

Sucht: Substanzmissbrauch und nichtstoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen [in Jugend und jungem Erwachsenenalter] [Allgemeines, Diagnose]

Rainer Thomasius, Anneke Aden, Nicolas Arnaud

[S. 280] [...]

1 Fallvignetten

Adoleszenz:

Der 15-jährige Klaas stellte sich in Begleitung seiner Eltern in der Ambulanz vor. Sein Anliegen sei es zu verstehen, wie er in die schwere Cannabisabhängigkeit geraten sei. Klaas hatte im Alter von 12 Jahren erstmals mit einem Freund einen Joint geraucht. Rasch habe er seinen Konsum gesteigert und etwa zwei Jahre lang nahezu täglich etwa zwei Gramm Cannabis konsumiert – eben bis die Eltern dies vor acht Wochen bemerkten. Seither sei er abstinent. Der Vater lasse regelmäßig den Urin des Sohnes auf Drogen kontrollieren. Da die Konsummotive bislang nicht nachvollziehbar seien, habe die Familie große Angst vor Rückfälligkeit. Im Erstkontakt erschien der älter wirkende Jugendliche niedergestimmt. In den folgenden Einzelgesprächen stellte sich eine deutliche depressive Symptomatik dar, basierend auf einer massiven Selbstwert- und Identitätsproblematik, die erst kürzlich nach der Trennung von der ersten Freundin zu einer suizidalen Krise geführt hatte. Der Jugendliche, bei dem testpsychologisch eine Intelligenz an der Grenze zur Hochbegabung gemessen wurde, verfügte trotz Reduktion des Cannabiskonsums weder über ausreichende Fähigkeiten zur Emotionsregulation noch konnte er soziale Kontakte seinem Alter angemessen pflegen.

Junges Erwachsenenalter:

Die inzwischen 19-jährige Maria wurde in den letzten drei Jahren durchgängig ambulant jugendpsychiatrisch behandelt und zusätzlich zweimal jeweils mehrere Wochen lang stationär. Vorstellungsanlass waren ein intensiver pathologischer Medienkonsum und ein damit einhergehender zunehmender sozialer Rückzug. Maria spielte täglich bis zu 15 Stunden das Online-Rollenspiel »Guildwars«. Die Gymnasiastin hatte zuletzt die Schule nicht mehr besucht, keine realen Kontakte zu Gleichaltrigen mehr unterhalten und war überwiegend depressiv und antriebslos. Mutter und Großmutter der Patientin litten ebenfalls an schweren psychischen Krankheiten. Bereits in früher Kindheit war Maria körperlichen Misshandlungen ausgesetzt; in der Pubertät kam es erneut zu massiven verbalen und körperlichen Auseinandersetzungen zwischen Mutter und Tochter. Maria kehrte im Anschluss an die erste stationäre Behandlung zu ihrer Mutter zurück und wurde dort hinsichtlich des Spielverhaltens schnell [S. 281] rückfällig. Die Konflikte eskalierten erneut. In der nun folgenden zweiten stationären jugendpsychiatrischen Behandlung wurde ein Wohnortwechsel erörtert. Unter Abstinenzbedingungen traten eine schwere depressive Krise sowie intermittierend selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken auf. Bis heute weist Maria, die nun in einer therapeutischen Wohngruppe lebt, die Oberstufe besucht und mehrere Freundschaften pflegt, in emotionalen Krisen ein Craving nach »Guildwars« auf.

Im Jugend- und jungen Erwachsenenalter richtet sich die Diagnostik substanzbezogener Störungen nach den entwicklungspsychologischen und -psychopathologischen Charakteristika der Akzeleration, damit alterstypischer Substanzgebrauch von schädlichen und abhängigen Konsummustern und deren Auswirkungen abgegrenzt werden kann. Ferner sind die alters bezogenen proximal und distal an der Person ansetzenden Risikofaktoren des Substanzmissbrauchs für den diagnostischen Prozess handlungsleitend. In der Behandlung substanzbezogener Störungen werden neben den körperlichen und psychischen Auswirkungen des Substanzmissbrauchs die Funktions- und Entwicklungsstörungen sowie komorbide psychische Störungen berücksichtigt. Pathologisches Glücksspiel und pathologischer Internetgebrauch werden in jüngster Zeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit zunehmender Tendenz beobachtet. Die Therapie ist störungs-, alters- und phasenspezifisch ausgerichtet. Besondere Bedeutung hat die Motivationsförderung in initialen Kontaktphase. Medizinische, psychotherapeutische sowie körper- und soziotherapeutische Maßnahmen werden sowohl in der Akut- als auch in der Postakutbehandlungsphase eingesetzt. Des Weiteren sind pädagogische, schulische und berufsnahe Maßnahmen erforderlich. In der Nachsorgephase kommen vorwiegend stabilisierende und resozialisierende Programme zum Einsatz. In der Therapie, speziell des Jugendlichen mit substanzbezogenen

Störungen, greifen üblicherweise verschiedene Interventionen - medizinische Versorgung, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Jugendhilfe; Suchtkrankenhilfe, Schule, Straffälligenhilfe, Polizei und Selbsthilfe - ineinander. Zukünftig müssen die Schnittstellen an den Übergangsbereichen der verschiedenen Hilfeerbringer verbessert und Synergien entfaltet werden. Die Versorgungs- und Hilfebereiche verfügen bisher nicht über ausreichende, der Behandlungs- und Hilfenachfrage entsprechende Kapazitäten. [...]

2 Klinische Symptomatik und diagnostische Kriterien

Der Konsum legaler und illegaler psychotroper Substanzen ist im Jugend- und jungen Erwachsenenalter weit verbreitet, stellt aber für die Mehrzahl der Jugendlichen ein passageres, auf die Adoleszenz zeitlich beschränktes Entwicklungsphänomen dar. Die Adoleszenz ist wie kein anderer Lebensabschnitt mit Experimentierfreude und [S. 282] Risikobereitschaft verbunden. Jugendliche erwarten sich vom Konsum psychotroper Substanzen Glückgefühle sowie Abbau von Hemmungen, Erhöhung ihres sozialen Status in der Peergroup und Entlastung von Alltagsproblemen. Aus entwicklungspsychologischer Sicht kann der Substanzkonsum zur Lösung der für die Adoleszenz typischen Entwicklungsaufgaben beitragen. Beispielsweise demonstriert Substanzgebrauch Autonomie und eigenen Lebensstil, was die Ablösung von den Eltern unterstützen. Der Substanzkonsum wird eingestellt, wenn keine psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen aus der Kindheit die altersgerechte Entwicklung behindern und zusätzlich soziale Netzwerke protektiv auf diese einwirken («maturing out»). Nur ein relativ kleiner Teil der konsumerfahrenen Jugendlichen entwickelt relevante Missbrauchs- und Abhängigkeitsmuster bzw. substanzbezogene Störungen. Bei den von Suchtstörungen betroffenen Jugendlichen und jungem Erwachsenen treffen häufig lebensgeschichtlich früh einwirkende Risikofaktoren mit problematischen Folgen des Konsums zusammen (Stolle et al., 2007).

Aktuelle epidemiologische Studien, die Aussagen zur Prävalenz von Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen im Jugendalter nach dem Diagnosekatalog der ICD-10 erlauben, liegen nicht vor. Eine ältere Untersuchung im Münchner Raum (EDSP) ergab in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen für Missbrauchs- (Abhängigkeits-) Diagnosen folgende Prävalenzwerte: Alkohol 10 % (5 %), Cannabis 3,6 % (1,5 %), Ecstasy/Amphetamine 0,6 % (0,4 %), Kokain 0,2 % (0 %) (Perkonig et al., 1997).

Die beiden Diagnosekriterien-Kataloge ICD-10 und DSM-5 setzen bei den substanzbezogenen Störungen unterschiedliche Akzente [...]. Im DSM-5 wird die Diagnose »Substanzgebrauchsstörung« (Substance Use Disorder) als Schweregrad diagnose entlang einer Dimension »leicht« bis »schwer« (mild – severe) gestellt. Das Prinzip einer kategorialen Diagnostik (Missbrauch vs. Abhängigkeit) wurde somit im DSM-5 aufgegeben. Der Begriff »Dependence« wurde durch »Addiction« ersetzt. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht werden beide Klassifikationssysteme den Eigenarten der Entwicklungspsychopathologie nur begrenzt gerecht. Bei Jugendlichen ist beispielsweise eine manifeste Abhängigkeit von Substanzen selten zu diagnostizieren, da selbst im Fall ernsthafter sozialer und somatischer Folgen des Substanzmissbrauchs die Kriterien für eine Toleranzentwicklung oder das Vorliegen von Entzugssymptomen nicht immer erfüllt werden. Alters bezogene Kriterien für substanzbezogene Störungen findet man weder in der ICD-10 noch im DSM-5. Daher ist in angelsächsischen Publikationen bei Jugendlichen anstelle von Substanzmissbrauch bzw. Substanzabhängigkeit der Terminus »substance use disorders« (SUD) gebräuchlich. [S. 283]

Tab. 18.1: Diagnostische Leitlinien für den schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen nach ICD-10 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 oder ein »Kater« (»hangover«) beweisen noch nicht den Gesundheitsschaden, der zur Diagnosestellung erforderlich ist.
- Schädlicher Gebrauch ist bei einem Abhängigkeitssyndrom, psychotischer Störung oder bei anderen substanzbedingten Störungen nicht zu diagnostizieren.

Quelle: Nach Dilling et al. (1993).

Tab. 18.2: Diagnostische Leitlinien für das Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10

Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F1x.2)

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

Zur Diagnosestellung müssen drei oder mehr Kriterien innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig vorgelegen haben.

Quelle: Nach Dilling et al, (1993).

Unter Berücksichtigung dieser Umstände haben Newcomb und Bentler (1989) entwicklungsbezogene Kriterien zur Unterscheidung von Gebrauch und Missbrauch psychotroper Substanzen speziell für das Jugendalter definiert. Die folgenden vier Gesichtspunkte können allein oder kombiniert zur Beurteilung herangezogen werden:

- *Substanz und Konsumumstände:* Die verschiedenen psychoaktiven Substanzen unterscheiden sich hinsichtlich akuter physiologischer und psychotroper Effekte sowie gesundheitlicher Auswirkungen erheblich. Missbrauch liegt vor, wenn Substanzen mit einem hohen gesundheitlichen Risikopotenzial konsumiert werden. Substanzunabhängig wird jeder Konsum großer bzw. mittlerer Mengen über längere Zeit sowie kleiner Mengen in unangemessenen Situationen (am [S. 284] Ausbildungsplatz, bei der Teilnahme am Straßenverkehr etc.) als Missbrauch bewertet.
- *Person:* Missbrauch liegt vor, wenn die persönlichen und physiologischen Voraussetzungen für einen verantwortungsvollen Substanzgebrauch nicht erfüllt werden oder wenn durch den Konsum die altersgerechte Entwicklung behindert wird (regelmäßiger Konsum vor der Pubertät, Konsum ohne relevante Wissens- und Entscheidungsgrundlagen etc.).
- *Reaktion:* Relevante Kriterien für einen Missbrauch sind Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit, substanzbedingte Einschränkungen der Funktionstüchtigkeit und die zunehmende Unfähigkeit, den Anforderungen des Alltags gerecht zu werden.
- *Konsequenzen:* Missbrauch liegt vor, wenn die Gesundheit durch Substanzgebrauch beeinträchtigt wird, soziale Beziehungen ungünstig beeinflusst werden, Gewalttätigkeit auftritt und Rechtsbrüche erfolgen.

Den ersten *Hinweis auf einen Substanzmissbrauch* können folgende unspezifische Verhaltensmerkmale und Umgebungskonstellationen geben:

- Leistungseinbußen in Schul- und Berufsausbildung
- veränderte Muster in der Beziehungsaufnahme und -gestaltung bzw. Rückzug aus sozialen Kontakten (auch im Elternhaus)
- Störungen des Sozialverhaltens mit Impulsdurchbrüchen, Aggressivität, Affektlabilität

- Veränderung von Freizeitinteressen
- Anschluss an Gleichaltrige mit einem Substanzmissbrauch
- Auffinden bestimmter Zubereitungen von Tabakprodukten, alkoholischen Getränken und Drogen (Harze, Pflanzen, Pilze, Samen, Lösungen, Tabletten, Pulver, bedrucktes Löschpapier etc.) sowie Applikationsutensilien (Zigarettenpapier, Silberfolie, Kerze, Löffel, Spritzenbesteck, Schlauch, Glaspfeife etc.)
- Auftreten von substanzinduzierten psychopathologischen Syndromen und körperlichen Folgeerkrankungen [...]

3 Störungsspezifische Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Komorbidität

In der Diagnostik substanzbezogener Störungen ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine offene und vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Patient ausschlaggebend. Selbstauskünfte über den Substanzkonsum sind in diesem Fall meist zuverlässig zu erhalten. Die Suchtmittelanamnese sollte standardisierte Elemente enthalten, da auch erfahrene Therapeuten den tatsächlichen Substanzgebrauch von Jugendlichen und jungen Erwachsenen eher unter- als überschätzen. [S. 285]

Fremdanamnestische Auskünfte können von den Eltern, Lehrern und anderen Angehörigen eingeholt werden. In den A WMF-Behandlungsleitlinien für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter werden detaillierte Hinweise zur Exploration gegeben (Leitlinien DGKJP, BAG, BKJPP, 2007). Die Anamnese sollte standardmäßig und im Einverständnis mit dem Jugendlichen durch eine Untersuchung auf harnfremde Substanzen (Drogenscreening) ergänzt werden.

Folgende Indikatoren, die das Risiko für das Auftreten einer substanzbezogenen Störung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter erhöhen, sollten in der Anamnese- und Befunderhebung berücksichtigt werden (Sack und Krüger, 2009):

- Familienanamnese: Substanzmissbrauch der Eltern und Geschwister, Dissozialität in der Familie, gestörte Eltern-Kind-Beziehungen, psychische Erkrankungen in der Familie
- komorbide psychische Störungen: z.B. AD(H)S, Störung des Sozialverhaltens, affektive Störung, Angststörung, Suizidalität, Störung der Emotionsregulation
- erlebte negative (Entzug, »Craving«) und erhoffte positive (Statuszuwachs, Problemreduktion) Wirkungen und Folgen des Substanzkonsums, früher Tabakkonsum
- psychische Traumatisierung, Gewalterfahrung (auch in Zeugenschaft), frühe Sexualkontakte, frühe Schwangerschaft
- nachlassende Schulleistung, sozialer Rückzug, Schulabbruch
- dissoziales Verhalten (Erwachsene belügen, Eltern bestehlen), Delinquenz
- Substanzkonsum und Delinquenz bei den Peers
- ökonomisch-soziale Benachteiligung, Zugehörigkeit zu »Randgruppen«, depriviertes Wohnumfeld und hohe Kriminalitätsrate

Differenzialdiagnostisch sind von den substanzbedingten Störungen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter vor allem folgende psychische Störungen (nach ICD-10) abzugrenzen:

- organische psychische Störungen (F 0)
- endogene Psychosen (F 20 bis F 29)
- Affektstörungen, insbesondere depressive Störungen (F 31 bis F 33, F 38)
- Angststörungen (F 40 bis F 43)
- dissoziative Störungen (F 44)
- Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen (F 60.3, F 63)
- intellektuelle Behinderung (F 7)

- spezifische Entwicklungsstörungen (F 80 bis F 84)
- Störungen des Sozialverhaltens (F 90 bis F 92)

Jugendliche und junge Erwachsene, die unter einer substanzbezogenen Störung leiden, weisen zu einem sehr hohen *Prozentsatz komorbide psychische Erkrankungen* auf. Am häufigsten sind Störungen des Sozialverhaltens (je nach Untersuchung zwischen 28 und 62 %) und depressive Störungen (16-61 %). Relevant [S. 286] sind weiterhin Angststörungen, sozialphobische Störungen, Essstörungen (insbesondere binge eating/purging und Bulimia nervosa), beginnende Borderline-Persönlichkeitsstörungen, substanzinduzierte Psychosen (Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, Kokain, LSD) und schizophrene Psychosen. Bei Jungen bzw. jungen Männern stehen die Störungen des Sozialverhaltens sowie kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, das AD(H)S und beginnende Persönlichkeitsstörungen (antisoziale PS, narzisstische PS) im Vordergrund. Bei Mädchen bzw. jungen Frauen überwiegen depressive Störungen sowie Traumafolgestörungen (PTSB), Störungen der emotionalen Entwicklung und beginnende Persönlichkeitsstörungen (vor allem Borderline-PS). Die Zusammenhänge zwischen dem Substanzmissbrauch und den komorbiden psychischen Störungen sind für das Jugendalter weitgehend unerforscht. Aus klinischer Sicht liegen folgende Bedingungen zugrunde:

- Häufig ist das psychopathologische Syndrom direkte Folge des Substanzmissbrauchs (z.B. amotivatorisches Syndrom oder paranoid-halluzinatorisches Syndrom infolge Cannabismissbrauchs).
- Das psychopathologische Syndrom kann dem Substanzmissbrauch vorausgehen und diesen begünstigen (z. B. unbehandeltes hyperkinetisches Syndrom, vor allem mit kombinierter Störung des Sozialverhaltens oder Störung der Emotionsregulation).
- Substanzmissbrauch kann den Verlauf einer psychischen Störung ungünstig beeinflussen (z.B. depressive Störung, Bulimia nervosa) oder deren Exazerbation begünstigen (z.B. schizophrene Psychose). [...]

4 Verlauf und Prognose

Substanzmissbrauch kann abhängig von Art und Schwere der konsumierten Substanzen, dem Vorhandensein und Ausmaß komorbider psychischer Störungen sowie den psychosozialen Begleitumständen des Konsums zu ernsthaften gesundheitlichen Schäden, verringerter Lebenserwartung und sozialer Desintegration führen. Die Herkunftsfamilie und der Freundeskreis sind von der Suchterkrankung ebenfalls betroffen. Häufig werden Schul- und Berufsausbildung vorzeitig beendet. Straftaten im Rauschzustand sowie Beschaffungskriminalität können im Verlauf der Substanzabhängigkeit zunehmen. Viele Suchtkranke leiden ein Leben lang unter ihrer Erkrankung. Neben den individuellen und familiären Folgen führen die Suchterkrankungen zu erheblichen volkswirtschaftlichen Kosten. Sie werden durch suchtbedingte Begleiterkrankungen, langfristige Arbeitsunfähigkeit und frühzeitige Berentung des Suchtkranken verursacht. Bei den illegalen Suchtmitteln schlagen zusätzlich volkswirtschaftliche Belastungen durch die weltweiten Auswirkungen der Drogenkriminalität zu Buche. Die Weltgesundheitsorganisation [S. 287] (WHO) schätzt die volkswirtschaftlichen Folgekosten der Suchterkrankungen allein für europäische Länder auf 5-6 % des Bruttosozialprodukts.

Die Verlaufsprognose der substanzbedingten Störungen ist speziell für das Jugendalter ungenügend erforscht. In einzelnen Untersuchungen (vgl. Hawkins et al. 1992; Petraitis et al. 1999) hat sich das Vorhandensein folgender Merkmale als ungünstig erwiesen:

- konsumerleichternde gesetzliche Regelungen
- Verfügbarkeit von psychoaktiven Substanzen
- extreme ökonomische Benachteiligung
- negative Peer-Rollenvorbilder
- geringer Bildungsstand
- desorganisierte Nachbarschaftsverhältnisse
- komorbide psychische Störungen

- Substanzmissbrauch und psychische Störungen der Eltern

Demgegenüber hatten hohe Ausprägungsgrade der im Folgenden genannten Merkmale einen eher günstigen Einfluss auf die Verlaufsprognose bei Jugendlichen (vgl. Höfler et al. 1999):

- Angst vor negativen Folgen des Substanzkonsums
- Selbstvertrauen
- psychosoziale Kompetenz
- Fehlen komorbider psychischer Störungen
- abstinente Peers
- emotionale Unterstützung durch die Eltern

Unterschiedliche personale, familiäre und soziale Faktoren tragen dazu bei, dass die initiale Behandlung des Substanzmissbrauchs in vielen Fällen erheblich verzögert wird. Die Leugnung des Substanzmissbrauchs durch betroffene Jugendliche, aber auch durch Eltern und andere Bezugspersonen, der Kontakt zu substanzmissbrauchenden Gleichaltrigen sowie fehlende Bereitschaft zum Konsumverzicht sind Gründe dafür, dass sich süchtiges Verhalten über viele Jahre perpetuiert, bevor erst im fortgeschrittenen Stadium der Suchtentwicklung eine Behandlungsbereitschaft entsteht. Prochaska und DiClemente (1986) haben gezeigt, dass sich Problembewusstsein und Veränderungsbereitschaft im Verlauf der Suchterkrankung prozesshaft ändern. Der Substanzabhängige durchläuft diesen Zyklus mehrfach, da er wiederholt rückfällig wird. Im Erwachsenenalter werden die Rückfallphasen kürzer und die Abstinenzphasen länger. Prochaska und DiClemente unterscheiden vier Phasen der Veränderungsbereitschaft:

- Phase 1 ist durch fehlendes Problembewusstsein (Precontemplation) und fehlende Veränderungsbereitschaft gekennzeichnet.
- In Phase 2 (Contemplation) wird Problembewusstsein allmählich aufgebaut. Die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung und die Reflexion der Bewertung des [S. 288] Substanzgebrauchs beginnen, die Wahrnehmung und das Abwägen der Vor- und Nachteile des Substanzkonsums nehmen zu.
- In Phase 3 (Action) entwickelt sich eine ernsthafte Veränderungsbereitschaft; häufig wird nun eine Behandlung erwogen und schließlich initiiert.
- In Phase 4 (Maintenance) werden die Behandlungsziele erreicht und Veränderungen aufrechterhalten. Ein Rückfall (Relapse) und längere Phasen erneuten Substanzmissbrauchs können sich anschließen.

Zum ersten Behandlungsgesuch des suchtgefährdeten oder von Suchtstörungen betroffenen Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen können verschiedene Gründe beitragen. Konflikte mit Eltern, Lehrern und Vorgesetzten infolge des Substanzmissbrauchs sind der häufigste Vorstellungsgrund. Weitere Anlässe sind psychische Beschwerden (depressive Verstimmung, Antriebsstörung, Selbstzweifel, Störung der Kognition, innere Unruhe, Leeregefühl, Suizidgedanken), Leistungsstörungen (Schule, Berufsausbildung, Freizeitaktivitäten), negative Rauscherfahrungen (Panikattacken, Stimmungsschwankungen, Horrortrips, Impulsdurchbrüche, Intoxikationen) sowie substanzinduzierte psychiatrische Syndrome (starke Angst, affektive und psychotische Syndrome). Auflagen durch Familien- und Strafgerichte sowie körperliche Folgen und Langzeitschäden des Substanzmissbrauchs können ebenfalls zu einem Behandlungsgesuch führen.

Der Behandlungserfolg wird bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit substanzbezogenen Störungen über drei verschiedene Parameter bestimmt:

Haltequote (Prozentsatz an regulären Therapiebeendigungen), Erreichung der Therapieziele (v.a. Abstinenz) und Rückfallquote. Die Haltequote gilt in der Literatur als bester Indikator für langfristigen Therapieerfolg. International liegt die Haltequote bei Jugendlichen über alle Behandlungsformen hinweg zwischen 60 und 65 %. In Familientherapien sind die Haltequoten mit etwa 70-90 % am höchsten. Die

Abstinenzquoten liegen für Familientherapien bei Behandlungsabschluss bei 55-73 %. Die Ein-Jahres-Katamnesen zeigen Abstinenzquoten zwischen 30 und 50 % (Liddle und Dakof, 1995; Williams und Chang, 2000; Crome, 1999).

Allgemein erreichen bei regulärer Beendigung der ambulanten Behandlung etwa 57 % der Jugendlichen das Abstinenzziel. In den Ein-Jahres-Katamnesen liegen die Abstinenzquoten international für Jugendliche nach ambulanter Behandlung bei 38 % und bei etwa 40 % nach stationärer Behandlung. Bei etwa 50 % der Patienten mit regulärem Behandlungsabschluss wird nach Ablauf eines Jahres keine Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose mehr gestellt (vergl. Sack et al., 2004). Für einen Zwei-Jahres-Zeitraum findet man für Jugendliche international keine Referenzdaten. Folgende Indikatoren auf Seiten des Patienten und der Behandlungsstruktur sind für den Behandlungserfolg und die langfristige Prognose ausschlaggebend (Brewer et al., 1998; Sonntag und Künzel, 2000):

- reguläres Therapieende
- geringer Substanzkonsum bei Therapiebeginn
- relativ später Einstieg in Tabak- und Alkoholkonsum (Alter beim Erstgebrauch) [S. 289]
- protektiv wirkende psychosoziale Faktoren (abstinente Peers, unterstützende Familiensituation, gute ökonomische Bedingungen, Schul- oder Ausbildungsperspektive)
- keine oder mild ausgeprägte komorbide psychische Störungen
- Intensität und Strukturiertheit der Therapie
- Flexibilität der Therapie im Hinblick auf Patientenbedürfnisse o Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten gute Therapeut-Patient-Beziehung
- Erfahrungsreichtum des Therapeuten (nicht dessen formale Qualifikation)

Das höchste Rückfallrisiko besteht im ersten Monat nach Behandlungsende. Innerhalb von 3 Monaten werden etwa 50 % aller jugendlichen Patienten rückfällig, innerhalb von sechs Monaten steigt diese Zahl auf 66 %. Bei Jugendlichen nimmt das Rückfallrisiko typischerweise zu, wenn Peers (insbesondere drogenaffine Freunde) sozialen Druck ausüben, Substanzen leicht verfügbar sind oder diese in der Herkunftsfamilie und von relevanten Peers konsumiert werden. Das Rückfallrisiko nimmt ebenfalls zu, wenn die Jugendlichen nicht an Nachsorge-Programmen teilnehmen (Wagner und Tarolla 2002). [...] [S. 295] [...]

Exkurs: Pathologischer Internetgebrauch und pathologisches Glücksspiel

Exzessiv ausgeführte Verhaltensweisen können in Analogie zu den substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen für die Betroffenen zu einem ernsthaften Problem werden, das sich bis hin zu einer chronischen psychischen Störung mit hohem Rückfallpotenzial entwickeln kann (Brand und Laier, 2013). Während in diesem Zusammenhang eine Reihe von suchartigen Verhaltensweisen, wie etwa das pathologische Kauf-, Ess- oder Sexualverhalten diskutiert werden, liegen klinische und epidemiologische Studien aktuell jedoch primär zu pathologischem Glücksspiel («Spielsucht») und pathologischer Internetnutzung bzw. »Internetsucht« vor. Unter dem Begriff der Internetabhängigkeit werden zahlreiche potenziell abhängig machende Aktivitäten subsumiert (Cybersex bzw. Internetpornografie, soziale Netzwerke bzw. Onlinebeziehungen, Internetglücksspiel, ausufernde Informationsbeschaffung, Online-Computerspiele; Young, 1998). Eine differenzierte wissenschaftliche Betrachtung hinsichtlich eines übergeordneten Störungsverständnisses bzw. deren Abgrenzung fehlt jedoch noch weitgehend. Aktuell wird diskutiert, ob das gemeinsame Medium Internet für eine einheitliche nosologische Bestimmung überhaupt ein hinreichendes Kriterium darstellt und sich zumindest bestimmte Nutzungsformen (z.B. Internetglücksspiel oder Internetpornografie) nicht besser im Zusammenhang anderer Krankheitskonzepte (Glücksspielsucht, »Sexsucht«) beschreiben lassen (Rehbein et al., 2013). Von pathologischem Glücksspiel und pathologischem Internetgebrauch sind Jugendliche und junge Erwachsene deutlich erhöht betroffen. Während der Anteil \, pathologischer Glücksspieler unter den 14- bis 17-Jährigen in Deutschland 1,5 % (gegenüber 0,3 % in der Gesamtbevölkerung; Meyer et al., 2011) beträgt, liegt der Anteil der Internetabhängigen in dieser Altersgruppe in Deutschland mit 4,0 % (gegenüber 1 % in der

Gesamtbevölkerung; Rumpf et al., 2011) sogar noch deutlich höher. Der Versorgung dieser Gruppe kommt ungeachtet der Neuartigkeit des Phänomens eine besondere gesundheitspolitische Relevanz und Aufmerksamkeit [S. 297] Im Allgemeinen wird dem Problemverhalten dann ein Krankheitswert beigemessen, wenn die Symptome einer psychischen Abhängigkeit (etwa starkes Verlangen / Eingenommensein, Unruhe, Gereiztheit als Entzugssymptome) sowie ein klinisch relevanter Leidensdruck erlebt werden und das Verhalten trotz negativer Konsequenzen (starke Einengung bzw. Vernachlässigung anderer Interessen oder Aktivitäten) aufrechterhalten wird (Mann et al., 2013). Hinsichtlich dieser zentralen diagnostischen Kriterien weist exzessiver Internetgebrauch ebenso wie das pathologische Glücksspiel eine deutliche phänomenologische Übereinstimmung zu den substanzbezogenen Störungen auf. Während das pathologische Glücksspiel anhand von zehn Kriterien (von denen mindestens fünf erfüllt sein müssen) differenziert diagnostiziert werden kann (Saß et al., 2003) und im DSM-5 auch den Suchterkrankungen zugeschrieben wird, ist die Internet- oder Computerspielabhängigkeit derzeit noch nicht anerkannt als offizielle psychiatrische Diagnose. In der Praxis erfolgt die Diagnosestellung daher zumeist anhand der Kriterien stoffgebundener Abhängigkeiten oder des pathologischen Glücksspiels (Petersen und Thomasius, 2010). Das DSM-5 macht hierzu den Vorschlag einer neun Kriterien umfassenden Forschungsdiagnose, welche sich zunächst auf den besser untersuchten Bereich der Computerspiele bezieht (Internet Gaming Disorder mit den neun Kriterien Gedankliche Vereinnahmung, Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen, Verhaltensbezogene Vereinnahmung, Dysfunktionale Stressbewältigung, Dissimulation, wobei fünf Kriterien für eine Diagnose erfüllt sein müssen). Der gegenwärtige Stand der Diskussion zu ICD-11 sieht dagegen die Möglichkeit einer Eingruppierung im Suchtkapitel vor.

Die psychische Belastung der Betroffenen manifestiert sich unter anderem in einem häufigen Vorliegen komorbider psychischer Störungen. Analog zu den substanzbezogenen Störungen erfüllt ein beträchtlicher Anteil der als Internet- und Glücksspiel-abhängig diagnostizierten Patienten die Kriterien für weitere psychische Störungen. Dies betrifft insbesondere depressive Störungen, Angsterkrankungen und die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Rehbein et al., 2013). Ein häufiges gemeinsames Auftreten von Glücksspiel und Computerspiel mit problematischem Substanzkonsum verschärft zudem die Problematik (Walther et al., 2012). Grundlage spezifischer Behandlung, in der auch die genannten komorbiden Störungen berücksichtigt werden, bieten die in den stoffgebundenen Süchten etablierten Verfahren, allen voran die kognitive Verhaltenstherapie, aber auch das »Motivational Interviewing« sowie systemische Ansätze (Wölfling et al., 2013). Die spezifische psychotherapeutische Behandlung richtet sich jeweils am Schweregrad der (primären und komorbiden) Problematik sowie den psychosozialen Konstellationen aus. Hauptziele der Behandlung der Internet- und Computerspielsucht sind die Reduzierung der Online-Zeiten auf ein normales Maß und das Wiedererlernen alternativer Verhaltensweisen, etwa die Wiederaufnahme realer sozialer Kontakte, die durch die exzessive Internetnutzung vernachlässigt wurden. Die Behandlung pathologischer Glücksspieler schließt zudem den Umgang mit Geld und das Aufbauen von Impulskontrollstrategien ein. Insgesamt weist die Behandlung von pathologischem Glücksspiel (»Spielsucht«) [S. 298] und pathologischer Internetnutzung (»Internet-sucht«), sowohl was die ambulanten (hier findet ein Großteil der Versorgung statt) als auch die stationären Versorgungsangebote betrifft, eine große Überschneidung mit den stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen auf (Petersen und Thomasius, 2010). Vergleichsweise niedrige Abbruchquoten sprechen, gerade im Vergleich zu den stoffgebundenen Süchten, für eine potenziell gute therapeutische Ansprechbarkeit dieser nichtstoffgebundenen Suchtstörungen. [...]

Literatur

- AACAP Official Action (2005) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44: 609-621.
- Brand M, Laier C (2013). Neuropsychologie der pathologischen Internetnutzung. *SUCHT* 59: 143-152.
- Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB (1998) A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction* 93: 73-92.
- Bühringer G, Ferstl R (1988) Störungen durch psychotrope Substanzen: Intervention. In: Baumann U, Perrcz M (Hrsg). *Lehrbuch Klinische Psychologie/Psychotherapie*. 2. Aufl. Bern: Huber, S. 799-817.

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

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

Edwards G, Arif A, Hodgson R (1981) Nomenclature and classification of drug- and alcoholrelated problems: A WHO-Memorandum. *Bulletin of the World Health-Organisation*; 59: 225-42.

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

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

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

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

Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (2008) Entwicklungspsychiatrische Grundlagen von Diagnostik, Klassifikation, Therapie und Ethik. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg.) *Entwicklungspsychiatrie*. 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer. S. 303-351.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Perkonig A, Beloch E, Garzynski E, Nelson CB, Pfister H, Wittchen HU (1997) Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnosen und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 26:247-257.

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

Petratis JU, Flay BR, Todd QM, Torpy EJ, Greiner B (1999). Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Subst Use Misuse* 13: 2561-604.

Prochaska JO, DiClemente CC (1986) Towards a comprehensive model of change. In: Miller WE, Heather N (Hrsg.) *Treating Addictive Behaviors. Processes of change*. New York: Plenum. S. 3-27.

Rehbein F, Mößle T, Arnaud N, Rumpf HJ (2013) Computerspiel- und Internetsucht: Der aktuelle Forschungsstand. *Nervenarzt* 84: 569-575.

Rumpf HJ, Meyer C, Kreuzer A, John U (2011) Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). *Forschungsbericht an das Bundesministerium für Gesundheit*. Berlin.

Sack PM, Thomasius R, Wiedenmann H (2004). Zur Effektivität von Familientherapien im Kontext von Drogenabhängigkeitserkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Thomasius R (Hrsg.), *Familientherapeutische Frühbehandlung des Drogenmissbrauchs* (S. 39-67). Hamburg: Dr. Kovac.

Sack PM, Stolle M, Thomasius R (2008). Drogenabhängigkeit. In: Remschmidt H, Mattejat F, Warnke A (Hrsg.) *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Thieme. S. 376-386.

Sack PM, Krüger A (2009) Störungsspezifische diagnostische Verfahren. In: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P (Hrsg.) *Handbuch der Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Schattauer.

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen -Textrevison - DSM-N-TR*. Göttingen: Hogrefe.

Sonntag D, Künzel, J (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht* 46 (Sonderheft 2): 89-176.

Stolle M, Sack PM, Thomasius R (2007). Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt* 104: A2061-2070.

Thomasius, R., Jung, M. und Schulte-Markwort, M. (2003). Suchtstörungen. In Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. und Warnlee, A. (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (S. 693-726). Stuttgart: Schattauer. [S. 301]

Thomasius, R (2005) Störungen durch psychotrope Substanze. In: RK, Schneider S, Lauth G (Hrsg.) *Enzyklopädie der Psychologie, Serie II: Klinische Psychologie, Bd. 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe. S. 945-1010.

Wagner EF, Tarolla SM (2002) Course and outcome. In: Essau CA (Hrsg.) *Substance abuse and dependence in adolescence*. Hove Ill: Brunner-Routledge. S.119-42.

Walther B, Morgenstein M, Hanewinkel R (2012) Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *European Addiction* 18:167-174.

Williams RJ, Chang SY (2000) A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice* 7:138-166.

Wölfling K, Lemminger T, Peukert P, Batra A (2013) Computerspiel und Internetsucht und pathologisches Glücksspiel. *Nervenarzt* 84: 576-583.

Young KS (1998) Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyber-Psychology und Behavior* 1:237-244.

[Ausschnitte]

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