht aktuell*, 10 (2), 21-24.
- Schuster, P., Lieb, R., Lamertz, C. & Wittchen H.-U. (1998). Is the Use of Ecstasy and Halluzinogens Increasing? Results from a Community Study. *European Addiction Research*, 4, 75-82.
- Winters, K.C. (2001). Assessing Adolescent Substance Use Problems and Other Areas of Functioning: State of the Art. In: P.M. Monti, S.M. Colby & T.A. O'Leary (Ed.). *Adolescents, Alcohol and Substance Abuse. Reaching Teens through Brief Interventions*. New York, London: Guilford Press.
- Winters, K.C. Latimer, W. & Stinchfield, R.D. (1999). The DSM-IV Criteria for Adolescent Alcohol and Cannabis Disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 337-344.
- Wittchen, H.-U., Saß, H. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM IV*. Göttingen: Hogrefe.