PAEDIATRICA Vol. 18 No. 6 2007

Sucht beim Jugendlichen: wie vermeiden?

Jaques Besson, Lausanne[1]
Übersetzung: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Einführung

Warum nehmen Jugendliche Drogen? Um sich wohl zu fühlen? Um sich wohler zu fühlen?

Modernes Leben ist für unsere Mitmenschen hart, für eine Mehrzahl sind die von unserer Konsumgesellschaft vorgespiegelten Ideale ein unerreichbares Ziel. Diese deprimierende Tatsache kann zur Auflehnung führen: Es soll konsumiert werden, also konsumieren wir!
Unsere Patienten, insbesondere die jüngeren, leben in dieser Realität zwischen Depression und Sucht. Dies zwingt uns Ärzte, unsere Kenntnisse psycho-aktiver Substanzen und ihrer Anwendungsweise sowie der nicht substanzbedingten Suchtverhalten, sogenannte Verhaltenssüchte wie übertriebenes Spielen oder zwanghaftes Kaufen, zu verbessern. Wir sollten auch unsere Kenntnisse der Neurobiologie der Süchte auf den neuesten Stand bringen, denn Wechselwirkungen zwischen Gehirn und Drogen werden immer besser erfasst. Dies sollte es ermöglichen, einen neuen Kompetenzbereich zu erwerben, am besten als «Kenntnisse in Suchtverhalten» (englisch: addictology) des Praktikers umschrieben, Thema dieses Weiterbildungsartikels.

Zu Beginn einige Definitionen:

- **Sucht:** Der im englischen und französischen Sprachbereich gebräuchliche Begriff «addiction», vom lateinischen addictum, verweist auf die physische Sklaverei, wie dies im Mittelalter für Leibeigene, die ihre Schulden nicht mehr bezahlen konnten, der Fall war. Bezeichnet ganz allgemein die Vehaltensweise von Suche und Selbstverabreichung.
- **Abhängigkeit:** Schwerwiegendere Störung, mit psycho-biologischen Symptomen wie z. B. Entzugssymptome bei Dosisverminderung und Toleranz bei Dosiserhöhung.
- **Missbrauch:** Probleme treten auf, weil der Patient bei allen Gelegenheiten zu viel und zu schnell konsumiert.
- **Risikoverhalten:** Hier ist die Gefahr potentiell, wie z. B. Autofahren oder eine mögliche Schwangerschaft. Gesundheitsschädlicher Konsum (CIM 10, WHO) gehört ebenfalls in diese Kategorie, die toxische Wirkung besteht hier in der langfristigen Kumulierung der Dosen.
- **Rekreativer Konsum:** Vom Suchtverhalten her gibt es diese Kategorie für alle Substanzen. Man kann hier als Beipiel die «J»-förmige Risikokurve des Alkohols anführen, bei welchem kleine Dosen sogar gesundheitsförderlich sein können (Herzkreislaufrisiko).

Fallbeispiel

Es handelt sich um einen jungen, 18-jährigen Mann, der sich als «Informatiker» vorstellt. Er bittet Sie wegen Schlafstörungen um Benzodiazepine. Er berichtet über Müdigkeit, Stress, und Sie vermuten hinter seinen Konzentrationsstörungen eine Depression. Die systematische Anamnese ergibt allabendlichen Cannabiskonsum und dass ihr Patient «süchtiger» WOW-Spieler ist (World of Warcraft, ein online Videospiel). Welche Rolle spielt das Cannabis? Soll nach weiteren Substanzen gesucht werden? Was ist primär und was sekundär? Wie abklären? Welche Betreuung kann dem Patienten angeboten werden?

Moralisch gesehen

Historisch wurden Süchte immer als Laster betrachtet, als Frucht von Faulheit und bösem Willen. Die psycho-aktiven Substanzen selbst wurden jeweils entweder verteufelt oder aber verharmlost. Süchtige Patienten, als schwer zugänglich erlebt, wurden dem Sozialwesen zugeschoben, wodurch Risse im Netzwerk entstanden. Die Ideologisierung hat seit langem zu einer Kluft zwischen Angebot und Nachfrage geführt. Armselige Patienten haben zu einer armseligen Medizin geführt.

Klinisch gesehen

Heute haben wir die Mittel, Suchtkrankheiten als Paradigmen des modernen Lebens zu verstehen: Komplexe Krankheitsbilder an der Wegscheide zwischen psychosomatisch und psychosozial, drücken Süchte die Verletzlichkeit des Individuums sowohl im biologischen, als auch im psychologischen und sozialen Bereich aus. Die Kenntnisse des Suchtverhaltens haben heutzutage feste wissenschaftliche Grundlagen: Molekularbiologie, Genforschung, Bildgebung des Gehirns, Tierexperiment, klinische Epidemiologie, «Evidenz-basierte»- Behandlungen und Humanwissenschaften sind daran beteiligt. Gute Medizin ist deshalb möglich, garantiert durch die Synthese unserer Kenntnisse, eine starke klinische Abstützung und eine auf die Bedürfnisse der Patienten zentrierte Betreuung.

Psycho-aktive Substanzen

Kehren wir kurz auf die Schulbank der Medizin zurück und wärmen wir unsere Kenntnisse der psycho-aktiven Substanzen auf. In Bezug auf Sucht werden sie üblicherweise in drei Gruppen zusammengefasst:

- **Psycholeptika** oder Depressoren des Zentralnervensystems. Diese Gruppe umfasst Alkohol, Benzodiazepine, Barbiturate und andere Hypnotika, GHB («Vergewaltigerdroge») und Opiate (Codein, Morphin, Heroin, synthetische Opiate). Allen Psycholeptika ist die dosisabhängige sedierende Wirkung bis zum Atemstillstand bei Überdosierung gemeinsam. Gesucht wird im Allgemeinen eine anxiolytische Wirkung.
- **Psychoanaleptika** oder Stimulantien des Zentralnervensystems. Diese Gruppe umfasst Coffein, Nikotin, Amphetamine und ihre Abkömmlinge sowie Kokain. Gemeinsam ist allen Psychoanaleptika die sowohl somatische (Herzinfarkt-, Hirnschlag-, Krampfrisiko usw.) als auch psychische Erregbarkeit (Reizbarkeit, sexuelle Erregbarkeit, Machtgefühl, Agressivität, Paranoia). Alle diese Wirkungen sind Dosis- und Substanzabhängig.
- **Psychodysleptika** oder das Zentralnervensystem störende Substanzen. Diese

1 Anlässlich des Praktikerkongresses Quadrimed vom 25.1.2007 gehaltener Vortrag

Gruppe umfasst Cannabis, Lösungsmittel, Mescalin, LSD und Phencyclidin («Angel dust»). Allen Psychodysleptika sind dosisabhängige Wahrnehmungsdissoziative und Störungen vom psychotischen Typ gemeinsam. Dies gilt insbesondere für das in geringen Dosen zwar sedativ wirkende Cannabis, bei welchem durch höhere Dosen jedoch eine dissoziative Wirkung («Ausrasten») gesucht wird, was, wegen dem hohen THC-Gehalt des zurzeit auf dem (illegalen) Markt erhältlichen Cannabis, oft ohne Wissen des Verbrauchers geschieht.

Konsumgewohnheiten

In der Einführung sind wir auf die verschiedenen konsumabhängigen Probleme eingegangen. Was zeigt die Pyramide der Konsumgewohnheiten für einzelne Substanzen in der Gesamtbevölkerung:
Alkohol: 5–7% der Allgemeinbevölkerung weist schwere Störungen auf (Abhängigkeit) und bedarf einer spezialisierten Behandlung. Bei ca. 20% der Allgemeinbevölkerung stellt man Missbrauch oder Risikokonsum fest; hier wären Früherfassungs- und Kurzinterventionsprogramme angebracht. Die übrige Bevölkerung stellt kein Risiko dar, entweder weil sie nur zum Vergnügen konsumiert oder aber abstinent ist. Dort kann Primärprevention nützlich sein («Alles im Griff» usw.).

Ein wenig Neurobiologie

Die sich mit Sucht befassenden neurobiologischen Wissenschaften erlauben es uns heute, die individuell verschiedene Empfindlichkeit gegenüber dem Suchtverhalten besser zu verstehen. Insbesondere Tiermodelle haben unseren Kenntnissen der Hirnstrukturen, welche an Lustmechanismen, positiver oder negativer Verstärkung (reinforcement), Suchtgedächtnis, Alarmmechanismen und Automatisierung beteiligt sind, grosse Fortschritte erlaubt. Beim Menschen konnten die neuen Bildgebungstechniken des Gehirns (IRM, PET-Scan usw.), durch die Darstellung der betroffenen Strukturen (Nucleus accumbeus, Amygdala, Hippocampus, präfrontaler Cortex usw.), die beim Tier erhaltenen Resultate bestätigen.
Auch auf zellulärem Niveau verstehen wir die Wirkung der psychoaktiven Substanzen immer besser, sowohl die Neurotransmitter (Dopamin) als auch die neuronale Plastizität (Induktion der Genexpression) betreffend. Diese Arbeiten lassen eine grosse genetische Heterogenität der Bevölkerung erahnen, was die individuelle Vulnerabilität zumindest teilweise erklärt (Dopaminergie, Glutamatergie).

Die Rolle des Praktikers

Was soll der Praktiker mit all dem? Seine Rolle ist zentral. Seine Fähigkeit, neutral und empathisch zu empfangen, macht aus ihm die natürliche, primäre Anlaufstelle bei dieser Art Problem. Seine Fähigkeit, mehrdimensionale Diagnosen zu stellen und seine Kenntnisse der regionalen Netzwerke erlauben es ihm, ein dem Patienten angepasstes Pflegekonzept zu erarbeiten und vernünftige therapeutische Ziele zu setzen. Um dies zu erreichen, kann mit dem Patienten ein Vertrag abgeschlossen werden, zeitlich begrenzt und mit periodischen Evaluationen.
Als praktische Hilfe und um bei der Abklärung nichts Wesentliches zu vergessen, hat unser Dienst ein didaktisches Instrument geschaffen, das RAP (Rapid Addiction Profile). Es handelt sich um einen durch den Therapeuten auszufüllenden Fragebogen, mit den 5 wichtigsten, als Wegleitung für die Betreuung dienenden klinischen Ebenen. Das Dokument wird Teil der Krankengeschichte und erlaubt es, die Übersicht über die Betreuung als Ganzes zu bewahren.

Das Rapid Action Profile

(siehe Beilage)

Dieses einseitige Dokument umfasst folgende 5 Ebenen:

Somatische Ebene: Nicht selten vergisst der Arzt angesichts eines süchtigen Patienten, auf die medizinischen Aspekte einzugehen; diese sind jedoch nicht selten: Abszesse und Infekte, Herzkreislaufprobleme, neurologische Störungen usw. Die Auswirkungen somatischer Diagnosen sind für die Betreuung wichtig: Leberfunktion oder psychoorganische Störungen beispielsweise sind Elemente, die berücksichtigt werden müssen.

Psychiatrische Ebene: Sucht wird häufig von primären, sekundären und zirkulären psychiatrischen Störungen begleitet. Assoziation mit Depression, Angstgefühlen oder Persönlichkeitsstörungen sind besonders häufig. Diese Begleitkrankheiten müssen im Rahmen der Gesamtbetreuung erkannt und entsprechend behandelt werden, da sonst Brüche und Unstimmigkeiten auftreten, die zu Rückfällen sowohl im Suchtverhalten als auch der psychiatrischen Störung führen. Die ganzheitliche Betreuung erlaubt es, für beide Diagnosen passende Psychopharmaka zu verschreiben. Atypische Neuroleptika sind z. B. besonders bei einer Komorbidität Sucht-Psychose indiziert, da sie den D2-Rezeptor verschonen (Belohnungs-Dopamin). Bei einer Substitutionsbehandlung müssen mögliche Interaktionen mit Medikamenten beachtet werden.

Motivationsebene: Die Motivation ist der für die gesamte Betreuung limitierende Faktor. Um Widerstände und Leugnung überwinden zu können, verfügen wir über Gesprächs- und Motivationstechniken, die auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhen und deren Wirksamkeit bewiesen ist. Die Beurteilung, inwiefern ein Wille zum Wechsel besteht, erlaubt es, das Behandlungsniveau anzupassen und therapeutische Vorschläge zu machen, die Erfolg versprechen; dies stärkt wiederum die Motivation. Die Motivationsförderung begleitet die gesamte Betreuung von Süchtigen, über theoretische und disziplinäre Grenzen hinaus. Die Patienten fühlen sich aufgewertet durch die Fähigkeit, für sie günstige und ihre Autonomie verbessernde Entscheidungen zu treffen.

Krisenebene: Die Patienten konsultieren immer zu einem für sie signifikanten Zeitpunkt, meistens in einer Situation, die ihr zerbrechliches Gleichgewicht bedroht. Oft werden sie durch ihren Partner, die Familie, den Arbeitgeber oder die Justiz unter Druck gesetzt. Der soziale Druck bietet dann einen Ansatzpunkt zur Motivationsförderung und erhöht die Bereitschaft des Patienten, auf therapeutische Vorschläge einzugehen. Durch Eingehen auf den Wunsch des Patienten wiederum kann das therapeutische Angebot erweitert und die therapeutische Allianz besser ausgeschöpft werden. Die Krise kann dann zu einer positiven Lösung des initialen Problems führen, die Krisendiagnose ihrerseits erlaubt es, Prioritäten zu setzen und den Erwartungen des Patienten entgegen zu kommen.

Ressourcenebene: Es muss ein Inventar der latenten Ressourcen aufgestellt werden, um über möglichst viele Ansatzpunkte zu

verfügen. Dieses Inventar schliesst soziokulturelle und sogar spirituelle Ressourcen ein, denn Fragen nach dem Sinn des Lebens sind bei Suchtproblemen oft vorhanden.

Die Interpretation des RAP Score ist einfach: Für jede Ebene bedeutet Score 1, dass es nichts Besonderes zu tun gibt; bei Score 2 sind Abklärungen angebracht; Score 3 bedeutet das Vorhandensein einer Komorbidität mit Behandlungsbedarf; Score 4 bedeutet Notfall, Krisenintervention oder Spitaleinweisung. Man erhält damit ein Suchtprofil in 5 Ebenen, das erlaubt, Behandlungsprioritäten zu setzen, ohne Wesentliches zu vergessen.

Für den Kliniker stellt das RAP ein integrierendes Instrument dar, das Querverbindungen zwischen scheinbar unzusammenhängenden Elementen erlaubt. Bei Jugendlichen ist es sinnvoll, Gesundheit, Motivation und Interesse für psychische Störungen zu verknüpfen, ohne Umfeld und Ressourcen zu vergessen.

Fazit

Sucht ist bei Jugendlichen häufig und für psychosomatische und psychosoziale Pathologien der Moderne emblematisch. Ihre Diagnose ist notwendigerweise mehrdimensional, vor allem, wenn nach hintergründigen psychiatrischen Pathologien gesucht wird. Der motivationsfördernde Approach festigt die Behandlung, wertet die Bemühungen des Patienten auf und hilft ihm, Alternativen zu seiner Sucht zu suchen und sein Leben besser zu gestalten.

Referenzen

1) Collège romand de médecine de l'addiction: «Toxicodépendance: problèmes somatiques courants» Ed. Méd. & Hyg., Genève, 2003; Trad. en allemand: «Drogenabhängigheit: Gelaüfige somatische Probleme» Ed. Karger, Basel, 2005.
2) Collège romand de médecine de l'addiction: «Toxicodépendance: problèmes psychiatriques courants» Ed. Méd. & Hyg., Genève, 2005; Trad. en allemand: «Drogenabhängigheit: Gelaüfige psychiatrische Probleme» Ed. Karger, Basel, 2007.
3) Reynaud M.: «Traité d'addictologie» Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2006.
4) Uchtenhagen A., ZieglänsbergerW. «Suchtmedizin» Urban und Fischer Verlag, München, 2000.

Links:

- www.ssam.ch
- www.infoset.ch

Korrespondenzadresse:
Professeur Jaques Besson
Chef du Service de psychiatrie
communautaire du CHUV
Université de Lausanne
Rue St Martin 7
1003 Lausanne

Fragebogen RAP (Rapid Addiction Profile)

Präsentation

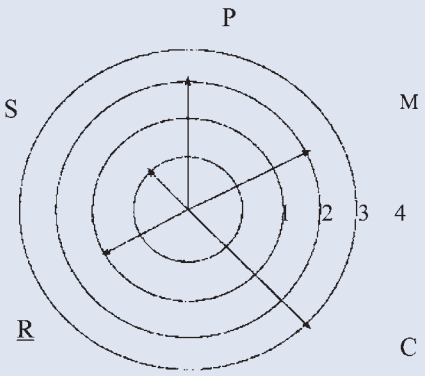
Alkoholabhängige und Süchtige sind sehr verschiedenartig. Sie können verschiedenste medizinisch-psychologisch-soziale Probleme unterschiedlichen Schweregrades aufweisen. Es ist deshalb schwierig, diese Patienten zu untersuchen; sie sind oft nur wenig motiviert und befinden sich in verschiedenen Stadien einer Krise.

Es gibt verschiedene Suchtmessinstrumente. Diese schliessen jedoch selten alle relevanten Ebenen mit ein, insbesondere sind sie nicht transtheoretisch (z. B. motivierend und systemisch orientiert). Überdies handelt es sich um Forschungsinstrumente, für die eine spezielle Ausbildung und ein grosser Zeitaufwand nötig ist.

Aus diesen Gründen haben wir dieses mehrdimensionale Suchtprofil erarbeitet, welches die Untersuchung und klinische Bewertung in der praktischen Arbeit erleichtern soll, speziell auch durch Ärzte in der Grundversorgung. Dieses Profil versucht, eine knapp gehaltene Synthese der verschiedenen, bei der Betreuung in einem multidisziplinären Netzwerk wichtigen Ebenen zu bieten (somatisch, psychiatrisch, Aspekte der Motivation, Krise, Ressourcen). Mit dem Profil können auch die Prioritäten bei der Betreuung definiert werden.

Wie soll man antworten?

Die Fragen auf der Vorderseite beziehen sich auf die Schwere der Probleme Ihres Patienten in 5 Ebenen. Um die Fragen zu beantworten, benützt man die Scores, mit denen jede Ebene in 4 Schweregrade eingeteilt werden kann. Die klinischen Beschreibungen sind Beispiele.
Wählen Sie den Schweregrad so, wie es der Situation Ihres Patienten am besten entspricht. 1 = kein Problem, 2 = einige Probleme, 3 = ernsthafte Probleme, 4 = schwere Probleme.



Beispiele

Somatisch

Eine Polytoxikomanie mit einer positiven Hepatitis-C-Serologie wird nur dann als «3» kodiert, wenn die Hepatitis symptomatisch ist oder den Patienten in seinem täglichen Leben behindert.

Psychiatrisch

Bei der Mehrzahl der Suchtpatienten mit Persönlichkeitsstörungen wird «2» kodiert, wenn die entsprechende Störung allein vorhanden ist; man kodiert «3», wenn weitere Symptome hinzukommen (Angststörung, depressive Störung); man kodiert «4», wenn die Situation zusätzlich durch ein Suizidrisiko kompliziert wird.

Fragebogen RAP (RAPID ADDICTION PROFILE)

Name: Vorname: Geschlecht: Geburtsdatum:

Datum Interviewabschluss: Interviewer:

I. Somatische Ebene

1 ❑ Guter Allgemeinzustand, negative Serologie (HIV, Hepatits B und C)
2 ❑ Positive Serologie, leicht verminderter Allgemeinzustand, Zahnprobleme, Hygieneprobleme, Abszesse ohne Komplikationen
3 ❑ Aktuelle HIV-Tripeltherapie, chronische Hepatitis, somatische Begleiterkrankungen (Diabetes etc.), Abszesse mit Komplikationen
4 ❑ AIDS (Erkrankung), Endokarditis, Pankreatitis, schwere neurologische Störung

II. Psychiatrische Ebene

1 ❑ Keine anderen Krankheitsdiagnosen ausser Missbrauch und Abhängigkeit gemäss ICD 10, DSM IV
2 ❑ Diagnose auf Achse II nach DSM IV (Persönlichkeitsstörung), Polytoxikomanie
3 ❑ Diagnose eines Syndroms auf Achse I nach DSM IV (z. B. bipolare Störung, Schizophrenie, manifeste Depression)
4 ❑ Mehrere akute oder invalidisierende psychiatrische Diagnosen

III. Motivationsebene

1 ❑ Kollaborativer Patient, problembewusst, motiviert für die Behandlung
2 ❑ Kollaborativer Patient, teilweise problembewusst, der Behandlung gegenüber ambivalent
3 ❑ Patient kommt auf Druck Dritter zur Behandlung, teilweises Verleugnen der persönlichen Probleme, steht der Behandlung zurückhaltend gegenüber
4 ❑ Ablehnender Patient, kommt zwangsweise, Verleugnung des Problems, sieht den Sinn der Behandlung nicht ein

IV. Krisenebene

1 ❑ Unterstützender Partner, Familie setzt klare Grenzen, bestimmter, aber verständnisvoller Arbeitgeber
2 ❑ Familie mit unklarer Einstellung, Partner ebenfalls abhängig, kollaborativer Arbeitgeber
3 ❑ Ablehnende Familie, Partner unter Drogen, im Bereich Arbeitsleben keine Ansatzpunkte

V. Ressourcenebene

1 ❑ Bezieht Lohn, hat Wohnung, keine rechtlichen Probleme, aktives soziales Leben
2 ❑ Arbeitslos, prekäre Wohnverhältnisse, rechtliche Probleme, reduziertes soziales Leben, berufliche Ausbildung vorhanden
3 ❑ Bezieht Sozialhilfe, keine eigene Wohnung, gerichtliches Verfahren, erhebliche Schulden, keine Berufsausbildung vorhanden, kein Sozialleben ausser «Szene»
4 ❑ Ohne feste Wohnung, vollständige Randständigkeit, Gewaltdelinquenz