

1

Einleitung

Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen beginnen sich in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter zu entwickeln (Wittchen et al. 2008) und gehören weltweit zu den psychischen Störungen mit hoher psychosozialer Krankheitslast (»burden of disease«) (GBD 2016 Alcohol Collaborators 2018; Whiteford et al. 2013). Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehen davon aus, dass mehr als 15 % der durch psychische und neurologische Erkrankungen verursachten verlorenen Lebensjahre (*disability-adjusted life years, DALYs*) auf Jugendliche und Heranwachsende unter 24 Jahren im Zusammenhang mit dem Konsum missbrauchsfähiger psychoaktiver Substanzen entfallen (Gore et al. 2011). Insbesondere der Konsum und Missbrauch von Alkohol als weitgehend ge-

sellschaftlich akzeptiertem Rauschmittel ist weit verbreitet. Für Jugendliche, die in unserem Kulturraum typischerweise mit dem Konsum (legaler und illegaler) psychoaktiver Substanzen zu experimentieren beginnen, ist es daher besonders schwierig, Grenzen zwischen normalem Gebrauch und Missbrauch zu erlernen (vgl. Weichold 2008). Bei vulnerablen Personen etabliert sich dabei häufig bereits frühzeitig (in Kindheit und Jugend) ein missbräuchliches bzw. abhängiges Konsummuster, das sich über die Zeit zu einer chronischen psychischen Störung mit hohem Rückfallpotenzial und Komorbidität entwickeln kann. Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchtdynamik inklusive ihrer multiplen bio-psycho-sozialen Symptom- und Risikokonstellationen und daraus abgeleitete Maßnahmen zur Prävention, Diagnostik und Behandlung im Kindes- und Jugendalter erfordern die Berücksichtigung von physiologischen und psychologischen Entwicklungsbesonderheiten. Dieses Buch soll einen wissenschaftlich fundierten, interdisziplinären und praxisorientierten Überblick über die relevanten Themenfelder bieten – vom (frühen) klinischen Erscheinungsbild über Ätiologie und Pathogenese, Diagnostik, Verlauf und Prognose von Suchterkrankungen bis hin zu entwicklungsorientierten Ansätzen der Suchtprävention und -therapie des Kindes- und Jugendalters, Versorgungssystemen und weiteren relevanten Fragestellungen.¹

1 Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in diesem Text bei personenbezogenen Bezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Diese schließt, wo nicht anders angegeben, alle Geschlechtsformen ein (weiblich, männlich, divers).

2

Fallvignetten

Fallvignette 1

Die 18-jährige Larissa wurde mit einer Suchtstörung auf die Jugend-Suchtstation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik aufgenommen. Larissa berichtete bei der Aufnahme, seit etwa einem Jahr regelmäßig Alkohol zu trinken und sich vom Alkohol abhängig zu fühlen. Der Alkohol sei an die Stelle von Cannabis getreten, welches sie im Alter von 14 bis 16 Jahren regelmäßig konsumiert habe. Sie trinke am Wochenende Alkohol in großen Mengen, erzählte sie, wache häufig an fremden Orten auf und könne sich an das Geschehene unter Alkoholeinfluss nicht erinnern. Ihren Konsum könne sie nicht selbst kontrollieren und trinke regelmäßig mehr als sie sich vorgenommen habe. Manchmal gelinge es ihr zwar zu Beginn der

Woche nicht zu trinken, spätestens ab Donnerstag habe sie jedoch einen enormen Suchtdruck und trinke dann bis zum Rausch. Der Alkohol helfe ihr, mit schlechten Gefühlen und Sorgen umzugehen. Wenn sie nicht trinke, leide sie unter Stimmungseinbrüchen und könne schlecht schlafen. In der Vergangenheit habe sie sich bei Traurigkeit und Wut selbst verletzt und Essanfälle gehabt. Larissa sei sehr unzufrieden mit ihrem Äußeren und verbringe teilweise mehrere Stunden am Tag mit der Körperpflege, weil sie sich sonst hässlich und minderwertig fühle. Eine depressive Episode sei von ihren ambulanten Behandlern bereits vordiagnostiziert und mit Venlafaxin behandelt worden. Von der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Suchtbehandlung erhoffe sie sich, einen adäquaten Umgang mit ihren Emotionen zu erlernen und auf Drogen und Alkohol verzichten zu können.

Zur weiteren Krankheitsgeschichte ist erwähnenswert, dass Larissa im Alter von 14 Jahren begann, Cannabis regelmäßig zu konsumieren. Etwas später konsumierte sie Ecstasy und Amphetamine und über einige Monate hinweg auch Kokain. Larissa wurde im Alter von 16 Jahren aufgrund einer Bulimie in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik über zweieinhalb Monate stationär behandelt. Im selben Jahr erfolgte auch eine qualifizierte Entzugsbehandlung in einer Fachklinik wegen der Cannabisabhängigkeit. Dies geschah auf Nachdruck der Mutter. Larissa selbst hatte damals keinen Abstinenzwunsch. Gleich im Anschluss an die Behandlung konsumierte sie weiter. In den letzten Monaten vor der jetzigen Behandlung kam es zur erheblichen Steigerung des Alkoholkonsums. Nach einem Streit mit ihrem damaligen Partner versuchte sich Larissa unter Alkoholeinfluss das Leben zu nehmen. Sie intoxikierte sich mit verschiedenen Medikamenten und rief anschließend den Rettungswagen.

Larissas Vater ist alkoholabhängig. Zu ihm hat Larissa nur sporadischen Kontakt. Die Mutter trennte sich von ihm aufgrund seines intensiven Alkoholkonsums, als Larissa ein Jahr

alt war. Aktuell befindet sich Larissas Mutter aufgrund psychosomatischer Beschwerden in psychotherapeutischer Behandlung. Larissas Onkel mütterlicherseits hat eine bipolare Störung. Zu den Großeltern mütterlicherseits besteht seit Larissas Pubertät kein Kontakt mehr, nachdem Larissa ihrer Mutter anvertraut hatte, vom Großvater sexuell belästigt worden zu sein. Aufgrund der langen psychiatrischen Krankheitsgeschichte gab es immer wieder Schwierigkeiten in der Schule durch Abwesenheitszeiten und Schulwechsel. Dennoch erreichte Larissa den Mittleren Schulabschluss. Aktuell besucht sie die 11. Klasse einer Stadtteilschule und strebt das Abitur an. Mit ihrem einige Jahre älteren Partner ist sie seit zwei Monaten zusammen. Er unterstützt sie in ihrem Abstinenzwunsch und konsumiert selbst keine Drogen. Zum Lebenspartner der Mutter hat Larissa ein gutes Verhältnis. Bis zu ihrem Abitur will Larissa bei ihrer Mutter wohnen.

Bei der Aufnahme wirkt die stark geschminkte, modisch gekleidete Jugendliche im Kontakt freundlich, dabei aufgesetzt fröhlich. Sie wirbt im Kontakt um die Gunst des Gegenübers, wirkt sehr reflektiert, pseudo-intellektualisierend bei zugleich deutlich wahrnehmbarer emotionaler Entwicklungsverzögerung mit Schwierigkeiten in der Emotions- und Nähe-Distanz-Regulation. Aus der Vorgeschichte sind Essanfälle, verzerrte Körperwahrnehmung, Selbstverletzungen (Schneiden), Stimmungsschwankungen, sozialer Rückzug bei Stimmungstiefs, Verzweiflung und innere Leere bekannt, auch ein Suizidversuch.

Larissas Behandlung erfolgte auf einer Jugend-Suchtstation, die im interdisziplinären Team nach einem multimodalen Konzept arbeitet. Die Behandlung unterteilt sich in einen zweiwöchigen qualifizierten Entzug und eine jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Weiterbehandlung der komorbiden psychischen Störung. Neben der jugend-, sucht- und sozialpsychiatrischen Diagnostik kommen verschiedene auf den Substanzkonsum bezogene Therapieformen zum Einsatz (u. a. soziales

Kompetenztraining, Rückfallpräventions- und Motivationsgruppen). In der therapieschulenübergreifenden Einzeltherapie und in den Familiengesprächen werden die individuellen Hintergründe der Erkrankung beleuchtet und für Veränderungen zugänglich gemacht. In der bezugspädagogischen Arbeit bieten klare Regeln und Strukturen, eingebettet in unterstützende Beziehungsangebote, den Jugendlichen Halt und Rahmen.

Larissa zeigte hohe eigene Behandlungsmotivation, die jedoch mit Ungeduld, dem Wunsch nach schneller Veränderung und unrealistischen Ansprüchen an sich selbst und an das Therapie-setting verbunden waren. In einigen Tagen konnte die Entzugsbehandlung unter Gabe von Oxazepam in ausschleichender Dosierung sicher durchgeführt werden. Larissa beschrieb immer wieder Suchtdruck in Form von innerer Unruhe und höherer Irritierbarkeit. Im Kontakt mit Mitpatienten und dem Personal war Larissa zu Beginn der Behandlung umgänglich und zurückhaltend. Die Einhaltung von Regeln stellte für Larissa nur gelegentlich Probleme dar, der eng durchstrukturierte Rahmen wurde als hilfreich beschrieben. Durch Entzugssymptome und die emotional-instabile Grundstimmung kam es jedoch regelmäßig zu Craving nach Alkohol, Ein- und Durchschlafproblemen und Motivationstiefs. Da jederzeit Absprachefähigkeit vorhanden war, wurde Larissa angeleitet, durch ein emotionales Selbstmanagement und ein Spannung-abbauendes »Skills-Training« die krisenhaften Zustände zu bewältigen. Regelmäßige Motivationsgespräche unterstützten diesen Prozess.

Nach erfolgreicher Entgiftungsbehandlung und dem Wechsel auf die Weiterbehandlungsstation kam es häufiger zu Stimmungsschwankungen und zu einer dysphorischen, teilweise depressiven Stimmungslage. Mit Larissa wurde an emotionaler Stabilisierung und angemessenen Affektregulationsstrategien gearbeitet. Im Alltag wirkte Larissa phasenweise konfliktbehaftet im Kontakt mit anderen Jugendlichen. Andererseits stellte sie sich im Kontakt zu Betreuern und den Sorgeberechtigten als sehr fordernd dar und konnte Bedürfnisse kaum aufschie-

ben. Sie zeigte insbesondere bei Begrenzung eine sehr geringe Frustrationstoleranz und war oft nicht in der Lage, die Stationsregeln zu akzeptieren, umzusetzen und diese als hilfreich für sich zu benennen.

Das durch Ambivalenzen geprägte Verhalten kennzeichnet die dysfunktionale Kontakt- und Beziehungsgestaltung. Beispielsweise fiel es Larissa schwer, eine adäquate Nähe-Distanz-Regulierung zu Betreuern und Mitpatienten umzusetzen. So verstrickte sich Larissa phasenweise in sehr enge Beziehungen. Sie entwickelte dann eine vielfältige Symptomatik mit internalisierenden und externalisierenden Anteilen und präsentierte das Bild einer Persönlichkeitsstörung vom emotional-instabilen Typ. Auch gelang es Larissa nur selten, eigene Bedürfnisse adäquat zu formulieren. Hier zeigte sich auch noch am Ende der Therapie eine Tendenz, Verantwortung zu meiden, Schuldzuschreibungen an andere vorzunehmen und nahezu unerfüllbare Versorgungswünsche zu äußern. Bei Frustrationserlebnissen kam es zu einem schnellen Wechsel zwischen den extremen Polen der Idealisierung und Entwertung anderer Personen. Hinzu kamen erhebliche Schwierigkeiten in der Differenzierung eigener Bedürfnisse sowie der Abgrenzung eigener Bedürfnisse von denen anderer. Dies schien mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden zu sein, sich in Sichtweisen anderer hineinzusetzen oder deren Affekte zu interpretieren. Es ergaben sich Hinweise auf eine Mentalisierungs- und Empathiestörung. Insgesamt überwogen frühe Abwehrmechanismen wie Spaltung, Projektionen, Externalisierung und projektive Identifikation. Diese stellten sich verstärkt in Konfliktsituationen ein. In diesen Phasen schien Larissa nur wenig erreichbar, Ambivalenzen gegenüber der Behandlung traten in den Vordergrund. Darüber hinaus wurde ein instabiles oder fragmentiertes, wenig integriertes Selbstbild deutlich. Das Erleben von Identität (psychisch, sozial, sexuell, generationenbezogen) schien wenig ausgereift zu sein und führte zu häufig dysfunktionaler, schnell wechselnder Rollenübernahme oder einer Pseudoanpassung, phasenweise

verbunden mit vordergründiger Stabilisierung und Tendenzen, die Therapie vorzeitig zu beenden.

Im Ausgang einer Belastungserprobung kam es während der stationären Behandlung zu einem Rückfall in den Substanzkonsum. Der Wunsch nach dauerhafter Abstinenz wirkte dabei nicht immer klar und eindeutig. Larissa erlebte den Rückfall als sehr schambesetzt und konnte ihn nicht aus eigenem Antrieb in den Kontakt mit Betreuern oder Therapeuten bringen. Eine Stabilisierungsphase und die Arbeit im Bereich Rückfallprävention waren im Anschluss essentiell für die weitere psychotherapeutische Arbeit.

Die Einzelgespräche fokussierten eine Verbesserung der Emotionsregulationsfähigkeit sowie die Förderung der Selbstwahrnehmung in Anlehnung an die dialektisch-behaviorale Therapie, um einen funktionalen Umgang mit Stimmungsschwankungen und Stimmungseinbrüchen zu unterstützen. Die sexuellen Übergriffe des Großvaters schienen Larissa deutlich zu belasten und eine positive Einstellung zum eigenen Körper und der eigenen Person zu verhindern. Zwar berichtet Larissa nicht von Intrusionen, die Vielzahl an dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und die Probleme in der Interaktion dienten jedoch der Vermeidung einer emotionalen Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erleben. Die Empfehlung einer weiterführenden traumafokussierten Behandlung bei ausreichender Abstinenz und gegebenen gesunden Bewältigungsstrategien wurde mit Larissa und ihrer Mutter besprochen.

Neben der Förderung und Sicherung der Abstinenzmotivation wurde die zugrundeliegende Identitäts- und Selbstwertproblematik bearbeitet. Die dysfunktionale Beziehungsgestaltung spiegelte sich auch in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung wider und war von Phasen der Idealisierung und Entwertung geprägt. Die Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung wurden von Larissa vor dem Hintergrund der frühen biografischen Frustration der Bedürfnisse nach Bindung, Selbstwert und Sicherheit beginnend reflektiert.

Larissa nahm bereits vor Aufnahme in die stationäre Behandlung das Medikament Venlafaxin, welches im Verlauf aufgrund fortbestehender depressiver Symptomatik (Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Stimmungstiefs) in der Dosis weiter erhöht wurde. Hierunter zeigte sich eine leichte Stimmungsaufhellung, wobei die Stimmungsschwankungen aufgrund der emotional-instabilen Persönlichkeit weiterhin prominent blieben.

Zusammenfassend ist bei Larissa in diagnostischer Hinsicht von einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung bei zeitgleich deutlicher Entwicklungsverzögerung im emotionalen und sozialen Bereich auszugehen. Die Alkohol- und Tabakabhängigkeit sowie der schädliche Gebrauch multipler anderer psychotroper Substanzen können als dysfunktionaler Bewältigungsversuch verstanden und als Nebendiagnosen verschlüsselt werden (► Tab. 2.1). Im stationären Behandlungsrahmen konnte Larissa wichtige Erfahrungen machen und lernen, über längere Phasen abstinent zu bleiben. Außerdem lernte sie, Stimmungsschwankungen zu bewältigen und auf selbstschädigendes Verhalten zu verzichten. Ohne ausreichende Stabilisierung und fortgesetzte Unterstützung besteht jedoch die erhebliche Gefahr eines Verhaltens- und Suchtmittelrückfalls sowie der Chronifizierung der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung. Ihr wurde daher bei der Entlassung aus stationärer Behandlung empfohlen, dass langfristig bei Verschlechterung und Rückfall in den Substanzkonsum eine stationäre Rehabilitationsbehandlung mit Schwerpunkt Sucht und gegebenenfalls traumafokussierter Therapie in Erwägung gezogen werden muss. Aufgrund der Schulsituation und Larissas Wunsch, die Schule regulär zu beenden, konnte sie sich aktuell nicht für eine erneute langfristige stationäre Therapie entscheiden. Sie zog es stattdessen vor, die ambulante Psychotherapie mit wöchentlichen Kontakten fortzusetzen.

Tab. 2.1: Diagnosen nach ICD-10/MAS

Diagnosen	ICD-10-Code
Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom	
Sonstige emotionale Störung des Kindesalters	F93.8
Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typus	F60.31
Schwere depressive Episode	F32.2
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	F10.2
Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom, derzeit abstinent	F12.2
Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Schädlicher Gebrauch	F14.1
Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien: Schädlicher Gebrauch	F15.1
Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	F17.2
Achse II: Teilleistungs- und Entwicklungsstörung	
Keine bekannt	
Achse III: Intelligenzniveau	
Nach klinischem Eindruck durchschnittlich	
Achse IV: Körperliche Begleiterkrankungen	
Keine bekannt	
Achse V: Psychosoziale Begleitumstände	
Kontaktanlässe mit Bezug auf die Ausbildung	Z55
Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung	Z60
Kontaktanlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse	Z61
Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung	Z62
Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis	Z63
Psychische Krankheiten in der Familienanamnese	Z81
Selbstschädigung und Missbrauch in der Eigenanamnese	Z91.8
Achse VI: Psychosoziales Funktionsniveau	
Ernsthafte soziale Beeinträchtigung (Grad 5)	