



Teilnahme nur im  
Internet möglich:  
[aerzteblatt.de/cme](http://aerzteblatt.de/cme)

# Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter

Früherkennung und Intervention

Martin Stolle, Peter-Michael Sack, Rainer Thomasius

## ZUSAMMENFASSUNG

**Einleitung:** Der Konsum illegaler psychotroper Substanzen zeigt bei Kindern und Jugendlichen eine zunehmende Verbreitung bei sinkendem Einstiegsalter. Damit steigt das Risiko für die Entstehung einer substanzbezogenen Störung. **Methoden:** Übersichtsarbeit auf der Basis einer selektiven Literaturlaufarbeitung unter Einbeziehung der Leitlinien AWMF. **Ergebnisse:** Psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler psychotroper Substanzen zählen mit einer Prävalenz von etwa 5 bis 6 % zu den epidemiologisch wichtigen psychiatrischen Störungen des Kindes- und Jugendalters; mit alkoholassoziierten Störungen steigt diese Zahl auf 15 bis 18 %. Die große Mehrheit stellt den Substanzkonsum mit Übergang ins Erwachsenenalter wieder ein. Bedeutsam für die ärztliche Praxis sind diejenigen Kinder und Jugendlichen, die – häufig vor dem Hintergrund früher psychosozialer und genetischer Belastungen – fortgesetzt konsumieren. Die Rate behandlungsbedürftiger komorbider Störungen ist in dieser Gruppe mit über 60 % sehr hoch.

Dtsch Arztebl 2007; 104(28–29):A 2061–70.

**Schlüsselwörter:** Drogen, substanzbezogene Störung, Kinder und Jugendliche, komorbide psychische Störungen, Früherkennung

## SUMMARY

### Substance Abuse in Children and Adolescents – Early Detection and Intervention

**Introduction:** Increasing numbers of children and adolescents are using illegal psychoactive substances, while the age of onset for substance use is falling. This increases the risk of developing a substance use disorder. **Methods:** Selective review of recent literature, taking account of the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) guidelines. **Results:** Substance use disorders involving illegal psychoactive substances are, with a prevalence of 5 to 6 %, now among the epidemiologically important psychiatric disorders in children and adolescents. Including alcohol related disorders, the prevalence rises up to 15 to 18 %. A majority of users discontinue substance use during the transition to adulthood. Of particular relevance for primary care physicians are those children and adolescents who, against a background of risk factors such as psychosocial disadvantage or genetic predisposition, persist in substance use. In this group, the rate of comorbidities requiring treatment is very high (> 60 %).

**Key words:** illegal drugs, substance use disorder, children and adolescents, comorbid psychiatric disorder, early diagnosis

Für psychische Störungen wird in den Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM IV) im Hinblick auf den Konsum psychoaktiver Substanzen zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit unterschieden. Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht greift diese Unterscheidung jedoch zu kurz, weil bei Kindern und Jugendlichen eine manifeste Abhängigkeit selten zu beobachten ist (*Kasten 1*). Toleranzentwicklung und Entzugssymptome können fehlen, obwohl bereits ernsthafte Schädigungen und Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus existieren. Im angelsächsischen Raum verwendet man bei Kindern und Jugendlichen in Abgrenzung zu Erwachsenen den Terminus „substance use disorders“ (SUD). In Anlehnung daran wird hier von substanzbezogenen Störungen im Kindes- und Jugendalter gesprochen.

## Prävalenzen

Die Prävalenz für die Häufigkeit des Konsums psychotroper Substanzen liegt für die männlichen Jugendlichen im Verhältnis zu den weiblichen Jugendlichen bei etwa 2 : 1, wobei der Tabakkonsum eine Ausnahme darstellt. Hier sind nahezu keine geschlechtsspezifischen Unterschiede mehr feststellbar (1). Der Konsum von Tabak beginnt im Durchschnitt mit 13,5 Jahren, der von Alkohol mit 14 Jahren und der von Cannabis zwischen dem 15. und 16. Lebensjahr (2). Für Tabakkonsum sind die Prävalenzraten bei den 12- bis 19-Jährigen in den letzten Jahren leicht rückläufig (24). Der Alkoholkonsum der 12- bis 17-Jährigen ist nach einem Rückgang von 2004 bis 2005 nun wieder deutlich angestiegen. Auch riskante Konsummuster, wie das sogenannte „binge drinking“ – definiert als 5 und mehr Standardgläser Alkohol pro Trinkgelegenheit – zeigen zunehmende Prävalenzen und stellen damit eine bisher weitgehend ungelöste Problematik dar (3).

Die legalen psychotropen Substanzen Tabak und Alkohol spielen für den Einstieg in den Konsum illegaler Drogen eine wichtige Rolle. Belegt ist, dass Erfahrungen mit

Deutsches Zentrum für Suchtforschung im Kindes- und Jugendalter, Psychosoziales Zentrum am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf:  
Dr. med. Stolle,  
Dr. phil. Dipl.-Psych.  
Sack, Prof. Dr. med.  
Thomasius

## Prävalenz

- Drogenkonsum bei Jugendlichen ist hauptsächlich Cannabiskonsum.
- Die legalen psychotropen Substanzen Tabak und Alkohol spielen für den Einstieg in den Konsum illegaler Drogen eine wichtige Rolle.

**KASTEN 1**

**Diagnostische Leitlinien für den schädlichen Gebrauch psychotroper Substanzen und das Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 (e10)**

**Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F1x.1)**

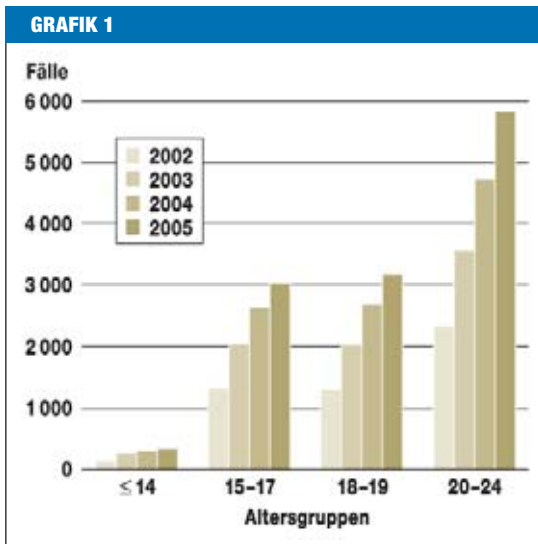
- Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit.
- Das schädliche Konsummuster wird häufig von anderen kritisiert und hat unterschiedliche negative soziale Folgen.
- Eine akute Intoxikation (Kater, „hangover“) beweist noch nicht den Gesundheitsschaden, der zur Diagnosestellung erforderlich ist.
- Schädlicher Gebrauch ist bei einem Abhängigkeitssyndrom, psychotischen Störungen oder bei substanzbedingten Störungen nicht zu diagnostizieren.

**Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F1x.2)\***

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen oder Alkohol zu konsumieren („craving“)
- eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- ein körperliches Entzugssyndrom
- Nachweis einer Toleranz
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutig schädlicher Folgen

\* Zur Diagnosestellung müssen 3 oder mehr der Kriterien innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig vorhanden gewesen sein. Ein Abhängigkeitssyndrom schließt stets den schädlichen Gebrauch mit ein.

Wegen Cannabiskonsum ambulant erstbehandelte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in den Jahren 2002 bis 2005 in der Bundesrepublik Deutschland (6)



**Einstiegsalter**

Das Einstiegsalter der Kinder und Jugendlichen vor allem in den Cannabiskonsum sinkt, gleichzeitig steigt die Anzahl der Konsumenten.

**TABELLE 1**

**Prävalenzen des Tabakkonsums 12- bis 19-Jähriger\***

Lebenszeit-Prävalenz (jemals im Leben geraucht)	55 %
Ständige Raucher (tägliches Konsum)	13 % (davon 8 % > 10 Zigaretten/Tag)
Gelegenheitsraucher (mindestens wöchentlicher Konsum)	13 %
Probierer (insgesamt nicht mehr als 100 Zigaretten geraucht)	26 %
Ex-Raucher	3 %
Nie-Raucher	45 %

\* nach (24)

dem Rauchen und mit Alkoholräschen den Konsum von Cannabis oder anderen Drogen wahrscheinlicher machen (4), wobei der frühe Einstieg in den Alkohol- und Tabakkonsum als Risikofaktor für die Entwicklung einer späteren substanzbezogenen Störung anzusehen ist (e1).

Vor allem in Bezug auf den Cannabiskonsum wird ein stetiges Absinken des Einstiegsalters und eine zunehmende Verbreitung beschrieben (e2, 5). Aus den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik 2007 wird die in den letzten Jahren zunehmende Anzahl jugendlicher Cannabiskonsumanten deutlich, die im ambulanten Suchthilfesystem betreut werden mussten (6) (Grafik 1). Etwa 80 % der Kinder und Jugendlichen beschränken sich ausschließlich auf den Konsum von Cannabis (4). Wird der Cannabiskonsum durch den Konsum von Ecstasy, Amphetaminen, Kokain und LSD ergänzt, spricht man von polyvalenten Konsummustern, die bei Jugendlichen oft anzutreffen sind (7). Weiterhin wird im Kindes- und Jugendalter häufig mit psychotropen Pflanzen und Pilzen experimentiert. Der Gebrauch von Opiaten ist bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren deutlich rückläufig (8).

Beim Konsum legaler und illegaler psychotroper Substanzen lassen sich soziodemografische Unterschiede feststellen: Jungen und Mädchen, die eine Hauptschule besuchen, rauchen etwa viermal häufiger Tabak als Gymnasiasten. Ein niedriger Sozialstatus fördert bei Mädchen den Tabakkonsum. Insgesamt rauchen in den neuen Bundesländern mehr Jungen und Mädchen als in den alten Bundesländern. Jugendliche mit Migrationshintergrund rauchen vergleichsweise seltener Tabak und trinken weniger Alkohol als deutsche Jugendliche. Beim Konsum il-

**Konsummuster**

Etwa 80 % aller Jugendlichen beschränken sich bei dem Konsum von illegalen psychotropen Substanzen auf Cannabis.

**TABELLE 2**

**Prävalenzen des Alkoholkonsums 12- bis 17-Jähriger (3)**

Mindestens 1 x/Woche ein alkoholisches Getränk	22 %
– davon männliche Jugendliche	27 %
– davon weibliche Jugendliche	16 %
durchschnittliche Konsummenge (g Alkohol/Woche)	50,4 g*

\*entspricht etwa 1,25 L Bier oder 0,65 L Wein

**TABELLE 3**

**Prävalenzen des Konsums illegaler Substanzen bei 12- bis 17-Jährigen (25)**

Lebenszeit		12 Monate		30 Tage	
%	Mio.	%	Mio.	%	Mio.
15,7	0,9	10,4	0,6	2,5	0,14

**TABELLE 4**

**Lebenszeitprävalenzen des Konsums einzelner illegaler Substanzen bei 12- bis 24-Jährigen (4)**

Substanz	Lebenszeitprävalenz
Cannabis	31 %
psychoaktive Pflanzen oder Pilze	4 %
Ecstasy	4 %
Amphetamine	4 %
Kokain	2 %
LSD	2 %
Schnüffelstoffe	1 %
Heroin	0,3 %
Crack	0,2 %

legaler psychotroper Substanzen zeigen sich bezogen auf den Migrationshintergrund und Sozialstatus keine Unterschiede. Jugendliche Gesamtschüler konsumieren signifikant mehr Cannabis als Gymnasiasten (1).

Aktuelle epidemiologische Studien, die Aussagen nicht nur zum Konsum, sondern zur Prävalenz von Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter erlauben, stehen nicht zur Verfügung. In einer älteren längsschnittlich angelegten Untersuchung

für den Münchner Raum (EDSP) ergaben sich für die unterschiedlichen Substanzen in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen für die Diagnose Missbrauch (Abhängigkeit) folgende Prävalenzen: Alkohol 10 % (5 %), Cannabis 3,6 % (1,5 %), Ecstasy/Amphetamine 0,6 % (0,4 %), Kokain 0,2 % (0 %) (9) (Tabellen 1–4).

**Ätiologie**

Substanzkonsum und sich daraus entwickelnde substanzbezogene Störungen haben im Kindes- und Jugendalter vielfältige Ursachen, sodass man von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge spricht. Die Adoleszenz ist wie kein anderer Lebensabschnitt mit Experimentierfreude und Risikobereitschaft verbunden. Kinder und Jugendliche erwarten sich vom Drogenkonsum Glücksgefühle, den Abbau von Hemmungen oder das Vergessen von Alltagsproblemen. Auch Entspannung und Spaß mit Freunden bei gemeinsamer Einnahme werden als Konsummotive benannt (4).

Aus entwicklungspsychologischer Perspektive versucht die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen mit dem Substanzkonsum zur Lösung der für die Adoleszenz typischen Entwicklungsaufgaben beizutragen. Der Substanzkonsum demonstriert Autonomie, einen eigenen Lebensstil und scheint damit die Ablösung von den Eltern zu unterstützen (10). Weiterhin dient er der vermeintlichen Lösung interpersonaler Entwicklungsaufgaben, wie zum Beispiel dem Etablieren/Sichern eines hohen Status in der „peer group“. Mit dem Übergang zum Erwachsenenalter verliert der Substanzkonsum bei der Mehrheit der Kinder und Jugendlichen diese Funktionen. Wenn keine psychischen und sozialen Beeinträchtigungen aus der Kindheit diesen Entwicklungsschritt behindern und soziale Netzwerke als Protektivfaktoren wirken, werden reale soziale Erwachsenenrollen übernommen und der Konsum illegaler psychotroper Substanzen eingestellt („maturing out“).

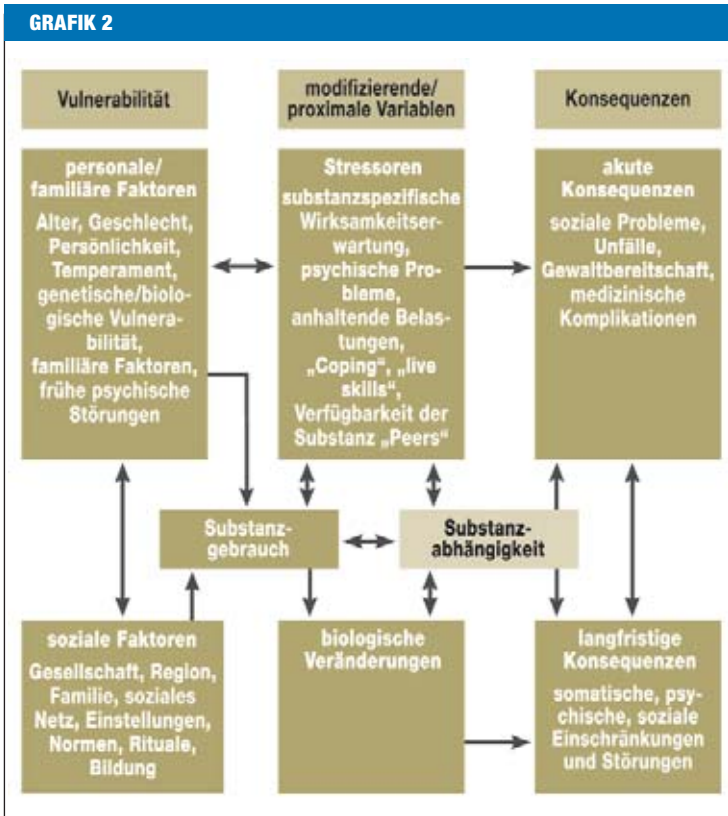
Eine Minderheit setzt den Substanzkonsum fort. Bei diesen Jugendlichen treffen lebensgeschichtlich frühe Risikofaktoren mit problematischen Folgen des Konsums zusammen. Das multifaktorielle Ätiologiemodell nach Edwards (11) kann zum genaueren Verständnis dieses Geschehens beitragen. Es unterscheidet verschiedene Faktoren der Vulnerabilität und moderierende beziehungsweise interagierende Variablen. Eine substanzbezogene Störung entwickelt sich demnach bevorzugt bei vorhandener Vulnerabilität und zusätzlichen Risikofaktoren (modifizierende Variablen), wobei die Konsequenzen des Konsums zur Verstärkung des Suchtkreislaufs

**Prävalenz**

Zurzeit liegen keine aktuellen Studien vor, die nicht nur eine Aussage zum Konsum, sondern auch zur Prävalenz von Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter erlauben.

**Ätiologie**

Substanzkonsum und sich daraus entwickelnde substanzbezogene Störungen haben im Kindes- und Jugendalter vielfältige Ursachen, sodass man von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge spricht.



Multifaktorielles Ätiologiemodell der Substanzabhängigkeit (8, 11)

beitragen (Grafik 2). Biologisch bedeutsam ist nach Studien am Tiermodell ein dopaminerges Belohnungssystem im mesokortiko- limbischen System, das Lernen und dem Lernen förderliche Vorgänge unterstützt („Aufsuchen“), sowie ein cholinerges und serotoninerges Bestrafungs-/Angst-System („Vermeiden“). Das emotionale Erleben des Rauschzustands wird in einem Suchtdächtnis gespeichert, das als schwer löschar gilt und somit die hohen Substanzaffinitäten erklärt. Die hierzu relevanten Strukturen befinden sich in der Amygdala, dem Hippocampus und dem Septum (8).

**Psychische Komorbidität**

Psychische Komorbidität liegt vor, wenn eine substanzbezogene Störung und zugleich mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert werden. Im Kindes- und Jugendalter ist dies bei über 60 % der Patienten mit substanzbezogenen Störungen der Fall (12). In ihrer

**Komorbiditäten**

Über 60 % der Kinder und Jugendlichen mit einer substanzbezogenen Störung leiden zusätzlich an einer behandlungsbedürftigen komorbiden psychischen Störung.

Häufigkeit (absteigende Reihenfolge) treten komorbide psychische Erkrankungen wie folgt auf (2, 8):

- Störungen des Sozialverhaltens mit und ohne Hyperaktivität
- depressive Störungen
- Angststörungen, sozialphobische Störungen
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen beispielsweise beginnende „Borderline-Störung“
- Essstörungen (insbesondere „binge eating“ und Bulimia nervosa)
- substanzinduzierte Psychosen (durch Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, psychotrope Pflanzen beziehungsweise Pilze, Kokain, LSD), sofern ihre Symptome mindestens 4 Wochen trotz Abstinenz bestehen
- schizophrene Psychosen.

Die komplexen Zusammenhänge zwischen dem Substanzmissbrauch und den komorbiden psychischen Störungen sind für das Kindes- und Jugendalter noch weitgehend unerforscht. Die Problematik der Komorbidität lässt sich wie folgt beschreiben (e3): Einerseits handelt es sich bei vielen psychopathologischen Symptomen um Folgen der substanzbezogenen Störung (zum Beispiel amotivationales Syndrom bei Cannabisabhängigkeit, drogeninduzierte Psychose). Andererseits begünstigen eine Reihe anderer kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen das Auftreten einer substanzbezogenen Störung und beeinflussen deren Verlauf im Sinne einer Aggravation der Symptomatik, zum Beispiel hyperkinetische Störungen mit kombinierter Beeinträchtigung des Sozialverhaltens, dissoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung. Der fortgesetzte Substanzkonsum wiederum wirkt sich komplizierend auf den Verlauf der psychiatrischen Störung aus.

**Früherkennung**

Das klinische Bild von Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen ist ausgesprochen heterogen. Folgende Symptome/Anzeichen sind als unspezifische Warnhinweise zu verstehen (Kasten 2):

- Konzentrationsschwäche und Unruhezustände
- Stimmungsschwankungen
- Eindruck der Eltern, das Kind habe sich verändert
- Schulschwierigkeiten/Leistungsknick
- neuer Freundeskreis, „Szenemode“
- sozialer Rückzug
- Verwahrlosung/Vernachlässigung der Körperhygiene
- Dissozialität/Beschaffungskriminalität/Prostitution.

**Unspezifische Warnhinweise**

Ein Leistungsknick in der Schule kann wegweisend für die drohende Entwicklung einer substanzbezogenen Störung sein.

## Diagnostik

Wichtig erscheint in erster Linie, eine offen-vertrauensvolle und sachliche Beziehung zwischen Behandler und Jugendlichen herzustellen. Selbstauskünfte über den Substanzkonsum sind vor diesem Hintergrund meist zuverlässig und häufig informativer als Laborwerte (13). Die Suchtmittelanamnese sollte standardisierte Elemente enthalten, weil auch erfahrene Kliniker den tatsächlichen Substanzgebrauch von Jugendlichen eher unter- als überschätzen (14). Den Kindern und Jugendlichen sollte transparent sein, dass fremdanamnestiche Auskünfte über die Familie und die Schule zur Anamnese dazugehören. In den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (AWMF) werden detaillierte Hinweise zur Exploration der Patienten gegeben (7).

Ein Drogenscreening im Urin gehört standardmäßig zur Objektivierung des aktuellen Konsumverhaltens dazu. Hier können Cannabinoide, Amphetamine, Ecstasy/MDMA, Kokainmetabolite, Benzodiazepine, Barbiturate, Opioide und Methadon gegebenenfalls wiederholt bestimmt werden. Ein Drogenscreening zeigt aber nicht an, wie stark eine substanzbezogene Störung ausgeprägt ist. Pflanzliche Drogen oder Pilze, die von Kindern und Jugendlichen nicht selten konsumiert werden (zum Beispiel psilocybinhaltige Pilze, Fliegenpilz, Engelstrompete), sind mit einem Standard-Drogenscreening nicht nachweisbar und nur durch technisch und finanziell hoch aufwendige Untersuchungen objektivierbar.

Strukturierte Interview-Instrumente zur Diagnosestellung einer substanzbezogenen Störung bei Kindern und Jugendlichen liegen für den deutschsprachigen Raum bisher nicht vor. Ein hilfreicher Screeningtest zur Selbstbeurteilung ist der für 12- bis 18-Jährige normierte „RAFFT“ für Alkohol- und Drogenkonsum aus den USA, der Hinweise auf riskante, die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung befördernde Konsummuster gibt (e4) (Kasten 3).

## Psychopathologischer Befund

Der psychopathologische Befund sollte fortlaufend bei jedem Kontakt mit besonderem Augenmerk auf mögliche komorbide psychische Störungen erhoben werden, beispielsweise bei anhaltenden affektiven Störungen, Suizidalität und drogeninduzierten psychotischen Störungen. Im Jugendalter ist polyvalenter Drogenkonsum häufig (7, 8), sodass abrupte Abstinenz mehr-

## Anamnese

Eine im vertraulichen Gespräch durchgeführte Suchtmittelanamnese, verbunden mit fremdanamnestiche Angaben, trägt zur besseren Einschätzung bei.

### KASTEN 2

#### Diagnostisch zu berücksichtigende Indikatoren für eine potenzielle substanzbezogene Störung im Kindes- und Jugendalter (15)

- Familienanamnese: Substanzkonsum vor allem bei Eltern und Geschwistern, Dissozialität in der Familie, gestörte Eltern-Kind-Beziehungen, psychische Erkrankungen in der Familie
- komorbide Störungen: Störung des Sozialverhaltens, anhaltend affektive Störung, Angststörungen, Suizidalität
- erlebte negative (Entzug, „Craving“) und erhoffte positive (Status, Problemreduktion) Folgen des Substanzkonsums, früher Tabakkonsum
- psychische Traumatisierung, Missbrauchserfahrung (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

gipfelige Entzugsverläufe mit stark schwankenden psychopathologischen und körperlichen Symptomen zur Folge haben kann.

## Medizinische Untersuchungen

Die körperliche Untersuchung kann weitere Hinweise auf eine substanzbezogene Störung geben. Besondere Bedeutung haben:

- Pupillenweite und -reagibilität (Intoxikation)
- Haut (Einstichstellen, Infektionen, sexuell und parenteral übertragene Krankheiten)
- peripheres und zentrales Nervensystem (Gleichgewichts- und Koordinationsstörung, Hirnnervenausfälle, Bewusstseinsstörungen, kognitive Störungen)
- Herz-Kreislauf-System (Rhythmusstörungen)
- Laboruntersuchungen (Leber- und Pankreasenzyme, Nierenwerte, Blutbild, Eiweiß, Gerinnung sowie Antikörper auf Hepatitis A, B und C, HIV (nur mit expliziter Einwilligung des Patienten sowie der Sorgeberechtigten) und Tuberkulintest ergänzen das klinische Bild.

Die Ableitung eines EEG (Beeinflussung der Krampfschwelle durch psychotrope Substanzen, Entzugszeichen) kann im klinisch begründeten Einzelfall ebenso wie weiterführende Diagnostik sinnvoll sein (7). ▶

## Medizinische Untersuchung

Die körperliche Untersuchung kann weitere Hinweise auf eine substanzbezogene Störung geben.

**KASTEN 3**

**RAFFT-Drogen\***

- Nimmst du manchmal illegale Drogen, weil du dich entspannen oder du dich besser fühlen möchtest?
- Nimmst du manchmal illegale Drogen, weil du dich dazugehörig fühlen möchtest?
- Nimmt jemand aus deinem Freundeskreis regelmäßig (mindestens einmal die Woche) illegale Drogen?
- Nimmst du manchmal illegale Drogen, wenn du alleine bist?
- Hat jemand aus deinem Familienkreis ein Problem mit illegalen Drogen?
- Hattest du jemals ernsthafte Schwierigkeiten wegen deines Konsums illegaler Drogen? (Zum Beispiel schlechte Zensuren, Ärger mit dem Gesetz oder den Eltern?)

Bei 2 und mehr Zustimmungmen liegen bei 12- bis 18-Jährigen Hinweise auf eine Gefährdung (mögliche Entwicklung einer substanzbezogenen Störung) vor. Analog zu illegalen Drogen kann Alkoholkonsum abgefragt werden.

\* RAFFT ist als Akronym aus relevanten Konsumkontexten gebildet: Relax, Alone, Friends, Family, Trouble (e4)

**KASTEN 4**

**Motivierende Gesprächsführung (17)**

- empathische Grundhaltung mit Verzicht auf Konfrontation
- Förderung von Diskrepanzwahrnehmung (kognitive Dissonanz) und Veränderungsbereitschaft
- Aufbau von Vertrauen in die Selbstwirksamkeit
- Vereinbarung von gemeinsam erarbeiteten Behandlungszielen
- Stellen Sie offene Fragen („W-Fragen“), ermuntern Sie den Patienten, eine aktive Rolle im Gespräch einzunehmen.
- „Spiegeln“ Sie zurück, was Sie gehört haben („reflektierendes Zuhören“).
- Betonen Sie in Ihren Rückmeldungen die positiven Aspekte, vermeiden Sie negative Grübeleien.
- Fassen Sie zusammen, strukturieren Sie!

**Frühintervention**

Frühe Interventionen können helfen, die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung und damit den Einstieg in eine Suchtkarriere abzuwenden. Ein möglicher Verdacht sollte offen angesprochen und keinesfalls tabuisiert werden. Die Einbeziehung der Eltern ist sinnvoll. Auch Schule, „peer group“ und Jugendumt können für die Anamneseerhebung hilfreich sein. Häufig zeigen Kinder und Jugendliche wenig Problembewusstsein und bagatellisieren den Konsum psychotroper Substanzen. Ansatzpunkte um Problembewusstsein zu erzeugen, können das Gespräch über das Erleben nachlassender Leistungen in Schule/-Ausbildung, die damit einhergehende soziale Isolation und weitere unangenehme Begleiterscheinungen des Substanzkonsums sein (16). Von Anfang an sollte der Arzt Zuversicht in eine positive persönliche Entwicklung wecken und Rückfälle nicht vorwurfsvoll als „Scheitern und Versagen“ auffassen. Techniken der Wahl sind Varianten der motivierenden Gesprächsführung, die für hoch ambivalente Patienten entwickelt wurden (17). Motivation ist demnach kein stabiler Zustand, sondern ein veränderbarer und interaktionaler Prozess, der durch den Stil des Arztes/Therapeuten beeinflusst wird. Ein wichtiges Ziel der motivierenden Gesprächsführung ist das Herbeiführen einer Diskrepanzwahrnehmung, im Rahmen derer den Betroffenen die Unvereinbarkeit zwischen dem Problemverhalten und persönlichen Zielen deutlich wird, wie Verbleib in der Schulklasse oder Führerscheinwerb (Kasten 4).

**Drogenscreening**

Ein Drogenscreening dient der Objektivierung des aktuellen Substanzkonsummusters, zeigt aber nicht die Ausprägung einer substanzbezogenen Störung an.

**Behandlung**

Eine ambulante Behandlung in einer dafür ausgerichteten Beratungsstelle oder beim niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten/-Psychiater ist indiziert bei wenig Vorbehandlungen, fehlenden oder milde ausgeprägten komorbiden psychischen Störungen und noch funktionaler Tagesstruktur. Ihre Erfolgsaussichten werden erhöht durch vorhandene soziale Beziehungen, die nicht durch Substanzkonsum bestimmt sind, und die Fähigkeit, zumindest kurzfristig abstinenz zu bleiben. Muss aufgrund der Schwere des Substanzkonsums und/oder einer vorliegenden psychischen komorbiden Störung mit ausgeprägter Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus die Indikation zu einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung gestellt werden, erscheint aus biopsychosozialer und entwicklungsorientierter Perspektive die Behandlung nach einem multimodalen interdisziplinären Konzept notwendig.

Bei einer ausgeprägten substanzbezogenen Störung in Zusammenhang mit drohender Selbst- oder Fremdgefährdung können die Eltern oder Sorgeberechtigten eine befristete stationäre Unterbringung/Behandlung auch gegen den Willen der Jugendlichen erwirken. Hierzu ist ein Beschluss des Familiengerichts aufgrund akuter Kindeswohlgefährdung (§ 1631b BGB) notwendig.

Psychotherapeutische Ansätze (Einzel- und Gruppentherapien verschiedener Therapieschulen, Familienthera-

**Behandlung**

Die Behandlung einer substanzbezogenen Störung im Kindes- und Jugendalter ist abstinentenorientiert. Es gibt im Regelfall keine Indikation zur Substitutionsbehandlung.

pie, Rückfallpräventionstraining, sogenannte Boostersessions) werden hier kombiniert mit komplementären Therapieformen (Bewegungs- und Körpertherapie, Ergotherapie und Musiktherapie). Pädagogische Bezugsbetreuung und Klinikschulunterricht ergänzen das stationäre Behandlungsangebot (Kasten 5).

Unterschieden wird zwischen Akut- und Postakutbehandlung. Die Akutbehandlung (qualifizierte Entzugs- oder Entgiftungsbehandlung) dauert in der Regel 3 bis 4 Wochen. Folgende Ziele stehen im Vordergrund: Medizinische Diagnostik, Behandlung von Entzugssymptomen und somatischen Begleiterkrankungen, psychologisch-psychiatrische und psychosoziale Diagnostik, Förderung von Einsicht in die Problematik des Substanzkonsums und Motivation zur Abstinenz.

Bei ausreichender Stabilität kann bereits nach der Akutbehandlung die Überleitung in eine weiterführende ambulante Behandlung erwogen werden. Aufgrund der hohen Prävalenz komorbider psychischer Störungen ist in den meisten Fällen im Anschluss an die Akutbehandlung jedoch eine kurzzeitige Postakutbehandlung im Sinne einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbehandlung indiziert. Hier stehen die ursächliche Behandlung der komorbiden psychischen Störung und die Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit für eine nachfolgende Therapie im Vordergrund. Bei lange bestehendem Substanzkonsum, vielen Vorbehandlungen und häufigen Rückfällen kann Letztere im Rahmen einer längerfristigen Postakutbehandlung als rehabilitative Langzeittherapie in einer dafür spezialisierten Einrichtung erfolgen (zwischen 12 und 18 Monaten). Die Maßnahme wird meist finanziert durch Krankenkassen nach SGB V, gelegentlich auch durch Jugendhilfe (SGB VIII). Bei fehlendem sozial stützendem Umfeld und dysfunktionalen Familienstrukturen sollte im Anschluss mit dem Jugendlichen zusammen eine Unterbringung in einer geeigneten Jugendhilfeeinrichtung erwogen werden (§§ 34, 35 Kinder- und Jugendhilfegesetz [KJHG] nach SGB VIII) (7).

### Medikamentöse Therapie

Da klinisch relevante Entzugssyndrome nach Absetzen abhängigkeitszeugender Substanzen im Kindes- und Jugendalter nicht regelmäßig auftreten, kann nach der Erfahrung der Autoren mitunter auf den Einsatz entzugsmildernder Medikamente verzichtet werden. Hilfreich sind in diesen Fällen physikalische und pflegerische Maßnahmen. Auch Akupunktur wird von den meisten Patienten als unterstützend erlebt (8). Häufig ist jedoch eine adjuvante Pharmakotherapie sinnvoll (7). So wer-

### Ambulante Behandlung

Eine ambulante Behandlung ist bei noch funktionaler Tagesstruktur, intakten sozialen Beziehungen und fehlender Belastung durch komorbide psychische Erkrankungen indiziert.

#### KASTEN 5

### Einzelne Elemente zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen und ihre Evidenzgrade (18)

- Kontaktphase: angemessen vertrauensvolle Atmosphäre (A); „motivational interviewing“ zur Förderung von Krankheitseinsicht (C)
- Entgiftung ambulant mit ggf. adjuvanter Pharmakotherapie (C), qualifizierte Entzugsbehandlung stationär, wenn ein stützendes soziales Umfeld fehlt (A) mit ggf. temporärer Substitution zur Milderung von Entzugssymptomen (C)
- Entwöhnung/Distanzierung (teil-/stationär): Psychotherapie, Familientherapie (A) und Psychoedukation (C); Training sozialer Fertigkeiten (B); Erlernen von Selbstkontrolltechniken (Verhaltenstherapie) vor allem in Gruppen (B); Rückfallprävention (C)
- Sportprogramme, Bewegung, Ergotherapie, Arbeitstherapie (C)
- Rehabilitation: supportive Verfahren zur psychosozialen (C) und schulisch-beruflichen Verbesserung (B); Psychoedukation (C)
- Nachsorge: Weiterbehandlung, Soziotherapie (B)
- Kooperation von Eltern, Behandlern, Beratungsstellen und Jugendhilfe (C)
- Keine aversiven Verfahren (C); keine gleichzeitige Behandlung von gemischten Konsumentengruppen in einem Setting (Alkohol und Lifestyle-Drogen o. ä.) (C)

(C), (B), (A) = aufsteigende Evidenzgraduierung; (C) für Beobachtungsstudie, unsystematisches Review, Lehrbuch; (B) für Kontrollierte Klinische Studien, Fallkontroll- oder Kohortenstudie; (A) für Metaanalyse, randomisierte klinische Studien

den bei ausgeprägter Cannabisabhängigkeit sedierende Neuroleptika wie Chlorprothixen (e5), bei Kokainentzug trizyklische Antidepressiva und bei Amphetamin- oder Ecstasyabhängigkeit vorübergehend Benzodiazepine (e6) eingesetzt. Bei schweren Alkohol-Entzugssymptomen ist im stationären Setting Clomethiazol (oral) und beim Opioidabhängigkeitssyndrom der vorübergehende Einsatz von Levomethadon angezeigt (8). In ambulanten Behandlungen sollten Medikamente mit Suchtpotenzial nicht verschrieben werden, weil sie als Ersatzdrogen eingenommen oder verkauft werden können.

Eine ursächliche psychopharmakologische Behandlung der komorbiden psychischen Störung sollte grundsätzlich erst erwogen werden, wenn die Kinder oder Jugendlichen über einen ausreichend langen Zeitraum drogenabstinent gewesen sind und eine ausführliche diagnostische Abklärung erfolgen konnte.

Folgende Indikationen können benannt werden: Vorbestehende und im abstinenten Intervall anhaltende psychische Störung, signifikante familiäre psychische Störungen, vorausgegangene gescheiterte Rehabilitationsbehandlungen und vorausgegangene erfolgreiche psycho-

### Ursächliche Pharmakotherapie

Voraussetzungen für eine ursächliche Pharmakotherapie der komorbiden psychischen Störung sind eine ausführliche diagnostische Abklärung und Abstinenz.

pharmakologische Behandlung der komorbiden psychischen Störung (7). Zum Einsatz kommen je nach Indikation selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Stimulanzien (Methylphenidat) oder atypische Neuroleptika (e7). Leider müssen viele dieser Medikamente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Off label als individueller Heilversuch gegeben werden, weil Studienergebnisse an kinder- und jugendpsychiatrischen Populationen fehlen. Hier besteht Handlungs- und Forschungsbedarf zum therapeutischen Drug-Monitoring (e8).

Bei Kindern und Jugendlichen sollte ein familienbasiertes Vorgehen integraler Behandlungsbestandteil sein (7, 12). In Trainingsprogrammen zur familiären Interaktion lernen Eltern klare Ziele vorzugeben, angemessene Sanktionen einzusetzen und klar und positiv zu kommunizieren (e8). Die komplexen Wechselwirkungen zwischen dem Substanzkonsum, den interpersonalen Konflikten in der Familie und den Erziehungsstilen können in der Familientherapie bearbeitet werden. Hier kann auf eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit aller Familienmitglieder hingewirkt werden. Auch weil bestimmte familiäre Gewohnheiten den Substanzkonsum fördern oder zum Rückfall beitragen können, ist Elternarbeit eine wertvolle Maßnahme zur Sicherung eines langfristigen Therapieerfolges (8). Der Arzt sollte im Kontakt mit der Familie die betroffenen Eltern beraten und unterstützen, ansonsten aber eine sachliche, unparteiische Grundhaltung einnehmen, um eine vertrauensvolle Beziehung zum Jugendlichen nicht zu gefährden.

Angehörigen- und Elterngruppen können vor allem die Eltern von unbehandelten und unmotivierten Patienten unterstützen. Sie wirken entlastend von Schuld- und Versagensgefühlen, geben Perspektiven und erleichtern den Umgang mit den von einer substanzbezogenen Störung betroffenen Jugendlichen (8). Leider beschränkt sich ein solches Angebot, wie es die Autoren in ihrer Drogen- und Alkoholambulanz für Jugendliche, Jungerwachsene und ihre Familien am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf seit einigen Jahren anbieten können, in der Bundesrepublik bisher auf wenige Orte und ist nicht flächendeckend etabliert.

### Behandlungserfolg und Prognose

Allgemein gilt die Haltequote als Maß für eine regulär beendete Therapie als bester Indikator für einen langfristigen Erfolg. Die internationalen Haltequoten über alle Behandlungsformen hinweg liegen bei Jugendlichen zwischen 60 bis 65 % (19). In Familientherapien sind sie am höchsten, nämlich bei 70 bis 90 % (20). Hier lie-

gen bei Behandlungsende die Abstinenzquoten bei 55 bis 73 %, 1-Jahres-Katamnesen zeigen eine Abstinenzquote zwischen 30 und 50 % (19, 21). Folgende Therapiekomponenten sind für den Erfolg der Behandlung und die Prognose ausschlaggebend (19, 22, 23):

- Reguläres Therapieende
- Geringer Substanzkonsum bei Therapiebeginn
- Protektiv wirkende psychosoziale Faktoren (abstinente Peers, unterstützende Familiensituation, Schul- oder Ausbildungsperspektive)
- Keine oder mild ausgeprägte komorbide Störungen
- Intensität und Strukturiertheit der Therapie
- Flexibilität im Hinblick auf Patientenbedürfnisse
- Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten
- Gute Therapeut-Patient-Beziehung
- Erfahrung des Therapeuten.

### Fazit

Substanzbezogene Störungen im Kindes- und Jugendalter haben aufgrund zunehmender Prävalenzen und eines hohen Chronifizierungsrisikos große gesundheitspolitische Bedeutung. Hinsichtlich der Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen gibt es bisher kaum einheitliche Standards.

Ein störungsspezifisches kinder- und jugendpsychiatrisches Behandlungsangebot existiert bisher in der Bundesrepublik nicht flächendeckend, sodass hier weiterer Nachholbedarf besteht. Gleichzeitig sollte die Prävention substanzbezogener Störungen auf ihren verschiedenen Ebenen (Familie, Schule, Gemeinde) intensiviert und weiter ausgebaut werden. Grundlage hierfür sollte die verstärkte wissenschaftliche Evaluation der verschiedenen präventiven Maßnahmen in Bezug auf ihre Wirksamkeit und Effizienz sein.

### Interessenkonflikt

Prof. Thomasius erhält Drittmittelförderung durch den Förderverein „Teen Spirit Islands“ und den „Förderverein zur Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung e.V.“. Dr. Stoffe und Dr. Sack erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

### Manuskriptdaten

eingereicht: 23. 4. 2007, revidierte Fassung angenommen: 8. 6. 2007

### LITERATUR

1. Lampert T, Thamm M: Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2007; 50: 600–8.
2. Thomasius R: Störungen durch psychotrope Substanzen. In: Schlottke PF, Silbereisen RK, Schneider S, Lauth G (Hrsg.): Enzyklopädie der

### Familienbasiertes Vorgehen

Bei Kindern und Jugendlichen mit substanzbezogenen Störungen sollte ein familienbasiertes Vorgehen integraler Bestandteil der Behandlung sein.

### Fazit

Die qualifizierte Entzugsbehandlung sollte im optimalen Fall in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik mit suchtspezifischem Behandlungsangebot erfolgen.

Psychologie, Serie II: Klinische Psychologie, Bd. 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe 2005; 945–1010.

3. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Alkoholkonsum der Jugendlichen in Deutschland 2004 bis 2007. [www.bzga.de](http://www.bzga.de)

4. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Teilband illegale Drogen. [www.bzga.de](http://www.bzga.de)

5. Petersen KU, Thomasius R: Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch. Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein systematisches Review der international publizierten Studien von 1996–2006. Lengerich: Pabst 2007.

6. Institut für Therapieforchung (IFT) (Hrsg.): Deutsche Suchthilfestatistik. [www.suchthilfestatistik.de/](http://www.suchthilfestatistik.de/), 2007.

7. Baving L, Bilke O: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2007; 13–33.

8. Thomasius R, Jung M, Schulte-Markwort M: Suchtstörungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart: Schattauer 2003; 693–726.

9. Perkonig A, Beloch E, Garzynski E, Nelson CB, Pfister H, Wittchen HU: Prävalenz von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Gebrauch, Diagnosen und Auftreten erster Missbrauchs- und Abhängigkeitsmerkmale. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 1997; 26: 247–57.

10. Reese A, Silbereisen RK: Allgemeine versus spezifische Primärprävention. In: Freund T, Lindner W (Hrsg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen: Leske und Budrich: 2001; 139–62.

11. 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.

12. AACAP Official Action: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44: 609–21.

13. Winters KC, Latimer WW, Stinchfield R: Assessing adolescent substance use. In: Wagner EF, Waldron HB (Eds.): Innovations in adolescent abuse interventions. Amsterdam NL: Elsevier 2001; 1–29.

14. Wilson CR, Sherritt L, Gates E, Knight JR: Are clinical impressions of adolescent substance use accurate? Pediatrics 2004; 114: 536–40.

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

16. Küstner UJ, Thomasius R, Sack PM, Zeichner D: Ambulante Behandlung von Drogenabhängigen. In: Thomasius R, Küstner UJ (Hrsg.): Familie und Sucht. Stuttgart: Schattauer 2005; 223–9.

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

18. Thomasius R, Gouzoulis-Mayfrank E, Scherbaum N: Drogenabhängigkeit (ICD-10 F1). In: Vorderholzer U, Hohagen F (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. München: Elsevier 2006; 35–47.

19. Williams RJ, Chang SY: A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. Clinical Psychology: Science and Practice 2000; 7: 138–66.

20. Liddle HA, Dakof GA: Efficacy of family therapy for drug abuse promising but not definitive. Journal of Marital and Family Therapy, 1995; 21: 511–43.

21. Crome IB: Treatment interventions: looking towards the millenium. Drug and alcohol dependence (Special Issue: Substance use in young people) 1999; 55: 247–63.

22. Brewer DD, Catalano RF, Haggarty K, Gainey RR, Fleming CB: A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. Addiction 1998; 93: 73–92.

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

24. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Förderung des Nichtrauchens. [www.bzga.de/](http://www.bzga.de/), 2007

25. REITOX National Focal Point. Simon R, David-Spickermann M, Farke W. National Report to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point 2005. Lisbon PT: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

**Anschrift für die Verfasser**

Dr. med. Martin Stolle  
 Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)  
 Zentrum für Psychosoziale Medizin  
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
 Martinistraße 52  
 20246 Hamburg



The English version of this article is available online:  
[www.aerzteblatt.de/english](http://www.aerzteblatt.de/english)

Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:  
[www.aerzteblatt.de/lit2807](http://www.aerzteblatt.de/lit2807)

**Weitere Informationen zu cme**

Dieser Beitrag wurde von der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung zertifiziert.

Eine Kasuistik steht im Internet zur Verfügung:  
[www.aerzteblatt.de/cme/0708](http://www.aerzteblatt.de/cme/0708)

Die erworbenen Fortbildungspunkte können mithilfe der Einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN) verwaltet werden. Unter [www.aerzteblatt.de/cme](http://www.aerzteblatt.de/cme) muss hierfür in der Rubrik „Meine Daten“ oder bei der Registrierung die EFN in das entsprechende Eingabefeld eingegeben werden.

Die 15-stellige EFN steht auf dem Fortbildungsausweis.

**Wichtiger Hinweis**

Die Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung ist ausschließlich über das Internet möglich: [www.aerzteblatt.de/cme](http://www.aerzteblatt.de/cme)

Einsendeschluss ist der 27. August 2007.

Einsendungen, die per Brief oder Fax erfolgen, können nicht berücksichtigt werden.

Die Lösungen zu dieser cme-Einheit werden in Heft 37/2007 an dieser Stelle veröffentlicht.

Die cme-Einheit „Akute Pankreatitis“ (Heft 25/2007) kann noch bis zum 3. August 2007 bearbeitet werden.

Für Heft 33/2007 ist das Thema „Der Leberlundherd“ vorgesehen.

**Lösungen zur cme-Einheit in Heft 21/2007:**

Luxembourg et al.: Basiswissen Gerinnungslabor: 1/a, 2/c, 3/c, 4/a, 5/c, 6/a, 7/c, 8/b, 9/b, 10/d

## E-LITERATUR ZU 103/07

# Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter

Früherkennung und Intervention

Martin Stolle, Peter-Michael Sack, Rainer Thomasius

## E-LITERATUR

- e1. Laucht M, Schmid B: Früher Einstieg in den Alkohol- und Tabakkonsum – Indikator für eine erhöhte Suchtgefährdung? Z. f. Kinder- und Jugendpsychiatr Psychother 2007; 35: 137–43.
- e2. Töppich J: Cannabiskonsum von Jugendlichen. In: Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen. Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. November 2004 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- e3. Schulz E, Remschmidt H: Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter. Dtsch Arztebl 1999; 96(7): A414–18.
- e4. Laging M: Assessment und Diagnostik in der sekundären Suchtprävention bei Jugendlichen. Prävention 2005; 1: 9–12.
- e5. Bonnet U, Harries-Hedder K, Leweke FM, Schneider U, Tossmann HP: Cannabisbezogene Störungen. In: Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie substanzbezogener Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2006; 143–71.
- e6. Thomasius R, Gouzoulis-Mayfrank E: Psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene. In: Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W: Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie substanzbezogener Störungen. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2006; 241–71.
- e7. Nissen G, Fritze J, Trott GE: Psychopharmakologie im Kindes- und Jugendalter. München: Urban und Fischer, 2. Auflage 2004.
- e8. Gerlach M, Rothenhöfer S, Mehler-Wex, Fegert JM, Schulz E, Wewetzer C, Warnke A: Therapeutisches Drug-Monitoring in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen und praktische Empfehlungen. Z Kinder-Jugendpsychiatr 2006; 34: 5–13.
- e9. Matzejat F: Evidenzbasierte Prinzipien und Grundkomponenten familientherapeutischer Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Kindh Entwickl 2005; 14: 3–11.
- e10. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Bern: Huber 1993.

## WEITERFÜHRENDE INTERNETINFORMATIONEN

AWMF online (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie: Suchtforschung und Suchttherapie. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. [http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II\\_076.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_076.htm); 2003, 2004, 2006, 2007.

Selbsthilfe von Eltern: BVEK Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter- und drogenabhängiger Jugendlicher e.V. <http://home.snafu.de/bvek>, 2007.

Stationäre Versorgung drogenkranker Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept von „Teen Spirit Island“ (Raum Hannover). <http://www.kinderkrankenhaus-auf-der-bult.de/start.html>, 2007.

Stationäre Versorgung drogenkranker Kinder und Jugendlicher im „Come In!“ nach dem Konzept der „Therapeutischen Gemeinschaft“ (Raum Hamburg). <http://www.come-in-hamburg.de/>, 2007.

Deutsches Zentrum für Suchtfragen im Kindes- und Jugendalter. <http://www.dzskj.de/>.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen für die Teilnahme an der zertifizierten Fortbildung. Pro Frage ist nur eine Antwort möglich. Bitte entscheiden Sie sich für die am ehesten zutreffende Antwort.

**Frage Nr. 1**

**Welches der folgenden Kriterien gehört nach ICD-10 zum Abhängigkeitssyndrom?**

- a) Toleranzentwicklung
- b) akute Intoxikation
- c) finanzielle Nöte
- d) ökonomisch-soziale Benachteiligung
- e) fortschreitende Intensivierung von Hobbys

**Frage Nr. 2**

**Welche der folgenden Aussagen zum Substanzkonsum von Kindern und Jugendlichen trifft zu?**

- a) Der Konsum von Pflanzen und Pilzen mit psychotropen Inhaltsstoffen ist bei Jugendlichen nicht mehr relevant.
- b) Es lässt sich keine Beziehung zwischen Tabak- und Cannabiskonsum herstellen.
- c) Der Tabakkonsum ist in den letzten Jahren unter Kindern und Jugendlichen rückläufig.
- d) Nur etwa 20 % der 12- bis 17-Jährigen haben Erfahrungen mit dem Tabakkonsum.
- e) 12- bis 17-jährige Mädchen trinken genauso viel wie Jungen derselben Altersklasse.

**Frage Nr. 3**

**Zu den bei Kindern und Jugendlichen häufigen komorbiden Störungen bei Substanzkonsum zählt:**

- a) Enkopresis
- b) Depression
- c) Asperger-Syndrom
- d) somatoforme Störung
- e) atypischer Autismus

**Frage Nr. 4**

**Welche der folgenden Aussagen trifft zu?**

- a) Die Prävalenz des Cannabiskonsums ist nach Umsetzung verschiedener gesetzlicher Maßnahmen rückläufig.
- b) Ecstasy hat bei Kindern und Jugendlichen Cannabis in der Konsumhäufigkeit überrundet.
- c) Der Heroingebrauch bei Kindern und Jugendlichen ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen.
- d) Sogenannte Schnüffelstoffe werden von Kindern und Jugendlichen sehr häufig konsumiert.
- e) Gerade ältere Jugendliche konsumieren häufiger Kokain als Cannabis.

**Frage Nr. 5**

**Zu den Risikofaktoren für die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung zählt:**

- a) Substanzmissbrauch der Eltern
- b) Zugehörigkeit zu einer sozial-ökonomisch besser gestellten Gesellschaftsschicht
- c) Einzelkind
- d) später Einstieg in den Tabakkonsum
- e) Migrationshintergrund

**Frage Nr. 6**

**Welche Aussage zur Entwicklung einer substanzbezogenen Störung bei Kindern und Jugendlichen trifft zu?**

- a) Auf den intensiven Cannabiskonsum folgt fast zwangsläufig der Einstieg in den Konsum von sogenannten harten Drogen.
- b) Etwa 90 % der Jugendlichen belassen es letztlich beim vorübergehenden Konsum von illegalen Drogen.
- c) Gerade bei Kindern und Jugendlichen entwickelt sich schnell eine manifeste körperliche Abhängigkeit.
- d) Mädchen konsumieren häufiger psychotrope Substanzen als Jungen.
- e) Alkohol wird meist erst ab 17 bis 18 Jahren intensiv konsumiert.

**Frage Nr. 7**

**Welche Aussage zum Drogenscreening/zur Anamnese trifft zu?**

- a) Ein Drogenscreening im Urin zeigt die Ausprägung einer substanzbezogenen Störung an.
- b) Das Drogenscreening ist aussagekräftiger als die im Rahmen eines vertrauensvollen Gesprächs erhobene Suchtmittelanamnese.
- c) Bei Verdacht auf Konsum sollte neben Cannabis und anderen illegalen Substanzen immer auch Alkohol im Urin mitbestimmt werden.
- d) Selbstauskünfte sind für die Anamnese ausreichend.
- e) Ein Drogenscreening im Urin gehört zur vollständigen Diagnostik einer substanzbezogenen Störung dazu.

**Frage Nr. 8**

**Merkmale der motivierenden Gesprächsführung sind:**

- a) eine konfrontierende Haltung lockt den Jugendlichen aus der Reserve
- b) Versuch, Vertrauen in Selbstwirksamkeit aufzubauen
- c) eine distanzierte Grundhaltung
- d) inkongruente Behandlungsziele aufrechterhalten
- e) negative Rückmeldungen

**Frage Nr. 9**

**Welche Aussage zur Behandlung einer substanzbezogenen Störung trifft zu?**

- a) Vorteilhaft ist ein multimodales interdisziplinäres Behandlungskonzept.
- b) Eine ambulante Behandlung ist auch bei Belastung durch komorbide psychische Erkrankungen und dysfunktionaler Tagesstruktur indiziert.
- c) Die qualifizierte Entzugsbehandlung sollte immer ambulant erfolgen.
- d) Zur Förderung der Autonomie der Jugendlichen sollten Eltern nur am Rande in die Behandlung miteinbezogen werden.
- e) Auch bei drohender Selbst- oder Fremdgefährdung kann nur mit Einwilligung des Jugendlichen eine Behandlung durchgeführt werden.

**Frage Nr. 10**

**Welche Aussage zur medikamentösen Behandlung trifft zu?**

- a) Im Entzug darf keine Behandlung mit Sedativa erfolgen.
- b) Unter stationären Bedingungen dürfen keine Benzodiazepine eingesetzt werden.
- c) Die ursächliche Behandlung einer komorbiden depressiven Störung mit einem SSRI ist bei der Vorgeschichte „Substanzmissbrauch“ nicht indiziert.
- d) Häufig können in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Medikamente nur Off label als individueller Heilversuch eingesetzt werden.
- e) Nach abgeschlossener Diagnostik ist der Einsatz von atypischen Neuroleptika bei persistierenden psychotischen Symptomen nicht sinnvoll.