

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/002 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt. Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0491-9, Seite 13 - 32

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Diese Gruppe umfasst verschiedene Störungen, deren Schweregrad von einer akuten, unkomplizierten Intoxikation und schädlichem Gebrauch bis hin zu psychotischen Störungen oder schweren Abhängigkeitssyndromen reicht. Die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen.

1.2 Leitsymptome

Akute Intoxikation (F1x.0)

Ein vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen mit Störungen von Bewusstsein, kognitiven Funktionen, Wahrnehmung, Affekt, Verhalten oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen. Eine "akute Intoxikation" sollte nur dann als Hauptdiagnose gestellt werden, wenn zum Zeitpunkt der Intoxikation keine länger dauernden Probleme mit psychotropen Substanzen bestehen. Sonst haben die Diagnosen "Schädlicher Gebrauch" (F1x.1), "Abhängigkeitssyndrom" (F1x.2) oder "Psychotische Störung" (F1x.5) Vorrang.

Schädlicher Gebrauch (F1x.1)

Ein Konsumverhalten, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung sein, z.B. eine Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen, oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum. Diese Kategorie umfasst aber auch Kinder und Jugendliche, bei denen das Konsumverhalten zu einer signifikanten Entwicklungsbeeinträchtigung führt, die also aufgrund ihres Substanzgebrauchs gravierende negative Konsequenzen in Familie, Schule und in ihren Beziehungen zu Gleichaltrigen mit einer Verschlechterung ihres psychosozialen Funktionsniveaus aufweisen.

Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)

Ein entscheidendes Charakteristikum der Substanzabhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlicherseits verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren. Diese Diagnose soll nur dann gestellt werden, wenn 3 oder mehr der folgenden Kriterien in den letzten 12 Monaten mindestens einen Monat lang gleichzeitig bestanden oder während der letzten 12 Monate wiederholt vorhanden waren:

- Starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
- Auftreten eines Entzugssyndroms (s. F1x.3 und F1x.4) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, entweder in Form substanzspezifischer Entzugssymptome oder durch die Einnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
- Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
- Anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger körperlich, psychisch oder sozial schädlicher Folgen; dabei sollte festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Entzugssyndrom (F1x.3)

Ein Entzugssyndrom kann bei absolutem oder relativem Entzug einer Substanz auftreten, die wiederholt und zumeist über einen längeren Zeitraum oder in hoher Dosierung konsumiert worden ist. Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und abhängig von der Substanzart und der Dosis, die unmittelbar vor dem Absetzen verwendet

worden ist. Meistens zeigen sich Schlafstörungen, Gespanntheit, Unruhe, verminderte Impulskontrolle und Affektlabilisierung, vegetative Symptomatik wie Herzklopfen und Schweißausbrüche, gelegentlich Kreislaufbeschwerden. Auch eine deutliche Verschlechterung der Stimmung im Sinne einer depressiven oder gar suicidalen Krise ist möglich. Ein Entzugssyndrom kann durch Krampfanfälle kompliziert werden (F1x.31). In sehr abgeschwächter Form kann eine Entzugssymptomatik Wochen bis Monate fortbestehen, z.B. in Form von innerer Unruhe, Schlafstörungen und Verlangen nach dem Suchtmittel (Craving). Craving kann jedoch auch längere Zeit nach dem körperlichen Entzug noch durch konditionierte Stimuli ausgelöst werden. Da das Entzugssyndrom einer der Indikatoren des Abhängigkeitssyndroms ist, ist auch Letzteres differenzialdiagnostisch zu erwägen.

Entzugssyndrom mit Delir (F1x.4)

Das klassische Entzugssyndrom mit Delir, z.B. als alkoholbedingtes Delirium tremens, ist bei Jugendlichen selten zu finden, da die Dauer des Missbrauchs für dessen Entwicklung in der Regel zu kurz ist.

Psychotische Störung (F1x.5)

Durch psychotrope Substanzen (u.a. Alkohol, Amphetamine und verwandte Substanzen, Cannabis, Kokain, Halluzinogene, Phencyclidin und psychotrope Alkaloide) können psychische Syndrome induziert werden, die nicht substanzinduzierten psychotischen oder wahnhaften Störungen ähneln oder gleichen. Kennzeichnend sind lebhaft Halluzinationen, typischerweise akustische, oft aber auf mehr als einem Sinnesgebiet, Personenverkennungen, Beziehungs- oder Verfolgungsideen sowie Wahn. Psychomotorische Störungen, wie Erregung oder Stupor, sowie ein abnormer Affekt in Form von intensiver Angst, erheblicher Aggression oder auch Ekstase kommen vor. Die Symptome treten gewöhnlich während oder unmittelbar (meist innerhalb von 48 Stunden) nach dem Substanzgebrauch auf, gehen typischerweise innerhalb eines Monats zumindest teilweise zurück, innerhalb von 6 Monaten in der Regel vollständig. Wenn eine substanzinduzierte psychotische Störung mehr als 2 Wochen nach dem Substanzkonsum beginnt, ist sie als "Verzögert auftretende substanzbedingte psychotische Störung" (F1x.75) einzuordnen.

In der ICD-10-Kodierung ist für das an dritter Stelle stehende x jeweils die relevante Substanz(klasse) einzusetzen (s. auch 1.4 Untergruppen). Nicht alle der oben genannten Kodierungen sind für alle Substanzen sinnvoll anzuwenden.

Abb. 3: Leitsymptome - Störungen durch psychotrope Substanzen

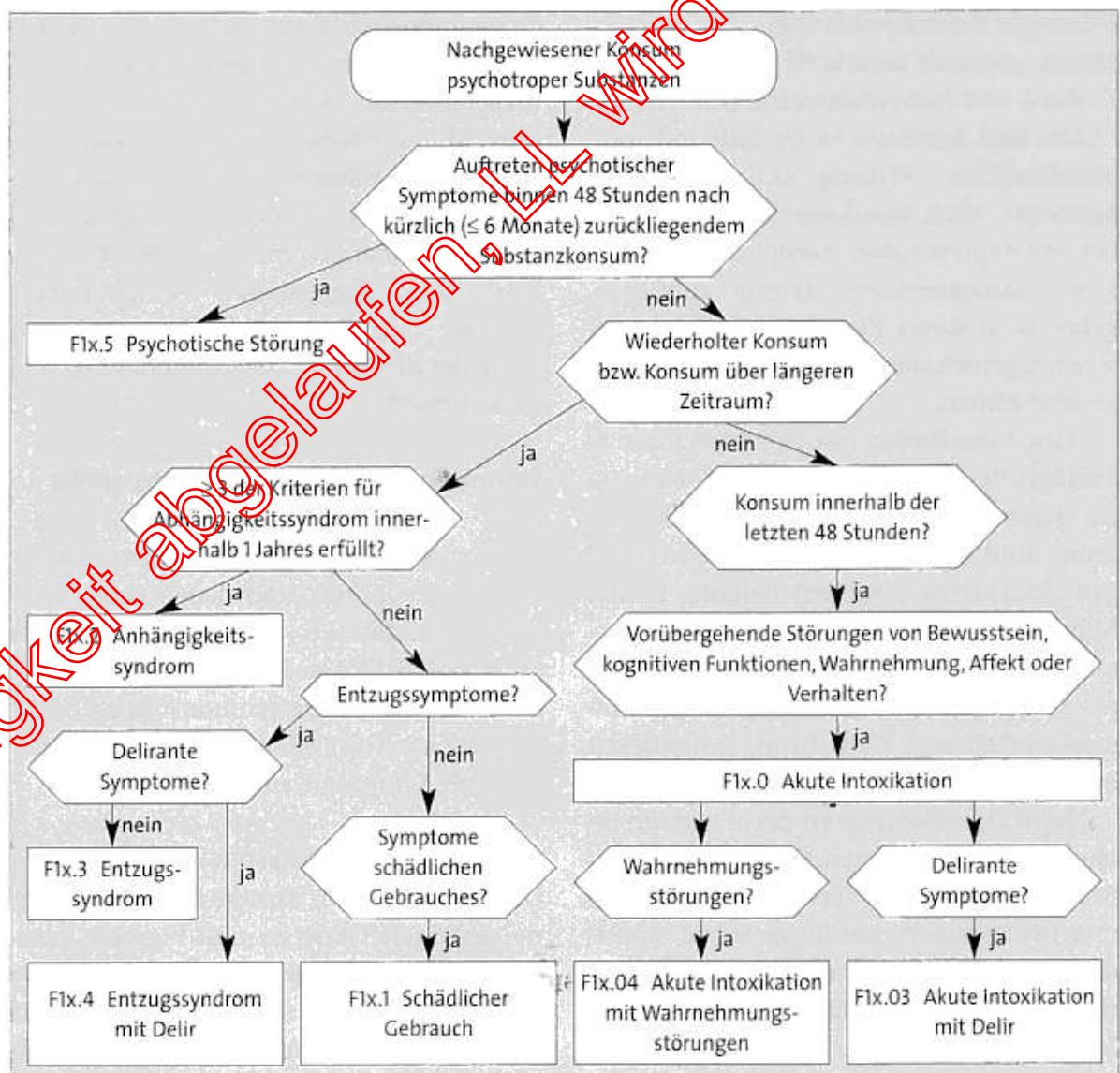


Abb. 3: Leitsymptome – Störungen durch psychotrope Substanzen

1.3 Schweregradeinteilung

Entfällt

1.4 Untergruppen

Die ICD-10 unterscheidet die nachfolgenden substanzspezifischen Subtypen. Die Beschreibungen der substanzspezifischen Intoxikations- und Entzugssyndrome stützen sich wesentlich auf das DSM-IV.).

Störungen durch Alkohol (F10)

Bei akuter Alkoholintoxikation kommt es zu affektiver Enthemmung, Aggressivität und Affektlabilität, Stand- und Gangunsicherheit und verwaschener Sprache, bei sehr hohen Blutspiegeln zu Sedierung und Bewusstseinsstörung bis hin zum Koma.

Beim Alkoholentzugssyndrom können vegetative Hyperaktivität, Tremor, Schlaflosigkeit, Übelkeit und Erbrechen, flüchtige visuelle, taktile oder akustische Halluzinationen oder Illusionen, psychomotorische Agitiertheit, Angst und Grand-mal-Anfälle auftreten.

Störungen durch Opioide (F11)

Hierzu gehören natürliche (z.B. Morphin, Codein) und halbsynthetische (z.B. Heroin) Opiate und synthetische Opioide mit morphinähnlicher Wirkung (z.B. Methadon, Fentanyl). Auch Medikamente wie Pentazocin und Buprenorphin, die opiatagonistische sowie -antagonistische Effekte aufweisen, gehören zu dieser Klasse, da ihre agonistischen Eigenschaften zu opiatähnlichen Wirkungen führen.

Eine Intoxikation mit Opioiden führt zu anfänglicher Euphorie, zu Apathie, Dysphorie, psychomotorischer Erregung oder Hemmung und beeinträchtigtem Urteilsvermögen. Somatische Begleiterscheinungen sind Miosis (oder Pupillendilatation infolge Anoxie bei schwerer Überdosierung), verwaschene Sprache, Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit und Gedächtnis, Schläfrigkeit bis hin zum Koma und Atemlähmung.

Beim Opioidentzugssyndrom tritt ein intensives Verlangen nach Opioiden auf, weiterhin dysphorische Verstimmung, Unruhe und Irritierbarkeit, unruhiger Schlaf, außerdem physische Beschwerden wie Rhinorrhoe, Niesen, Tränenfluss, "Gänsehaut", Muskelschmerzen oder -krämpfe, abdominelle Krämpfe, Übelkeit und Erbrechen, Diarrhö, Mydriasis, Fieber, Tachykardie oder Hypertonie.

Störungen durch Cannabinoide (F12)

Eine Cannabisintoxikation beginnt in der Regel mit einem Hochgefühl, gefolgt von unangemessenem Lachen und Gefühlen von Großartigkeit, Sedierung und Lethargie, Beeinträchtigungen von Reaktionsgeschwindigkeit, Kurzzeitgedächtnis und Urteilsvermögen, verlangsamtem Zeiterleben. Manchmal kommt es zu Dysphorie, Angst, Misstrauen und paranoiden Vorstellungen. Bei höherer Dosis können auch akustische, optische oder taktile Illusionen oder Halluzinationen bei erhaltener Orientierung, Depersonalisation und Derealisation sowie eine drogeninduzierte Psychose auftreten. Somatische Symptome einer akuten Cannabisintoxikation sind Augenrötung, Appetitsteigerung, Mundtrockenheit und Tachykardie.

Eine Cannabisentzugssymptomatik manifestiert sich in starkem Verlangen nach erneuter Einnahme von Cannabis, Unruhe, Reizbarkeit, Aggressivität, Schlaflosigkeit, Träume mit ungewöhnlichen Inhalten ("strange dreams"), Appetitminderung und Gewichtsverlust (Budney et al. 2004).

Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (F13)

Die Symptome einer Intoxikation mit Sedativa oder Hypnotika sind denen einer Alkoholintoxikation (s.o.) sehr ähnlich. Auch das Sedativa-/Hypnotika-Entzugssyndrom ähnelt dem Alkoholentzugssyndrom (s.o.). Hier können auch im Kindes- und Jugendalter delirante Symptome auftreten.

Störungen durch Kokain (F14)

Die Einnahme von Kokain führt zu Euphorie, gesteigerter Energie und Vigilanz, grandiosen Überzeugungen oder Aktionen, aber auch Aggressivität und Affektlabilität. Es können repetitives und stereotypes Verhalten, akustische, optische oder taktile Illusionen oder Halluzinationen bei erhaltener Orientierung sowie paranoiden Vorstellungen auftreten. Mit Abklingen der Wirkung kommt es zu Erschöpfung und depressiver Verstimmung. Somatische Symptome einer Intoxikation sind Tachykardie (manchmal Bradykardie), kardiale Arrhythmie, Hypertonie (manchmal Hypotonie), Mydriasis, psychomotorische Unruhe (manchmal Verlangsamung), Schwitzen oder Frösteln, Übelkeit und Erbrechen, Muskelschwäche, Schmerzen in der Brust, zerebrale Krampfanfälle, Verwirrtheit und Koma.

Das Entzugssyndrom ist gekennzeichnet durch die Entwicklung einer dysphorischen und depressiven Stimmung bis hin zu Suizidalität, begleitet von starker Müdigkeit und Ermattung, lebhaften und unangenehmen Träumen, Insomnie oder Hypersomnie, Appetitsteigerung und Agitiertheit, seltener psychomotorische Verlangsamung.

Störungen durch andere Stimulanzien (F15)

Eine Intoxikation mit Stimulanzien (u.a. Amphetaminen, Ecstasy) hat sehr ähnliche psychische, Verhaltens- und somatische Effekte wie eine Kokainintoxikation, Stimulanzien weisen jedoch eine längere Wirkungsdauer und stärkere periphere sympathomimetische Effekte auf. Besonders das Rauchen hoher Dosen Amphetamin (z.B. "ice", eine besonders reine Form des Metamphetamins), das "Sniefen" von Crystal oder die intravenöse Applikation kann mit äußerst aggressivem und gewalttätigem Verhalten einhergehen. Es können auch zeitweilige starke Angst und Verwirrung, paranoiden Vorstellungen und psychotische Episoden ("Speedfilm") auftreten. Das Entzugssyndrom ist sehr ähnlich wie bei Kokainentzug (s.o.).

Störungen durch Halluzinogene (F16)

Bei den Halluzinogenen handelt es sich um eine inhomogene Gruppe von Substanzen, zu der auch LSD gehört; einige Autoren zählen auch Ecstasy dazu.

Psychische Effekte von Ecstasy (Methylen-Dioxy-Methyl-Amphetamin MDMA, häufig gemischt mit weiteren

Substanzen) sind Euphorie und ein Gefühl der Nähe zu anderen Menschen, außerdem stimulierende Effekte (gesteigerte Energie, Überwachheit und Hyperaktivität) und halluzinogene Effekte (akustische, optische oder taktile Illusionen oder Halluzinationen, Depersonalisation und Derealisation, paranoide Vorstellungen und Beziehungsideen), manchmal auch dysphorisch-ängstliche Reaktionen. Überwiegend sympathikoton vermittelte somatische Symptome sind Tachykardie, Hypertonie, Mydriasis, Schwitzen oder Frösteln, Tremor und Verschwommensehen. Es können Muskelkrämpfe, Rhabdomyolyse, Hyperthermie, Herzrhythmusstörungen, akutes Leber- oder Nierenversagen, epileptische Anfälle und intrakranielle Blutungen auftreten. Nach Abklingen der Ecstasy-Wirkung kann es zu tagelanger depressiver Verstimmung, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Gedächtnisstörungen kommen; auch ein Persistieren der psychischen Störungen ist beschrieben.

LSD (Lysergsäurediethylamid) führt zu einem qualitativ veränderten Bewusstseinszustand mit verändertem Erleben von Zeit, Umwelt und der eigenen Person, verändertem affektiven Erleben (Glücksgefühle, Traurigkeit oder Angst), akustischen, optischen oder taktilen Illusionen oder Halluzinationen, Beziehungserleben und paranoide Vorstellungen bis hin zu "Horrortrips" mit erheblichen selbst- und fremdgefährdenden Fehlhandlungen. Diese sind diagnostisch abzugrenzen von "Flashbacks", episodisch auftretenden Nachhallzuständen (F16.70) mit veränderter Wahrnehmung von häufig sehr kurzer Dauer (Sekunden bis Minuten), die weit über das Ende der Substanzeinnahme hinaus auftreten können. Somatische Begleiteffekte sind bei den klassischen Halluzinogenen relativ gering ausgeprägt.

Atypische Halluzinogene sind die Alkaloide (u.a. Atropin, Scopolamin, z.B. in Tollkirsche, Engelstropfen, Pfeifenschapfel). Ihre Einnahme führt zu Schlaflosigkeit, Zittern, Angst, Bewusstseinsstrübung, Verwirrtheit und lebhaften Halluzinationen, die auch mit ausgeprägten aggressiven Erregungszuständen einhergehen können. Somatisches Leitsymptom ist eine passagere Mydriasis, weitere anticholinerge Effekte sind Trockenheit von Schleimhäuten und Haut, Gesichtsrötung, Heiserkeit, Harnverhalt, Tachykardie, Herzrhythmusstörungen, Kammerflimmern, Herz-Kreislauf-Versagen und anticholinerges Delir. Epileptische Anfälle können auftreten, bei Überwiegen der Scopolaminwirkung ist Sedierung bis hin zum Koma und Atemlähmung möglich. In Abhängigkeit von Substanz, Applikationsweg und Menge kann die Wirkung bis zu einigen Tagen anhalten.

Umschriebene Entzugssyndrome sind bei den genannten Substanzen nicht bekannt.

Störungen durch Tabak (F17)

Ein signifikanter Teil der jugendlichen Raucher erfüllt die diagnostischen Kriterien der Tabakabhängigkeit [O'Loughlin et al. 2003].

Das Tabakentzugssyndrom ist gekennzeichnet durch dysphorische oder depressive Verstimmung, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Nervosität, Aggressivität, Unruhe, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Appetitsteigerung und Gewichtszunahme. Die Entzugssymptomatik tabakabhängiger Jugendlicher ist hinsichtlich Art und Schweregrad der von tabakabhängigen Erwachsenen vergleichbar [Riedel et al. 2003].

Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (F18)

Bei der Inhalation von Lösungsmitteln ("Schnüffelstoffe") kommt es zu Euphorie, Streitlust und körperlich aggressivem Verhalten, Apathie, Affektlabilität und beeinträchtigter Urteilsfähigkeit, bei höherer Konzentration können ausgeprägte Halluzinationen auftreten. Der Rausch hält einige Minuten nach der Inhalation an, bei wiederholten Inhalationen sind jedoch stundenlange Rauschzustände mit der Gefahr erheblicher Fehleinschätzungen und -handlungen möglich. Körperliche Symptome sind Schwindel, Gang- und Standunsicherheit, undeutliche Sprache, Reflexabschwächung (auch des Würgereflexes), Tremor, Muskelschwäche, verschwommenes Sehen oder Doppelbilder, Stupor oder Koma. Auch Nasenbluten, Husten, Dyspnoe, Übelkeit und Erbrechen können auftreten, und es sind Todesfälle durch Ersticken, Atemlähmung oder akute Herzrhythmusstörungen beschrieben.

Länger anhaltender Gebrauch führt zu einer hohen Rate von Organschädigungen, u.a. von Leber, Niere und Nervensystem (toxische Neuromyelopathie, Enzephalopathie, organische Persönlichkeitsveränderung). Es kann auch bei jüngeren Kindern zu einer ausgeprägten Abhängigkeit von flüchtigen Lösungsmitteln kommen. Ein umschriebenes Entzugssyndrom ist nicht bekannt.

Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)

Bei Konsumenten, die mehrere Substanzen zu sich nehmen, sollte die Diagnose möglichst nach dem wichtigsten Stoff oder der wichtigsten Stoffgruppe gestellt werden, üblicherweise nach der Substanz oder Substanzklasse, welche die gegenwärtige Störung hervorgerufen hat. In Zweifelsfällen soll der Stoff oder die Stoffgruppe kodiert werden, die am häufigsten missbraucht wird, besonders in Fällen von ständigem oder täglichem Gebrauch. Nur wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, ist die Kodierung F19 (Störungen durch multiplen Substanzgebrauch) zu wählen.

Weiterhin soll diese Kategorie auch dann verwendet werden, wenn sonstige psychotrope Substanzen konsumiert werden, die nicht unter die o.g. Subgruppen subsumiert werden können.

1.5 Ausschlussdiagnose

Für Entzugssyndrom mit Delir (F1x.4): Delir, nicht alkohol- oder substanzbedingt (F05).

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Exploration des Patienten und seiner Eltern (getrennt und zusammen, evtl. zusätzlich andere Familienmitglieder)

Kinder und Jugendliche neigen dazu, ihr Konsumverhalten zu bagatellisieren, und die Eltern sind oft nicht über das volle Ausmaß der Problematik informiert. Es muss eine differenzierte Analyse des Suchtverhaltens erfolgen. Zu explorieren sind:

- Alle konsumierten Substanzen mit Beginn des Konsums sowie des regelmäßigen Konsums, Konsumfrequenz, -dauer und -intensität, Konsumgewohnheiten

- Subjektiv erlebte, erwünschte und unerwünschte Substanzwirkungen, bisher erlebte Entzugssymptomatik
- Intensität der Beschäftigung mit dem Substanzkonsum, Vernachlässigung früherer Freunde und Hobbys zugunsten von Substanzbeschaffung und -konsum
- Vergesellschaftung mit Alkohol und Drogen konsumierenden und/oder dissozialen Jugendlichen
- Bisherige negative Konsequenzen des Substanzkonsums in familiärer, schulischer und psychosozialer Hinsicht
- Kriminelle Aktivitäten, z.B. Diebstähle, Dealen
- Bisherige Strafen wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG), Eigentumsdelikten oder aggressiven Gewalthandlungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum
- Körperliche Entgiftungen und Entwöhnungen, Abstinenzphasen
- Therapieauflagen seitens der Schule, von den Eltern selbst oder durch Gerichtsbeschluss
- Riskantes Sexualverhalten (ungeschützter Sexualverkehr, Promiskuität, Prostitution)
- Erhöhte Impulsivität
- "Sensation seeking"
- Motivation zur Konsumreduktion oder Abstinenz
- Ressourcen des Kindes/Jugendlichen.

Einholen von Informationen aus der Schule (mit Einverständnis der Eltern!)

- Aktueller Leistungsstand
- Entwicklung der Leistungen (Leistungsknick?)
- Fehlzeiten (entschuldigt und unentschuldigt)
- Auffälliges Verhalten in der Schule (Übermüdung, Verlangsamung, Geistesabwesenheit im Unterricht, inadäquater Affekt, ungewöhnliche affektive Ausbrüche)
- Vergesellschaftung mit bereits als delinquent bekannten Jugendlichen.

Einholen von Informationen von Vorbehandlern und/oder Jugendamt

Nur bei dringendem Verdacht auf das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung darf dies ohne Schweigepflichtentbindung durch die Sorgeberechtigten erfolgen!

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Pränatale und Geburtsanamnese (auch mütterlicher Nikotin-, Alkohol- oder Drogenmissbrauch)
- Medizinische Anamnese, insbesondere ZNS-Beeinträchtigungen bzw. -störungen (z.B. Anfallsleiden, Schädel-Hirn-Traumata, zerebrale Infektionen)
- Einnahme von (medizinisch indizierten) Medikamenten
- Allgemeiner Entwicklungsverlauf inkl. Schul- und Ausbildungskarriere, Klassen- und Schulwechsel, bisherige Schulabschlüsse, höchstes erreichtes Funktionsniveau
- Soziale Fertigkeiten und soziale Integration
- Vorgeschichte bzgl. körperlichen und/oder sexuellen Missbrauchs, Viktimisierung durch Gleichaltrige
- Vorgeschichte bzgl. Stieffamilienstatus, Adoptionen, Unterbringung in Pflegefamilien oder Einrichtungen der Jugendhilfe.

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

- Organische psychische Störungen (F0)
- Schizophrene Psychosen (F2)
- Manische und bipolare Störungen (F30, F31)
- Depressive Störungen (F32, F33)
- Angststörungen (F40, F41)
- Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörung (F43)
- Essstörungen, v.a. Bulimia nervosa (F50)
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)
- Impulskontrollstörungen (F63)
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (F90)
- Störungen des Sozialverhaltens (F91, F92)
- Suizidalität und parasuizidale Verhaltensweisen
- Umschriebene Entwicklungsstörungen (F80-F83; MAS-Achse II)
- Intelligenzminderung (F7; MAS-Achse III).

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

- Umgang mit Zigaretten, Alkohol, Drogen und Medikamenten in der Familie
- Psychische Störungen in der Familie (einschließlich Störungen durch psychotrope Substanzen)
- Innerfamiliäre Beziehungen und Kommunikationsstil
- Ressourcen und Bewältigungsmechanismen in der Familie
- Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlung
- Armut oder Verwahrlosung im direkten Wohnumfeld
- Einstellungen im Freundeskreis des Jugendlichen zu Zigaretten, Alkohol, Drogen und Substanzgebrauch
- Wichtigste Bezugsperson des betroffenen Jugendlichen, die sein Vertrauen genießt und durch die er ggf. erreicht werden kann.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

Körperliche Untersuchung

- Allgemeinzustand (Kleidung, äußeres Erscheinungsbild, Zahnstatus, Einstichstellen, gerötete Augen, vegetative Funktionen; auf Misshandlungszeichen achten)

- Infektionen, Scabies, Läuse
- Neurologische Untersuchung

Bei Verdacht auf Drogenabhängigkeit ist auf die folgenden Merkmale zu achten:

- Pupillen: Miosis (bei Intoxikation mit Opiaten), Mydriasis (Kokain, Amphetamine, Alkaloide, Opiatentzug)
- Haut: Hautkolorit, Einstichstellen, Spritzenabszesse, Thrombophlebitis
- Nase: Ulzerationen, Rhinorrhoe
- Koordination: Gangstörung, FNV (akute Intoxikation)
- Herz: Rhythmusstörungen (Amphetamine, Ecstasy, Kokain).

Nachweismöglichkeiten einzelner Substanzen

- Alkohol wird über die Atemalkoholkonzentration (AAK) und die Blutalkoholkonzentration (BAK) nachgewiesen, die Höhe der Intoxikation wird in Promille angegeben.
- Illegale Drogen (u.a. Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, Kokain, Heroin, Methadon, Codein) und Hypnotika/Sedativa (Benzodiazepine, Barbiturate) werden üblicherweise im Urin nachgewiesen. Schnelltests ermöglichen einen raschen qualitativen oder semiquantitativen Nachweis. Sensitiver und spezifischer ist die Gaschromatographie-Massenspektrometrie (GC-MS).
- Der Zeitraum der Nachweisbarkeit ist von Substanz zu Substanz sehr unterschiedlich und hängt u.a. von der konsumierten Menge, aber auch vom Labor und den verwendeten Methoden ab.
- Beachte: Verfälschung der Probe durch den Probanden möglich! (Austauschen, Verdünnen, auch durch vermehrtes Trinken und/oder Einnahme eines Diuretikums)
- Ein positives Ergebnis weist auf einen Konsum der entsprechenden Substanz hin, erlaubt jedoch keine Aussage über einen schädlichen Gebrauch oder gar eine Abhängigkeit. Ein negatives Ergebnis schließt weder Konsum, schädlichen Gebrauch noch Substanzabhängigkeit aus.
- Neu entwickelte Designerdrogen, Schnüffelstoffe und pflanzliche Substanzen lassen sich mit gebräuchlichen laborchemischen Tests unter Umständen gar nicht nachweisen.

Nachweis eines längerfristigen Konsums

- Bei einem längerfristigen Alkoholkonsum können Gammaglutamyltransferase (GGT), Carbodefizientes Transferrin (CDT) oder mittleres korpuskuläres Volumen (MCV) erhöht sein, aber bei vielen Jugendlichen sind diese Parameter auch bei exzessivem Konsum unauffällig.
- Spezifische Parameter für einen längerfristigen Drogen- oder Medikamentenkonsum sind nicht bekannt.

Somatische Diagnostik

- Labor: Leberfunktionsparameter (GGT, ASAT, ALAT), Gesamteiweiß, Albumin, Gerinnung (Quick, PTT), Bilirubin, Blutbild (inkl. MCV), BSG, CDT, Hepatitisserologie inkl. Hepatitis C, HIV-Test (mit Einverständnis des Patienten und/oder seiner Sorgeberechtigten)
- Bei klinischen Hinweisen: gastroenterologische, kardiologische und/oder pulmonologische Diagnostik
- Bei klinischen Hinweisen: EEG (medikamentös-toxische Veränderungen, entzündliche Veränderungen, Herdbefunde)
- Bei klinischen Hinweisen: CT oder MRI des Gehirns.

Testpsychologische Diagnostik

- Standardfragebogen für Eltern/Lehrer bezüglich des Verhaltens des Kindes/Jugendlichen, eventuell Selbsteinschätzung des Kindes/Jugendlichen (z.B. YSR)
- Bestimmung des Intelligenzniveaus, bei entsprechenden Hinweisen auch Testdiagnostik bezüglich Teilleistungsstörungen der Sprache und/oder der schulischen Fertigkeiten
- Neuropsychologische Funktionen (in der Regel erst nach einem alkohol- bzw. drogenfreien Intervall)
- Selbstbeurteilungs-Instrumente, z.B.
 - Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA)
 - Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST).

2.6 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik

Der Ausschluss von Differenzialdiagnosen folgt dem Entscheidungsbaum in Abbildung 4.

Besondere diagnostische Schwierigkeiten ergeben sich bei Vorliegen psychotischer Symptome. Die Diagnose eines psychotischen Zustandes sollte nicht allein aufgrund von Wahrnehmungsstörungen und Halluzinationen gestellt werden, wenn Substanzen mit primär halluzinogenen Effekten wie LSD, Meskalin oder auch Cannabis in hoher Dosierung konsumiert wurden. Auch unter der Einnahme von Alkaloiden, z.B. aus Tollkirsche (*Atropa belladonna*), Stechapfel (*Datura*) oder Engelstropfete (*Brugmansia*), können lebhaft Halluzinationen auftreten, die bis zu 3 Tagen anhalten können. In solchen Fällen muss die Diagnose einer akuten Intoxikation (F1x.0) erwogen werden. Andererseits kann durch Drogenkonsum ein psychotischer Zustand induziert werden, der über die Dauer der akuten Drogenwirkung hinaus anhält. Differenzialdiagnostisch müssen weiterhin Prodromal- und Frühsymptome beginnender schizophrener und schizoaffektiver Erkrankungen besonders beachtet werden, wobei auch Komorbidität vorliegen kann, da schizophrene erkrankte Patienten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit psychotrope Substanzen konsumieren. Besonderer Hinweis: Die ungünstige Beeinflussung des Verlaufs einer schizophrenen Erkrankung durch fortgesetzten Substanzmissbrauch ist sehr wahrscheinlich. Von besonderer klinischer Bedeutung ist hier Cannabis, dem eine eigenständige ätiologische Rolle in der Pathogenese der Schizophrenie zukommen könnte [Arseneault et al. 2004, Smit et al. 2004].

2.7 Entbehrliche Diagnostik

Der Nachweis von konsumierten Substanzen in Speichel, Schweiß oder mittels Haaranalyse dient hauptsächlich forensischen Fragestellungen.

3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Siehe Kapitel 1.2, Kapitel 1.4 und Abbildung 3.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Bestehen spezifische Entwicklungsstörungen (MAS-Achse II) vor allem im Bereich der Sprache, der Schriftsprache oder des Rechnens?
- Besteht eine Intelligenzminderung (MAS-Achse III)?
- Bestehen somatische Bedingungen/Erkrankungen (MAS-Achse IV), die einen Substanzmissbrauch begünstigen (z.B. hirnorganische Beeinträchtigungen), oder als Folge des Konsums psychotroper Substanzen (Hepatitis, HIV, hirnorganische Störungen)?
- Bestehen psychosoziale Belastungsfaktoren (MAS-Achse V), die Substanzmissbrauch begünstigen?
- Welches psychosoziale Funktionsniveau (MAS-Achse VI) besteht aktuell bei dem Kind/Jugendlichen?

3.3 Differentialdiagnosen und Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens

Siehe Abbildungen 4 und 6.

Abb. 4: Differenzialdiagnosen und komorbide Störungen bei Störungen durch psychotrope Substanzen

Gültigkeit abgelaufen, LL wird z.Zt. überprüft

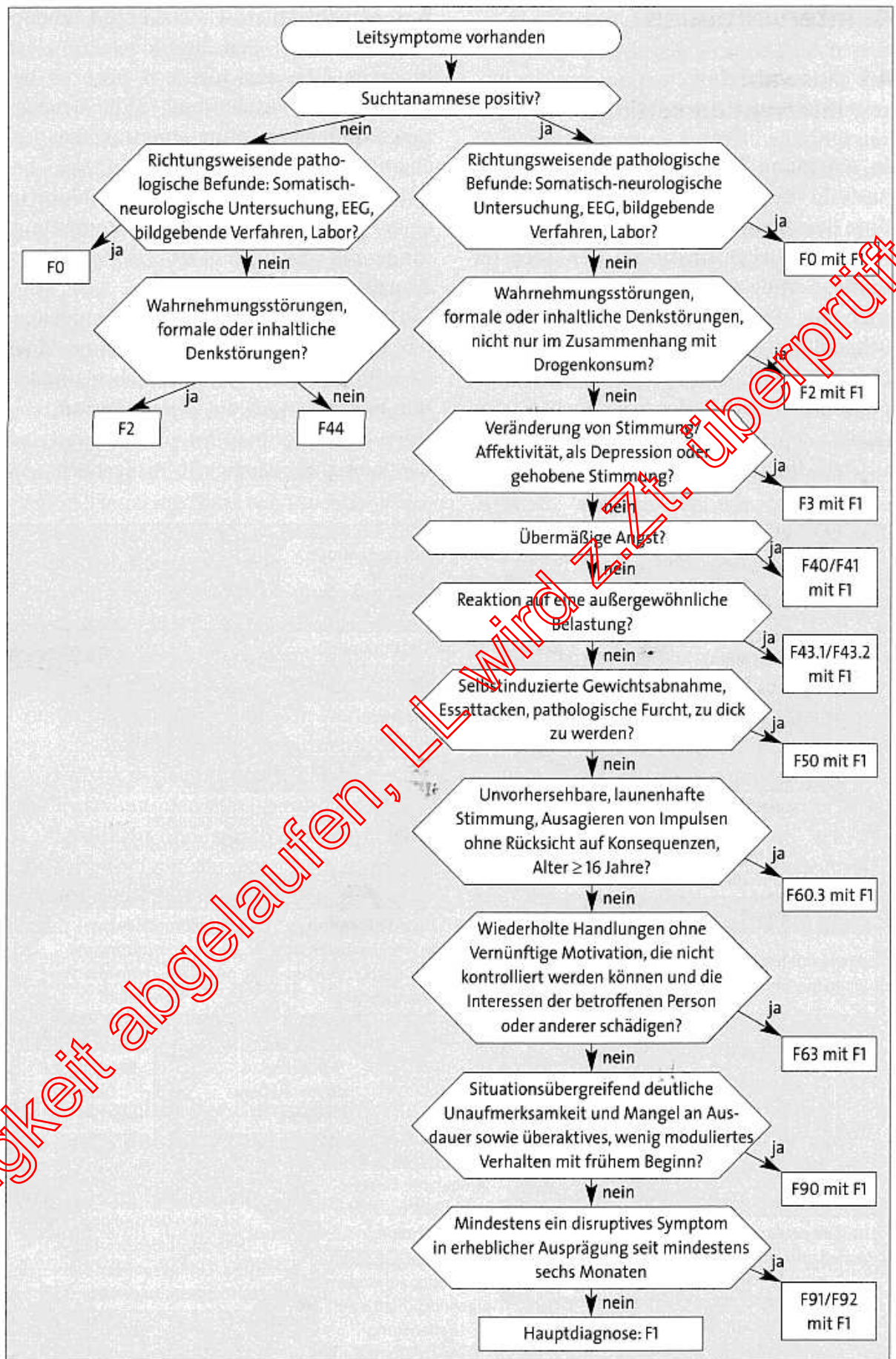


Abb. 4: Differenzialdiagnosen und komorbide Störungen bei Störungen durch psychotrope Substanzen

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventions-Settings

In Abbildung 5 wird der Algorithmus zur Auswahl des geeigneten Interventionssettings dargestellt.

Abb. 5: Auswahl des Interventionssettings

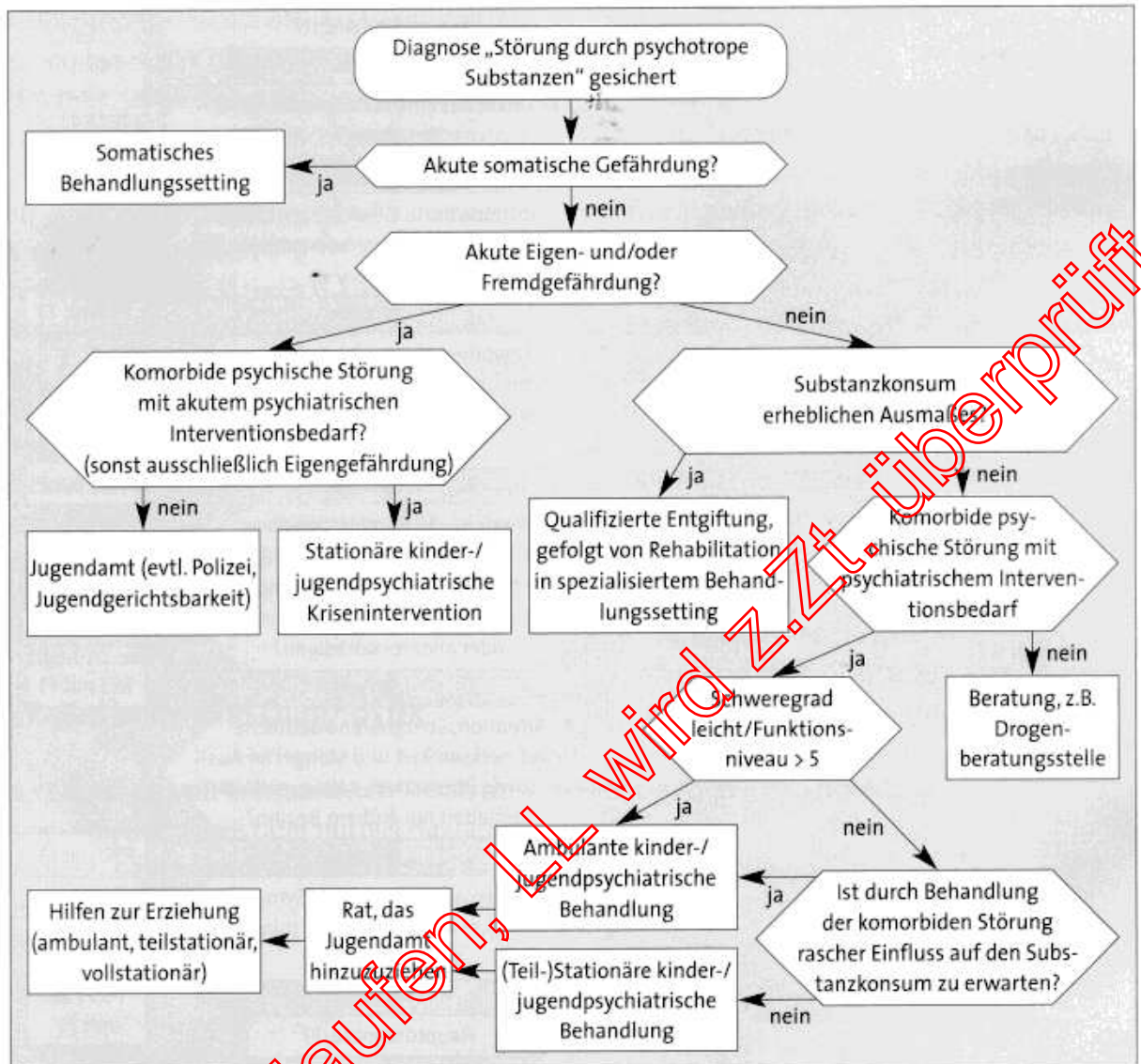


Abb. 5: Auswahl des Interventionssettings

Grundsätzlich ist das am wenigsten restriktive Setting zu wählen, in dem eine hinreichende Sicherheit und Effektivität der Behandlung gewährleistet werden kann [AACAP 2005]. Dies betrifft zunächst die physische Sicherheit des Jugendlichen selbst (akute somatische Gefährdung, psychiatrisch bedingte Eigengefährdung) und dritter Personen (psychiatrisch bedingte Fremdgefährdung durch den Jugendlichen). Liegt hingegen eine ausschließlich dissozial begründete Fremdgefährdung (z.B. Beschaffungskriminalität) ohne einen akuten psychiatrischen Interventionsbedarf vor, besteht keine Indikation für die Aufnahme in einer jugendpsychiatrischen Einrichtung, sondern es sind Jugendamt bzw. Polizei hinzuzuziehen.

Wenn keine Notwendigkeit zu einer akuten stationären Aufnahme aufgrund einer somatischen oder psychiatrischen Indikation besteht, ist für die weitere Auswahl des Interventionssettings Art und Schweregrad der Substanzabhängigkeit maßgeblich (Art und Menge der konsumierten Substanzen, Gefahr einer signifikanten Entzugssymptomatik, frühere Behandlungsmisserfolge in einem weniger restriktiven Setting). Erforderlichenfalls sollte die Entgiftung als stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung durchgeführt werden, gefolgt von einer Rehabilitation in einer Einrichtung für Jugendliche mit Substanzabhängigkeit. Auch hierbei ist jedoch eine möglicherweise vorliegende komorbide jugendpsychiatrische Störung (Doppeldiagnose) zu berücksichtigen. Wenn eine solche komorbide kinder- und jugendpsychiatrische Störung im Rahmen der Entzugsbehandlung nicht remittiert, sind zusätzliche psychotherapeutische Behandlungsansätze, eventuell auch die Gabe von Psychopharmaka, in Betracht zu ziehen.

Ist der Substanzkonsum im Vergleich zum Vorliegen einer anderen jugendpsychiatrischen Störung untergeordnet, bestimmt deren Schweregrad, ob eine ambulante oder eine (teil-) stationäre jugendpsychiatrische Behandlung erfolgen sollte; in deren Rahmen allerdings sollten auch hinsichtlich der Problematik des Substanzkonsums angemessene Interventionen durchgeführt werden.

Jugendliche ohne signifikante psychiatrische Symptomatik, die sporadischen Probierkonsum "weicher" Drogen betreiben, bedürfen in der Regel keiner jugendpsychiatrischen Behandlung, sondern können in Beratungskontexten der Sucht- und Jugendhilfe betreut werden.

4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidung und Beratung

Wichtige allgemeine Grundsätze der Behandlung von jugendlichen Patienten mit einer Störung durch psychotrope Substanzen werden nachfolgend dargestellt [s. auch AACAP 2005]:

- Primäres Behandlungsziel bei Kindern und Jugendlichen ist das Erreichen und Aufrechterhalten von Abstinenz. Vertretbare Zwischenziele können jedoch sein: Verringerung des Substanzkonsums und sich daraus ergebender negativer Folgen, Verringerung von Rückfallhäufigkeit und -schwere, Verbesserung des Funktionsniveaus des Jugendlichen.
- Gelingt es einem Patienten nicht, Einsicht in seine Abhängigkeitsproblematik zu gewinnen, so stellt es ein wichtiges Therapieziel dar, Problemeinsicht und die Motivation zu einer weiterführenden Behandlung zu bewirken.
- Hohe Eigenmotivation ist jedoch keine Voraussetzung für die Effektivität einer Behandlung, denn auch Sanktionen durch wichtige Bezugspersonen oder juristische Auflagen können den Behandlungserfolg signifikant erhöhen.
- Ein qualifizierter Entzug ist nur ein Bestandteil einer effektiven Behandlung, welcher von weiteren Interventionen begleitet und gefolgt werden muss.
- Da es häufig zu Therapieabbrüchen kommt und die Behandlungsdauer mit dem Therapieerfolg positiv korreliert, sind Maßnahmen zur Verminderung der Drop-out-Wahrscheinlichkeit sowie schnelle Wiederaufnahme von hoher Bedeutung.
- Verhaltensorientierte Interventionen sind unverzichtbare Komponenten jedes Behandlungsprogramms.
- Familientherapeutische Interventionen sind ein außerordentlich wichtiger Bestandteil der Behandlung von substanzabhängigen Jugendlichen.
- Die Wirksamkeit der Behandlung muss wiederholt durch objektive Befunde, in der Regel mittels Urinkontrollen, überprüft werden. Bereits im Vorfeld sind im Rahmen der Entwicklung des Behandlungsplans verbindliche Absprachen zu treffen, welche Konsequenzen ein positiver Testbefund nach sich zöge.
- Die Zusammenarbeit mit sozialen Diensten, Schule und Jugendamt ist zur Entwicklung von weiteren Lebensperspektiven für den Jugendlichen von hoher Bedeutung.
- Zum Erreichen von dauerhafter Abstinenz ist der Aufbau eines substanzfreien Lebensstils mit Beziehungen zu prosozialen, abstinenten Jugendlichen und der Entwicklung geeigneter Freizeitaktivitäten von hoher Bedeutung.

Vor der Störung durch psychotrope Substanzen behandeln: Suizidalität

Bei komorbiden psychiatrischen Störungen: Wenn nicht durch Entgiftung ausreichend behandelt, Abwägung des Behandlungsbedarfs. Bei signifikanter komorbider psychiatrischer Störung: gleichzeitige Behandlung beider Störungen.

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

Verhaltens- und psychotherapeutische Interventionen sind in jedem Interventionssetting (ambulant, teilstationär, vollstationär) und jedem Interventionskontext (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchthilfe, Jugendhilfe) unverzichtbar (s. Abb. 6).

Die nachfolgenden Basisinterventionen überschneiden sich zum Teil, werden aber separat aufgeführt, weil sie sich in ihrem jeweiligen spezifischen Fokus unterscheiden:

- Psychoedukation (Patient, Eltern)
- Motivierende Gesprächsführung ("motivational interviewing"):
 - Durch diese nicht konfrontative Kurzintervention zur Erhöhung der Veränderungsbereitschaft konnten bei Jugendlichen signifikante Verminderungen des Konsums von Tabak [II; Hollis et al. 2005], Alkohol (I) und Cannabis [II; McCambridge, Strang 2004] sowie von substanzkonsumassoziierten schädigenden Verhaltensweisen erzielt werden, und zwar insbesondere bei Probanden mit höherem Substanzkonsum und mit geringerer Veränderungsbereitschaft [I; O'Leary Tevyaw, Monti 2004]. Somit sollte diese Intervention bei jedem Jugendlichen, der Substanzkonsum betreibt, zum Einsatz kommen.
- Interventionen zur Schadensminimierung ("harm reduction") bezüglich des Substanzkonsums - insbesondere dann, wenn Abstinenz nicht kurzfristig realisierbar erscheint, - und damit im Zusammenhang stehenden Risikoverhaltens, z.B. Unterlassen von gefährlichen Aktivitäten im intoxikierten Zustand, Verminderung des Risikos von Infektionskrankheiten, u.a. durch Safer Sex [II; St. Lawrence et al. 2002].

Abb. 6: Interventionen bei Störungen durch psychotrope Substanzen

Gültigkeit ab 09.01.2010, LL wird zzt. überprüft

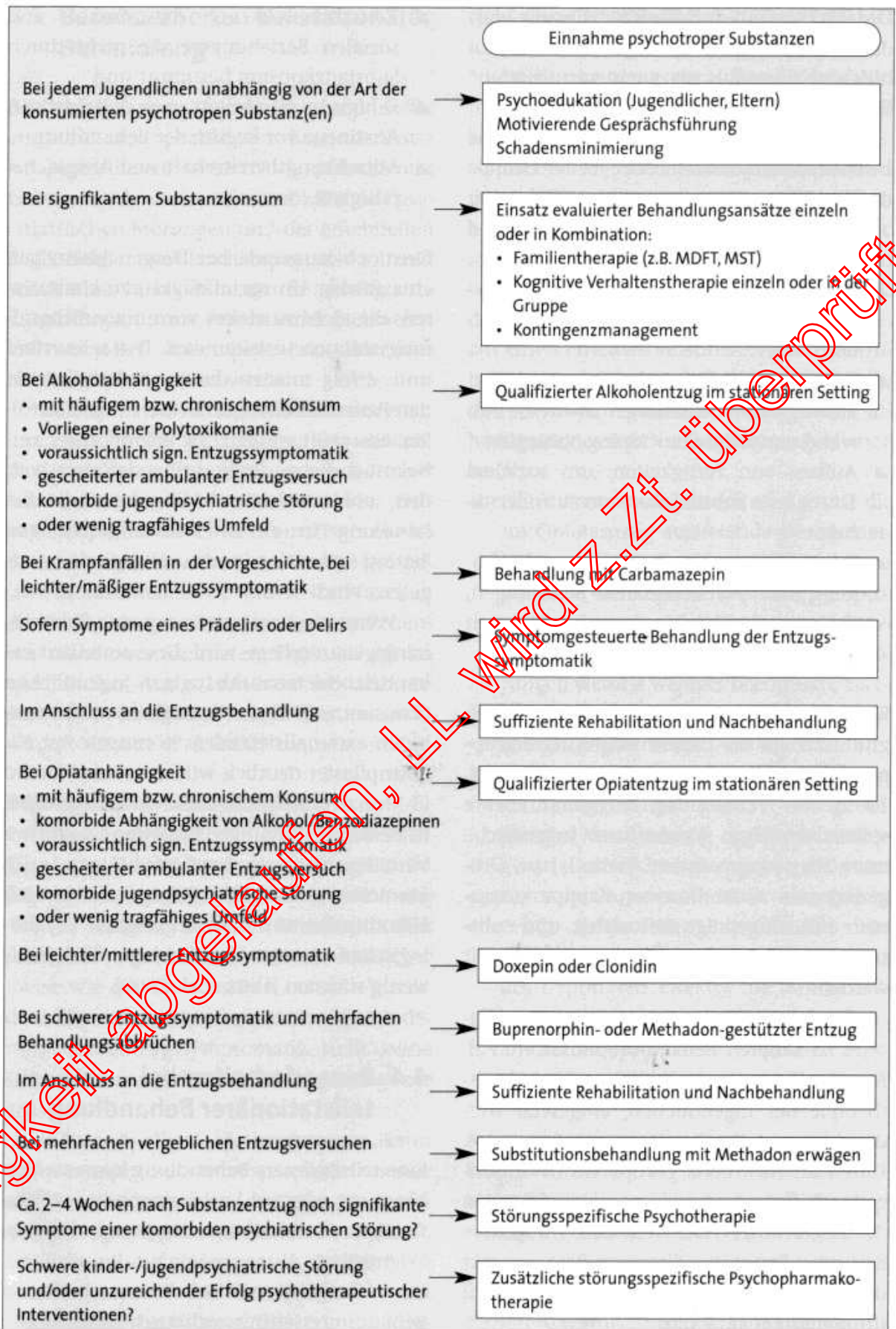


Abb. 6: Interventionen bei Störungen durch psychotrope Substanzen

Familientherapeutische Interventionen sind in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Substanzabusus und -abhängigkeit unverzichtbar [AACAP 2005]. Familientherapie ist effektiver als Einzeltherapie, Gruppentherapie und familienbezogene Psychoedukation [1; Stanton, Shadish 1997]. Am besten evaluiert sind verhaltens- und problemlösungsorientierte Behandlungsansätze. Wichtige Therapieziele sind:

- Psychoedukation

- Erhöhung von Therapiemotivation und Mitarbeit aller Familienmitglieder
- Förderung konsistenten elterlichen Erziehungsverhaltens und Monitoring der Aktivitäten des Jugendlichen
- Anwendung kontingenter negativer Konsequenzen bei Substanzkonsum des Jugendlichen
- Erhöhung der Problem- und Konfliktlösungsfähigkeiten der Familienmitglieder und Verbesserung der innerfamiliären Kommunikation
- (Vermitteln von) Interventionen für signifikante Probleme anderer Familienmitglieder.

Die Wirksamkeit von Familientherapie wurde sowohl bezüglich des Konsums von Alkohol und Cannabis als auch von "harten" Drogen nachgewiesen [Liddle 2004].

Auch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, einzeln oder in der Gruppe durchgeführt, weisen eine hohe Effektivität auf [I; Waldron, Kaminer 2004]. Ziele sind u.a.:

- Gewährwerden von internen und externen Stimuli, die Substanzkonsum fördern
- Erkennen und Vermeiden von rückfallbegünstigenden Situationen sowie die Anwendung geeigneter Coping-Strategien
- Aufbau von Fertigkeiten, um sozialem Druck zum Substanzkonsum zu widerstehen
- Entwicklung von Strategien zum Umgang mit psychosozialen Belastungen, Triggern für Substanzkonsum und mit Rückfällen.

Eine Gruppenbehandlung bietet jedoch grundsätzlich die Gefahr ungünstiger gruppenspezifischer Prozesse [Dishion et al. 1999]. Zur Vermeidung iatrogenen Effekte sollten deswegen Kinder und Jugendliche mit gering ausgeprägtem Alkohol- bzw. Drogenkonsum nicht in einer Gruppe zusammen mit ausgeprägt dissozialen und substanzabhängigen Jugendlichen behandelt werden.

Eine Interventionsstrategie, die ergänzend zu anderen Behandlungsansätzen, z.B. Familientherapie oder kognitiver Verhaltenstherapie des Jugendlichen, eingesetzt werden kann, ist das Kontingenzmanagement. Durch an Abstinenz gekoppelte Belohnungen (z.B. Gutscheine, kleine Geldbeträge), in der Regel unter Nachweis durch objektive Befunde, kann die Drop-out-Rate gesenkt und abstinentes Verhalten gefördert werden [III; Kaminer et al. 2005].

Voraussetzungen für eine ambulante Behandlung sind:

- Vorhandensein von Tagesstruktur und sozialen Beziehungen, die nicht durch Substanzkonsum bestimmt sind
- Fähigkeit zumindest zur kurzfristigen Abstinenz vor Beginn der Behandlung
- Mitwirkungsbereitschaft und Absprachefähigkeit.

Dennoch ist gerade bei Drogenabhängigen eine gewisse Unregelmäßigkeit zu konstatieren, die nicht zu einem vorzeitigen Behandlungsabbruch verleiten darf. Therapieverlauf und -erfolg müssen durch wiederholte, für den Patienten unvorhersehbare Urinkontrollen überprüft werden. Zu Beginn einer ambulanten Behandlung sollte definiert werden, unter welchen Bedingungen die Behandlung in einem stärker geschützten Setting (teilstationär oder vollstationär) fortgesetzt wird.

Wenn als einzige Störung eine Tabakabhängigkeit vorliegt, wird diese ambulant behandelt. Bei tabakabhängigen Jugendlichen (Konsum > 10 Zigaretten täglich) mit komorbiden externalisierenden Störungen war Nikotinpflaster deutlich wirksamer als Placebo (3-Monats-Abstinenz: 18% vs. 2,5%), wobei in beiden Bedingungen begleitend kognitive Verhaltenstherapie durchgeführt wurde [II; Moolchan, et al. 2005]. Dagegen erwies sich Nikotinsubstitution ohne geeignete psychologische Interventionen bei Jugendlichen als wenig wirksam [Hurt et al. 2000].

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Eine teilstationäre Behandlung kann als Vorbereitung oder zur Verkürzung einer vollstationären Behandlung eingesetzt werden. Wichtig ist, einen möglichst kontinuierlichen Übergang zwischen den verschiedenen Behandlungssettings sicherzustellen.

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Bei signifikantem Substanzkonsum sollte aufgrund der spezifischen Konsummuster bei Jugendlichen (sehr häufig polyvalenter Gebrauch), der hohen Komorbidität mit psychiatrischen Störungen und der erheblichen Bedeutung familientherapeutischer und schulischer Interventionen die qualifizierte Entgiftung grundsätzlich in einer geeigneten vollstationären jugendpsychiatrischen Einrichtung durchgeführt werden.

Zu Beginn der Entzugsbildung ist ein umfassendes Drogenscreening erforderlich, da der nicht erkannte Konsum psychotroper Substanzen durch Intoxikations- oder Entzugssymptome zu einer Komplikation des Behandlungsverlaufes führen kann. Die positiv bestimmten sowie andere im Einzelfall relevante Parameter sind an für den Patienten nicht voraussehbaren Tagen so oft zu wiederholen, dass ein erneuter Substanzkonsum mit hoher Wahrscheinlichkeit entdeckt wird [Reymann et al. 2003].

Medikamentöse Behandlung einer Entzugssymptomatik

Eine signifikante Entzugssymptomatik im Jugendalter, die überwiegend bei Konsum illegaler Drogen, nur selten bei überhöhtem Alkoholkonsum auftritt, sollte in ähnlicher Weise wie bei Erwachsenen behandelt werden. Eine solche medikamentöse Verminderung der Entzugssymptomatik stellt keine Ultima Ratio, sondern eine Behandlung lege artis dar.

Während eines Alkoholentzuges kann Carbamazepin zur Anfallsprophylaxe sowie zur Verminderung einer leichten bis mäßigen Entzugssymptomatik eingesetzt werden. Zur Behandlung eines (unvollständigen) Alkoholentzugsdelirs hat sich die - in der Regel - orale Gabe von Clomethiazol (cave pulmonale Erkrankungen!) bewährt. Die bei lebensbedrohlichem Delir indizierte parenterale Gabe von Clomethiazol sollte nur auf einer Intensivstation durchgeführt werden.

Es gibt keinen empirischen Beleg dafür, dass durch das Vorenthalten einer medikamentösen Behandlung des Opiat-Entzugssyndroms (sog. kalter Entzug) die anschließende Distanzierung des Patienten vom Opiatkonsum gefördert oder gar die Motivation zu einer Entwöhnungsbehandlung gesteigert wird [Reymann et al. 2003]. Die Bereitschaft der Jugendlichen, sich nach einem Rückfall auf einen erneuten Abstinenzversuch einzulassen, ist wahrscheinlich höher, wenn ihnen der vorhergehende Entzug nicht als hochgradig aversiv in Erinnerung geblieben ist (V).

- Clonidin unterdrückt als α_2 -Agonist die im Opiatentzug auftretende noradrenerge Hyperaktivität und vermindert so vorwiegend die vegetative Entzugssymptomatik. Craving, Muskelschmerzen, psychomotorische Unruhe und Schlafstörungen werden weniger beeinflusst, als es bei einem opioidgestützten Entzug der Fall ist [Reymann et al. 2003].
- Doxepin wirkt im Vergleich zu Clonidin geringfügig stärker gegen Craving, depressive Verstimmung und Schlafstörungen, jedoch schwächer gegen die autonome Entzugssymptomatik. Eine gleichzeitige Behandlung mit Clonidin und Doxepin ist aufgrund der Potenzierung des hypotonen Effektes mit Kollapsneigung und der gegensätzlichen Wirkung am α_2 -Rezeptor nicht angezeigt [Reymann et al. 2003].

Beim opioidgestützten Entzug erfolgt die Pharmakotherapie der akuten Entzugssymptomatik durch die Umsetzung auf ein langwirksames Opiat, in der Regel Methadon, oder auch Buprenorphin. Hierdurch wird die Opioidentzugssymptomatik wirkungsvoll reduziert, Craving vermindert und die euphorisierende Wirkung von anderen Opiatagonisten blockiert. Unter gleichzeitiger Durchführung psychosozialer Interventionen erfolgt dann eine langsame Reduktion der Opiatdosis über mehrere Wochen bis zum vollständigen Absetzen der Opiatmedikation.

- Die Effektivität des methadongestützten Entzuges ist für Erwachsene inzwischen gut belegt, während für Jugendliche bislang kaum Evidenz vorliegt [IV; Hopfer et al. 2002]. Dieses Vorgehen ist inzwischen jedoch auch in Deutschland zur Behandlung von Jugendlichen etabliert.
- Im Opiatentzug bei Jugendlichen führte Buprenorphin (partieller m -Agonist und k -Antagonist) im Vergleich zu Clonidin zu einer niedrigeren Drop-out-Rate und einer viel höheren Abstinenzrate [II; Marsch et al. 2005], jeweils kombiniert mit intensiver Beratung und Belohnungen für die Aufrechterhaltung der Abstinenz.

Die Patienten müssen darüber informiert werden, dass sie sich aufgrund des Verlustes der Opiattoleranz durch den Entzug bei einem erneuten Konsum einem deutlichen erhöhten Risiko einer lebensbedrohlichen Überdosierung aussetzen [Reymann et al. 2003].

Substitutionsbehandlung

Im Gegensatz zur medikamentösen Behandlung des Opiat-Entzugssyndroms, auch in Form eines opiatgestützten Entzuges, stellt die Substitutionsbehandlung über einen längeren Zeitraum eine Ultima Ratio dar, die nur bei sehr wenigen, schwerstkranken Jugendlichen, u.a. auch mit erheblicher somatischer Morbidität, überhaupt in Frage kommt. Die Indikationsstellung durch Ärzte mit fundierter Erfahrung in der Behandlung von Suchterkrankungen bei Jugendlichen sollte äußerst restriktiv gehandhabt werden. Diese wird üblicherweise mit Methadon (V) oder auch mit Buprenorphin (V) durchgeführt.

Medikation zur Rückfallprävention

Zur Rückfallprävention nach einer Alkoholentzugsbehandlung haben Acamprosat und Naltrexon als "Anti-Craving-Substanzen" bei erwachsenen Patienten eine gute Wirksamkeit gezeigt. Für Jugendliche liegen bislang kaum Daten vor. In Einzelfällen kann ein individueller Heilversuch gerechtfertigt sein (V).

Nach abgeschlossenem Opiatentzug kann Naltrexon als lang wirksamer Opiat-Antagonist zur Aufrechterhaltung der Abstinenz eingesetzt werden. Die Datenlage bei Jugendlichen ist jedoch unzureichend.

Pharmakotherapie bei "Doppeldiagnose"

Wenn mit der Entzugsbehandlung allein bzw. mit geeigneten psychosozialen Interventionen keine Remission einer komorbiden psychiatrischen Symptomatik erreicht werden kann, sollte auch eine diesbezügliche Psychopharmakotherapie in Betracht gezogen werden.

Folgende Faktoren sprechen für die Durchführung einer Psychopharmakotherapie: Die psychiatrischen Symptome gingen dem Substanzmissbrauch voraus oder bestanden während längerer sicher abstinenter Zeiträume, die Familienanamnese für die betreffende psychiatrische Störung ist positiv. Oder: In der Vorgeschichte erfolgte bereits eine erfolgreiche psychopharmakologische Behandlung dieser Störung.

Hierbei sind nicht nur Medikamente mit Missbrauchspotenzial, sondern auch solche mit einer geringen therapeutischen Breite restriktiv einzusetzen, denn zum einen sind pharmakologische Interaktionen zwischen Medikament und missbräuchlich konsumierter/n Substanz/-en möglich, zum anderen erhöht Substanzmissbrauch das Risiko absichtlicher oder unabsichtlicher Überdosierung von Medikamenten. Hierbei ist es wichtig, Eltern bzw. Betreuungspersonen dabei zu unterstützen, klare Prozeduren für die Verabreichung und Kontrolle der Medikation zu etablieren.

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind zum einen bei auf einer psychiatrischen Störung beruhenden akuten Selbst- und/oder Fremdgefährdung (nach den Landesunterbringungsgesetzen) erforderlich, zum anderen sind sie in Fällen mit erheblicher Gefährdung des Kindeswohls durch schweren Alkohol- oder Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit indiziert. Die Eltern sind dann ggf. darin zu unterstützen, die ihnen zur Verfügung stehenden rechtlichen Mittel (§ 1631 b BGB) auszuschöpfen und nötigenfalls eine kurzzeitig befristete stationäre Behandlung gegen den Willen des Betroffenen zu veranlassen.

Eine Nachbehandlung ist für die Stabilisierung des Behandlungserfolges sehr wichtig [Kaminer 1999]. Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls ist innerhalb der ersten 3 Monate nach Abschluss der Behandlung am größten [Kaminer 1999]. Jugendliche mit komorbiden psychiatrischen Störungen, hoher psychosozialer Belastung, geringem Interesse an Schule bzw. Beruf, geringen sozialen Fertigkeiten und wenig aktiver Freizeitgestaltung und Jugendliche, bei denen keine Nachbehandlung erfolgt, sind am stärksten rückfallgefährdet [Kaminer 1999]. Im Rahmen der Behandlung sollte ein möglichst kontinuierlicher Übergang des Patienten in die Nachbehandlung sichergestellt werden. Zur Wirksamkeit psychodynamischer Behandlungsansätze bei Kindern und Jugendlichen mit schädlichem Gebrauch bzw. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen liegen keine kontrollierten Untersuchungen vor.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Rehabilitationsbehandlung schließt möglichst eng an die vorausgegangene Entzugsbehandlung an. Wichtige therapeutische Ziele sind die Festigung des Abstinenzwunsches mit der Erarbeitung entsprechender Strategien, die schulische bzw. berufliche Rehabilitation und die soziale (Re-)Integration.

Im Anschluss an eine kinder- und jugendpsychiatrische (teil-)stationäre Behandlung bzw. begleitend zu einer ambulanten Behandlung sollten geeignete Jugendhilfemaßnahmen in Betracht gezogen werden. Im Einzelfall kann es sich hierbei

auch um eine geschlossene Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung der Jugendhilfe im Anschluss an eine stationäre jugendpsychiatrische Behandlung handeln, z.B. bei Jugendlichen, die vorübergehend von spezifischen Umgebungen und damit einhergehenden Gefährdungen (z.B. Drogenmilieu, Prostitution) fern gehalten werden müssen.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Entfällt

Literatur

1. AACAP Official Action, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Substance Use Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2005), 44, 609-621
2. Arseneault L et al., Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. Br J Psychiatry (2004), 184, 110-117
3. Budney AJ et al., Review of the validity and significance of the cannabis withdrawal syndrome. Am J Psychiatry (2004), 161, 1967-1977
4. Dishion TJ, McCord J, Poulin F (1999) When interventions harm. Peer groups and problem behavior. Am Psychol (2000), 54, 755-764
5. Hollis JF et al., Teen Reach: Outcomes from a randomized, controlled trial of a tobacco reduction program for teens in primary medical care. Pediatrics (2005), 115, 981-989
6. Hopfer CJ et al., Adolescent heroin use: a review of the descriptive and treatment literature. J Subst Abuse Treat (2002), 23, 231-237
7. Hurt RD et al., Nicotine patch therapy in 101 adolescent smokers: efficacy, withdrawal symptom relief, and carbon monoxide and plasma cotinine levels. Arch Pediatr Adolesc Med (2000), 154, 31-37
8. Kaminer Y, Addictive disorders in adolescents. Psychiatr Clin North Am (1999), 22, 275-288
9. Kamon J, Budney A, Stanger C, A contingency management intervention for adolescent marijuana abuse and conduct problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2005), 44, 513-521
10. Liddle HA, Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. Addiction (2004), 99 (Suppl. 2), 76-92
11. Marsch LA et al., Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents. Arch Gen Psychiatry (2005), 62, 1157-1164
12. McCambridge J, Strang J, The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people. Results from a multi-site cluster randomized trial. Addiction (2004) 99, 39-52
13. Moolchan ET et al., Safety and efficacy of the nicotine patch and gum for the treatment of adolescent tobacco addiction. Pediatrics (2005), 115, e 407-414
14. O'Loughlin J et al., Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents. Am J Prev Med (2003), 25, 219-225
15. Reymann G et al. (2003) AWMF-Leitlinie: Akutbehandlung opioidbezogener Störungen
16. Riedel BW et al., Ethnic differences in smoking withdrawal effects among adolescents. Addict Behav (2003), 28, 129-140
17. Smit F, Bolier L, Cuijpers P, Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. Addiction (2004), 99, 425-430
18. Stanton MD, Shadish WR, Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. Psychol Bull (1997), 122, 170-191
19. St Lawrence JS et al., Reducing STD and HIV risk behavior of substance-dependent adolescents: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol (2002), 70, 1010-1021
20. Waldron HB, Kaminer Y, On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. Addiction (2004), 99 (Suppl. 2), 93-115

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter:

G. Klosinski, T. Bader, M. Clauß, D. Felbel, J. Jungmann, M. Karle, H. Kufner, M. Laucht, K. Mann, G. Mundle, D. Stolle, F. Wienand

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

L. Baving, O. Bilke

Korrespondenz an:

Prof. Dr. Dr. L. Baving
Zentrum für Integrative Psychiatrie - ZIP gGmbH
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Niemannsweg 147
24105 Kiel

Redaktionskomitee:

federführend
Martin H. Schmidt, Mannheim
Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg

Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Remschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 16.01.2008; 12:46:38

Gültigkeit abgelaufen, LL WPA/AVP überprüft