

Auswege und Hilfen für suchtkranke Kinder und Jugendliche

E. Thoms

Einführung

Jugendliche erwarten vom Konsum psychotroper Substanzen Glücksgefühle sowie den Abbau von inneren Spannungen und Hemmungen, die Erhöhung ihres sozialen Status in der Gleichaltrigengruppe und die Entlastung von Alltagsproblemen (Abb 1). Nur ein kleiner Teil der konsumerfahrenen Kinder und Jugendlichen entwickelt einen problematischen Substanzgebrauch oder eine Abhängigkeit. Etwa ein bis zwei Prozent der 12- bis 17-Jährigen geben regelmäßigen Konsum von Cannabis an [1]. Vielfältige biologische (genetische Vulnerabilität und Transmission) und sozioökonomische Faktoren (Aufwachsen bei suchtkranken oder seelisch kranken Eltern, in Armut, außerfamiliäre Unterbringung, soziale Deprivation) haben Einfluss auf die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung [2, 3]. Eine Suchtmittelabhängigkeit entwickelt sich aufgrund der Unreife des zentralen Nervensystems sowie einer erhöhten Ansprechbarkeit des sogenannten Suchtgedächtnisses in der Pubertät besonders rasch mit gravierenden neurobiologischen Folgen. Zusätzlich besteht bei belastenden Kindheitserfahrungen, auch schon während der Schwangerschaft, ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch. Emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, körperliche Vernachlässigung, elterliche Gewalt (bei circa 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland [4], psychische Erkrankung oder Suchterkrankung der Eltern, elterliche Trennung/Scheidung und ein Elternteil im Strafvollzug sind in dieser Hinsicht



Abb. 1: Jugendliche erwarten vom Konsum psychotroper Substanzen Glücksgefühle sowie den Abbau von inneren Spannungen und Hemmungen, die Erhöhung ihres sozialen Status in der Gleichaltrigengruppe und die Entlastung von Alltagsproblemen

bedeutsame widrige Kindheitserfahrungen (Adverse Childhood Effects, ACE). Das gleichzeitige Vorliegen mehrerer dieser Kindheitsbelastungen erhöht das Risiko, an einer Substanzabhängigkeit zu erkranken (für Nikotinabusus um das 2,2-fache, den Gebrauch illegaler Drogen um das 4,7-fache, übermäßigen Alkoholkonsum um das 7,4-fache und intravenösen Gebrauch illegaler Drogen um das 10,3-fache) [5]. Anhaltende psychosoziale Belastungen, in deren Zusammenhang psychoaktive Substanzen als Copingstrategie genutzt werden, also der Linderung seelischer Not dienen, können ein weiterer Risikofaktor für Suchtgefährdung und im Falle regelmäßiger Konsummuster für Abhängigkeitsentwicklung sein. Komorbide psychische Störungen sind bei 90 Prozent der suchtmittelabhängigen Kinder und Jugendlichen anzutreffen, insbesondere frühe Bindungsstörungen, Traumafolgestörungen, Aufmerksamkeits-

und Hyperaktivitätsstörungen, affektive Erkrankungen sowie Frühstadien psychotischer Erkrankungen.

Zugänge zum Kind/Jugendlichen und seiner Familie

Nur im Ausnahmefall stellt der konsumierende Jugendliche aus eigener Veranlassung ein Hilfesuch. Meistens nehmen betroffene Eltern oder andere Sorgerechtsinhaber wegen der Suchtgefährdung des Kindes oder Jugendlichen mit der regionalen Jugend- und Drogenberatungsstelle, dem Haus- oder Kinderarzt Kontakt auf. Die Einbindung in ein interdisziplinäres Hilfenetzwerk (Schülerhilfe, Jugendhilfe, Jugendgerichtshilfe, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) ist notwendig. Die enge Zusammenarbeit mit der regionalen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit einem suchtspezifischen Schwerpunkt (siehe auch www.dgkjp.de/kliniken) ist hilfreich. In

der initialen Behandlungsphase des Jugendlichen muss (neben der kinder- und jugendpsychiatrischen und störungsspezifischen Diagnostik) der Erarbeitung von Änderungsmotivation auf Seiten des Jugendlichen besonderer Stellenwert beigemessen werden (Tab. 1)

Tab. 1: Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung

- Empathie ausdrücken
- Diskrepanz entwickeln
- Widerstand aufnehmen
- Beweisführung vermeiden
- Selbstwirksamkeit fördern

Als zielführende therapeutische Methode für Kinder und Jugendliche mit geringer Änderungsmotivation hat sich das Motivational Interviewing [6] erwiesen. Bei der Indikationsstellung für weiterführende Hilfen müssen primäre psychische und somatische Störungen sowie Folgestörungen des Substanzmissbrauchs berücksichtigt werden und es sollte erörtert werden, ob ambulante Maßnahmen ausreichen. Zu Beginn der Behandlung sind die jungen Patienten häufig fremdmotiviert. Sie leisten dem Druck der Eltern nach einer Vorstellung Folge und zeigen kaum Problembewusstsein oder Änderungsbereitschaft. Jede vorschnelle Initiative des Arztes ruft beim Patienten leicht Widerstand hervor. Daher muss die Änderungsbereitschaft des Jugendlichen bereits in der initialen Kontaktpphase hinreichend analysiert und in ersten Behandlungsschritten aufgegriffen werden. Die Veränderungsbe-reitschaft lässt sich mit dem transtheoretischen Modell nach Prohaska und Di Clemente geeignet beschreiben (siehe Abb. 2) [7]. In vielen Fällen befinden sich die jungen Patienten während des Erstkontaktes im Stadium der Absichtslosigkeit. Sie zeigen keine Neigung, ihr problematisches Verhalten zu ändern. Hier besteht die vordringliche

Aufgabe darin, ein Problembewusstsein zu schaffen. Psychoedukative Elemente können mit Motivationsarbeit verbunden werden. Ist diese Arbeit erfolgreich, entwickeln die Patienten eine Absicht, irgendwann einmal ihr Verhalten zu ändern. In dieser Phase unterstützt der Therapeut und klärt mit den Patienten etwaige Ambivalenzen, etwa den Widerspruch zwischen Zugehörigkeit zu einer Peergruppe und Aspekten der Gesundheit. In der nächstfolgenden Stufe beginnen die Patienten, konkrete Schritte in Richtung einer Verhaltensänderung zu unternehmen. Beispielsweise stellen sie Überlegungen zu geeigneten Zeitpunkten einer Behandlung oder zur Konsumreduktion an. Kleine, aber nachhaltige Schritte sind auch in dieser

Phase der Motivationsbildung einer übereilten Handlungsplanung vorzuziehen. Im Handlungsstadium verändern die Patienten tatsächlich ihr Konsumverhalten und bedürfen nun fortwährender Verstärkung durch den Therapeuten. In dieser Phase formt sich das Selbstvertrauen der Patienten aus und mitunter werden eigene Erwartungen zu hoch gesteckt. Von entscheidender Bedeutung ist hier, dass die Verhaltensänderung fortgeführt und aufrechterhalten wird. Je länger es dem Jugendlichen gelingt, drogenfrei zu leben, desto stärker entwickelt sich das Selbstvertrauen. In dieser Phase des Konsumstopps müssen viele Verhaltensweisen gelernt werden, die mittelbar mit der Funktionalität des Substanzgebrauchs verbunden sind. Hierzu

gehört das Erlernen neuer Copingstrategien, der Umgang mit den alten, oftmals devianten Freunden, das Gewinnen neuer Freunde, die (Neu-)Gestaltung der Beziehungen zu den Eltern (zum Beispiel Autonomiegewinn bei zunehmendem Vertrauen, etwa beim Auszug aus der elterlichen Wohnung), die Schaffung anhaltender gesunder Alternativen zum Drogenkonsum, der Umgang mit Verführungssituationen usw. Gelingt die Neuausrichtung individuellen Verhaltens nur unzureichend, besteht die Gefahr von Rückfällen. Die dauerhafte Verhaltensänderung stellt das letztendliche Ziel der Interventionen dar.

Tab. 2: Substanzkonsum als Copingstrategie – Anforderung an die Therapie

- Das Verhalten macht im aktuellen Lebenskontext Sinn.
- Substanzkonsum als derzeit „beste verfügbare Lösung“
- Zielkonflikt: Aufgabe alter Verhaltensweisen und Erlernen neuer Strategien
- Cave: Balance halten zwischen Akzeptanz und Drängen auf Veränderung.

gemeinsam mit dem Kind beziehungsweise Jugendlichen individuelle Entwicklungsfantasien aufgegriffen und eine an der Lebensrealität orientierte Perspektive erarbeitet werden können. Auf dieser Grundlage kann mit dem Kind beziehungsweise Jugendlichen und seiner Familie beziehungsweise der Jugendhilfeeinrichtung eine gegebenenfalls notwendige ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung vorbereitet und die Behandlung von Komorbidität und Folgestörungen des Substanzmissbrauchs initiiert werden [8, 9].

Diagnostik

Suchtgefährdete und von Suchtstörungen betroffene Kinder und Jugendliche müssen einer umfassenden kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik unterzogen werden. Die ausführliche Anamneseerhebung inklusive strukturierter Drogenanamnese berücksichtigt zurückliegende und aktuelle

Belastungssituationen, psychische Störungen in früher/später Kindheit und Jugend, Risikofaktoren (traumatische Erfahrungen), Schwierigkeiten bei der Bewältigungentwicklungsspezifischer Aufgaben und Übergänge, Teilleistungsstörungen und Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. Bei der Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus wird vor allem die soziale Integration beziehungsweise Desintegration fokussiert (unter anderem in den Bereichen Schule, Beruf, Freund-

schaften, Hobbys, Partnerschaften, Sexualverhalten, Konflikte mit Eltern, Justiz). Wichtig ist weiterhin, im Rahmen der Beziehungsanalyse des Familiensystems Ressourcen aufzuspüren und diese in der Therapie dem Jugendlichen und seiner Familie zugänglich zu machen.

Die somatische Diagnostik umfasst eine Ganzkörperuntersuchung inklusive neurologischem Befund. Riskantes Sexualverhalten, mangelnde Hygiene und Ernährung sowie Immunschwächen erfordern spezielle Untersuchungen der inneren und äußeren Organe (auch Selbstverletzung) und der entsprechenden Laborparameter. Die Durchführung eines Drogenscreenings erfolgt unter Sichtkontrolle oder Verwendung personenbezogener Marker. Polyvalente Konsummuster und stete Neuentwicklungen von teilweise nicht nachweisbaren psychoaktiven Substanzen sollten berücksichtigt werden. Weiterhin sind sexuell übertragbare Krankheiten, HIV, Hepatitis, Tbc und parasitäre Erkrankungen im Blick zu behalten. Die Ableitung von EKG und EEG und bei Bedarf eine Durchführung bildgebender Verfahren des Zentralnervensystems (MRT) sind notwendige diagnostische Maßnahmen.

Im Rahmen der Psychodiagnostik hat der riskante Suchtmittelkonsum besonderen Stellenwert. Standardisierte Screening-Instrumente sind gut eingeführt (siehe Tab. 3).

Sämtliche psychischen Störungen sind differenziert zu erfassen. Symptomorientierte Diagnostik, Erhebung der allgemeinen Symptombelastung und Erfassung der intellektuellen Leis-



Abb. 2: Motivationsmodell nach Prohaska und Di Clemente

Wichtig ist es, das Kind beziehungsweise Jugendlichen in seiner Bedürftigkeit inklusive seiner dysfunktionalen Copingstrategien anzunehmen (siehe Tab. 2). Zukunftsperspektiven, die oftmals verschüttet sind, sollten wieder zu Tage treten und weiterentwickelt werden können. Die haltende, akzeptierende und stabile Beziehung zu dem Berater, Arzt oder Therapeuten ist notwendig, damit

Tab. 3: Screening-Instrumente zum Einsatz beim suchtgefährdeten und von Suchtstörungen betroffenen Kindern und Jugendlichen

Name des Screening-Instrumentes	Zweck des Instrumentes	Anzahl der Items	Vorschlag für einen Cut-Off (Autoren)
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	Erfassung problematischen Alkoholkonsums	10	6 [10]
CRAFFT-d	Erfassung problematischen Alkoholkonsums	6	2 [11]
RAFFT-Drogen	Erfassung riskanten Konsums illegaler Drogen	6	2 [12]
Severity of Dependence Scale (SDS)	Erfassung der Schwere der Abhängigkeit von einer Substanz	5	Verschiedene Werte je nach Substanz: 2 (Cannabis) [13]
Cannabis Abuse Screening Test (CAST)	Erfassung problematischen Cannabiskonsums	6	4 [14]

tungsfähigkeit ergänzen die Befunde. Die psychiatrische Diagnostik ist zu meist erst nach Abklingen der toxischen Substanzwirkung beziehungsweise nach Durchführung einer Entzugsbehandlung aussagekräftig.

Differenzielle Indikationsstellung in Abhängigkeit von der Intensität des Substanzgebrauchs

In Abhängigkeit von der Intensität des Substanzgebrauchs, dem Vorhandensein und Ausmaß komorbider psychischer Störungen, der psychosozialen Lebensumstände sowie der Risiken für fortgesetzten Substanzmissbrauch wird ermittelt, ob eine ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Behandlung der Jugendlichen indiziert ist. Bei Kindern und Jugendlichen kann eine stationäre Behandlung auch in dem Fall indiziert sein, wenn noch keine manifeste Abhängigkeitserkrankung, wohl aber eine hochgradige psychoso-

ziale Entwicklungsgefährdung durch beginnenden Substanzmissbrauch besteht (Tab. 4).

Stationäre Behandlung

Besteht die Indikation zu einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung und gelingt es, das Kind oder den Jugendlichen und seine Familie für eine stationäre Behandlung zu gewinnen, ist eine elektive Aufnahme anzustreben. Bei der Vorbereitung auf die stationäre Behandlung müssen sowohl die Sorgeberechtigten als auch das Kind beziehungsweise der Jugendliche in Vereinbarungen einbezogen werden. In vorausgehenden Gesprächen sind die therapeutischen Maßnahmen und die weitere Perspektivklärung zu erörtern. Die Psychoedukation sollte begleitend fortgesetzt werden. Dabei werden Zusammenhänge zwischen seelischer Erkrankung und Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit im familiären System angesprochen. Es ist sinnvoll, den Allgemeinen Sozialdienst der Kommune frühzeitig einzubeziehen, damit die sich an die qualifizierte Entzugsbehandlung und die Behandlung der komorbiden Störungen anschließenden rehabilitativen Maßnahmen (nach SGB VIII §35a, SGB IX oder SGB V) ambulant, teil- oder voll-

stationär rechtzeitig gebahnt werden. Größtmögliche Transparenz und Teilhabe an Entscheidungsprozessen stärken und stützen die Selbstverantwortung des Kindes beziehungsweise Jugendlichen und sind der erste Schritt in Richtung einer neu erlebten Selbstwirksamkeit.

Auf Antrag der Sorgeberechtigten kann beim Amtsgericht eine Unterbringung nach §1631b BGB erfolgen, wenn der suchtgefährdete oder substanzabhängige Jugendliche keine Änderungsmotivation hat und eine besondere Bedrohlichkeit für die biopsychosoziale Entwicklung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen besteht. Um die Freiheit des Kindes oder Jugendlichen einschränken zu dürfen, ist in der Regel eine fachärztliche kinder- und jugendpsychiatrische Stellungnahme erforderlich. Eine Begutachtung kann, falls diese nicht ambulant durchzuführen ist, auch stationär erfolgen. Weiterhin ist die Unterbringung nach PsychKG (länderspezifische Regelungen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten) oder bei akuter Kindeswohlgefährdung für die Dauer von 24 Stunden eine Inobhutnahme durch das Jugendamt zu erwägen. In diesem Fall muss für die Fortsetzung der Behandlung unter Freiheitsentziehung anschließend die

Tab. 4: Differenzielle Indikationsstellung [2]

Die differenzielle Indikationsstellung zur Behandlung substanzbezogener Störungen ist abhängig von:

- körperlichen Auswirkungen
- psychischen Funktionsstörungen
- Entwicklungsstörungen
- komorbiden psychischen Störungen

Genehmigung eines Gerichtes eingeholt werden.

Zum Zeitpunkt der Vorbereitung einer stationären Behandlung lässt sich die Notwendigkeit für eine poststationäre Behandlung und Betreuung des Kindes beziehungsweise der Jugendlichen in vielen Fällen noch nicht absehen. Häufig können diese Fragen erst im letzten Abschnitt der stationären Behandlung im Rahmen von Helferkonferenzen mit allen Beteiligten geklärt werden (Allgemeiner Sozialer Dienst [ASD], Suchthilfe, Jugendgerichtshilfe, Schule, Ausbildungsstätte, Freizeiteinrichtung). Niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, Institutsambulanzen, Psychotherapeuten und Institutionen der Suchtkrankenhilfe sind unverzichtbare Partner bei der Nachsorge.

Die qualifizierte Entzugsbehandlung zielt neben der Bewältigung von Entzugssymptomen auf das Erreichen von Krankheitseinsicht, die Vermittlung erster Strategien im Umgang mit dem gefährlichen Substanzgebrauch oder mit der Abhängigkeitserkrankung, die Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender Behandlung, inklusive deren Planung und damit langfristig auf dauerhafte Abstinenz ab. Die in der Regel anzutreffenden politoxikomanen Konsummuster erfordern besondere Kenntnisse über die interaktiven Folgen dieser Substanzen. Die qualifizierte Entzugsbehandlung macht multiprofessionelle und multimodale kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Interventionen erforderlich, die die allgemeinen Voraussetzungen und Charakteristika des Fachgebiets erfüllen und zugleich Standardmethoden und Verfahren kinder- und jugendpsychiatrischer sowie psychotherapeutischer Therapie heranziehen. Ausdrücklich nicht empfehlenswert ist die Durchführung einer qualifizierten Entzugsbehandlung von Kindern und Jugendlichen in der Erwachsenenpsy-

Tab. 5: Methoden (Einzel, Gruppe)

- Psychodynamische Therapie
- Systemische Therapie, Familientherapie
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Traumatherapie
- Genderspezifische Gruppentherapie
- Achtsamkeitstraining
- Soziotherapie, Akupunktur
- Mototherapie
- Ergotherapie
- Musiktherapie
- Logotherapie
- Kunsttherapie
- Kognitives Training, Psychoedukation
- Schule, erlebnistherapeutische Arbeit
- Wichtig: verantwortliche Mitgestaltung des Alltags

chiatry. Bei Kindern und Jugendlichen ist grundsätzlich eine qualifizierte Entzugsbehandlung durchzuführen. Eine sogenannte (alleinige) körperliche Entgiftung, die nur auf die Behandlung des körperlichen Entzugssyndroms abstellt, ist nicht indiziert. Des Weiteren ist die somatische Akutbehandlung im Falle einer Suchtmittelintoxikation von der qualifizierten Entzugsbehandlung abzugrenzen. Die Behandlung akuter, überwachungspflichtiger Intoxikationen wird in enger Kooperation mit pädiatrischen oder internistischen Abteilungen vorgenommen.

Die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung von Kindern und Jugendlichen wird in einer kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Klinik durchgeführt. Von dem Patienten und oder seinen Angehörigen wird oft eine intrinsische Behandlungsmotivation gewünscht, sie ist aber nicht zwangsläufig notwendig und muss mit dem Kind beziehungsweise Jugendlichen in der therapeutischen Beziehung immer wieder neu erarbeitet werden. Die Dauer der qualifizierten Entzugsbehandlung beträgt je nach individueller Problemlage, Indikationsstellung, Subs-

tanzmissbrauch, vereinbarten Anschlussmaßnahmen und Verlaufsaspekten der Behandlung nicht unter vier Wochen und bis zu zwölf Wochen [15].

Die Weiterbehandlung der komorbiden psychischen Störungen und die Festigung der Abstinenz ist individuell sehr unterschiedlich und nimmt in der Regel mehr als weitere drei Monate stationärer Behandlung in Anspruch. Bei Bedarf ist je nach individueller Indikationsstellung eine längere Behandlungsdauer erforderlich. Danach erfolgt eine Rückführung mit begleitender Psychotherapie in die Familie oder Jugendhilfe, bei Bedarf (15 bis 30 Prozent) auch in die stationäre längerfristige drogenspezifische Jugendhilfe oder medizinische Rehabilitation (ein bis zwei Jahre). ■

Literatur beim Autor

Interessenkonflikte: keine

Dr. med. Edelhard Thoms
Praxis für Psychotherapie und Psychoanalyse
für Babies, Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Prager Straße 125, 04317 Leipzig
MVZ Psychotherapeutisches Zentrum Halle
Mühlweg 16, 06114 Halle
E-Mail: ethoms0@googlemail.com