

Suchtmittelgebrauch und Verhaltenssüchte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Oliver Bilke-Hentsch, Tagrid Leménager

[Ausschnitte]

[S. 17]

1 Epidemiologie

1.1 Allgemeine Überlegungen

Es gibt wenige Phänomene im entwicklungspsychiatrischen und psychodynamischen Kontext, die derart regelmäßig aus unterschiedlichen Blickwinkeln individuell und empirisch beobachtet werden wie der Suchtmittelgebrauch. Dies liegt an der sozialen, politischen und rechtlichen Bedeutung der Thematik, was sich in der Bundesrepublik zum Beispiel durch die Einrichtung der Landes- und Bundesdrogenbeauftragten (im Range eines Staatssekretärs) zeigt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die europäische Kontrollstelle für Drogengebrauch in Lissabon (EMCDDA), die damit beauftragten Fachinstitute, wie das Institut für Therapieforschung (IFT) in München, sowie andere regionale und lokale behördliche und private Institutionen erheben regelmäßig seit über zwanzig Jahren die aktuellen Nutzungsgewohnheiten und langfristigen Trends. Auf den Websites dieser Institutionen (u. a. www.bzga.de; www.ift.de) sind die aktuellen Zahlen zu finden. Der jährliche Drogenbericht der Bundesdrogenbeauftragten gibt ebenso einen fundierten Überblick (www.bmg.gov).

Die Problematik hierbei ist, dass viele dieser Daten auf Befragungen basieren und damit nicht auf »objektiven« Fakten im engeren Sinne. Dennoch ist die Aussage-Ehrlichkeit junger befragter Menschen hoch und man kann davon ausgehen, dass vor allem die Relationen zwischen den einzelnen Substanzen und Verhaltensweisen sowie die langfristigen Trends gut abgebildet werden.

Ergänzt werden diese Daten durch kriminalpolizeiliche Statistiken, Sicherstellungsstatistiken und andere interessante Untersuchungs-[formen] [S. 18] [...] wie die Messung von Abbauprodukten von Substanzen im Abwasser von Großstädten. Hinzu kommen die konkreten Zahlen beispielsweise von Notaufnahmen (etwa beim sog. »Koma-Saufen«) und die Todesfallstatistiken.

Eine vollständige Analyse der Drogen- und vor allem der Verhaltenssuchtproblematik ist nie komplett erreichbar; aus den genannten Bausteinen lässt sich aber ein Gesamtbild beschreiben.

Problematisch für die psychosomatisch vorgehende Therapeutin und Diagnostikerin bei all diesen empirischen Zugangsweisen ist die Frage der entsprechenden Bewertung und des entsprechenden Übergangs zum Einzelfall. Fühlt sich der Psychodynamiker der evidenzbasierten Medizin verpflichtet [...], wird er sich fragen, welche der vielfältigen Statistiken für seine Klienten- und Patientengruppen und für das Individuum von Relevanz ist.

Wichtig sind unter therapeutischem Aspekt langfristige Trends, Verfügbarkeiten, Legalisierungen und Illegalisierungen sowie gesellschaftliche Grundhaltungen gegenüber Suchtmittelkonsum und Suchtmittelkompetenz.

Zu beachten sind auch regionale »Epidemien« wie aktuell die Crystal-Meth-Epidemie, die vor allem im tschechischen Grenzgebiet, in Sachsen und Bayern eine dramatische Rolle spielt, aber bereits in Berlin oder München eine untergeordnete Bedeutung hat. Dies kann sich in einem »freien Markt« allerdings auch in kurzen Zeiträumen ändern. Dennoch gibt es lokale, regionale und auch nationale Phänomene, die auch in einer globalisierten Welt und einer medialisierten Jugendkultur begrenzt bleiben.

Des Weiteren ist bei der Berücksichtigung epidemiologischer Daten stets auf die Fragestellung und die Altersfenster zu achten. Heißt die Frage: »Hast du schon einmal in deinem Leben Cannabis eingenommen?« oder »Hast du in den letzten vier Wochen Cannabis eingenommen?« oder »Wie war deine heutige Tagesdosis?«, wären wir bei einem 12-jährigen Bergbauernsohn ausgesprochen überrascht, bei allen drei Fragen eine positive Antwort zu finden. Für einen 17-Jährigen in einer Großstadt wäre es

dagegen ungewöhnlich, keinerlei [S. 19] Probierkonsum durchgeführt zu haben. Vorerfahrungen eines Therapeuten aus seiner eigenen Jugend, die naturgemäß von Jahr zu Jahr weiter zurückliegt, sind begrenzt nützlich. Verfügbarkeit, Preis, lokale Besonderheiten, gesetzliche Bedingungen und gesellschaftliche Trends haben sich unter Umständen derart verändert, dass der individuelle Bezugsrahmen der Fachperson – sei er noch so gut reflektiert und supervidiert – wenig hilfreich ist.

Dies gilt vielleicht weniger für Nikotin und Alkohol, aber sicher für neu oder scheinbar neu auftauchende Substanzen wie Crystal Meth oder seit den späten 1990er Jahren Ecstasy und für moderne Verhaltenssüchte und hochpotente Cannabiszüchtungen. Eine durch hochpotentes THC (anonym per Fahrradkurier gebracht) begleitete Instagram-Abhängigkeit mit Echtzeit-Gewichtsmessung am Smartphone war während der Gymnasialzeit einer heute 45-jährigen Psychotherapeutin im Jahre 1988 schlicht unmöglich – und wohl auch undenkbar.

1.2 Stoffgruppen und Verhaltenssüchte

In den 1980er und 1990er Jahren waren rauchende Menschen im Fernsehen, auf der Straße oder in Restaurants und Kliniken ein alltägliches Bild. Der Anteil der 12- bis 17-jährigen Raucher hat sich seit dem Jahr 2001 (27,5 %) um fast 20 % reduziert, die Prävalenz in dieser Altersgruppe betrug im Jahr 2016 noch 7,4 %. Dies bestätigt sich auch bei Betrachtung des Verlaufs der Nie-Raucher-Quote. 80,9 % (im Vergleich zu 27,5 % im Jahr 2001) der 12- bis 17-Jährigen gaben an, noch nie geraucht zu haben. Dennoch kann die Zahl von insgesamt 10,8 % abhängigen Rauchern zwischen 18 und 64 Jahren in Deutschland als recht hoch eingeschätzt werden (Pabst, Kraus, Matos u. Piontek, 2013).

Daneben zeigte sich auch beim regelmäßigen Alkoholkonsum (definiert als der Konsum von Alkohol mindestens einmal pro Woche) ein rückläufiger Trend bei Jugendlichen. So gaben 2016 10,0 % der 12- bis 17-Jährigen einen regelmäßigen Alkoholkonsum an. Im [S. 20] Jahr 2001 waren es noch 17,9 % und 2007 21,6 %. Insgesamt wird die Prävalenz alkoholabhängiger Patienten in Deutschland auf 3,4 % geschätzt (Papst et al., 2013).

Auch die Zahlen des Konsums illegaler Drogen haben sich verringert. Die Prävalenz regelmäßigen Cannabiskonsums (mehr als zehn Mal in den letzten zwölf Monaten) hat sich, laut den regelmäßigen Erhebungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de), seit 2001 in der jugendlichen Bevölkerung (12 bis 17 Jahre) um mehr als die Hälfte reduziert. Bei den weiblichen Befragten sank der regelmäßige Konsum von 2,6 auf 1,1 % und bei den männlichen von 1,5 auf 0,5 %. Bei den 18- bis 25-Jährigen hingegen scheint der Konsum seit 2001 mit ca. 4 % unverändert geblieben zu sein. Insgesamt wird die Prävalenz von Cannabisabhängigkeit und missbräuchlichem Konsum in Deutschland auf 0,5 % geschätzt.

Betrachtet man das Konsummuster anderer illegaler Drogen, so werden die Prävalenzzahlen von abhängiger Nutzung in der Altersgruppe zwischen 18 und 64 Jahren für Kokain auf 0,1 %, Amphetamine auf 0,2 % und für Schmerzmittel auf 3,4 % geschätzt (Papst et al., 2013).

Es liegen seit 2015 bundesweite Daten zu den Konsumtrends bei Crystal Meth vor. In der Drogenaffinitätsstudie der BZgA gab es in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen nur vereinzelte Jugendliche, die berichteten, schon einmal Crystal Meth konsumiert zu haben (Orth, 2016). Die Lebenszeitprävalenz des Crystal-Meth-Konsums lag weit unter 1 %. Von den jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren gaben 0,6 % an, mindestens einmal im Leben Crystal Meth konsumiert zu haben. Dennoch zeigt der deutsche Drogenbericht 2016 (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016) eine gestiegene Zahl von 24 auf 26 Drogentodesfälle durch monovalente/polyvalente Vergiftungen mit Methemphetamin (Crystal Meth).

Trotz der gesunkenen Prävalenzen erweckt die beschleunigte Zunahme von Drogenhandelsplattformen im sogenannten Darknet die Befürchtung einer hohen Dunkelziffer an Drogenkonsumenten. Das Liefern der Drogen wird von Zustelldiensten (z. B. Fahrrad-[kuriere] [S. 21] [...]) übernommen, welche Bilke-Hentsch, Lemenager Sucht, Jugendliche, junge Erwachsene Erscheinungsformen, Diagnose (Ausschnitte) (Version 01)

meist ahnungslos bezüglich des Inhaltes ihrer Sendungen sind. Trotz zunehmender Möglichkeiten, die Betreiber illegaler Plattformen im Darknet zu identifizieren, steigt laut Drogenbericht 2017 der internationale Drogenhandel über das Darknet stetig. Dementsprechend bleibt die Entwicklung auch in den deutschsprachigen Ländern noch abzuwarten.

1.3 Pathologischer Medien- und Internetgebrauch

Ein gestörtes Medienverhalten zeigen die großen epidemiologischen Studien der letzten Jahre im deutschsprachigen europäischen Raum (Pinta-Studie: Rumpf Meyer, Kreuzer u. John, 2012; Seyle-Studie: Durkee et al., 2012; BLIKK-Studie: Riedel, Büsching u. Brand, 2017) bei etwa 10-12 % der Jugendlichen, das heißt für Deutschland etwa zwei Millionen Personen, für die Schweiz ca. 200.000. Was die Prävalenz der Internetsucht in Deutschland betrifft, haben sich laut der Drogenaffinitätsstudie der BZgA die Zahlen im Vergleich zu 2011 bei den männlichen und weiblichen 12- bis 17-Jährigen auf 5,3 und 6,2 % im Jahr 2015 fast verdoppelt. Bei den jungen Erwachsenen (18 bis 25 Jahre) haben sich die Werte im Jahr 2015 nur geringfügig gesteigert (aktuell bei den Männern 2,5 % und bei den Frauen 2,6 %). Auch international scheinen jüngere Bevölkerungsgruppen eher von Internetsucht betroffen zu sein.

[S. 22]

2 Klinische Klassifikation und Verlaufsformen von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen [...]

[...] Stoffgebundene Süchte

Die Einnahme von Suchtmitteln hat bis vor einigen Jahren den Hauptteil von Sucht- und Abhängigkeitsproblemen im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter ausgemacht. In ungefährender Reihenfolge der epidemiologisch vielfach nachgewiesenen Abfolge von Nikotin, Alkohol, Cannabis und dann weiteren Drogen zeigen sich auch die Gefährdungspotenziale. Unter psychodynamischem Aspekt ist zu beachten, dass die jeweilige biochemisch aktive Substanz nicht auf eine emotionale und intellektuelle »Tabula rasa« trifft, sondern auf ein gewordenes Individuum, mit spezifischen Ängsten, Wünschen, Abwehrmechanismen und einer psychischen Struktur. Diese psychodynamischen Aspekte sind der biochemischen Substanz als solcher zwar sozusagen »gleichgültig«, bedingen aber unterschiedliche Wirkformen.

Die klinischen Manuale psychischer Störungen ICD-10, ICD-11 Beta Draft sowie DSM-5 unterscheiden pragmatisch zwischen den einzelnen Gruppen von Substanzen (vgl. Tabelle 1), die sich sowohl pharmakologisch als auch toxikologisch sowie in ihrem Suchtpotenzial unterscheiden. Die Funktionalität der Substanzeinnahme, also de facto ihr Zweck, verbinden sich jedoch eng mit der psychodynamischen Entwicklung.

[S. 23] **Tabelle 1:** Substanzgruppen nach ICD-10, ICD-11 (Beta Draft; Stand 11/2018) sowie DSM-5

ICD-10 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	ICD-11 (Beta Draft) Störungen durch Substanzgebrauch und abhängige Verhaltensweisen	DSM-5 Störungen in Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen
F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	6C40: Störungen im Zusammenhang mit Alkohol	F10: Störungen im Zusammenhang mit Alkohol
F12: Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	6C41: Störungen im Zusammenhang mit Cannabis	F12: Störungen im Zusammenhang mit Cannabis
F 12: Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	6C42: Störungen im Zusammenhang mit synthetischen Cannabinoiden	F12: Störungen im Zusammenhang mit Cannabis
F 11: Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	6C43: Störungen im Zusammenhang mit Opioiden	F11: Störungen im Zusammenhang mit Opioiden
F 13: Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	6C44: Störungen im Zusammenhang mit Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika	F13: Störungen im Zusammenhang mit Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika
F 14: Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	6C45: Störungen im Zusammenhang mit Kokain	F14: Klassifiziert bei Störungen im Zusammenhang mit Stimulanzien
F 15: Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	6C46: Störungen im Zusammenhang mit Stimulanzien, einschließlich Amphetamine, Methamphetamine oder Methcathinone	F15: Störungen im Zusammenhang mit Stimulanzien
[S. 24] F 15: Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	6C47: Störungen im Zusammenhang mit synthetischem Cathinon	F15: Störungen im Zusammenhang mit Stimulanzien
F 15: Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	6C48: Störungen im Zusammenhang mit Koffein	F15: Störungen im Zusammenhang mit Koffein in Sektion III, klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf
F 16: Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	6C49: Störungen im Zusammenhang mit Halluzinogenen	F16: Störungen im Zusammenhang mit Halluzinogenen
F17: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	6C4A: Störungen im Zusammenhang mit Nikotin	F 17: Störungen im Zusammenhang mit Tabak
F18: Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel	6C4B: Störungen im Zusammenhang mit flüchtigen Lösungsmitteln	F18: Störungen im Zusammenhang mit Inhalanzien
F15: Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	6C4C: Störungen im Zusammenhang mit MDMA oder verwandten Drogen, die MDA enthalten	F15: Störungen im Zusammenhang mit Stimulanzien
[S. 25] F 16: Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	6C4D: Störungen im Zusammenhang mit dissoziativen Drogen, einschließlich Ketamin und Phencyclidine (PCP)	F16: Störungen im Zusammenhang mit Halluzinogenen
F 19: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	6C4E: Störungen im Zusammenhang mit anderen spezifischen psychoaktiven Substanzen, einschließlich Medikamenten	F19: Störungen im Zusammenhang mit anderen (oder unbekanntem) Substanzen
F 19: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	6C4F: Störungen im Zusammenhang mit multiplen spezifischen psychoaktiven Substanzen, einschließlich Medikamenten	F19: Störungen im Zusammenhang mit anderen (oder unbekanntem) Substanzen
F 19: Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	6C4G: Störungen im Zusammenhang mit unbekanntem oder anderen psychoaktiven Substanzen	F19: Störungen im Zusammenhang mit anderen (oder unbekanntem) Substanzen
F55: Schädlicher Gebrauch von nicht-abhängigkeitserzeugenden Substanzen	6C4H: Störungen in Zusammenhang mit nicht psychoaktiven Substanzen	F 19. 99: Nicht näher bezeichnete Störung in Zusammenhang mit einer anderen (oder unbekanntem) Substanz

[S. 26] Während man in der ICD-10 zwischen akuter Intoxikation, schädlichem Gebrauch, Abhängigkeitssyndrom, Entzugssyndrom, Entzugssyndrom mit Delir, psychotischer Störung, amnestischem Syndrom, dem Restzustand und einer verzögert auftretenden psychotischen Störung sowie »sonstiger und nicht näher bezeichneter psychischer und Verhaltensstörung« unterscheidet, wurde der Beta Draft noch erweitert um die Klassifizierungen in die einmalige Episode eines schädlichen Konsums. Im Gegensatz zum DSM-5, in welchem nicht mehr unterschieden wird zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit, wird erfreulicherweise der für die Einschätzung adoleszenten Verhaltens wichtige »schädliche Gebrauch« in der ICD-11 als Ausprägung beibehalten. [...]

[2.1] Legalisierte Substanzen

Die sogenannten legalen Drogen wie Nikotin und Alkohol, in gewisser Weise auch Cannabis, gehören neben Kaffee, Tee und Kakao seit Jahrhunderten bis Jahrtausenden zu selbstverständlichen Begleitern verschiedener Kulturen. Dies gilt ebenso für das Glücksspiel/Würfelspiel. Legalisierung bedeutet in diesem Zusammenhang u. a. legale Gewinnmargen für Konzerne, legale Steuereinnahmen für Staaten – und für manche Jugendliche und Heranwachsende auch eine »gefühlte legale Freigabe«. Die Jugendschutzgesetze mit ihren Altersnormen greifen hier ebenso wie die Grundhaltungen und Erziehungskompetenzen der Eltern sowie Gruppenregeln der Peers in einer komplexen Wechselwirkung – oder sie greifen nicht. [...]

[2.2] Illegalisierte Substanzen

Bei Stoffen, die unter eine restriktive Gesetzgebung fallen (sog. illegale Drogen, korrekter wäre es, zu sagen: illegalisierte Drogen), ist dieser Faktor dynamisch immer mit zu betrachten. Es macht für einen Jugendlichen einen erheblichen Unterschied, ob er oder sie für die Erlangung und Nutzung oder gar den Verkauf einer potenziell suchterzeugenden Substanz das Gesetz kennen (und dann brechen) muss oder ob der Staat den Erwerb und letztlich die Einnahme nicht unter [S. 27] Strafe stellt. In diesem Sektor sind die Jugendschutzgesetze, das Betäubungsmittelgesetz, das Strafrecht und verschiedene andere Gesetzesnormen von hoher Relevanz – nicht unbedingt nach der Meinung des Jugendlichen selbst, aber für seine Bezugspersonen und langfristig auch für den Betroffenen. Auch wenn prinzipiell der Satz »Unkenntnis schützt vor Strafe nicht« gilt, besteht gleichzeitig auch Strafmündigkeit ab dem 14. Geburtstag (in der Schweiz zehn Jahre) und nicht davor. Es gelten im Alltag auch häufig ungeschriebene Regeln, insbesondere beim Cannabis lässt sich eine »De-facto-Legalisation« beobachten. Eine im Kontext der ICD-10 oder eines Lehrbuchs der Toxikologie recht klar und einfach wirkende Klassifikation hat im entwicklungspsychologisch gesehenen Alltag des Jugendlichen eine andere Bedeutung und Dynamik. [...]

[S. 32] 3 Klassifikation des Drogenkonsums nach ICD-10

In der ICD-10 werden die folgenden Kategorien unterschieden:

3.1 Schädlicher Gebrauch (F1x.1)

Das Konsumverhalten führt zu einer manifesten Gesundheitsschädigung. Diese kann eine körperliche Störung, etwa Hepatitis, sein oder eine psychische Störung. Diese Kategorie umfasst auch Jugendliche, bei denen aufgrund ihres Substanzgebrauchs gravierende negative Konsequenzen in Familie, Schule und ihren Beziehungen zu Gleichaltrigen mit einer Verschlechterung ihres psychosozialen Funktionsniveaus eingetreten sind. Im praktischen klinischen Alltag ist diese Diagnose weitaus am relevantesten.

3.2 Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)

Ein entscheidendes Charakteristikum der Substanzabhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Substanzen zu konsumieren. Diese Diagnose nach ICD-10 soll sorgfältig und nur dann gestellt werden, wenn drei oder mehr der folgenden Kriterien mindestens einen Monat lang gleichzeitige bestanden oder während der letzten zwölf Monate wiederholt vorhanden waren:

- Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen zu konsumieren; [S. 33]
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums;
- Auftreten eines körperlichen Entzugssyndrom (siehe F1x.3 u. F1x.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, entweder in Form substanzspezifischer Entzugssymptome oder durch die Einnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden;
- Nachweis einer Toleranz;
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen;
- anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger körperlicher, psychischer oder sozialer schädlicher Folgen; dabei sollte festgestellt werden, dass der Konsument, die Konsumentin sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

3.3 Psychotische Störung (F1 x.5)

Durch Drogen können psychische Syndrome induziert werden, die nicht substanzinduzierten psychotischen oder wahnhaften Störungen ähneln oder gleichen. Kennzeichnend sind lebhaftere Halluzinationen, typischerweise visuell, oft aber auf mehr als einem Sinnesgebiet, Personenverkennungen, Beziehungs- oder Verfolgungsideen sowie Wahn. Ebenso kommen psychomotorische Störungen wie Erregung oder Stupor sowie ein abnormer Affekt vor - in Form von intensiver Angst, erheblicher Aggression oder im Einzelfall ekstatischen Zuständen. Die Symptome treten gewöhnlich während oder unmittelbar (meist innerhalb von 48 Stunden) nach dem Substanzgebrauch auf, gehen typischerweise innerhalb eines Monats zumindest teilweise zurück, innerhalb von sechs Monaten in der Regel vollständig.

[S. 34] 3.4 Akute Vergiftung

Hier besteht ein akuter, ggf. lebensbedrohlicher Zustand, der zumeist somatische Symptome umfasst, ggf. auch halluzinose paranoide Zustände. Im schweren Fall ist intensivmedizinisches Handeln vonnöten.

[Ausschnitte]

Quelle: Bilke-Hentsch, Oliver; Leménager, Tagrid: Suchtmittelgebrauch und Verhaltensüchte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2019.