

### Fallbeispiel

**Vorstellungsanlass:** Der 16-jährige Marco stellt sich in Begleitung seines Vaters in der Drogenambulanz der Universitätsklinik vor. Der Vater berichtet, dass Marco nach einem Schulverweis von der Realschule wegen fortgesetzten Cannabiskonsums und oppositionellen Verhaltens seit knapp einem halben Jahr nicht mehr zur Schule gehe. Zurzeit hänge er zu Hause wahlweise vor dem Fernseher oder dem Computer herum bzw. sei mit seinen dubiosen Freunden unterwegs. Er sei „ständig bekifft“. Die Eltern hätten kaum noch Einfluss auf ihn und vermuteten auch, dass er gelegentlich stehle, um seinen fortgesetzten Cannabiskonsum zu finanzieren. Zu Hause gebe es deswegen viele Konflikte, vor allem mit der Mutter und der 14-jährigen Schwester, die „die Nase voll“ von Marcos „asozialem Verhalten“ habe. Neben einer impulsiv-aggressiven Seite wird Marco auch als traurig verstimmt, antriebslos und niedergedrückt beschrieben. Marco selbst bagatellisiert im Erstgespräch zunächst seine Symptomatik und gibt an, nur auf Wunsch der Eltern zur Vorstellung gekommen zu sein. Im weiteren Gesprächsverlauf wird jedoch eine bedürftige Seite deutlich, und Marco schildert anrührend, wie gern er wieder „ein normales Leben“ führen und einen Schulabschluss machen würde.

**Suchtanamnese:** Mit 13 Jahren Beginn des Konsums von Zigaretten, Alkohol und Cannabis. Aktuell 10 Zigaretten pro Tag, alle 2 Monate Alkohol bis zur Trunkenheit, täglicher Konsum von 2 g Cannabis. Kein sonstiger Drogenkonsum, der Konsum von Kokain oder Halluzinogenen sei aber „im Prinzip interessant“. Toxikologisch ergeben sich außer >100 ng/ml Cannabinoiden im Urin keine positiven Befunde.

**Diagnosen:** Abhängigkeit von Cannabinoiden, ständiger Gebrauch (ICD-10, F12.25); Verdacht auf Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (ICD-10, F92.0).

**Familiärer Hintergrund:** Marcos Vater ist Ingenieur für Mess- und Regelungstechnik, die Mutter Filialeiterin eines Schuhhauses. Marco hat eine zwei Jahre jüngere Schwester, die das Gymnasium besuche und bisher eine weitgehend unauffällige Entwicklung genommen habe. Das familiäre Klima werde schon seit Jahren durch die Konflikte mit Marco geprägt, und auch das Verhältnis der Eltern untereinander sei sehr angespannt. Der beruflich stark eingespannte und häufig abwesende Vater sehe Marcos Drogenkonsum und soziale Schwierigkeiten als vorübergehende „Rebellphase“ an, wie er sie selbst in Marcos Alter durchlaufen habe, während sich die Mutter große Sorgen mache. Einerseits fühle sie sich verantwortlich für Marco, andererseits

gescheitert, ausgebrannt und ratlos. Die weitere psychiatrische Familienanamnese wird als unauffällig beschrieben.

**Entwicklungsanamnese:** Zur Entwicklung wird berichtet, dass Marco schon im Kindergarten schwierig gewesen sei. Er habe sich nicht an Regeln halten können, was sich in der Grundschule mit problematischem Sozial- und Arbeitsverhalten fortsetzte. Mit 13–14 Jahren sei Marco erstmals durch gelegentliche Diebstähle (in Läden, Fahrräder) polizeiauffällig geworden und habe begonnen, Cannabis zu konsumieren. In dieser Zeit erfolgt eine ambulante Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die psychologische Testdiagnostik ergibt damals durchschnittliche bis überdurchschnittliche Werte in Bezug auf *Intelligenz* und keine Auffälligkeiten hinsichtlich *Konzentration* und *Angst*. Die Werte für *Depression* sind deutlich erhöht. Die neurologische und labormedizinische Diagnostik ergibt keine pathologischen Befunde. Auf die Empfehlung, eine ambulante Therapie durchzuführen, mag sich Marco zu dieser Zeit nicht einlassen.

**Verlauf:** Im Rahmen der diagnostischen Termine in der Drogenambulanz kann gemeinsam mit Marco und den Eltern die Indikation zu einer stationären Cannabis-Entzugsbehandlung auf einer Jugend-Suchtstation gestellt werden. Ist Marco während der dreiwöchigen Entgiftungsbehandlung noch ambivalent, kann er sich im Anschluss auf eine weitere freiwillige zehnwöchige Behandlung der komorbiden depressiven Störung einlassen. Er profitiert deutlich von dem klaren Rahmen der multimodalen interdisziplinären Behandlung mit ihren psychotherapeutischen Angeboten und einer begleitenden pharmakologischen Therapie mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Im Anschluss an die stationäre Therapie ist eine Wiedereinschulung möglich, und Marco schafft den Realschulabschluss. Sozial vermag er sich in einen nicht devianten Freundeskreis zu integrieren und Karate als sportliche Leidenschaft zu entdecken. Parallel berichten die Eltern, dass sie sehr von einer in der Drogenambulanz angebotenen Elterngruppe profitierten und sich die familiären Spannungen nun „im normalen Rahmen“ halten würden. Marco selbst wird ambulant weiter an die Drogenambulanz gebunden, wo er über den Zeitraum von eineinhalb Jahren wöchentliche psychotherapeutische Gespräche wahrnimmt und in der Anfangszeit auf eigenen Wunsch vierwöchentliche toxikologische Screening-Untersuchungen auf Cannabinoide durchführen lässt. Dazu kommentiert er, dass er „diesen gewissen Druck“ zunächst einfach gebraucht habe.

## ■ Grundlagen

### Definition, Klassifikation und Symptomatik

Bei grundsätzlicher Vergleichbarkeit setzen beide gebräuchlichen nosologischen Systeme ICD-10 und DSM-IV unterschiedliche Akzente. So hat das DSM-IV beispielsweise einen stärkeren zeitlichen und sozialen Bezug. Jedoch verengen beide nosologischen Systeme aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht die Perspektive: Denn bei Kindern und Jugendlichen ist eine manifeste Abhängigkeit selten zu beobachten, und trotz bereits vorliegender ernsthafter Schädigung können Toleranzentwicklung und Entzugssymptome fehlen. Weder in der ICD-10 noch im DSM-IV liegen altersbezogene Kriterien für Störungen durch psychotrope Substanzen vor. Der besonderen kindlichen bzw. jugendlichen Situation entspricht mehr eine mehrdimensionale diagnostische Einschätzung entlang einer entwicklungspsychiatrischen Matrix (Herpertz-Dahlmann et al. 2003; Sack u. Krüger [im Druck]). Überlegungen dieser Art führten in angelsächsischen Publikationen bei Kindern und Jugendlichen zur Verwendung des Terminus „*Substance Use Disorders*“ (SUD). In inhaltlicher Anlehnung an dieses Konzept wird in diesem Kapitel von *substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter* gesprochen.

Kinder und Jugendliche, die unter einer substanzbezogenen Störung leiden, weisen zu einem sehr hohen Prozentsatz *komorbide Erkrankungen* auf. An erster Stelle sind die Störung des Sozialverhaltens (je nach Untersuchung zwischen 28% und 62%) und depressive Störungen (16–61%) zu nennen. Es folgen Angststörungen, sozialphobische Störungen, Essstörungen (insbesondere *Binge Eating/Purging* und *Bulimia nervosa*), beginnende Borderline-Persönlichkeitsstörungen, substanzinduzierte Psychosen (Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Kokain, LSD) und schizophrene Psychosen. Die komplexen Zusammenhänge zwischen dem Substanzmissbrauch und den komorbiden psychischen Störungen sind für das Kindes- und Jugendalter noch weitgehend unerforscht. Die Problematik der Komorbidität lässt sich mit folgenden Punkten charakterisieren (Schulz u. Remschmidt 1999):

- Bei vielen psychopathologischen Symptomen handelt es sich um Folgen der substanzbezogenen Störung (amotivationales Syndrom bei Cannabisabhängigkeit, drogeninduzierte Psychose etc.).

Tabelle 29.1 Diagnostische Leitlinien für den schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen nach ICD-10 (nach Dilling et al. 1993)

#### Schädlicher Gebrauch (ICD-10, F1x.1):

- Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit.
- Das schädliche Konsummuster wird häufig von anderen kritisiert und hat unterschiedliche negative soziale Folgen.
- Eine akute Intoxikation („Kater“, „Hangover“) beweist noch nicht den Gesundheitsschaden, der zur Diagnosestellung erforderlich ist.
- Schädlicher Gebrauch ist bei einem Abhängigkeitssyndrom, psychotischen Störungen oder bei substanzbedingten Störungen nicht zu diagnostizieren.

Tabelle 29.2 Diagnostische Leitlinien für das Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 (nach Dilling et al. 1993)

#### Abhängigkeitssyndrom (ICD-10, F1x.2):

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen oder Alkohol zu konsumieren (Craving)
- Eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Ein körperliches Entzugssyndrom
- Nachweis einer Toleranz
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutig schädlicher Folgen

Zur Diagnosestellung müssen drei oder mehr der Kriterien innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig vorhanden gewesen sein.

- Eine Reihe kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen begünstigen das Auftreten und beeinflussen den Verlauf einer substanzbezogenen Störung (z. B. unbehandelte hyperkinetische Störungen, vor allem mit kombinierter Beeinträchtigung des Sozialverhaltens, dissoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung etc.).
- Der fortgesetzte Substanzkonsum wiederum beeinflusst den Verlauf der psychiatrischen Störung (z. B. depressive Störung, *Bulimia nervosa*).
- Familiäre und psychosoziale Risikofaktoren begünstigen die Entwicklung der substanzbezogenen Störung und deren Aufrechterhaltung.

### Epidemiologie

Der Konsum psychotroper Substanzen ist bei männlichen Jugendlichen etwa doppelt so verbreitet wie bei weiblichen. Er beginnt – jeweils im Durchschnitt und vereinfachend gesagt – als Tabakkonsum mit 13,5 Jahren, als Alkoholkonsum mit 14 Jahren und als Cannabiskonsum zwischen dem 15. und 16. Lebensjahr (Thomasius 2005). Dabei ist einigen Autoren zufolge das *Einstiegsalter* in den letzten Jahren vor allem beim Cannabiskonsum stetig abgesunken (1993: 17,5; 2004: 16,4 Jahre, Töppich 2004), was mit stattfindenden soziokulturellen Transitionen von Adoleszenten kovariiert. Andere Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass sich das *Einstiegsalter* nicht signifikant verändert habe (EMCDDA 2002). Zugenommen hätten vor allem die Verbreitung und die Konsummengen insbesondere von Cannabis und Ecstasy.

Aktuellere Prävalenzdaten für verschiedene Altersgruppen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) liegen aus dem Jahr 2004 (BZgA 2004a, 2004b; EBDD 2005) und aus dem Jahr 2003 (EMCDDA 2005) vor. Sofern sie über Telefoninterviews erhoben wurden, stellen sie eine gewisse Unterschätzung des tatsächlichen Konsums dar. Das Ausmaß an *Erkrankungen* (im Sinne missbräuchlichen und abhängigen Konsums) ist aufwendig zu erheben, Schätzungen hierfür liegen darum nur für das Ende der 1990er-Jahre vor (Niethammer 2004).

Nach Tab. 29.3 steigt die Prävalenz für Tabakkonsum in der Altersgruppe 16–19 Jahre deutlich an, nach Tab. 29.4 haben 12% im Vormonat 5 und mehr Gläser alkoholische

Getränke bei gleicher Gelegenheit getrunken (*Binge Drinking*), 19% sind im Vorjahr intoxikiert gewesen.

Der Konsum illegaler Substanzen ist, wie aus Tab. 29.5 zu ersehen, bei 12- bis 15-Jährigen und mehr noch bei 15- bis 17-Jährigen praktisch gleichbedeutend mit dem Konsum von Cannabis.

Daten für das weite Spektrum an psychotropen Substanzen, die von 15- bis 16-jährigen Jugendlichen konsumiert werden, stammen aus anonymen Schulbefragungen – zuletzt

für 2003 verfügbar (EMCDDA 2005). Tab. 29.6 zeigt, dass Cannabis (27%) und Inhalanzien (Schnüffelstoffe) (11%) die höchsten Lebenszeitprävalenzen – nach Tabak und Alkohol – aufweisen.

In der Studie „Early Developmental Stages of Psychopathology“ (EDSP; 1995) aus dem Großraum München wurden über ein EDV-gestütztes standardisiertes Interview *Abhängigkeit und Missbrauch* gemäß ICD-10/DSM-IV erhoben (Tab. 29.7, nach Niethammer 2004).

Altersgruppe	Tabakkonsum		
	Lebenszeit-Prävalenz	12-Monate-Prävalenz	30-Tage-Prävalenz
12-15	41	9	5
16-19	74	39	26

Tabelle 29.3 Prävalenzraten des Tabakkonsums bei 12- bis 15- und 16- bis 19-Jährigen in der BRD im Jahr 2004\*

\* Bundesweite Daten aus Telefoninterviews (nach BZgA 2004a; Prozente gerundet)

Tabelle 29.4 Prävalenzraten des Alkoholkonsums bei 12- bis 15- und 16- bis 19-Jährigen in der BRD im Jahr 2004

Altersgruppe	Jeglicher Alkoholkonsum			Spirituosen	Mixgetränke („Alkopops“)		Q-F-Index	Binge Drinking	Intoxikation
	LTP	12MP	30TP	30TP	1+ W	1+ M	g/W	5+ 30T	12MP
	12-15	72	66	28	3	6	19	5	12
16-19	9	96	71	32	16	39	24	46	53

Bundesweite Daten aus Telefoninterviews (nach BZgA 2004b; Prozente gerundet)

LTP = Lebenszeitprävalenz; 12MP = 12-Monate-Prävalenz; 30TP = 30-Tage-Prävalenz; 1+|W bzw. 1+|M = mindestens einmal pro Woche bzw. Monat zuvor; g/W = Gramm reiner Alkohol pro Woche; 5+|30T mindestens 5 Getränke hintereinander (= Risikogruppe)

Tabelle 29.5 Prävalenzraten des Konsums illegaler Substanzen insgesamt und insbesondere Cannabis in drei KJP-relevanten Altersgruppen in der BRD im Jahr 2004

Altersgruppe	Lebenszeitprävalenz		12-Monate-Prävalenz		30-Tage-Prävalenz	
	Cannabis	Andere	Cannabis	Andere	Cannabis	Andere
	12-15	7	8	5	6	1
16-17	32	32	15	21	5	5
18-19	36	4	19	20	6	6

Bundesweite Daten aus Telefoninterviews (nach EBDD 2005; Prozente gerundet)

Tabelle 29.6 Lebenszeitprävalenzraten und Rangfolge des Konsums illegaler Substanzen in der BRD bei 15- bis 16-Jährigen im Jahr 2003

Cannabis	Inhalanzien	Amphetamine	Pilze	Ecstasy	Halluzinogene	Kokain	Heroin
27	11	5	4	3	2	2	1

Anonyme Schulbefragungen in 6 Ländern der Bundesrepublik (nach EMCDDA 2005; Prozente gerundet)

Tabelle 29.7 Lebenszeitprävalenzraten der Diagnose Abhängigkeit und Missbrauch von psychotropen Substanzen bei 14- bis 15- und 16- bis 17-Jährigen in der BRD im Jahr 1995

Altersgruppe	Tabak		Alkohol		Cannabis		Halluzinogene		Stimulanzien		Kokain	
	AK	AK	MK	AK	MK	AK	MK	AK	MK	AK	MK	
14-15	8	1	1	0,6	1,1	-	-	-	-	-	-	-
16-17	17	4	9	0,9	2,5	0,4	0,2	0,4	-	-	-	0,2

Daten aus dem Großraum München nach standardisierten Interviews (EDSP-Studie; nach Niethammer 2004; Prozente für Tabak und Alkohol gerundet) AK = abhängiger Konsum; MK = missbräuchlicher Konsum (jeweils gemäß ICD-10/DSM-IV)

We  
sta  
das  
(19  
für  
rer  
sch  
ans  
ger  
tät  
qu  
bei  
/  
Vu  
rec  
ein  
sch  
erf  
Ad  
50  
ler  
hei  
Eir  
Tie  
im  
ne:  
(„A  
Be:  
Erl  
nis  
Su  
fin  
Sej

## Ätiologie und Störungsmodell

Wenngleich ein allgemeingültiges Störungsmodell der substanzbezogenen Störungen bis heute aussteht, so ist doch das *multifaktorielle Ätiologiemodell* nach Edwards et al. (1981) wegen seiner Betonung des Entwicklungsaspektes für das Jugend- und junge Erwachsenenalter von besonderem Interesse (Abb. 29.1). Dieses Modell unterscheidet verschiedene Faktoren der *Vulnerabilität*, die mit eher *proximal* ansetzenden *Mediatoren* interagieren. Eine substanzbezogene Störung entwickelt sich bei vorhandener Vulnerabilität und proximalen Risikofaktoren, wobei auch die *Konsequenzen* des Konsums zur Verstärkung des Suchtkreislaufs beitragen.

Als zentrale Faktoren einer genetischen und biologischen Vulnerabilität für substanzbezogene Störungen gelten: Heredität, zerebrale „Belohnungs-/Bestrafungssysteme“ und ein „Suchtgedächtnis“ (Thomasius et al. 2003). Eine *genetische Prädisposition* ist vor allem für die Alkoholabhängigkeit erforscht worden und wird aufgrund von Zwillingsstudien, Adoptionsstudien und Tiermodellen für Männer mit etwa 50% und für Frauen mit 25% angegeben. Ein „experimenteller“ Substanzgebrauch bei Mädchen ist eher genetisch vorhersagbar, bei Jungen sind Familiendysfunktion und Peereinflüsse bedeutsam (Silberg et al. 2003). Aufgrund von Tiermodellen wird ein dopaminerges *Belohnungssystem* im mesokortiko-limbischen System postuliert, welches Lernen und dem Lernen förderliche Vorgänge unterstützt („Aufsuchen“), sowie ein cholinerges und serotoninerges *Bestrafungs-/Angst-System* („Vermeiden“). Das emotionale Erleben des Rauschzustandes wird in einem *Suchtgedächtnis* gespeichert, das als schwer löslich gilt und somit hohe Substanzaffinitäten erklärt; hierzu relevante Strukturen finden sich in der Amygdala, dem Hippokampus und dem Septum.

Die Herkunftsfamilie als bedeutsamer Mediator für die Entwicklung von substanzbezogenen Störungen bei Kindern und Jugendlichen wirkt sowohl als Risiko- wie auch als Schutzfaktor. Als *familiäre Risikofaktoren* betrachten Hawkins et al. in ihrer Sekundäranalyse (1992):

- Art des Substanzgebrauchs in der Familie (v. a. bei Eltern und Geschwistern),
- Art des „Familienmanagements“ (Erziehungsstil, Bindung, Kommunikation),
- Art des Umgangs mit familiären Konflikten.

Missbrauchserfahrungen in der Kindheit, Zeugenschaft von Gewalt und posttraumatische Belastungsstörungen stellen weitere Risikofaktoren dar. Spätere substanzbezogene Störungen werden wahrscheinlicher bei einer höheren Anzahl von Familienmitgliedern, einem niedrigeren Sozialstatus der Familie und einem relativ jungen Lebensalter der Eltern bei Geburt des Kindes (Kilpatrick et al. 2000). Autoritative Erziehungsstile (herausfordernd, zuwendend, strukturgebend) sind funktional für ein erfolgreiches „Familienmanagement“, weniger günstig sind autokratische (autoritäre) und überprotektive (permissive) Erziehungsstile; dysfunktional ist der indifferente Erziehungsstil („Laisser-faire“ bzw. unengagiert).

*Persönlichkeitsdispositionen (Traits)* können die Inzidenz von substanzbezogenen Störungen kaum vorhersagen. Dagegen konnten psychosoziale Faktoren aus *entwicklungspsychologischer* und *sozialpsychologischer* Perspektive zum Verständnis beitragen. Die große Mehrheit der Adoleszenten versucht mit dem Substanzkonsum zur Lösung der für die Adoleszenz typischen Entwicklungsaufgaben beizutragen. Der Substanzkonsum demonstriert Autonomie, einen eigenen Lebensstil und scheint damit die Ablösung von den Eltern zu unterstützen (Reese u. Silbereisen 2001). Weiterhin dient er zur Lösung interpersonaler Entwick-

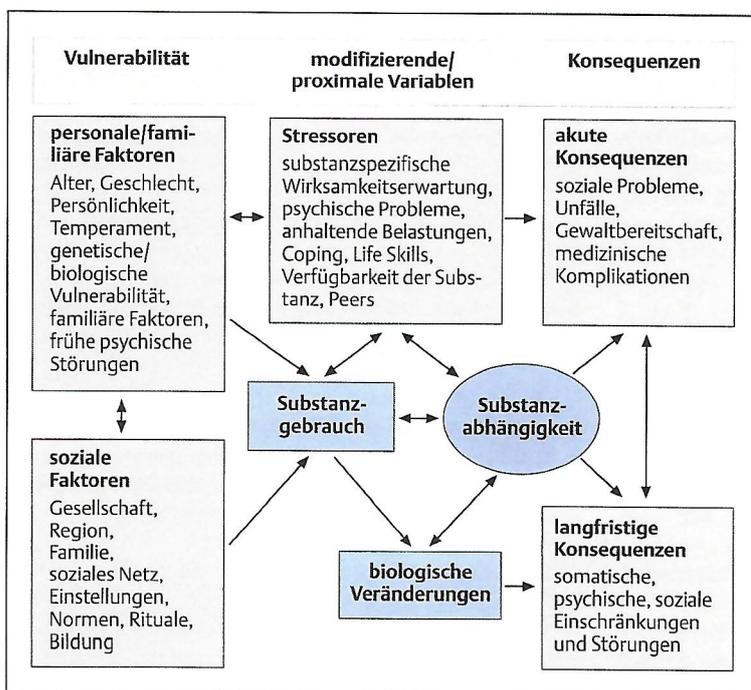


Abb. 29.1 Multifaktorielles Ätiologiemodell der Substanzabhängigkeit nach Edwards et al. 1981 (modifiziert nach Lieb et al. 2000 u. Thomasius et al. 2003).



(FTND)“ (Schumann et al. 2003) und der für 12- bis 13- und 14- bis 18-Jährige normierte *RAFFT* für Alkohol- und Drogenkonsum (Laging 2005; „*RAFFT*“ ist als Akronym aus möglichen Konsumkontexten gebildet: Relax, Alone, Friends, Family, Trouble). Zur Abklärung der Psychopathologie in den Bereichen *Kontakt, Bewusstsein, formale Denkstörungen, Zwänge, Affektivität, Suizidalität, psychovegetative Störungen* u. a. kann das v. a. in der Erwachsenenpsychiatrie benutzte *AMDP-System* verwendet werden (*AMDP 2000*).

### Empirische Evidenz zur Therapie

Für Sucht-Therapien mit Jugendlichen liegen die *Haltequoten* international über alle Behandlungsmodalitäten hinweg bei 60–65 %, in familientherapeutischen Drogenbehandlungen bei 70–90 %. Internationale *Abstinenzquoten* zu Therapie-Ende liegen bei jugendlichen „Non-hard Drug Users“ bei 57 % (ambulant) bzw. 45 % (stationär). *Follow-up-Abstinenzquoten* für ambulant behandelte Jugendliche fehlen. Für stationär behandelte „Non-hard Drug Users“ finden sich in Europa Abstinenzquoten nach einem Jahr von 30–50 % und nach zwei Jahren von 22 %. Die Abstinenzquoten für ambulant behandelte „Hard-Drug Users“ liegen international bei 7–19 % nach einem Jahr (zu Details vgl. Sack u. Thomasius 2002).

Eine Indikation für eine *Substitutionsbehandlung* gibt es bei Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen nicht (*AWMF Online 2003, AACAP Official Action 2005*). Bei niedrigem Einstiegsalter, langer „Drogenkarriere“ und ausgeprägter Polytoxikomanie mit den damit verbundenen hohen vitalen und sozialen Risiken kann eine Substitutionsbehandlung im kinder- und jugendpsychiatrisch be-

gründeten Einzelfall für schwerstkranke Jugendliche indiziert sein, um damit eine akute Gefährdung abzuwenden und einen therapeutischen Zugang in Richtung abstinenzorientierte Behandlung erst zu ermöglichen (Fegert u. Häßler 2004).

Die Behandlungsansätze in der Suchttherapie sind meist *eklektisch*, und Kindern und Jugendlichen scheint eine solche Vielfältigkeit entgegenzukommen. In Tab. 29.8 sind die verbreitetsten Behandlungsbestandteile aufgeführt, als *Evidenzgrade* werden im Anschluss an Thomasius et al. (2006) verwendet:

- (C) für Beobachtungsstudie, Review, Lehrbuch;
- (B) für kontrollierte klinische Studien, Fallkontroll- oder Kohortenstudie;
- (A) für Meta-Analyse, randomisierte klinische Studien.

In der Bundesrepublik werden *supportive* und *nachsorgende* Verfahren höher bewertet als in den USA (vgl. Thomasius et al. 2006 vs. AACAP Official Action 2005). *Aversive* Verfahren, wie die Vermittlung von „Schreckensbotschaften“, die emotionale Betroffenheit auslösen sollen, werden in der Bundesrepublik für den Bereich Kinder und Jugendliche eher abgelehnt (vgl. Blanz et al. 2006 vs. AACAP Official Action 2005).

Die von Miller und Rollnick (2002) entwickelte *motivierende Gesprächsführung* ist ein direktives, klientenzentriertes Beratungskonzept zur Förderung intrinsischer Veränderungsmotivation mittels gezielter Exploration und Auflösung von Ambivalenz. Die Kerngedanken besagen, dass Widerstand und Veränderungsbereitschaft wesentlich vom Stil des Therapeuten abhängen, Konfrontation in der Therapie ein Ziel, aber kein Stil sein kann und die Ambivalenz des Klienten als normal und nicht pathologisch zu betrachten ist. Motivation ist kein stabiler, sondern ein veränderbarer Zustand und interaktionaler Prozess. Vier Grundprinzipien sind demnach hilfreich, um Veränderungsbereitschaft zu erhöhen:

- Empathie ausdrücken,
- Diskrepanzen zwischen Problemverhalten und wichtigen Werten entwickeln,
- Förderung von Selbstwirksamkeit,
- Reduktion von Widerstand.

### Allgemeine Struktur der Therapieprogramme

Sucht-Therapie bei Jugendlichen ist hoch strukturiert, angemessen einsichtsorientiert und mit etlichen verhaltenstherapeutischen Elementen versehen. Darüber hinaus integriert sie psychodynamische und systemisch-familientherapeutische Ansätze und wird sowohl als Einzel- wie auch als Gruppentherapie angeboten. Primäres Behandlungsziel ist das Erreichen und Aufrechterhalten von Abstinenz. Die Verringerung des Substanzkonsums und der Rückfallhäufigkeit und -schwere sowie die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus können dabei vertretbare Zwischenziele sein. Häufig ist der therapeutische Zugang bei Kindern und Jugendlichen, die noch kein Problembewusstsein bezüglich ihres Substanzkonsums entwickelt haben und dementsprechend nur über eine limitierte Ei-

Tabelle 29.8 Einzelne Elemente zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen und ihre Evidenzgrade

- Kontaktphase: angemessen vertrauensvolle Atmosphäre (A); Motivational Interviewing zur Förderung von Krankheitseinsicht (siehe unten) (C)
- Entgiftung ambulant mit ggf. adjuvanter Pharmakotherapie (C), neurologische Abklärung  
oder qualifizierte Entzugsbehandlung stationär, wenn ein stützendes soziales Umfeld fehlt (A) mit ggf. temporärer Substitution zur Milderung von Entzugssymptomen (C)
- Entwöhnung/Distanzierung (teil-/stationär): Psychotherapie, Familientherapie (A) und Psychoedukation (C); Training sozialer Fertigkeiten (B); Erlernen von Selbstkontrolltechniken (Verhaltenstherapie) vor allem in Gruppen (B); Rückfallprävention (C); Akupunktur
- Sportprogramme, Bewegung, Ergotherapie, Arbeitstherapie (C)
- Rehabilitation: supportive Verfahren zur psychosozialen (C) und schulisch-beruflichen Verbesserung (B); Psychoedukation zu *Harm Reduction* (C)
- Nachsorge: Weiterbehandlung, Soziotherapie (B)
- Kooperation von Eltern, Behandlern, Beratungsstellen und Jugendhilfe (C)
- Keine aversiven Verfahren (C); keine Behandlung von gemischten Konsumentengruppen (Alkohol und Lifestyle-Drogen o.Ä.) (C)

(C), (B), (A) = aufsteigende Evidenzgraduierung

genmotivation verfügen, erschwert. Eine hohe Eigenmotivation ist jedoch keine unbedingte Voraussetzung für die Effektivität einer Behandlung, und Sanktionen durch wichtige Bezugspersonen bzw. juristische Auflagen können den Behandlungserfolg signifikant erhöhen.

Die Behandlung beginnt mit der *diagnostischen Abklärung* von psychischen, sozialen und suchtspezifischen Problembereichen. Weil die Jugendlichen oft noch kein Problembewusstsein aufweisen und bei Therapiebeginn den Drogenkonsum häufig fortsetzen, wird die Diagnostik einer *komorbiden psychischen Störung* erschwert und erfordert spezielle Expertise. Therapeutische Ansatzpunkte können hier das Erleben nachlassender Leistungen in Schule/Ausbildung sein (und die damit einhergehende soziale Isolation) sowie sonstige unangenehme Begleiterscheinungen des Substanzkonsums (Küstner et al. [im Druck]). Von Anfang an muss Zuversicht in eine positive persönliche Entwicklung geweckt werden. Spätere *Rückfallprävention* steht hierzu in nur scheinbarem Widerspruch und ist keine verdeckte Misstrauensbotschaft an den Patienten. Etwaige Rückfälle sollten nicht als „Scheitern und Versagen“ aufgefasst, sondern im Sinne einer Zielloptimierung therapeutisch aufgegriffen werden.

Ausgehend von einer biopsychosozialen entwicklungsorientierten Perspektive ist zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter ein *multimodales interdisziplinäres Konzept* unter Einbeziehung vielfältiger verschiedener Behandlungsansätze notwendig. Das Behandlungsteam braucht fundierte Kenntnisse und Erfahrung zu suchtspezifischen Kommunikationsmustern, muss hochgradig belastbar sein und braucht zur *Burn-out-Prävention* regelmäßige externe Supervision (AACAP Official Action 2005; Huck u. Schepker 2005).

Eine *ambulante Behandlung* ist indiziert, solange hauptsächlich *Recreational Drugs* (z.B. Cannabis) konsumiert werden, wenige Vorbehandlungen und keine komorbide Störung vorliegen. Weitere Voraussetzungen sind das Vorhandensein von Tagesstruktur und sozialen Beziehungen, die nicht durch Substanzkonsum bestimmt sind, die Fähigkeit zumindest zur kurzfristigen Abstinenz vor der Behandlung und eine allgemeine Mitwirkungsbereitschaft und Absprachefähigkeit.

Muss aufgrund der Schwere des Substanzkonsums und einer vorliegenden komorbiden Störung mit ausgeprägter Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus die Indikation zu einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung gestellt werden, unterscheiden wir zwischen *Akut- und Postakutbehandlung*. Die *qualifizierte Akutbehandlung* (Entzugs- oder Entgiftungsbehandlung) dauert in der Regel zwischen 1 und 3 Wochen. Folgende Ziele stehen im Vordergrund:

- medizinische Diagnostik,
- Behandlung von Entzugssymptomen und somatischen Begleiterkrankungen,
- psychologisch-psychiatrische und psychosoziale Diagnostik,
- Förderung von Einsicht in die Problematik des Substanzkonsums und
- Motivation zur weiteren Festigung und Aufrechterhaltung der Abstinenz bzw. je nach Indikation zur weiteren ambulanten oder stationären psychotherapeutischen

und/oder kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie möglicher vorliegender komorbider Störungen.

In der Akutbehandlung ist eine intensive ärztliche und pflegerische/pädagogische Betreuung der Kinder und Jugendlichen notwendig. Insbesondere zu Beginn sind enge, die Ich-Funktionen stützende, therapeutische Beziehungen unerlässlich, weil der Entzug des Suchtmittels häufig zu einer tiefen affektiven Regression beiträgt, welche sich auf die Entzugsmotivation negativ auswirken und zum vorzeitigen Behandlungsabbruch führen kann. Motivationale Interventionen, Psychoedukation und Kontrollen der Compliance sind wichtige Bestandteile der qualifizierten Akutbehandlung.

Liegt hingegen eine deutlich im Vordergrund stehende dissoziale Entwicklung mit Delinquenz und Fremdgefährdung ohne einen akuten psychiatrischen Interventionsbedarf vor, besteht keine Indikation zu einer stationären Behandlung, sondern es sind Jugendamt und ggf. Polizei hinzuzuziehen.

Aufgrund der hohen Prävalenz komorbider Störungen bei substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter von bis zu 63 % (AACAP Official Action 2005) ist in vielen Fällen im Anschluss an die Akutbehandlung eine *kurzfristige Postakutbehandlung* indiziert. Diese sollte im Sinne einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbehandlung erfolgen und kann individuell abgestimmt zwischen 8 und 12 Wochen dauern. Im Vordergrund stehen neben der ursächlichen Behandlung der komorbiden Störung die weitere Festigung der Abstinenzfähigkeit und die Identifikation sowie der funktionale Umgang mit inneren und äußeren Triggern des Substanzkonsums.

In Zusammenarbeit mit Familie, Schule und ggf. Jugendamt muss des Weiteren eine Anschlussperspektive an die Behandlung erarbeitet werden. Diese kann bei längerfristig bestehendem Substanzkonsum, häufigen Rückfällen und bereits mehrerer auch stationärer Vorbehandlungen im Rahmen einer *längerfristigen Postakutbehandlung* in der Einleitung einer rehabilitativen Langzeittherapie in einer dafür spezialisierten Einrichtung (meist zwischen 12 und 18 Monaten) bestehen. Bei fehlendem sozial stützendem Umfeld und dysfunktionalen Familienstrukturen muss in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt eine dauerhafte Fremdplatzierung erwogen werden. Im begründeten Einzelfall kann es sich hierbei um eine geschlossene Einrichtung handeln, um den Jugendlichen von einem gefährdenden Umfeld (Drogenmilieu, Prostitution) fernzuhalten. Hierfür ist eine Genehmigung durch das Familiengericht (akute Gefährdung des Kindeswohls) einzuholen.

## Medikamentöse Therapie

Obwohl klinisch relevante Entzugssyndrome nach Absetzen abhängigkeiterzeugender Substanzen im Kindes- und Jugendalter nicht regelmäßig auftreten, kann im Einzelfall der Einsatz entzugsmildernder Medikamente im Sinne einer *adjuvanten Pharmakotherapie* sinnvoll sein. Bei ausgeprägter Cannabisabhängigkeit können sedierende Neuroleptika (z. B. Chlorprothixen), bei Kokainentzug trizyklische Antidepressiva und bei Amphetamin- bzw. Ecsta-

syabhängigkeit vorübergehend Benzodiazepine eingesetzt werden. Bei schweren Alkohol-Entzugssymptomen ist im stationären Setting Clomethiazol (oral) und beim Opioidabhängigkeitssyndrom der vorübergehende Einsatz von Levomethadon angezeigt. Die symptomatische Psychopharmakotherapie hat auf das jeweilige Entwicklungsstadium der Kinder- und Jugendlichen Rücksicht zu nehmen. In ambulanten Behandlungen sollten Medikamente mit Suchtpotenzial möglichst nicht verschrieben werden, weil sie im Sinne von Ersatzdrogen eingenommen bzw. verkauft werden können. Leider müssen Medikationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vielfach *Off-Label* vorgenommen werden (als individueller Heilversuch), weil Studienergebnisse an KJPP-Populationen fehlen. Hier besteht Handlungs- und Forschungsbedarf zum Therapeutischen Drug-Monitoring (Gerlach et al. 2006).

Eine *ursächliche psychopharmakologische Behandlung* der komorbiden psychischen Störung sollte grundsätzlich erst dann erwogen werden, wenn ein Kind oder Jugendlicher über einen ausreichend langen Zeitraum drogenabstinent (z.B. im schützenden stationären Setting) gewesen ist und eine ausführliche diagnostische Abklärung erfolgen konnte. Folgende Indikationen können benannt werden: Präexistierende und im abstinenten Intervall anhaltende psychische Störung, signifikante familiäre psychische Störungen, vorausgegangene gescheiterte Rehabilitationsbehandlungen und vorausgegangene erfolgreiche psychopharmakologische Behandlung der komorbiden psychischen Störung. Die medikamentöse Behandlung erfordert die begleitende psychosoziale und -therapeutische Behandlung auch der substanzbezogenen Störung. Riggs et al. (2004) fanden, dass die medikamentöse Behandlung einer komorbiden ADHS ohne spezifische, auf den vorherigen Substanzkonsum bezogene Behandlung nicht die Wahrscheinlichkeit eines späteren erneuten Substanzkonsums mindern konnte. Bezogen auf ADHS empfiehlt die AACAP Official Action (2005), Atomoxetin und retardiertes Methylphenidat (MPH) aufgrund des geringeren Missbrauchspotenzials kurzwirksamem MPH vorzuziehen.

Prinzipiell sollten behandelnde Ärzte aus einer psychotherapeutischen Grundhaltung heraus medizieren. Sie müssen die Einwilligung von Patient und Eltern bzw. Sorgeberechtigten einholen, nachdem sie die Beteiligten über alle möglichen Nebenwirkungen aufgeklärt haben. Über die haftungsrechtlichen Konsequenzen der Zustimmung zum individuellen Heilversuch ist zu informieren und das Ergebnis dieses Gesprächs zu dokumentieren.

## Psychotherapie

*Einzeltherapien*, vor allem psychodynamisch und systemisch orientierte, zielen in erster Linie auf die Verbesserung von psychostrukturellen Defiziten (Affektdifferenzierung, Impulskontrolle, bessere Beziehungsfähigkeit, Ertragen von Autonomie), die Stabilisierung des Selbstwertsystems und eine Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben wie dem Erwerb von personaler und sozialer Identität, Authentizität und Verantwortungsübernahme (Huck u. Schepker 2005). *Gruppentherapien* wie Angstbewältigungstraining, Soziales Kompetenztraining (*Life Skills Training*), Entspan-

nungstraining und Stressbewältigung, Rückfallpräventionstraining und psychoedukative Gruppentherapie sind typischerweise (kognitiv)-verhaltenstherapeutisch. „*Booster Sessions*“ werden zum Beispiel 3, 6 und 12 Monate nach Therapie-Ende vereinbart, um positive persönliche und soziale Entwicklungen zu verstärken und Rückschläge wie beispielsweise Rückfälle zu besprechen und therapeutisch aufzuarbeiten (Küstner et al. 2005).

## Eltern- und familienbezogene Maßnahmen

Ein *familienbasiertes Vorgehen* sollte integraler Behandlungsbestandteil sein (AWMF Online 2003; AACAP Official Action 2005; Copello et al. 2006). In familientherapeutischen Programmen lernen Eltern klare Ziele vorzugeben, Verhaltensmonitoring zu betreiben, angemessene Sanktionen einzusetzen und klar und positiv zu kommunizieren (vgl. Matthejat 2005). Auch weil bestimmte familiäre Gewohnheiten sowie Bindungs- und Erziehungsstile den Substanzmissbrauch fördern bzw. zum Rückfall beitragen können, ist Elternarbeit eine wertvolle Maßnahme zur Sicherung längerfristigen Therapieerfolges (Thomasius et al. 2003).

*Angehörigengruppen bzw. Elterngruppen* (auch Elterntrainings) unterstützen vor allem die Eltern von unbehandelten und unmotivierten Jugendlichen. Sie wirken entlastend, können für die elterliche bzw. familiäre Lebensgestaltung wertvolle Impulse liefern und einen sinnvollen Umgang mit dem süchtigem Jugendlichen anregen (BVEK 2003; Thomasius et al. 2003).

Als *rechtlicher Hinweis* zur Stützung der Eltern kann erwähnt werden, dass bei Substanzmissbrauch in Zusammenhang mit drohender Gefährdung des Kindeswohls Eltern die Behandlung in Form einer befristeten stationären Unterbringung auch zwangsweise über das Familiengericht erwirken können (§ 1631b BGB). Entsprechend kann eine Nachsorge/Weiterbehandlung in einer Jugendhilfe-Einrichtung (Therapeutische Wohngruppe, Heimbetreuung) erforderlich sein – als Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII oder als Erziehungshilfe nach § 27 KJHG (Blanz et al. 2006).

Jugendliche aus *Migrantenfamilien* sollten familienbasiert und *nicht* ethnienpezifisch behandelt werden, damit im geschützten Rahmen eine konstruktive Auseinandersetzung mit teils konfligierenden Rollen- und Wertesystemen der Generationen und des Herkunfts- wie des Einwanderungslandes befördert werden kann (Huck u. Schepker 2005; Kohl 2002).

## Ergänzende Maßnahmen

*Supportive Verfahren* (Ergotherapie, Bewegungstherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Arbeitstherapie) und pädagogische Aktivitäten an Kletterwänden, in Sport- und Musikgruppen u. a. kommen Jugendlichen wegen ihrer Erlebniszentrierung und Teamausrichtung entgegen und geben ihnen die Möglichkeit, Grenzen auszuprobieren und Selbstvertrauen sowie Vertrauen in die Gruppe bzw. in andere Menschen überhaupt zu gewinnen. *Entspannungsverfahren* wie die Progressive Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobson

Tabelle 29.9 Therapieprofil: Substanzbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter

<b>Diagnostische Maßnahmen</b>	Halbstrukturierte Drogenanamnese und psychopathologischer Befund (MAS-I bis MAS-IV), körperliche Untersuchung, Drogenscreening (Urin) Ggf. EEG, EKG; MRT nur in Ausnahmefällen
<b>Empirische Evidenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (A) Vertrauensvolle therapeutische Beziehung, teil-/stationäre Behandlung, v. a. wenn stützendes soziales Umfeld fehlt, familienbasierte Behandlung</li> <li>• (B) Training sozialer Fertigkeiten, Selbstkontrolltechniken, supportive Verfahren zur schulisch-beruflichen Verbesserung, Nachsorge: Weiterbehandlung, Soziotherapie</li> <li>• (C) Motivational Interviewing zur Förderung der Krankheitseinsicht, Booster Sessions 3 – 6 – 12 Monate nach Behandlungsende</li> <li>• <b>Zweifelhaft:</b> Einsatz aversiver Verfahren</li> </ul>
<b>Therapieprinzipien</b>	Entwicklungsorientierung, Abstinenzorientierung, hohe Strukturierung, multimodale interdisziplinäre Orientierung
<b>Therapieprogramme</b>	Nicht manualisiert, eklektisch mit (siehe unten) „ergänzenden Maßnahmen“, hoch strukturiert
<b>Medikamentöse Therapie</b>	Vorübergehend, adjuvant, ggf. ursächliche bei Komorbiditäten, oft <i>Off-Label</i> -Medikationen Adjuvant v. a. sedierende Neuroleptika, trizyklische Antidepressiva, Benzodiazepine Ursächlich je nach Indikation z. B. Atomoxetin, retardiertes MPH, SSRI, atypische Neuroleptika
<b>Psychotherapie</b>	<i>Eklektische einzel- und gruppentherapeutische Verfahren</i> zielen auf verbesserte Affektdifferenzierung, Impulskontrolle, Beziehungsfähigkeit, größere Stabilisierung des Selbstwertsystems, Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben, Angstbewältigung, soziale Kompetenzen ( <i>Life Skills</i> ), Entspannung und Stressbewältigung. Die gruppentherapeutischen Verfahren sind meist (kognitiv)-verhaltenstherapeutisch.
<b>Eltern- und familienbezogene Maßnahmen</b>	Familienbasierung ist Standard; Elterntrainings bzw. Angehörigengruppen/Elternguppen empfohlen
<b>Ergänzende Maßnahmen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Supportive Verfahren:</i> Sportprogramme, Bewegung, Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Arbeitstherapie; Psychoedukation</li> <li>• Progressive Muskelrelaxation in der Rückfallprävention</li> <li>• Akupunktur</li> </ul>

(C), (B), (A) = aufsteigende Evidenzgraduierung; (C) für Beobachtungsstudie, Review, Lehrbuch, (B) für kontrollierte klinische Studien, Fallkontroll- oder Kohortenstudie, (A) für Meta-Analyse, randomisierte klinische Studien

werden oft im Rahmen der Rückfallprävention eingeübt. Die *Akupunktur* als passiv-invasives Verfahren trägt häufig zu einer subjektiven Milderung von Entzugssymptomen oder Substanzverlangen (Craving) bei. *Schulunterricht* hat bei hoch belasteten Jugendlichen (sog. „Street Kids“) zunächst eher tagesstrukturierende Funktion, sollte aber für alle Kinder- und Jugendlichen schon in der qualifizierten Akutbehandlung integraler Bestandteil der stationären Behandlung sein. Im weiteren Verlauf kann über erste schulische Erfolge wichtiges Selbstvertrauen hinzugewonnen werden. Während der stationären Behandlung kommt weiterhin der *pädagogischen Förderung* durch die Bezugsbetreuer des Pflege- und Erziehungsteams große Bedeutung zu. Die neuen Verhaltens- und Erlebensebenen, die sich die Patienten im therapeutischen Schonraum erarbeitet haben, müssen schrittweise pädagogisch in den Alltag eingeführt und eingeübt werden. Dabei ist es Aufgabe des Therapeuten, die Familie in den Entwicklungsprozess mit einzubeziehen, um eine spätere Rückführung des Patienten unter jetzt geänderten Bedingungen zu ermöglichen. Die Aufgabe der Bezugsbetreuer ist es, solche Entwicklungsprozesse in der direkten Beziehung zu den Kindern und Jugendlichen auf Station umzusetzen.

## Häufig gestellte Fragen mit Antworten

? *Lässt sich der Erfolg einer Sucht-Therapie vorhersagen?*

▶ Nach einer umfassenden Meta-Analyse (Brewer et al. 1998) zu alters- und schulenübergreifenden Studien scheinen zumindest wichtige *Komponenten* von Therapieerfolg benennbar zu sein:

- ein reguläres Therapie-Ende;
- ein geringer Substanzkonsum und höheres Alter bei Therapiebeginn;
- protektiv wirkende psychosoziale Faktoren (nämlich: abstinenten Peers, eine unterstützende Familiensituation, eine sinnvolle Ausbildungs- bzw. Berufsperspektive);
- keine komorbide psychiatrische Störung.

▶ Nach Reviews (Sonntag u. Künzel 2000; Williams et al. 2000) ließe sich ergänzen: hohe Intensität und Strukturiertheit der Therapie, gleichzeitig Flexibilität in Hinblick auf Patientenbedürfnisse, Aufzeigen und v. a. die Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten, eine gute Therapeut-Patient-Beziehung, eine größere therapeutische Expertise.

? *Wie ist der derzeitige Stand der Suchtprävention zu beurteilen?*

▶ Prävention bei Kindern und Jugendlichen ist erfolgreich, wenn sie adressatengerecht, familien- und entwicklungsorientiert betrieben wird. Das gilt für genuin familienbasierte Präventionsprogramme wie auch für schulbasierte, sofern sie

(in  
aus  
ven  
• a  
• r  
c  
• a  
v  
• t  
(  
c  
• c  
c  
s  
▶▶  
wa  
ein  
bez  
sur  
nor  
fan  
Pro  
ten  
prä  
anf

■ B  
„I  
p  
■ H  
B  
p  
c  
■ S  
C  
h  
h  
■ S  
k  
g  
d  
■ s  
g  
[  
R  
d  
■ s  
g  
p  
R

(in der BRD) spätestens in fünften Klassen substanzspezifisch ausgerichtet sind (Bühler 2005). Generell sollte effektive Prävention (Kumpfer u. Alvarado 2003)

- auf ein breites Spektrum von Problemverhalten abzielen,
- ressourcenorientiert auf Familienebene (weniger auf individueller Ebene) arbeiten,
- auf Änderungen der Familiendynamik und der Familienumwelt abzielen,
- bei Risikogruppen sehr früh mit Interventionen beginnen (z. B. bei schwangeren Teenagern noch vor der Geburt des Kindes),
- den Aufwand (Zeit, Medieneinsatz, Rollenspiele, Hausaufgaben, belohnende Anreize) gerade bei einkommensschwächeren Zielgruppen höher ansetzen.

▶ Als Ergebnis ist ein *Aufschub des Konsumbeginns* zu erwarten. Je später der Konsum psychoaktiver Substanzen einsetzt, desto geringer ist das Risiko einer späteren substanzbezogenen Störung. Dies lässt sich als Zugewinn an gesundheitlicher Lebensqualität messen und gesundheitsökonomisch aufrechnen. Für das aus den USA stammende familienbasierte und gut evaluierte „Strengthening Families Program“ (SFP 10–14) schätzen Spoth et al. (2002) ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1 : 10, d. h., jeder für die Drogenprävention investierte US-Dollar erspart lebenslang 10 Dollar anfallender Gesundheitskosten.

## ■ Weiterführende Informationen einschließlich Internetadressen

- Bundesweites ExpertInnennetz zur Suchtvorbeugung „PrevNet“: [Online Jan. 2007]; <http://www.prevnet.de/portal/all/einrichtungen/ueberblick>;
- Information für drogengebrauchende Jugendliche: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Internetportal „drugcom“. [Online Jan. 2007] <http://www.drugcom.de>;
- Selbstcheck für Jugendliche zur Überprüfung des eigenen Cannabiskonsums plus Hilfeangebote: „Grasfrei – nur für heute“ (Theapiehilfe e.V. Hamburg). [Online Jan. 2007] <http://www.grasfrei.de>;
- Selbsthilfe von Eltern: BVEK Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter- und drogenabhängiger Jugendlicher e.V. [Online Jan. 2007] <http://home.snafu.de/bvek>;
- stationäre Versorgung drogenkranker Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept von „Teen Spirit Island“. [Online Jan. 2007]; Raum Hannover: <http://www.kinderkrankenhaus-aufder-bult.de/start.html>;
- stationäre Versorgung drogenkranker Kinder und Jugendlicher im „Come In!“ nach dem Konzept der „Therapeutischen Gemeinschaft“. [Online Jan. 2007]. Raum Hamburg: <http://www.come-in-hamburg.de>.

## ■ Literatur

(Weiterführende Literatur ist mit \* versehen)

- \*AACAP Official Action. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005; 44: 609–621.
- AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie), Hrsg. Das AMDP-System. 7. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2000.
- AWMF Online, Hrsg. 2006. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1). Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. [Online Mai 2007]. <http://leitlinien.net/>; 2003.
- \*Blanz B, Remschmidt H, Schmidt M, Warnke A. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Schattauer; 2006.
- Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB. A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*. 1998; 93: 73–92.
- Bühler A. Familienbezug in der schulischen Prävention. In: Thomasius R, Küstner UJ, Hrsg. Familie und Sucht. Stuttgart: Schattauer; 2005: 259–267.
- BVEK (Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter- und drogenabhängiger Jugendlicher e.V.). Eltern und ihre suchtkranken Kinder. Ein Leitfaden zur Selbsthilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2003.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). 2006. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Teilband Rauchen. [Online Mai 2006]. <http://www.bzga.de>; 2004a.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). 2006. Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Teilband Alkohol. [Online Mai 2006]. <http://www.bzga.de>; 2004b.
- Clark DB, Cornelius JR, Kirisci L, Tarter RE. Childhood risk categories for adolescent substance involvement: a general liability typology. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005; 77: 13–21.
- Copello AG, Templeton L, Velleman R. Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? *Current Opinion in Psychiatry*. 2006; 19: 271–276.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Bern: Huber; 1993.
- EBDD (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht). Jahresbericht 2005: Stand der Drogenproblematik in Europa. [Online Mai 2006]. <http://ar2005.emcdda.europa.eu/de/home-de.html>; 2005.
- Edwards G, Arif A, Hodgson R. Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: A WHO-Memorandum. *Bulletin of the World Health-Organisation*. 1981; 59: 225–242.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Technical implementation and update of the European Union databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected – final report. Project CT.00.EP.14; December 2002.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Statistical bulletin 2005. Studies of youth and the schools population. [Online Mai 2006]. <http://stats05.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>; 2005.
- Fegert JM, Häßler F. Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. In: Eggers C, Fegert JM, Resch F, Hrsg. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin: Springer; 2004: 383–400.
- Gerlach M, Warnke A, Wewetzer C, Hrsg. Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Wien AT: Springer; 2004.
- Gerlach M, Rothenhöfer S, Mehler-Wex C, Fegert JM, Schulz E, Wewetzer C, Warnke A. Therapeutisches Drug-Monitoring in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen und praktische Empfehlungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 2006; 34: 5–13.
- Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 1992; 112: 64–105.

- Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A. Entwicklungspsychiatrie. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A, Hrsg. Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart: Schattauer; 2003: 315–357.
- \*Huck W, Schepker R. Stationäre Behandlung von Drogenabhängigen. In: Thomasius R, Küstner UJ, Hrsg. Familie und Sucht. Stuttgart: Schattauer; 2005: 213–222.
- Kilpatrick DG, Acierno R, Saunders B, Resnick HS, Best CL, Schnurr PP. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000; 68: 19–30.
- Kohl E. Projekt Suchtprävention und -beratung für junge Spätaussiedlerinnen und Spätaussiedler. In: Landeszentrum für Zuwanderung Nordrhein-Westfalen, Hrsg. Migration und Sucht. Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten. [Online Dez. 2003]. [http://www.lzz-nrw.de/docs/Doku\\_4\\_02.pdf](http://www.lzz-nrw.de/docs/Doku_4_02.pdf); 2002; 92–106.
- Kumpfer KL, Alvarado R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Principles of effective prevention programs*. *The American Psychologist*. 2003; 58: 457–65.
- Küstner UJ, Thomasius R, Sack P-M, Zeichner D. Ambulante Behandlung von Drogenabhängigen. In: Thomasius R, Küstner UJ, Hrsg. Familie und Sucht. Stuttgart: Schattauer; 2005: 223–229.
- \*Küstner UJ, Thomasius R, Sack P-M, Zeichner D. Drogenambulanz für Jugendliche, junge Erwachsene und deren Familien. In: Klein M, Hrsg. Handbuch Kinder und Suchtgefahren. Stuttgart: Schattauer. [Im Druck].
- Laging M. Assessment und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen. *Prävention*. 2005; 1: 9–12.
- Lieb R, Schuster P, Pfister H, et al. Epidemiologie des Konsums, Mißbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht*. 2000; 46: 18–31.
- Mattejat F. Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*. 2005; 14: 3–11.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing*. 2nd ed. New York: Guilford; 2002.
- Moffitt TE. Adolescents-limited and life-course persistent anti-social behaviour: a developmental taxonomy. *Psychological Review*. 1993; 100: 674–701.
- Niethammer O. Häufigkeiten von Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen im Alter von 14–17 Jahren an einer Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. [Vergleich mit der EDSP-Studie]. München: Dissertation FB Medizin: Ludwig-Maximilians-Universität; 2004.
- \*Parnefjord R. *Das Drogentaschenbuch*. 4., unveränd. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2005.
- Reese A, Silbereisen RK. Allgemeine versus spezifische Primärprävention. In: Freund T, Lindner W, Hrsg. Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen: Leske & Budrich; 2001: 139–162.
- Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F, Hrsg. *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. 5. Aufl. Bern: Huber; 2006.
- Riggs PD, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Löhman M, Kayser A. A randomized controlled trial of pemoline for attention-deficit/hyperactivity disorder in substance-abusing adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 43: 420–429.
- \*Sack P-M, Krüger A. Störungsspezifische diagnostische Verfahren. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P, Hrsg. *Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Schattauer. [Im Druck].
- Sack P-M, Thomasius R. Zur Effektivität von Familientherapien in der Frühintervention von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Sucht*. 2002; 48: 431–438.
- Schulz E, Remschmidt H. Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*. 1999; 96 (7): A-414–418.
- Schumann A, Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U. Deutsche Version des Fagerström-Test for Nicotine Dependence (FTND-G) und des Heaviness of Smoking Index (HSI-G). In: Glöckner-Rist A, Rist F, Küfner H, Hrsg. *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. [Online Mai 2006]. <http://www.gesis.org/>; 2003.
- Silbereisen RK, Rubins L, Rutter M. Secular trends and substance use: concepts and data on the impact of social change on alcohol and drug use. In: Rutter M, Smith DJ, eds. *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*. Chichester, UK: Wiley; 1996: 490–543.
- Silberg J, Rutter M, D'Onofrio B, Eaves L. Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003; 44: 664–676.
- Sonntag D, Künzel J. Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht*. 2000; 46 (Sonderheft 2): 89–176.
- Spoth RL, Gyll M, Day SX. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*. 2002; 63: 219–28.
- \*Thomasius R, Jung M, Schulte-Markwort M. Suchtstörungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A, Hrsg. *Entwicklungspsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer; 2003: 693–726.
- \*Thomasius R, Gouzoulis-Mayfrank E, Scherbaum N. *Drogenabhängigkeit (ICD-10 F1)*. In: Vorderholzer U, Hohagen F, Hrsg. *Therapie psychischer Erkrankungen*. München: Elsevier; 2006: 35–47.
- \*Thomasius R. Störungen durch psychotrope Substanzen. In: Schlottke PF, Silbereisen RK, Schneider S, Lauth G, Hrsg. *Enzyklopädie der Psychologie, Serie II: Klinische Psychologie, Bd. 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe; 2005: 945–1010.
- Töppich J. Cannabiskonsum von Jugendlichen. In: *Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen*. Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. November 2004 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- Williams RJ, Chang SY, Addiction Centre Adolescent Research Group. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Journal of Clinical Psychology*. 2000; 7: 138–166.
- Wilson CR, Sherritt L, Gates E, Knight JR. Are clinical impressions of adolescent substance use accurate? *Pediatrics*. 2004; 114: 536–540.
- Winters KC, Latimer WW, Stinchfield R. Assessing adolescent substance use. In: Wagner EF, Waldron HB, eds. *Innovations in adolescent abuse interventions*. Amsterdam, NL: Elsevier; 2001: 1–29.

# Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Ein integratives Lehrbuch für die Praxis

Herausgegeben von

Helmut Remschmidt

Fritz Mattejat

Andreas Warnke

Mit Beiträgen von

C. Bachmann  
T. Banaschewski  
R. Blank  
B. Blanz  
R. Brunner  
M. Döpfner  
S. Eimecke  
J. M. Fegert  
R. Frank  
A. von Gontard  
J. Häberle  
F. Häßler  
U. Hagenah  
J. Hebebrand

U. Hemminger  
B. Herpertz-Dahlmann  
N. von Hofacker  
E. Kammerer  
I. Kamp-Becker  
M. G. Kölch  
C. König  
G. Lehmkuhl  
U. Lehmkuhl  
M. Martin  
F. Mattejat  
M. Monninger  
M. Noterdaeme  
C. Oehler

R. Oelkers-Ax  
M. Papoušek  
E. Plume  
K. Quaschner  
H. Remschmidt  
F. Resch  
V. Roessner  
A. Rothenberger  
P.-M. Sack  
F. Scheder-Bieschin  
R. Schepker  
K. Schmeck  
M. H. Schmidt  
G. M. Schmitt

S. Schneider  
G. Schulte-Körne  
R. G. Siefen  
M. Simons  
S. Stapel  
M. Stolle  
W. von Suchodoletz  
F. M. Theisen  
R. Thomasius  
A. Warnke  
C. Wewetzer

48 Abbildungen

221 Tabellen

Georg Thieme Verlag  
Stuttgart · New York

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Waren-

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

**Wichtiger Hinweis:** Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständig in Entwicklung. Unsere Erkenntnisse, Forschungs- und klinische Erfahrungen erweitern unsere Kenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosisangabe oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwendet haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht.

Für Angaben über Dosisempfehlungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosisierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag übernehmen an jedem Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2008 Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
Deutschland  
Telefon: +49(0)711/8931-0  
Unsere Homepage: www.thieme.de  
Printed in Germany  
Zeichnungen: Barbara Gay, Stuttgart  
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgesellschaft  
Umschlagbild: Zeichnung einer 16-jährigen Patientin  
(Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Marburg); Erstveröffentlichung: PP - Deutsches Ärzteblatt, Heft 7/2006  
Satz: Mitterweger & Partner GmbH, Plankstadt  
gesetzt aus 3B2  
Druck: Firmengruppe APPL, aprinta druck, Wemding  
ISBN 978-3-13-143681-8  
1 2 3 4 5 6

XH 2227



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

**Bibliografische Information**  
der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in  
der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische  
Daten sind im Internet über  
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.