

# Aktuelle suchtmmedizinische Fragen

## Relevante Themen bei Kindern und Jugendlichen in der Praxis

**Suchtmmedizinisch ist das Jugendalter von erheblicher Bedeutung, da in dieser Altersperiode der Umgang mit Suchtmitteln erlernt wird, was sowohl stoffgebundene als auch nicht stoffgebundene Suchtmittel betrifft.**

Von **Oliver Bilke-Hentsch<sup>1</sup>** und **Olaf Reis<sup>2</sup>**

**D**ie von den Jugendlichen in dieser Zeit getroffenen Entscheidungen wirken wie Weichenstellungen und beziehen sich häufig auf sogenannte Entwicklungsaufgaben (1). Während dieser Phase muss der Jugendliche lernen, autonom und verantwortlich zu konsumieren und seinen Platz in einer konsumierenden Gesellschaft zu finden.

Damit ist ein aktueller Aspekt der Suchtmmedizin bei minderjährigen Patienten herausgestellt: Es ist primäre Aufgabe der Diagnostik, temporäre (entwicklungsinhärente) und anhaltende (potenziell pathologische) Problematiken voneinander zu trennen. Akute Alkoholintoxikationen (sog. Koma-saufen) sind beispielsweise überwiegend mangelnder Erfahrung zuzuschreiben (2, 3) und markieren keineswegs den Beginn einer Suchterkrankung.

**Hohe Eigenmotivation ist keine Voraussetzung für die Effektivität einer Behandlung.**

### Früherkennung von Suchtproblemen bei Jugendlichen

Die Entwicklung einer Suchtproblematik ist ein komplexes biopsychosoziales Geschehen und betrifft Konsumenten und Konsumentinnen, ihre Umgebung und deren Interaktion (4). Darin spielen Risiken auf der Seite des Individuums, der konsumierten Substanz und des sozialen Kontextes eine Rolle. Folgende Muster zeigen die Notwendigkeit einer frühen Intervention an:

- früher Beginn des Konsums (vor dem 12. Lebensjahr, ggf. präpubertär)
- schnelle Dosissteigerung
- zunehmend sozial isolierter Konsum, ausserhalb von Peergroups
- Einnahme von mehr als einer Substanz, wahllos oder gezielt
- abrupte und nachhaltige Wechsel der Peergroup
- Teilnahme an drogenfokussierten Kulturen
- gedankliche Fokussierung auf Suchtmittelkonsum
- komorbide Problematiken, meistens psychischer Natur
- frühe Devianz
- konsumierende Eltern

- Funktionalität des Konsums zur Bewältigung von Entwicklungsaufgaben.

Diese Früherkennungskriterien enthalten einige diagnostische Kriterien der späteren Suchterkrankung. Der Selbstdarstellung des Jugendlichen ist in dieser frühen Phase ebenfalls hohe Bedeutung beizumessen, denn die Simulations- und Verschleierungstendenzen, die für den ernsthaft Drogenabhängigen typisch sind, finden sich in dieser Phase klinisch weniger ausgeprägt. Den Angaben der konsumierenden Jugendlichen über Menge, Art der Drogen und Konsummuster kommt ausserhalb des forensischen Kontextes eine recht hohe Glaubwürdigkeit zu, während Eltern seltener verlässliche Informationsquellen sind. Eher werden valide Beobachtungen zu Gefährdungen im nahen Umfeld der Jugendlichen gemacht, weshalb möglichst andere Quellen (z.B. Partner, Freunde, Lehrer) einzubeziehen sind. Die individuelle Funktionalität des Konsums ist für die Beurteilung der Suchtgefährdung, für die Diagnostik und die Interventionsplanung von ausschlaggebender Bedeutung, wobei sich Jugendliche dieser funktionalen Zusammenhänge nicht bewusst sein müssen.

### Klinische Verlaufsformen und Komorbidität

Komorbidie Problematiken sind für die Entstehung einer Sucht, für ihre Chronifizierung, für die Therapierbarkeit und für die Rückfallprognose von Bedeutung, weshalb sie in der Suchttherapie eine zentrale Rolle spielen. Zu beachten sind vor allem psychiatrische Diagnosen, aber auch somatische Symptomaten, wie Adipositas oder Diabetes, sollten nicht ausser Acht gelassen werden. Die Kernsymptomatik einer Suchterkrankung ähnelt der bei erwachsenen Patienten:

- langfristiger und deutlicher schulischer und ausbildungsbezogener Interessensverlust
- Fokussierung auf Beschaffung und Benutzung von Suchtmitteln
- nachlassende Wirkung bei gleicher Dosis
- regelmässige Dosissteigerung und teils wahllose Kombinationen

<sup>1</sup> Modellstation Somosa, Winterthur

<sup>2</sup> Universitätsmedizin Rostock

- bei Absetzen oder längeren Pausen Entzugserscheinungen
- regelmässiges, zwanghaftes Denken an das Suchtmittel und seine positive Wirkung und an die entsprechenden sozialen Situationen des Konsums.

### Diagnostik

Auch für Jugendliche orientieren sich die Diagnosekriterien an der ICD-10, demnächst ICD-11, oder dem DSM-5. Anders als bei Erwachsenen bleiben die einzelnen Symptome weniger stabil, weshalb nicht Symptome zu addieren oder zu sammeln sind, sondern der Patient und seine Familie in ihrer Gesamtsituation und Entwicklung verstanden werden sollten.

### **Ambulante Therapien in Kooperation mit Kinder- und Hausärzten sind den teilstationären und stationären Massnahmen vorzuziehen, sofern dies das Stadium der Suchterkrankung zulässt.**

Eine gute Vorbereitung kinder- und jugendpsychiatrischer Interventionen stellt das multiaxiale Klassifikationsschema (MAS) dar (5), welches durch zusätzliche Diagnostik mittels Anamnesegespräch und Fragebögen untermauert werden sollte. Dabei sollte möglichst interdisziplinär vorgegangen werden, da weder die biologisch-medizinischen noch die sozialen Faktoren allein im Vordergrund stehen. Im Rahmen dieser ganzheitlichen Sicht ist auch die Entwicklungsbehinderung abzuschätzen, womit die Fähigkeit des Patienten, seine altersangemessenen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, gemeint ist. Urinkontrollen können die Diagnostik ergänzen, auch wenn sie eher der Überprüfung des Einhaltens von Abstinenz und anderen Therapiezielen dienen. Die Haaranalyse ist für gerichtliche Zwecke zum Teil angezeigt, hat für den praktischen Alltag aber eine untergeordnete Bedeutung.

### **Speziell für moderne, internetassoziierte Verhaltenssuchte sind Angebote erforderlich, die angesichts der Notwendigkeit medial verbundener Existenzen nicht mehr vom Therapieziel der Abstinenz ausgehen können.**

Ergänzt werden Anamnese und Labordiagnostik durch eine sorgfältige körperliche Untersuchung, da Jugendliche häufig körperliche Erkrankungen verschweigen, nicht regelmässig zum Kinder- oder Hausarzt gehen und erst die Suchtproblematik auf andere körperliche Auffälligkeiten verweist.

Bildgebende Verfahren, wie Computer- (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT), EEG-Untersuchungen, andere apparative Untersuchungen und spezielle Labortests stehen im Hintergrund und werden bei einer spezifischen einzelnen Verdachtsdiagnose gezielt eingesetzt, etwa wenn es um die Diagnostik von Psychosen oder möglichen parallel bestehenden neurologischen Erkrankungen geht.

Entscheidend für die Diagnostik bei Jugendlichen ist zunächst der Zugang zum Klienten selbst. Häufig liegt die

Motivation für den Erstkontakt mit dem Helfersystem nicht bei den Jugendlichen, sondern bei wichtigen Bezugspersonen, den «signifikanten Anderen». Der Einbezug derartiger Kontaktpersonen oder «Vermittler» ist noch wichtiger als in der Erwachsenenarbeit.

### Grundsätzliches zur Therapieplanung

Auf dem Boden der individuellen Risikokonstellation in der Vorgeschichte, dem aktuellen Suchtverhalten und den mittels des multiaxialen Diagnoseschemas MAS diagnostizierten Auffälligkeiten und Erkrankungen ist insbesondere bei schweren Suchterkrankungen ein langfristiger, Rückschritte miteinbeziehender Therapieplan anhand der AWMF-Leitlinien unumgänglich (6). Wie bei Erwachsenen beginnt der interventive Verlauf mit der Diagnostik, nicht selten mit einer Akutintervention, daran schliesst sich die spezifische Therapie der Sucht und begleitender Erkrankungen an. Im Gegensatz zu Erwachsenen ist bei Kindern und Jugendlichen der sogenannte «qualifizierte Entzug» stets indiziert (7).

Qualifizierter Entzug bedeutet, dass diese Interventionsphase komplexe, der Jugendlichkeit der Patienten angemessene Interventionen beinhalten soll, die über das Mass der Interventionen bei Erwachsenen weit hinausgehen. Dies betrifft den Einbezug sozial- und familientherapeutischer Massnahmen, die Therapie von (oftmals) psychiatrischen Primärstörungen, die beständige Motivationsarbeit und die Lebensweltorientierung.

In der letzten Zeit diversifizieren sich die Therapieangebote für Jugendliche und reichen mittlerweile von ambulant aufsuchenden Formen über tagesklinische Therapien bis hin zu hochintegrierten stationären Angeboten. Speziell für moderne, internetassoziierte Verhaltenssuchte sind Angebote erforderlich, die angesichts der Notwendigkeit medial verbundener Existenzen nicht mehr vom Therapieziel der Abstinenz ausgehen können. Vielmehr treten Ziele wie kontrollierter Konsum, Differenzierung von Online- und Offline-Bewältigungen oder die Balance von Verbundenheits- und Abtrennungsprozessen in den Vordergrund. Die individuelle Funktionalität des Konsums ist dabei von zentraler Bedeutung (8). Ohne eine integrierte klinische Sozialarbeit und Sozialpädagogik bleiben Entgiftungsmassnahmen, rein psychiatrisch-medizinisch orientierte Kriseninterventionen und allgemeine Psychoedukation weitgehend wirkungsarm. In einer späteren Phase werden Jugendliche innerhalb langfristiger Massnahmen in den Alltag reintegriert, was alle Umwelten (schulische, soziale Kontakte, Gesundheit, Familie etc.) betreffen kann. Suchtmedizinische Interventionen sind zu einem grossen Teil regionale Netzwerkarbeit.

In der Praxis haben sich beispielsweise Kooperationen zwischen Psychiatern und Kinderärzten bewährt, wobei beide Fächer von der Öffnung füreinander profitieren können. Auch nicht medizinische Partner sind bedeutsam, wie «Drogenlehrer» oder Berater. Diese Partnerschaften sind umso funktionaler, je stärker die kooperierenden Personen oder Einrichtungen dem Themenbereich gegenüber aufgeschlossen sind und/oder normative Vorgaben, etwa von Schulbehörden, bestehen.

Wichtige allgemeine Grundsätze der Behandlung jugendlicher Patienten mit einer Störung durch Substan-

zen sind die folgenden (siehe grundlegende Richtlinien der AACAP 2005 [9] sowie aktuelle AWMF-Leitlinien [7]):

- Primäres Behandlungsziel bei psychisch kranken Jugendlichen ist das Erreichen der Abstinenz. Vertretbare Zwischenziele können im Einzelfall jedoch sein: Verringerung des Substanzkonsums und sich daraus ergebender negativer Folgen, Verringerung von Rückfallhäufigkeit und -schwere, Verbesserung des Funktionsniveaus des Jugendlichen.
- Die Festlegung von Zielen sollte in enger Abstimmung mit dem Patienten, aber auch anderen betroffenen Personen und Institutionen, etwa dem Jugendamt, erfolgen.
- Die Patienten sollen Problemeinsicht und die Motivation zu einer weiterführenden Behandlung erlangen.
- Hohe Eigenmotivation ist keine Voraussetzung für die Effektivität einer Behandlung, auch Sanktionen durch wichtige Bezugspersonen oder institutionelle Auflagen können den Behandlungserfolg verbessern.
- Massnahmen zur Verminderung der Abbruchwahrscheinlichkeit sollten eingeführt werden.
- Die Jugendlichen benötigen bei jedem Therapieschritt Klarheit über die weitere Entwicklung, verlässliche Zusagen und transparente Kommunikation der Hilfeanbieter im Sinne der Partizipation.
- Verhaltensorientierte Interventionen sind unverzichtbare Komponenten jedes Behandlungsprogramms.
- Familienbezogene Interventionen sind ein ausserordentlich wichtiger Bestandteil der Behandlung substanzabhängiger Patienten (s. unten).
- Die Wirksamkeit der Behandlung muss wiederholt durch objektive Befunde, in der Regel mittels Urinkontrollen und Bestimmung der Medikamentenspiegel im Sinne eines therapeutischen Substanzmonitorings, überprüft werden. Im Vorfeld sind im Rahmen der Entwicklung des Behandlungsplans verbindliche Absprachen zu treffen, welche Konsequenzen ein positiver Testbefund nach sich zieht.
- Die Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, Schule und Jugendamt ist zur Entwicklung weiterer Lebensperspektiven für den Jugendlichen von hoher Bedeutung.
- Das Erreichen dauerhafter Abstinenz ist an den Aufbau eines substanzfreien Lebensstils mit Beziehungen zu prosozialen, abstinenten Jugendlichen und der Entwicklung geeigneter alternativer Freizeitaktivitäten gebunden.
- Komorbide Störungen werden in ihrer Bedeutung für das Suchtgeschehen diagnostiziert und können sogar in den Vordergrund der Suchtbehandlung treten. Eine Suchtbehandlung ohne Behandlung der komorbiden Störung hingegen wird weitgehend wirkungslos bleiben.
- Die Indikation von Anschluss- oder längerfristigen Massnahmen ist zu überprüfen, gegebenenfalls werden diese dann eingeleitet.

### Auswahl des Therapiesettings

Grundsätzlich ist bei Suchterkrankungen Minderjähriger gemäss den wissenschaftlichen Leitlinien das am geringsten einschränkende Setting zu wählen. Demnach sind ambulante Therapien in Kooperation mit Kinder- und

Hausärzten den teilstationären und stationären Massnahmen vorzuziehen. In der Realität werden Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen allerdings oft erst in einem späteren Verlaufsstadium entdeckt, sodass ambulante Massnahmen nur bei hoher Frequenz und hoher Flexibilität zum Einsatz kommen können.

Das Behandlungsteam, sei es im ambulanten oder im stationären Bereich, sollte sich frühzeitig die Gesamtperspektive des Patienten beziehungsweise Klienten vor Augen führen. Geht es um das übergeordnete Therapieziel der absoluten Abstinenz, wie bei jungen Heroinabhängigen, jungen schwer Kokainabhängigen, schizophren erkrankten Cannabisbenutzern oder adoleszenten Alkoholkranken, so unterscheidet sich der Therapiepla-

### Die Rückfallwahrscheinlichkeit ist innerhalb der ersten drei Monate nach stationärer Behandlung am grössten.

nungsprozess grundsätzlich von den Klienten, bei denen der teils abhängige Drogenkonsum als Teil einer psychiatrischen Gesamtthematik gesehen werden kann und daher eher vorübergehenden oder sekundären Charakter hat. Bei dieser zweiten Patientengruppe sind Ansätze wie «safer use» oder «harm reduction» zu diskutieren. Eine entwicklungsorientierte Therapieplanung hat auf der Grundlage der bisherigen schulischen Vorgeschichte, der aktuellen Leistungsdiagnostik und der gegebenenfalls durch den Drogenkonsum entstandenen intellektuellen Einschränkungen von Anfang an auf schulische und berufliche Rehabilitation und Integration abzielen. Sie sollte nicht Sekundärziele, wie zum Beispiel eine optimale Passung in eine Therapiewohngemeinschaft oder aufarbeitende familientherapeutische Gespräche, zu scheinbaren Hauptzielen erklären. Mögliche strafrechtliche Vorwürfe oder laufende Verfahren gegen den Jugendlichen oder Mitglieder seiner Peergroup sind ebenso zu berücksichtigen wie Schulden und finanzielle Abhängigkeitssituationen. Beides sind Themen, die bei der Diagnostik oft vernachlässigt werden und später den Therapieverlauf erheblich beeinflussen.

### Primäres Behandlungsziel bei psychisch kranken Jugendlichen ist das Erreichen der Abstinenz.

Im Einzelfall ist die Therapieplanung im Sinne der personalisierten Behandlung individuell vorzubereiten und abzustimmen. Dabei bedient sie sich typischer Bausteine aus anderen Therapieansätzen, wie der Gruppentherapie, der Pharmakotherapie, der Familientherapie und anderer Methoden. Insbesondere erlebnisorientierte Therapieformen, in denen Jugendliche etwa zu naturnahem, kooperativem und selbstwertstärkendem Verhalten angeregt werden, finden zunehmend Beachtung und wurden als Therapieoption für die S3-Leitlinie Alkohol konzentriert (10).

Familienzentrierte Interventionen werden grundsätzlich empfohlen, ob in der Therapie oder der Prävention. Die Autoren aktueller Metaanalysen (11) stellen heraus, dass universelle familienbezogene Ansätze bei Marihuana-

konsumenten vielversprechender sind als selektive oder indizierte, und weniger indiziert bei anderen illegalen Drogen.

In den letzten Jahren haben sich für die Therapie insbesondere schwerer Verlaufsformen Verfahren durchgesetzt, die neben der Familie auch andere Domänen des Alltags umfassen. Beispielgebend für den Cannabisbereich sei hier die INCANT-Studie aufgeführt (12), in der sich die Interventionen nicht nur auf den Jugendlichen selbst, sondern auch auf seine unmittelbare Umgebung (Freunde, Schule) richteten. Derartige Mehr-Ebenen-Verfahren verursachen Kosten, sie sind arbeitsintensiv und sollten vor allem in Fällen mit hohem Interventionsbedarf angewandt werden.

### Nachsorge und Rückfallprophylaxe

Einmal erreichte Behandlungserfolge sollten durch Nachbehandlungen stabilisiert werden. Die Rückfallwahrscheinlichkeit ist innerhalb der ersten drei Monate nach stationärer Behandlung am grössten. Jugendliche mit komorbiden psychiatrischen Störungen, hoher psychosozialer Belastung, geringem Interesse an Schule oder Beruf, geringen sozialen Fertigkeiten und wenig aktiver Freizeitgestaltung und Jugendliche, die in einer devianten Freundesgruppe verbleiben oder bei denen keine Nachbehandlung erfolgt, sind am stärksten rückfallgefährdet.

## Speziell bei modernen, internetassoziierten Verhaltenssuchten ist angesichts der Notwendigkeit medial verbundener Existenzen nicht vom Therapieziel der Abstinenz auszugehen.

Deshalb sollte im Rahmen der Behandlung ein kontinuierlicher Übergang des Patienten in die multimodale Nachbehandlung sichergestellt werden. Der Einbezug gegebenenfalls bereits diagnostisch hilfreicher «signifikanter Anderer» in Nachsorge und Rückfallprophylaxe, seien es drogenfreie Freunde, Lehrer oder sorgeberechtigte Erwachsene, kann die Effektivität der Intervention in der Realität verbessern.

### Ausblick

Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Suchtproblemen sind exemplarische Kooperationsfelder verschiedener Disziplinen und können nur durch gemeinsame Anstrengung der unterschiedlichen Professionen adäquat verbessert werden. In Zukunft sollte die interdisziplinäre Vernetzung weiter intensiv gefördert werden. Wechselseitige Kooperationen, Zusammenarbeit der zuständigen Behörden und gemeinsame Fort- und Weiterbildungen sollten institutionalisiert werden. Gegenseitige Wertschätzung der beteiligten Berufe sollten ebenso selbstverständlich sein wie ihre definierten Abgrenzungen und komplementären Aufgaben. Neurobiologische Grundlagenforschung wird hier ebenso den Fortschritt prägen wie die Einführung der ICD-11.

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch MBA  
Chefarzt und Stv. Geschäftsleiter  
Modellstation SOMOSA  
Zum Park 20  
8404 Winterthur  
E-Mail: Oliver.Bilke-Hentsch@somosa.ch

Interessenlage: Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel bestehen.

### Literatur:

1. Reis O: Risiko- und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungs-dynamische Aspekte. In: Batra A, Bilke-Hentsch O: Praxisbuch Sucht. 2. Aufl. Thieme-Verlag, Stuttgart, 2016.
2. Reis O, Pape M, Hässler F: Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens. Sucht 2009; 55: 347–356.
3. Gross C et al. and RISCA-Group (2015): Prediction of long-term outcomes in young adults with a history of adolescent alcohol-related hospitalization. Alcohol Alcohol 2016; 51(1): 47–53.
4. Tretter F: Ökologie der Sucht. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 1998.
5. Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. 7. Auflage, Hogrefe-Verlag Göttingen, 2017.
6. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (Szk). Version 26.9.2015. AWMF-Register-Nr. 028/041. [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-041.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-041.html), Zugriff am 10.4.2018.
7. Gemeinsame Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG) und Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP): Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. Stand: 13.4.2012. <http://dgkjp.de/gemeinsame-kommissionen/suchtkommission> Zugriff am 10.4.2018.
8. Bilke-Hentsch O, Batra A, Wölfling K (Hrsg.): Praxisbuch Verhaltenssucht. Thieme-Verlag, Stuttgart, 2014.
9. AACAP Official Action: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44: 609–621.
10. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG SUCHT), Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen: S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Version: 28.02.2016. AWMF - Register Nr. 076-001. [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html). Zugriff: 10.4.2018.
11. Vermeulen-Smit E, Verdurmen JEE, Engels RC: (2015) The effectiveness of family interventions in preventing adolescent illicit drug use: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Child Fam Psychol Rev 2015; 18(3): 218–239.
12. Walther L, Gantner A, Heinz A, Majič T: Evidence-based treatment options in cannabis dependency. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 653–659.