

# Suchtkranke Kinder und Jugendliche

## Epidemiologie, Diagnose und Therapie

### 1. Einleitung

Die Pubertät hat sich im Laufe der letzten beiden Jahrhunderte unter anderem aufgrund verbesserter Ernährungs- und Umweltbedingungen hormonell um fast fünf Jahre nach vorne verlagert. Dies wird allgemein als Akzeleration bezeichnet. Die Pubertät beginnt aktuell bei Mädchen im Durchschnitt mit 11,5 Jahren, bei Jungen in einem Alter von 12,5 Jahren. Diese Akzeleration bedingt, dass den Kindern zunehmend die Zeit davonläuft, erwachsen zu werden.

Kinder und Jugendliche brauchen zur Herausbildung einer eigenen positiven Identität Zuwendung, Bestätigung und Engagement. Die Heranwachsenden lernen durch Entdecken, Experimentieren und Abenteuer.

Sie benötigen einerseits Führung, andererseits Freiräume zum Selbsterleben und Mitgestalten. Besonders in der Phase der Pubertät müssen Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl gestärkt, die Kommunikations- und Konfliktfähigkeit gefördert und eine positive Unterstützung in der jugendspezifischen Identitätssuche angeboten werden. Alle diese Erfahrungen beinhalten auch Enttäuschungen, mit welchen der Heranwachsende adäquat umgehen muss. Hat der Jugendliche/Heranwachsende nicht gelernt, mit Konflikten umzugehen oder Enttäuschungen zu ertragen, hat er Angst zu versagen und nicht akzeptiert zu werden, entwickelt er kein Selbstwertgefühl und fühlt sich von Gefühlen wie Wut, Angst und Langeweile erdrückt. Es steigt die Wahrscheinlichkeit zu missbräuchlicher Verwendung von Suchtmitteln.

Fünf wesentliche Motive verführen Heranwachsende zum Drogenkonsum:

- Neugier,
- der Wunsch, Neues zu erleben,
- Reiz des Verbotenen,
- Zugehörigkeitsgefühl,
- Geselligkeit.

Was aber beeinflusst die Sucht?

Bezüglich Prävalenz ist festzuhalten, dass schätzungsweise 20 Prozent der Kinder im Grundschulalter heutzutage leichtfertig nach elterlichem Vorbild schon wegen geringfügiger körperlicher Beschwerden Medikamente zur Entspannung oder Anregung oder Leistungssteigerung bekommen. Wie bereits beschrieben, sind diese externen Hilfen zur Emotionsregulation besonders bei Heranwachsenden fatal, da in diesem Alters drastische emotionale Schwankungen vorliegen können. Heranwachsende brauchen vielmehr Unterstützung von Eltern, Partnern und Freunden, ihre Emotionen selbstständig regulieren zu lernen und sich nicht Hilfestellungen durch äußere Faktoren geben zu lassen. Hinzu kommt noch, dass in der Pubertät das Maß für die Inanspruchnahme der externen Hilfestellung zur Emotionsregulation verloren geht. Jugendliche trinken nicht Alkohol, um sich ein wenig entspannen zu können, sondern tendieren mehr als Erwachsene dazu, ganz viel von diesem positiven Effekt erreichen zu wollen und so die Dosis der unterstützenden Substanzen maßlos zu erhöhen. Jährlich werden über 25.000 Kinder zwischen 10 und 20 Jahren aufgrund einer Alkoholvergiftung stationär im Krankenhaus behandelt, über 4.000 davon zwischen 10 und 15 Jahren. Auch ist zu bemerken, dass gerade von Jugendlichen die enthemmende Wirkung des Alkohols als positiv erlebt wird. Auch hier wird die Grenze für das gesunde Maß oft überschritten. Aktuelle Statistiken zeigen, dass bei 40 Prozent aller jugendlichen Gewalttaten die Täter alkoholisiert waren bzw. unter Drogen standen.

Die daraus resultierenden, für das Alter inadäquaten Anforderungen bezüglich Lebens- und Freizeitgestaltung, Auswahl des Freundeskreises usw. führen in der hormonell bedingten Umbruchphase zu immer größeren Unsicherheiten, welche durch einerseits zunehmenden und andererseits immer früher erfolgten Drogenkonsum kompensiert werden, wie aktuelle Entwicklungen zeigen.

Mit einem frühen Konsumanstieg wiederum ist die hohe Wahrscheinlichkeit verbunden, dass das missbräuchliche Konsummuster über den ganzen weiteren Lebensweg aufrechterhalten wird.

Die Erwachsenen reagieren auf den Drogenkonsum der Heranwachsenden oft mit Unverständnis und Hilflosigkeit. Die Sucht beeinflusst nicht nur das Leben des Abhängigen, sondern auch das Leben nahestehender Personen in der Familie und im Freundeskreis. Aus Unverständnis und Hilflosigkeit heraus resultiert oftmals der Wunsch, dem Heranwachsenden helfen zu wollen, von der Sucht loszukommen. Diese Versuche sind jedoch meist zum Scheitern verurteilt, da Eltern und Freunde die Augen vor den auffälligen Verhaltensweisen und merkwürdigen Wesensveränderungen des Abhängigen verschließen. Nicht in böser Absicht decken sie den Suchtkranken nach außen, um sich und anderen unangenehme Situationen zu ersparen. Sie passen weitestgehend ihr ganzes Leben dem Süchtigen an und stellen eigene Interessen zurück. Mit dieser prinzipiell gut gemeinten Hilfe erreichen sie letztendlich genau das Gegenteil. Sie unterstützen die Sucht durch ihr loyales Verhalten und verlängern damit die Krankheit. Daher müssen in die Suchttherapie auch die nahestehenden Menschen des Abhängigen einbezogen werden. Hier gilt das Prinzip, dass die Co-Abhängigen lernen, sich wieder mehr um ihre eigenen Bedürfnisse zu kümmern. Geschieht dies nicht, wird der initial Sicherheit und Geborgenheit vermittelnde, die Neugier befriedigende Drogenkonsum immer mehr zur Sucht. Wie wird Konsum aber nun zur Sucht? Es handelt sich hier um einen stufenweisen Prozess, welcher je nach Stufe auch verschiedene therapeutische Schritte impliziert. Eine Einnahme von Suchtmitteln ist nicht prinzipiell als negativ zu bezeichnen, sondern kann durchaus auch medizinische Gründe haben. Bei einer medizinischen Indikation ist jedoch die temporäre Begrenztheit einerseits durch das zu erwartende Abklingen der Beschwerden, ande-

rerseits bei terminalen Krankheitsbildern das Ableben entscheidend. Im ICD-10 wird zwischen Vergiftung, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit, das heißt zwischen deutlichen Pathologien, unterschieden. Ergänzt werden sollten diese Pathologien aber durch nicht krankheitswertige Verwendungsformen:

1. Werden Suchtmittel für eine derartige Indikation eingesetzt, wäre die Verwendung als Gebrauch zu bezeichnen.
2. Von Genuss spricht man, wenn das Suchtmittel zwar nicht benötigt wird, der Gebrauch aber definitiv als angenehm empfunden wird.
3. Ist die Verwendung definitiv schädlich, zum Beispiel Alkohol im Straßenverkehr oder am Arbeitsplatz, spricht man von Missbrauch oder lt. ICD-10 von schädlichem Gebrauch.
4. Besteht bereits eine physische oder psychische Bindung an das Suchtmittel, zum Beispiel um eine Beruhigung zu bewirken, spricht man von Gewöhnung.
5. Aus dieser Gewöhnung folgt meist ein fließender Übergang in die Abhängigkeit gemäß der ICD-10-Klassifikation. Wie bereits erwähnt, benötigen die Schritte 2 bis 5 unterschiedliche therapeutische Interventionen, was die Art und auch die Intensität anbelangt.

Die psychische Abhängigkeit schließlich ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Lebenszustand. Diesem Verlangen werden nach Wanke (1985), die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Somit beeinträchtigt diese Abhängigkeit die freie Entfaltung der Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen des Individuums. Die physische Sucht in diesem Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung wird hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge. Sie ist gekennzeichnet durch eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung) und physische Entzugssyndrome bei Reduktion oder Weglassen. Suchterkrankungen müssen nicht unbedingt an Substanzen gebunden sein. Die vorbeschriebenen Kriterien der psy-

chischen Abhängigkeit in Verbindung mit dem unbezwingbaren Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Suchtmittels oder der suchtmachenden Tätigkeit und die (dosisabhängige) Schädlichkeit für den Einzelnen oder die Gesellschaft trifft sowohl für stoffgebundene als auch für stoffungebundene Süchte zu.

Wovon können wir süchtig werden? Bei den stoffgebundenen Süchten gibt es eine süchtigmachende Substanz, die auf das Gehirn in einer bestimmten Art und Weise beruhigend oder stimulierend wirkt. Bei den stoffungebundenen Süchten hingegen (Spielsucht, Kaufsucht) handelt es sich um Verhaltensweisen, die zwanghaft ausgeführt werden. Interessanterweise entstehen dabei ähnliche Belohnungseffekte, wie bei der Einnahme von stoffgebundenen Drogen, welche biologisch abbildbar sind

## 2. Substanzgebundene Süchte

Wie bereits erwähnt, sind substanzgebundene Süchte durch einen Stoff mit weniger physischer, jedoch starker psychischer Wirkung gekennzeichnet. Diese Stoffe werden gemeinhin als Drogen bezeichnet. Im angelsächsischen Sprachraum zählen zu den Drogen jedoch sämtliche Substanzen, die Körper oder Psyche beeinflussen. In der deutschen Sprache hat sich die Eingrenzung des Begriffes auf schädliche bzw. abhängigkeiterzeugende Substanzen durchgesetzt.

Drogen sind im ursprünglichen Sinne getrocknete Stoffe vor allem pflanzlicher und tierischer Herkunft. Drogen im engeren Sinne rufen im zentralen Nervensystem besondere Lebenszustände hervor und wirken sich auf Stimmung, Gefühl und Wahrnehmungen aus. Im weiteren Sinne sind dies Substanzen, die ein zwanghaftes Verlangen zur Wiederholung auslösen. In ganz engem Sinn sind Drogen Substanzen, welche dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen. Das Betäubungsmittelgesetz ist der Nachfolger des Opiumgesetzes. Es ist ein Bundesgesetz, welches den Umgang mit Betäubungsmitteln

regelt. Es hat bundesweite Gültigkeit, ist erstmals im Juli 1981 in Kraft getreten und wird seitdem laufend erweitert und aktualisiert. Dieses Gesetz unterscheidet zwischen legalen und illegalen Drogen und dient der Bekämpfung des Missbrauchs und regelt die erlaubte Weitergabe.

## 3. Substanzungebundene Süchte

Die meisten Menschen können mit Computer, Handy und Internet selbstbestimmt umgehen. Nur ein kleiner Teil der Nutzer entwickelt psychische Auffälligkeiten, wobei jedoch Jugendliche und junge Erwachsene besonders gefährdet sind. Bezüglich der Geschlechter gibt es hier keine großen Unterschiede, wobei jedoch anzumerken ist, dass männliche und weibliche Personen unterschiedliche Inhalte bevorzugen. Ego-Shooter und Sexseiten, Online-Rollenspiele ziehen eher männliche Nutzer in ihren Bann, Frauen bevorzugen eher Chats und Shopping-Plattformen. Auch hier ist die Möglichkeit der Toleranzentwicklung hervorzuheben, das heißt, dass die Dosis, hier die Online-Zeit, exzessiv ansteigt. Computersüchtige verbringen in Extremfällen bis zu 16 Stunden täglich am Computer. Das bedingt, dass das soziale Leben, die regelmäßige Ernährung und Körperpflege, Schule und Arbeit vernachlässigt werden. Was macht aber nun die Faszinationskraft aus, dass jemand bis zu 16 Stunden vor dem Computer verbringt? Hier ist zuerst einmal die hocheffektive belohnende Bekämpfung aversiver Zustände wie Langeweile, Stress und Angst zu nennen. Dies geschieht schnell und sicher. Weiter können ebenso schnell und ebenso verlässlich Bedürfnisse wie Autonomie, soziale Anerkennung, Kontrolle, Annahme von Wunschidentitäten und Kompetenzerleben befriedigt werden.

Computerspiele bergen ein relativ geringes Frustrationsrisiko in sich. Welche Faktoren bewirken aber nun, dass die exzessive Computernutzung tatsächlich zur Abhängigkeit mit den eingangs erwähnten typischen Charakteristika wird? Hier ist vor allem das strikte Belohnungslernen hervor-

zuheben, das heißt, virtuelle Belohnungen werden in Abhängigkeit von der vorm Spiel verbrachten Zeit vergeben. Diese Belohnungen sind prestigeträchtig und werden nicht dauernd, sondern nur gelegentlich vergeben, was dem klassischen Verstärkerplan der intermittierenden Verstärkung mit einer besonders hohen Festigungsquote entspricht. Außerdem sind Spielprinzipien anzuführen, die dem Nutzer direkt einen Nachteil einbringen, wenn er nicht regelmäßig die Spielwelt aufsucht. Dies fasst man unter dem Begriff „persistierende Spielwelt“ zusammen. Dem Individuum wird suggeriert, einer Spielergemeinschaft anzugehören, welche notwendig ist, um die gestellten Aufgaben zu lösen. Diese vermeintliche Integration in eine Spielergemeinschaft hat einen starken Verpflichtungscharakter. Diese Präsenz kann nicht ohne äußere Widerstände (Mitspieler drohen mit Ausschluss aus der Gemeinschaft oder Kontaktabbruch) oder auch innere Widerstände (Verantwortungsgefühl gegenüber den Mitspielern, schlechtes Gewissen) reduziert werden. Weiter verstärkt ein vielstufiges Levelsystem das Abhängigkeitspotenzial eines Spieles. Bereits zu Beginn wird suggeriert, sich nicht auf der niedrigsten Stufe zu befinden, was das Individuum glauben lässt, bereits Experte in diesem Spiel zu sein. Andererseits suggerieren diese Spiele stets, beinahe den höchsten Level erreicht zu haben, wobei freilich der allerhöchste nie erreicht werden kann. Wann spricht man nun von einer wirklichen substanzungebundenen Sucht wie zum Beispiel Computer- oder Handy-sucht?

Einerseits ist hier die exzessive Ausführung zu nennen mit dem Charakteristikum Kontrollverlust (hier über die Zeit) und andererseits die Einarbeitung des Verhaltensmusters im Sinne des Cravings wie gedankliche Beschäftigung im Sinne kognitiver Verzerrungen, ständigen Verlangens und der Vernachlässigung anderer, sozial unerwünschter Verhaltensweisen. Weiter spricht man von dieser Art von Sucht, wenn Stimmungen

zunehmend unter Gebrauch dieser Tätigkeit reguliert werden können, und letztendlich, wenn Entzugerscheinungen auftreten.

Neurophysiologisch gesehen aktivieren auch diese Substanzen ungebundene Süchte: primär das serotonerge System im Sinne des basalen Wohlfühlgefühls, sekundär das dopaminerge System im Sinne der Erwartungshaltung und schließlich auch die Endorphine durch den Kick. Somit kann auch hier festgestellt werden, dass sämtliche zentralen Neurotransmitter durch substanzungebundene Süchte affiziert werden. Welche Faktoren halten die nicht substanzgebundenen Süchte aufrecht? Hier sind sicherlich vorrangig das permanente Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in der Gruppe zu nennen, jedoch auch die Abkehr von belastender sozial-interaktiver Realität, die Kontrollierbarkeit des Explorationsrahmens, die zuverlässige Reaktion der Spielsysteme, ein nicht enden wollendes Beziehungsangebot und die Suggestion fester Regeln.

Welche Folgen hat eine substanzungebundene Sucht?

Hier sind vor allem die sozialen Folgen, jedoch auch die Vernachlässigung von Pflichten und Handlungsverlust zu nennen.

#### 4. Therapie von Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Als Hauptzielsetzungen sind hier die Steigerung des Selbstwertgefühls und der Selbstsicherheit, die Stärkung sozialer Kompetenzen und kommunikativer Fähigkeiten sowie die Stärkung der Fähigkeit zu einem sinnerfüllten und erlebnisintensiven Leben zu nennen. Emotionale Kompetenz und die Aufmerksamkeit für die eigenen Gefühle und für die der anderen müssen gestärkt werden, zufriedenstellende zwischenmenschliche Beziehungen müssen aufgebaut, die Fähigkeit zum konstruktiven Umgang mit belastenden oder sozial problematischen Gefühlen sowie die Überwindung von Apathie und Antriebslosigkeit müssen gestärkt werden. Wichtig sind des Wei-

teren die Stärkung des Selbstvertrauens, der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, die Erlangung einer ausreichenden Impulskontrolle, die Stärkung der Fähigkeit zur Lösung von Problemen und der Handlungsplanung, die Aufarbeitung zentraler Konflikte, die Bewältigung von zentralen Entwicklungsaufgaben und vor allem die Entwicklung alternativer Interessen.

Bei Auftreten einer körperlichen Entzugssymptomatik kann kurzzeitig die Kupierung derselben mit Psychopharmaka hilfreich sein.

Im stationären Bereich (qualifizierte Entgiftung) erfolgt primär eine Regulierung der Außenkontakte, um dem Jugendlichen den Bruch mit der Vergangenheit zu signalisieren. Beurlaubungen und Besuche mit Ausnahme von Kurzbesuchen durch Eltern und Betreuer sind in dieser Zeit nicht vorgesehen. Genau regulierte Anrufe sind möglich. Die Teilnahme an den Therapien richtet sich nach einem genauen Stufenplan, wobei jede Stufe Schritt für Schritt erarbeitet werden muss. Begonnen wird mit einem ausschließlichen Aufenthalt im geschützten Bereich. Nächste Stufe ist Ausgang mit Begleitung, gefolgt von Teilnahme an Therapien außerhalb des geschützten Bereiches, abermals gefolgt von der Möglichkeit, im Supermarkt unter Begleitung einkaufen zu gehen. Die letzte erreichbare Therapiestufe ist Ausgang im weiteren Umfeld. Bei Nichteinhaltung der Regeln (Rückmeldung mehrmals am Tag mittels Therapiepass durch Unterschriften, wobei der Therapiepass jederzeit einsehbar ist) erfolgt eine Verwarnung. Diese muss zeitnah zum Ereignis sein und ausreichend begründet werden. Gründe hierfür sind grobe Verstöße gegen die Hausordnung, aggressive Übergriffe, Zerstörung von Inventar, Entweichungen, Bedrohung oder Androhung von Gewalt, Besitz von Drogenutensilien oder Raucherwaren. Eine abermalige Höherstufung kann dann erst nach fünf Tagen wieder erfolgen.

Wichtig ist auch ausreichend Ernährung, Schlaf und Bewegung. Diese Therapie setzt sich aus Einzel- und

gruppenbezogenen Therapien zusammen.

Bei den Einzeltherapien wird folgende Fragestellung mit dem Patienten reflektiert:

1. Wie hat sich mein eigenes Verhalten, mein Auftreten und Benehmen unter dem Einfluss von Suchtmitteln verändert?
2. Wie wurden meine Beziehungen zu anderen, zu Freunden, Bekannten, zur Familie und zur Partnerin/zum Partner durch Suchtmittel beeinflusst?
3. Wie hat mein Körper auf Suchtmittelkonsum reagiert?
4. Haben sich meine handwerklichen oder geistigen Fähigkeiten, meine Ideen, Vorhaben, Ziele und Gefühle durch den Suchtmittelkonsum verändert?
5. Wie haben sich meine sozialen Verhältnisse – Schule, Arbeitsplatz, Wohnung, Finanzielles – durch den Suchtmittelkonsum verändert?

Nach dieser Phase der Reflexion des Suchtverhaltens im psychotherapeutischen Kontext erfolgt die Reflexion der gegenwärtigen Situation. Hier werden folgende Punkte angesprochen:

1. Was stört mich derzeit an meinem eigenen Verhalten?
2. Was mag ich an mir selbst?
3. Was hat mir früher an mir gefallen?
4. Was regt mich an den anderen auf (an meinen Eltern, Freunden, Mitpatienten)?
5. Was mag ich an anderen (Eltern, Freunden, Mitpatienten)?
6. Was könnte andere an mir stören?
7. Was mögen andere an mir?
8. Was tue ich gern?

9. Was würde ich gern tun – was hindert mich daran?

10. Was tue ich, ohne es eigentlich zu wollen?

An diesen Fragen ist deutlich ersichtlich, wie schrittweise von der Reflexion der Defizite nach und nach zur Reflexion der Ressourcen gewechselt wird.

Nach Abschluss dieser Reflexion erfolgt schließlich die ressourcenorientierte Fokussierung auf die Zukunft mit Bearbeitung der folgenden Fragen:

1. Was habe ich vor, gegen meinen Konsum zu unternehmen?
2. Was nehme ich mir für meine Partnerschaft vor?
3. Was nehme ich mir für Arbeitsplatz/Schule/Arbeitssuche vor?
4. Was würde ich gern in meiner Freizeit tun?
5. Was würde ich gern in meinen sozialen Verhältnissen (Wohnen, Finanzen) ändern?
6. Was möchte ich an mir, abgesehen von meiner Sucht/Konsum, ändern?

Schließlich wird auf die Auswirkungen dieser Veränderungen fokussiert, zum Beispiel mit den Thematiken:

1. Was wird sein, wenn ich mich ändere?
2. Wird es mir besser gehen, wenn ich mich ändere?
3. Kann ich diese Änderung aus eigener Kraft herbeiführen?
4. Welchen Aufwand muss ich für diese Änderung in Kauf nehmen?

Bezüglich Gruppentherapien sind erlebnispädagogische Angebote und Gesprächsgruppenangebote zu nen-

nen. Wichtig sind auch indikative Angebote wie das Training sozialer und emotionaler Kompetenzen.

Bezüglich des Umfeldes ist zu erwähnen, dass eine Klärung von Störungen im System wie Familie und Schule erfolgen muss sowie eine Sensibilisierung der Eltern im Umgang mit jungen exzessiven Computernutzern.

Bei ausreichender Motivationslage kann im Anschluss an die qualifizierte Entgiftung auch eine länger dauernde Therapie mit Fokus auf die Zukunftsgestaltung hilfreich sein. Hierbei hat sich gezeigt, dass eine Langzeittherapie vorbereitende Maßnahme, wie in Sachsen verfügbar, die Motivation der Patienten für die Langzeittherapie deutlich steigern kann.

## 5. Schlussfolgerungen:

Substanzungebundene Süchte nehmen im Spektrum psychischer Erkrankungen bei Jugendlichen einen zunehmenden größeren Platz ein. Präventionsprogramme mit dem Fokus Aufklärung sowie qualifizierte Kurz- und in der Folge auch Langzeittherapien sind dringend notwendig, um einen weiteren Anstieg dieser Erkrankungen unter Jugendlichen zu vermeiden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers  
Dipl.-Psych. Dr. phil. Dr. med.  
Helmut Niederhofer  
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und  
Neurologie  
Bahnhofstraße 1  
08228 Rodewisch  
Tel. 03744 3666600  
E-Mail: helmut.niederhofer@  
skhro.sms.sachsen.de