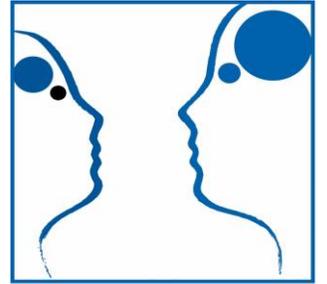


Psychische Störungen und Suchtverhalten bei Jugendlichen



Facharzt für
**Kinder - &
Jugendpsychiatrie**
Dr. Wolfram Metzger

Substanzkonsum und Gameing-Disorder bei psychischen Auffälligkeiten wie z.B. ADHS, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und juveniler Psychosen...

Psychosoziale und
Psychosomatische
Medizin
(ÖÄK Diplom)

Psychotherapie
(BÄK Südwürtt.)

Suchtmedizin
(BÄK Südwürtt.)

ARGE Tagung der SUPRO Vorarlberg am 17.10.2023 – Brennpunkt Pubertät

Interessenkonflikte ?

- bestehen keine...

Auf welchem Hintergrund?

clean.kick





ZfP Südwürttemberg, KJP Weissenau, bei Ravensburg



cleankick/cleankids: Behandlungsstation für Kinder u. Jugendliche mit Drogenproblemen

- 15 Behandlungsplätze (*seit Mitte 2009: 5 Plätze zusätzl. für suchtgefährdete Kinder*)
- Versorgungsgebiet: Baden-Württemberg (tw. auch Bayern und Vorarlberg)
- Integrierte Jugend-Drogen Fachambulanz
- Qualifizierter Entzug und weiterführende KJPP- Behandlung
- Basis: freiwillige Übereinkunft (Kinder und jüngere Jugendliche – oft auch fürsorgliche familiengerichtliche Unterbringung)
- Evaluiertes Konzept

Zielgruppe nach Behandlungskriterien

Jugendliche:

1. die Problemverhalten zeigen, Drogen aber nur ausprobieren oder gelegentlich gebrauchen



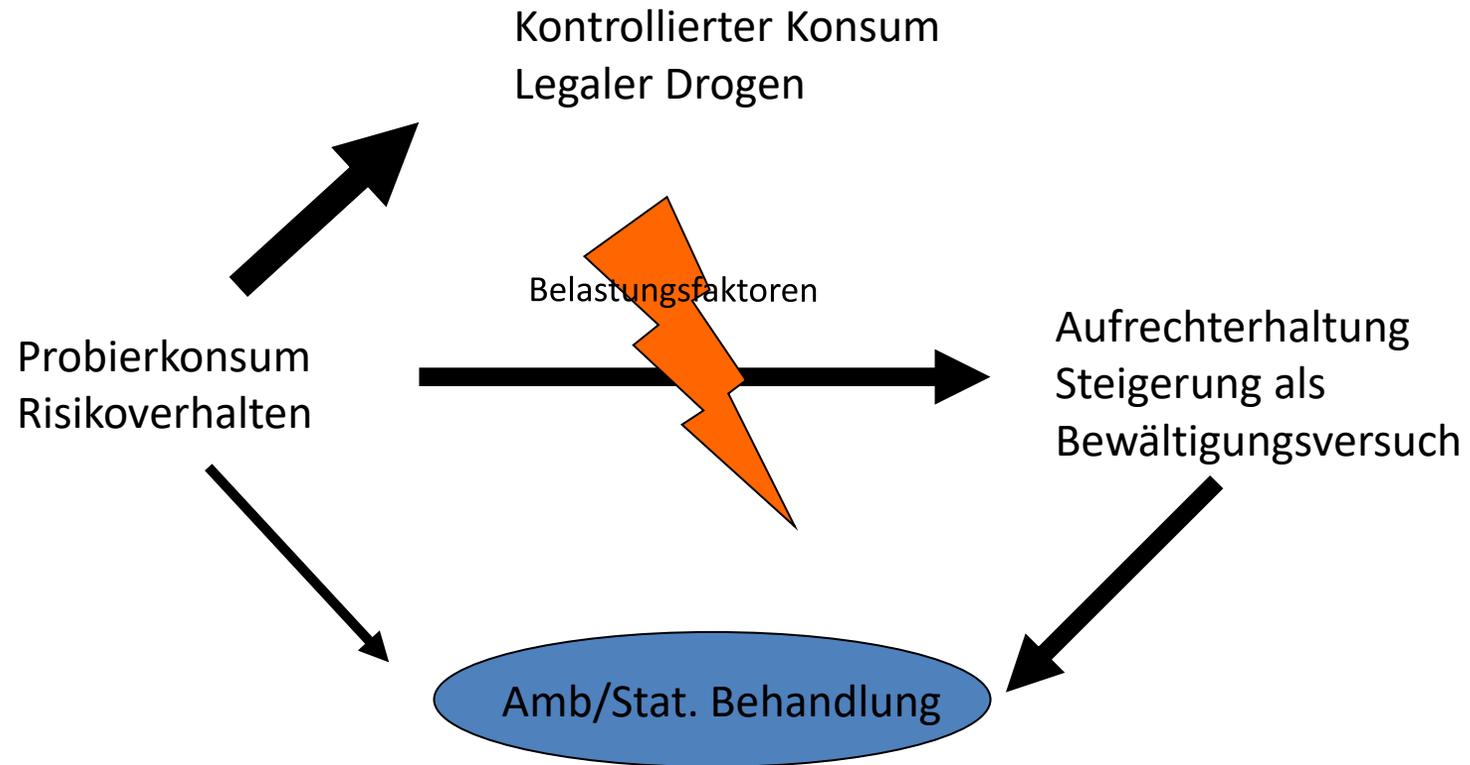
2. die einen ausgeprägten schädigenden Substanzmissbrauch betreiben der schon zu körperlichen oder seelischen Folgeerkrankungen geführt hat. Einschließlich eines gestörten Verhaltens oder Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit mit negativen Konsequenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen.

3. die manifest abhängigkeitskrank sind.

4. die psychisch krank sind und Suchtprobleme haben

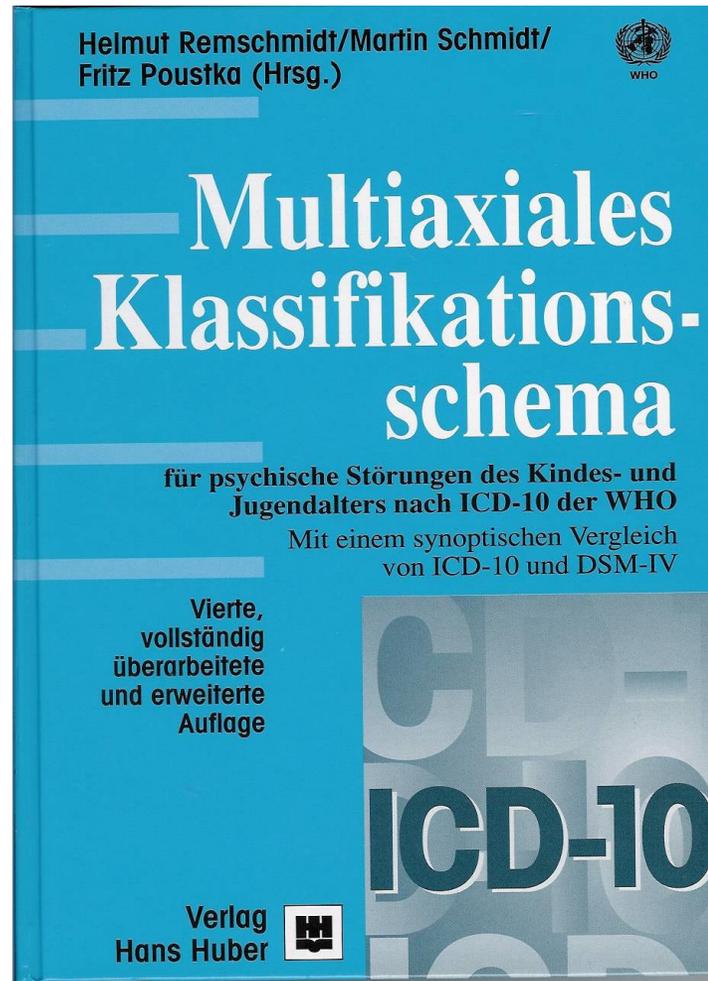


*ICD 10 Kapitel V (F); Forschungskriterien
AWMF Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen
im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (2. Auflage 2003)*



- Schädlicher Gebrauch & Folgen (phys./psych./Verhalten)
 - Abhängigkeitsentwicklung
 - (drogenindizierte) psych. Störung
- ICD 10: F10... – 19...**

„MAS“: was machen Kinder- u. Jugendpsychiater



Ganzheitliche Diagnosestellung: Multiaxiales Klassifikationssystem (MAS)

Remschmidt et al. 2010)

- I. Psychiatrische Störung
- II. Umschriebene Entwicklungsstörungen
(Teilleistungsschwächen)
- III. Intelligenz (IQ)
- IV. Körperl. Erkrankung (somatisch)
- V. Abnorme Entwicklungsbed. (Familie)
- VI. Fkt. der psychosozialen Anpassung (Globale soziale Funktionen)

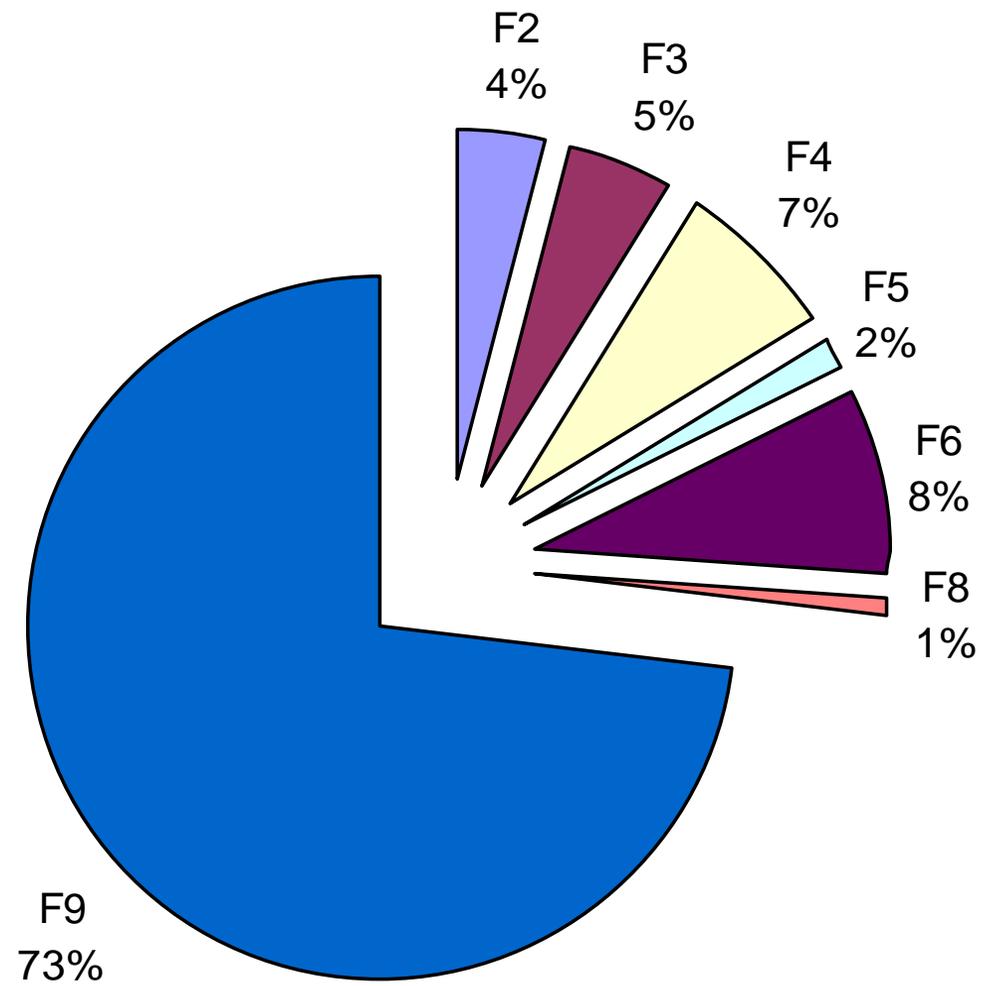
Sucht + Hauptdiagnosen n. ICD-10; ck –Evaluation

2002-2004

F12.2 Cannabinoide, Abhängigkeit	41,9%
F19.1 multipler Substanzgebrauch, schädli. Gebrauch	19,9%
F19.2 multipler Substanzgebrauch, Abhängigkeit	12,7%
F12.1 Cannabinoide, schädli. Gebrauch	7,8%
F11.2 Opioide, Abhängigkeit	6,6%
F10.2 Alkohol, Abhängigkeit	3,6%
sonstige F1x	6,0%
Sonstige psychische Störungen F2- F9	76,2%



Verteilung der 2. Diagnose außer F1



Comorbidität bei behandelten Jugendlichen in ck

- 2. ICD-10 Diagnose bei 76,2% (48% davon keine substanzbezogene)
- 3. (weitere) Diagnose bei 31% (90% davon keine substanzbezogene)
- Bei 62,9% besteht eine comorbide Erkrankung der Kategorien F2-F9!

Motive für Konsum *(n. Wieland 1995)*

Abgrenzung von den Eltern

Integration in eine Peergroup

Grenzerfahrungen

„Übergangsrituale“

sozial- und psychoregulative Funktion

Streß- und Spannungsreduktion

veränderte Leistungs- oder
Erlebensfähigkeit



Funktionen des problematischen Substanzgebrauchs

5 Oberbegriffe (n. Klein M. 2022):

- 1.Euphorisierung:** Verbesserung der Stimmung und der Emotionen
- 2.soziale Integration:** Akzeptanz durch Peers
- 3.Stressreduktion:** soziale und psychische Belastungen verringern
- 4.Selbstmedikation:** Angstabbau, Stimmungsverbesserung, Aggressivitätssteigerung
- 5.Eskapismus:** Flucht aus der als unerträglich erlebten Realität.

Wirkungserwartung!?

- **Alkohol** – enthemmend und als (dumpfe) **Geselligkeitsdroge**
- **Nikotin u. Coffein** – wachhalten o.a. entspannend, **Konzentration unterstützen**
- **Ecstasy** – als **Harmoniedroge**
- **Haschisch** – als **Entspannungsdroge** mit Wahrnehmungsverzerrung
- **Psilocybin-Pilze und LSD** - sind **Grenzerfahrungsdrogen**
- **Kokain** – ist eine **Egodroge**
- **Speed („Pepp“), Crystal-Meth.** – als **Leistungsdrogen**
- **Opiate wie „H“** - als **Wegmachdroge**
- **Benzos** – **chill-out Drogen**

Benzodiazepine = „Downer“

Xanax-ein-wirkstoff-geht-steil...bei Jugendlichen

<https://www.doccheck.com/de/detail/articles/22771-xanax-ein-wirkstoff-geht-steil>

Szenenamen:

Zannies, Xans, Z-Bars, Zanbars, Hulks, Planks, Blue Footballs, Bricks, Bars, Benzos, Somnu, White Girls, White Boys, Xannys, XanXans - Alprazolam...wurde bei Jugendlichen zum bekanntesten Benzodiazepin



Quelle <https://www.youtube.com/watch?v=KJaJsdAZVBI>



Internet Gaming Disorder

Verhaltenssucht (DSM-V definiert 10 suchttypische Kriterien)

n. Thomasius et al 2017; Deutsches Ärzteblatt, - assoziiert mit:

- männlichem Geschlecht
- niedrigeres Lebensalter
- höhere Depressivität u. Ängstlichkeit
- häufigerer Vernachlässigung sozialer Kontakte
- u. Interessen wegen der Computerspielnutzung

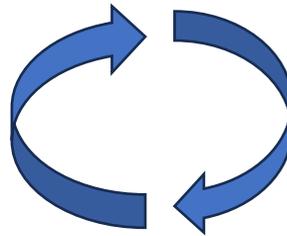
bei internalisierenden Störungen:

- mit negativen Emotionen, wie Angst, Selbstunsicherheit, Depressivität u. b. traumatischen Intrusionen wirken psychotrope Substanzen beruhigend und subjektiv sofort entlastend 

Angst lässt nach, negative selbstbezogene Kognitionen werden unterdrückt oder sogar durch euphorische Gefühle ersetzt. Aber nur solange die eingenommenen Substanzen wirksam sind.....

- **Teufelskreis** aus Defiziterleben -

Konsum – positive Konsumwirkung



– Nachlassender Wirkung –

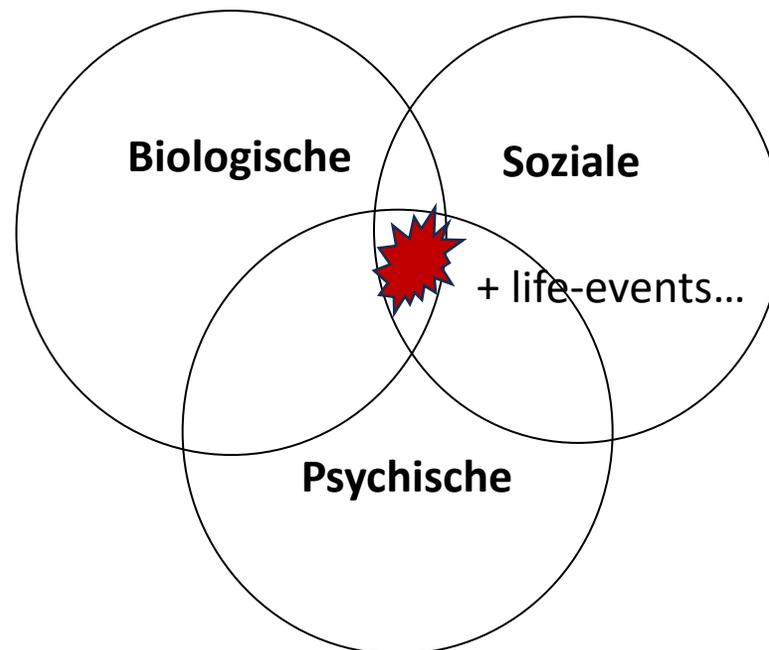
neuerliches Defiziterleben.....

bei externalisierenden Störungen

- mit sozial problematischen Verhaltensweisen (**expansives Verhalten**), insb. Aggressivität sowie soziale Norm- und Regelverletzungen 
- Psychotrope Substanzen wirken verstärkend und intensivierend; mit Zunahme von Aggressionsbereitschaft und Enthemmung
- Oder aber auch Dämpfung und Beruhigung der aggressiv –unruhigen Tendenzen
- *(ganz gechillt sein...o. um mit Überspannung und mit innerer Unruhe überhaupt schlafen zu können...)*

Substanzkonsum mit Risikomerkmale?

- Risikomerkmale für einen problematischen Substanzkonsum im Jugendalter beziehen sich auf den **gesamten biopsychosozialen Bereich** im Leben der Jugendlichen:



Biopsychosoziales Modell zur multifaktoriellen Genese psychischer Störungen.....

Prädiktionsfaktoren im Kindesalter spätere für Suchtentwicklung:

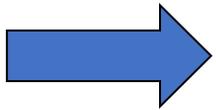
- Geringer Familienzusammenhalt
- delinquente Peer-Gruppe
- früher Konsum von legalen Rauschmitteln (Nikotin, Alkohol)
- Körperliche Vernachlässigung (♀)
- Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom

Quelle:

*Küfner H., Bühringer G., (2000) Prädiktoren in der Kindheit :
Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. Sucht 46(1) 2000 s. 32-53*

Prädiktionsfaktoren und Verlaufsdeterminanten II

- Kufner, et al 2001 und Witchen, et al in EDSP* 2000, gelang es in Longitudinalstudien herauszuarbeiten, dass:



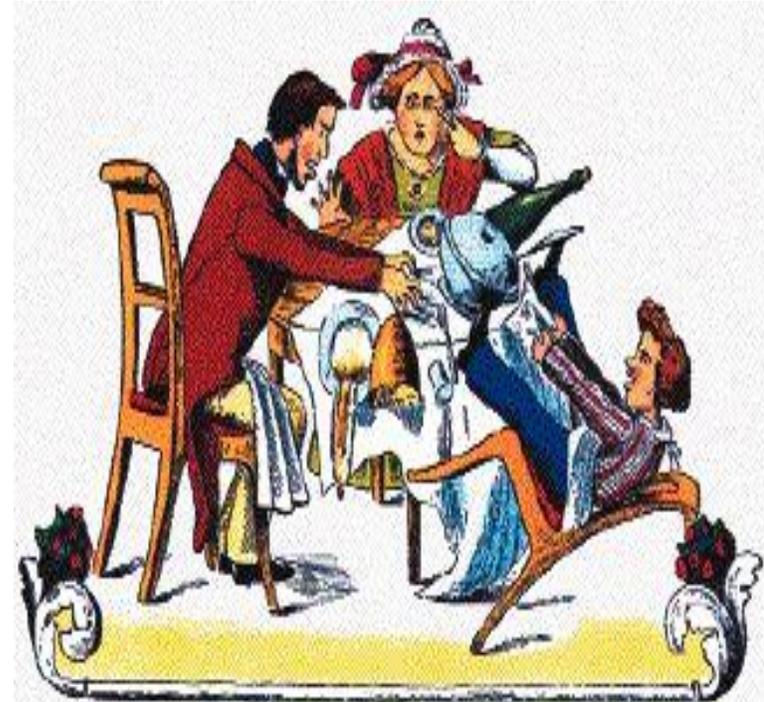
eine überproportional häufige Co-Inzidenz für Sucht- nach
Aufmerksamkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter besteht.

* *Longitudinal Multicenter Studie: "Early Developmental Stages of Psychopathology"*

ADHS und Suchtverhalten

Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndrom

- Als der Frankfurter Nervenarzt **Heinrich Hoffmann 1844** mit der Figur des Zappelphilipps in seinem Kinderbuch „Der Struwwelpeter“ seinem Sohn ein Weihnachtsgeschenk zeichnete, konnte es ihm kaum darum gegangen sein, ein heute vielseitig beachtetes Störungsbild zu charakterisieren. Weder war er als Praktischer Arzt und Geburtshelfer neuropsychiatrisch ausgerichtet, noch erlaubte der moralisierend erhobene Zeigefinger des viktorianisch Bürgertums diese „**Unart**“ als Symptomrepräsentation im Sinne eines Krankheitsgeschehens zu begreifen.



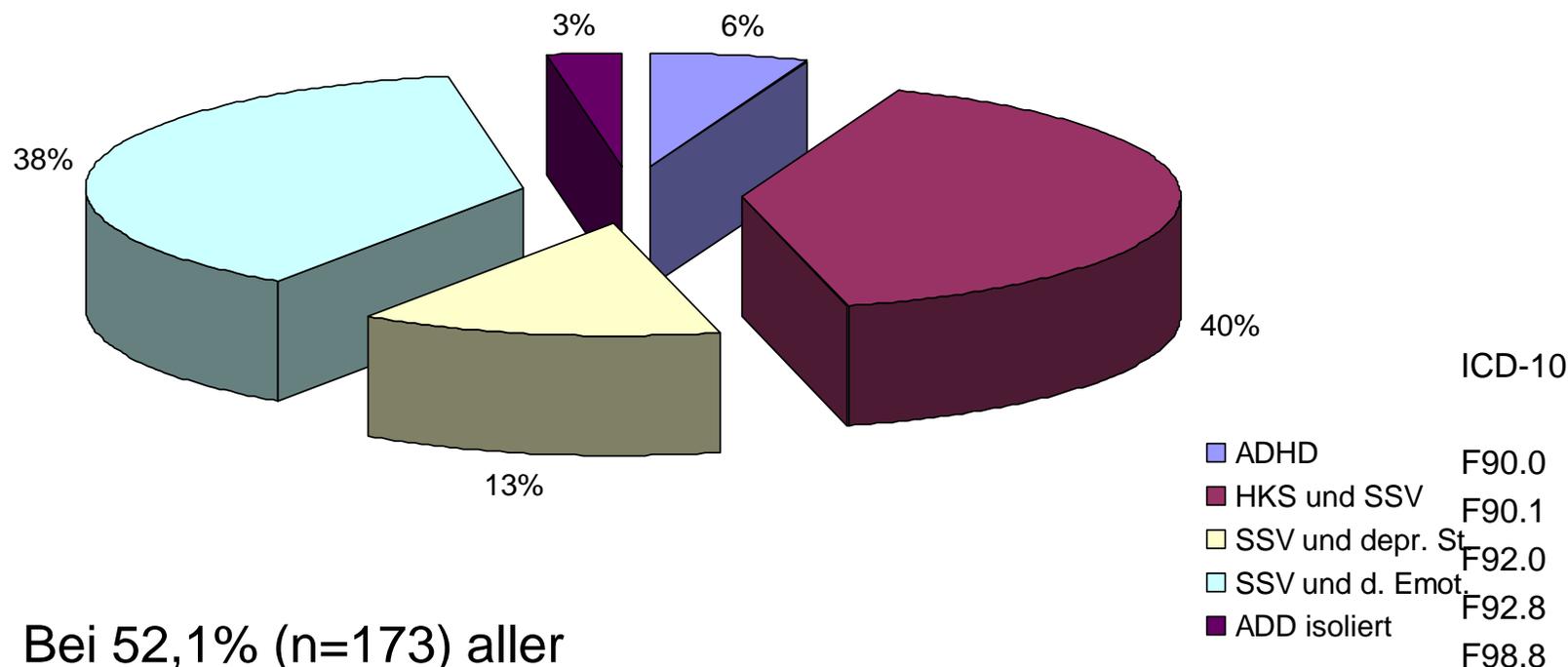
Parallelen: ADHS u. Suchterkrankungen?

- Sucht wurde früher allgemein als „**Charakterschwäche**“ abgetan
- Erst 1957 wurde Sucht, mit der **Definition von Abhängigkeitsmerkmalen durch die WHO**, als behandlungsbedürftige Krankheit anerkannt
- Beide hier beschriebenen Störungszusammenhänge fanden in den Folgejahren Eingang in die Diagnose-Nomenklaturesysteme ICD und DSM.
- hohe transgenerationale Prädisposition ADHD/ Sucht
- Sozial- und Entwicklungs- beeinträchtigendes Problemverhalten

Jugendliche mit Drogenproblemen in clean.kick - Häufigkeit AD(H)D?

Prozentuale Verteilung ausgewählter Diagnosen aus d. Gesamtstichprobe N=332

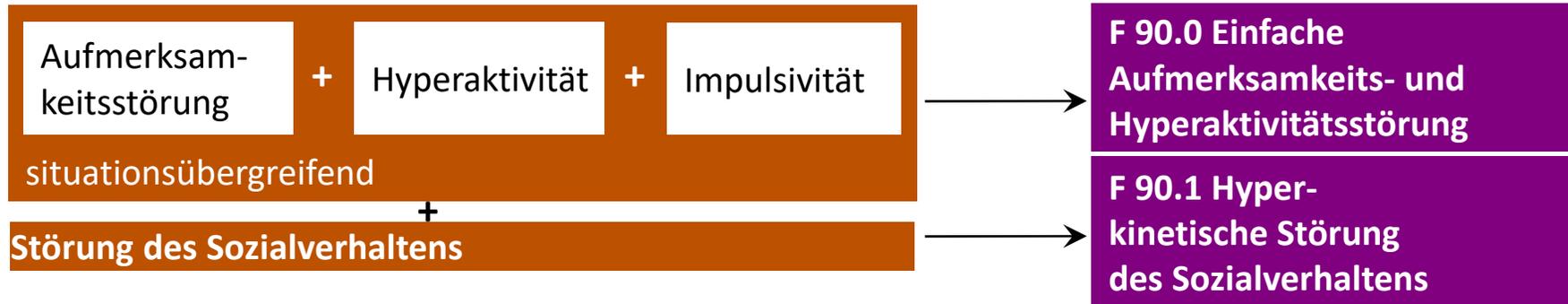
Zeitraum 01.03.2002 – 29.02.2004



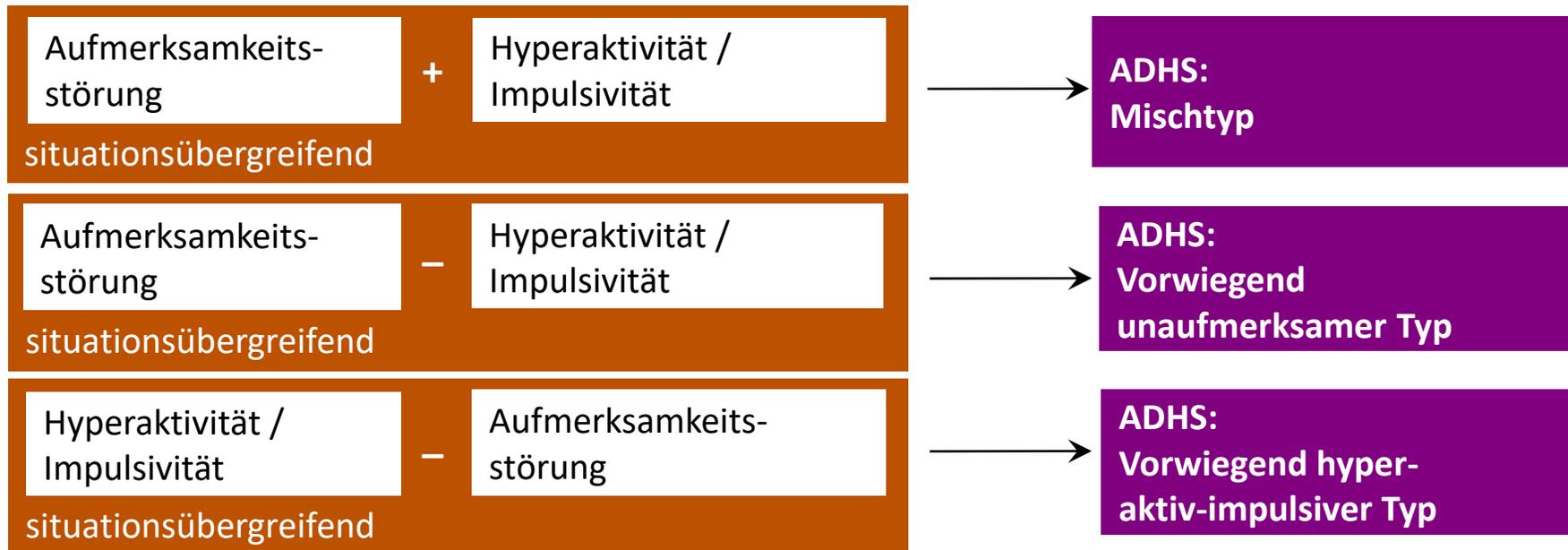
Bei 52,1% (n=173) aller stationären Behandlungen wurde eine der ausgewählten 2. o. 3. Diagnosen F90.0-F98.8 vergeben

ADHD -Diagnosemerkmale

ICD 10



DSM IV



Prävalenz von ADHS

(transkulturell annähernd gleich verteilt)

- **3-5 %¹**

**bei Kindern im
schulpflichtigen Alter**

(aktuelle Studien deuten auf eine höhere
Prävalenz hin)

- **4:1 Jungen/ Mädchen**

- **2-4 %²**

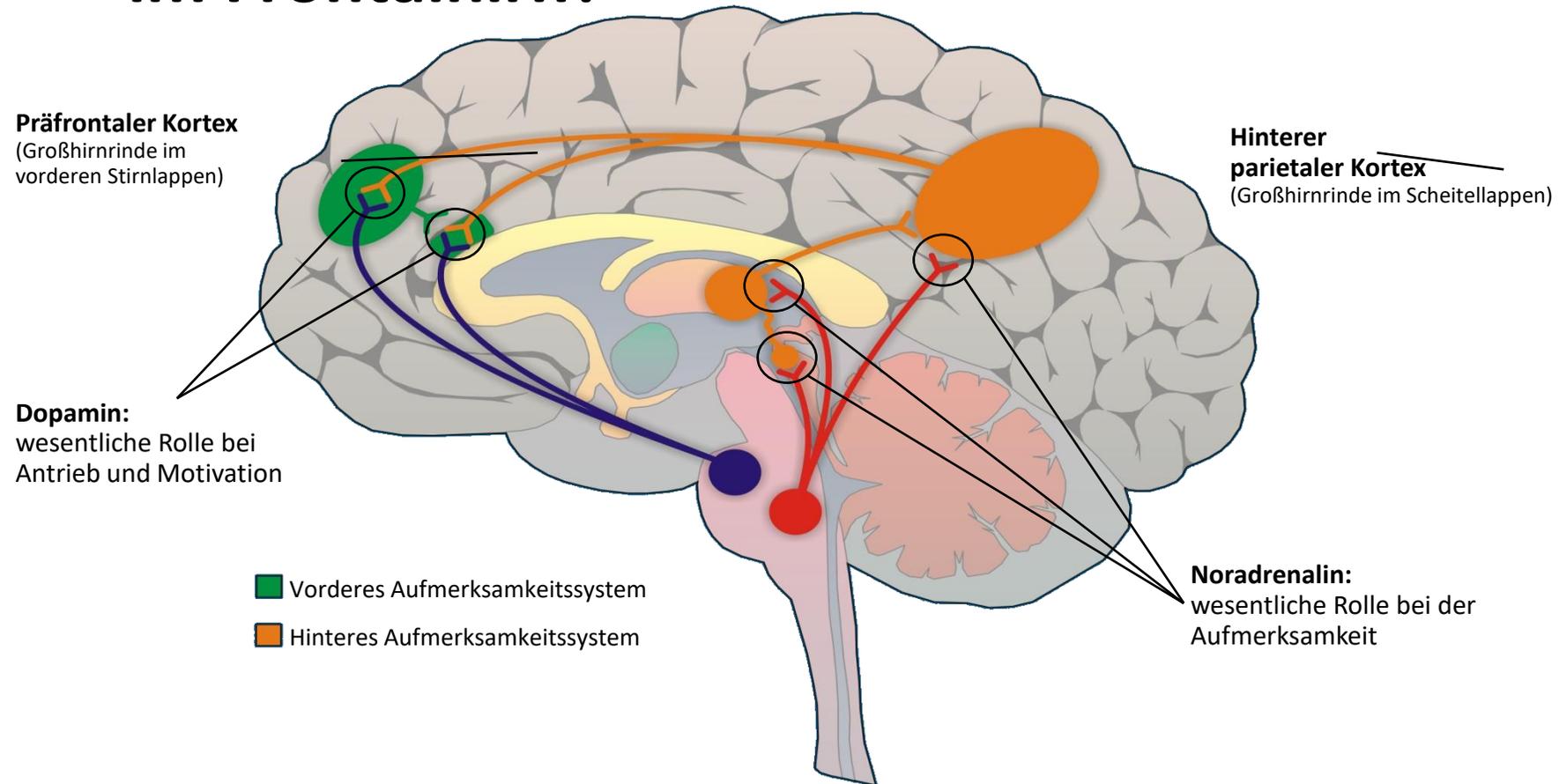
bei Erwachsenen

*(bis 60% der im
Kindesalter
diagnostizierten Patienten
zeigen im
Erwachsenenalter
fortbestehende
charakteristische
Symptome)*

1 Goldman et al., JAMA 1998;279:1100-1107. Barkley, Attention-deficit hyperactivity disorder. In: Mash, Barkley (eds.): Child Psychopathology 1996: 63-112.

2 Wender PH (1995), Attention-deficit hyperactivity disorder in adults, Oxford University Press New York zitiert in Krause J / Krause KH (2003), ADHS im Erwachsenenalter, Schattauer Stuttgart

Pathophysiologie: Unreife dopaminerger Strukturen im Frontalhirn?



Modifiziert nach Pliszka et al. (1996): Catecholamines in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35 (3): 264--272, sowie Himmelstein et. al (2001): The neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Front Biosci* 5:D461-78

ADHS:

Diagnostische Leitsymptome

- ***Früher Beginn und über alle Lebensbereiche hinweg:***
- Kurze Aufmerksamkeitsspanne
- Konzentrationsmangel
- Hohe Ablenkbarkeit
- Bewegungsunruhe
- Impulsivität
- Unvermittelte Reizbarkeit (Wutanfälle)
- Gesteigertes Redebedürfnis
- (sozio-emotionale) Irritierbarkeit
- Desorganisiertheit
- Unfallneigung



ADHS

Folgen:



- Anlagebedingte u. überdauernde Störung
- höhere Erziehungsanforderungen
- oft problemat. Entwicklungsverlauf
- droh. Schulversagen
- 60% noch anteilig im Erw. Alter...
- Neg. Selbstkonzept/ Scheiterungserleben
- Hohe Affinität f. Unterhaltungselektronik
- häufig Komorbibität:

SSV, TLS, Tics, Zwang, Angst, Depression,
Einnässen

ADHS bei Jugendlichen

- Bewegungsunruhe nimmt ab ... aber Desorganisiertheit zu
- oft verzögerte Pubertät o. spätere emotionale Reife
- Pubertätsprobleme verschärft („Gehirn als Großbaustelle“)
- Haben höhere Risiken für Suchtmittelkonsum (früh Rauchen, Coffein, Selbstmedikation)
- Können Bedürfnisse nur schwer aufschieben
- Sensation- seaking, Unfallneigung u. Risikoverhalten
- Können soziale Konsequenzen schwer vorwegnehmen (handeln impulsiv und unüberlegt) – fehlende Exekutivfunktionen
- Können Termine und Zeitabläufe nur schwer einhalten - Planungsdefizite
- oft emotional irritierbar u. stimmungslabil
- Frustrationsintoleranz
- verhaltenskreativ
- ausgeprägter Gerechtigkeitssinn
- Erledigen viele Anforderungen erst „auf den letzten Drücker“ - Prokrastination
- Aversion gegen Ermahnungen und moralisierende Botschaften!

ADHS – gesicherte Diagnose ?

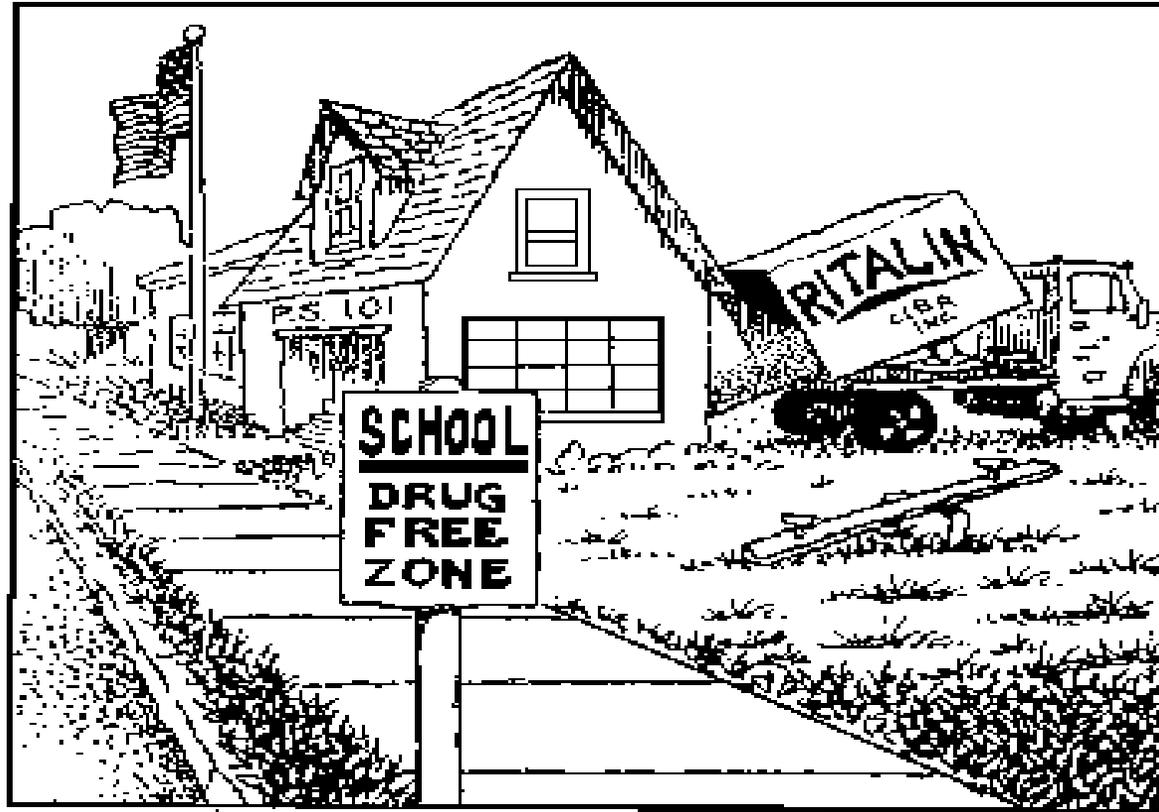
basierend auf:

- Dezidierte Entwicklungsanamnese
- Durchgängige Symptomatik schon im Grundschulalter?
- Symptomchecklisten (Selbst- u. Fremdbeurteilung)
- Verhaltensbeobachtung
- Psychol. Testung: IQ, Aufmerksamkeitsverlauf und spez. Attentiontests



- *nur wenn diese übereinstimmend Hinweise auf ADHS-Merkmale geben u. andere Ursachen ausgeschlossen sind gilt die Diagn. als gesichert*

Psychostimmulanzien...



Suchtgefahr oder Sucht-Vorbeugung?

Risiken bei Verordnung von MPH im Bezug zu frühem Konsum legaler Drogen

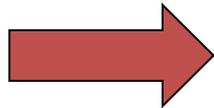
(Hinweise durch Huss u. Högl in „ADHD- Profilstudie“, 2003)

- bei Kindern mit ADHD besteht eine hohe Neigung zu frühem Nikotinmissbrauch als Selbstregulationsversuch
- Nikotin- und Alkoholmissbrauch in frühen Jahren bedingen ein hohes nachfolgendes Risiko für den Übergang auf andere psychoaktive Substanzen im frühen Jugendalter → Als Frühintervention: Stimulanzientherapie die ein therapeutisches Gesamtkonzept eingebunden sein sollte
- erfolversprechende Prävention? - während eine zu befürchtende Abhängigkeitsentwicklung von Amphetaminderivaten bei behandelten Kindern mit ADHD nie nachgewiesen werden konnte.... *(Metaanalyse von Wilens et. Al)*

Das Dilemma:

- **Ohne Medikamente....** scheitern ADHD- Drogenkids an ihrer mangelnden Steuerungsfähigkeit. Es fällt ihnen viel schwerer Regeln einzuhalten, Impulsen nicht nachzugeben oder zu Überlegen bevor sie handeln.

Aber -



- **Mit Stimulanzien...** besteht ein erneutes Missbrauchsrisiko. Unter Medikation können vielfältige Komplikationen auftreten!
- **Entscheidend für eine wirksame Anwendung** sind daher differentielle Interventionsstrategien unter gesicherten Einnahmebedingungen.
- Neuere noradrenerge Medikamente haben sich bewährt!
- Katamnestische Anwenderstudien sind erforderlich

Medikamentöse Behandlung trotz Suchtgefährdung?

- für Ärzte zu beachten:

- Stellt erhöhte Anforderungen an differenzielle Psychopharmakotherapie
- Erfordert hohe Verordnungssicherheit (verlässliche Erwachsene?)
- Spezifische Sachkenntnis u. Monitoring des Arztes
- Erfordert wirksame Therapiestrategien auch dann, wenn bereits ein Stimmulanzienabusus besteht...!?
- Setzt zumindest Niedrigkonsum und beginnende Veränderungsbereitschaft voraus
- Ist erschwert durch eingeschränkte klinische Diagnostik...(transgenerationale Sucht-Karrieren!)
- **Szenekontakte?, Missbrauchs-Potenzial?**

Was tun? Bei Szene- Orientierung und bekannten Stimulanzien- Missbrauch

Postulierte „first-line“ Anwendung für

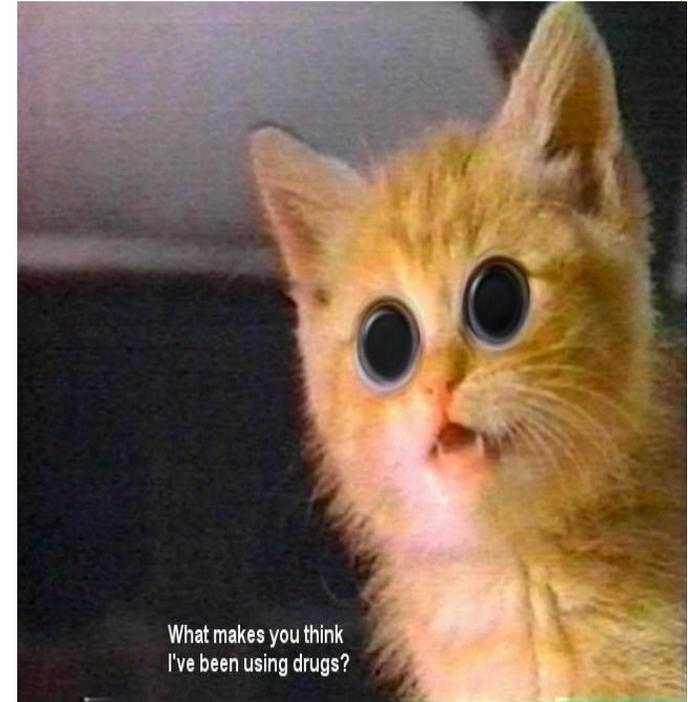
-Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer:

- ***Atomoxetin*** (Strattera, Atofab) – (aber auch *Warnhinweise: Suizidalität u. Reizbarkeit b. paradoxer Wirkung, kritische Wechselwirkung mit Alkohol...*)

gestuftes Aufdosieren 0,5-1,2 mg kg KG /Tag – ausreichende Wirkung oft erst nach 3-6 Wochen...

Psychiatrische Medikation bei Suchtkids...

- Risikobereit, hohes Neugierverhalten
- wenig Negativerfahrung durch psychoaktive Substanzen aber umso mehr Legenden aus der Szene
- Drogenbeigebrauch/Alkohol = Wirkungsstärker...
- „Pillen verchecken- o. durch die Nase ziehen“
- Einnahmeverweigerung als – Machtkampf mit Erwachsenen (Autonomiekonflikt)



ICD10 F6 Störungen der Persönlichkeitsentwicklung

Diagnostische Leitsymptome:

Mädchen und weibl. Jugendliche

- Intensiv-instabile Beziehungen.
- Manipulative Beziehungsgestaltung
-
- Selbstablehnung
- Dissoziation
- Derealisation, Depersonalisation
- Selbstbestrafung, Selbstverletzung
- Promiskuität, Vernachlässigung
- Missbrauchsopfer

Störungen der Persönlichkeitsentwicklung

Diagnostische Leitsymptome:

- **Burschen und männliche Jugendliche**
 - Impulsiv –Aggressiv
 - Geringe Frustrtoleranz
 - Brüchiger Selbstwert
 - Expansiv- externalisierend
 - Mißtrauen sozialen Übereinkünften
 - Gewaltbereit
 - Suchtmittelmißbrauch
 - ADHS?
 - Grenzgängerisches Verhalten

Krisen im Jugendalter ?

- Pubertätskrise
- Adoleszentenkrise
- Liebeskummer ?
- Schulversagen ?
- Suizidale Krise
- Aggressiver Raptus
- SIB...Selbstverletzung ?!
- Sexuelle Reifungs- und Orientierungskrise (ICD10 F66.0)
- Trebegang
- Trauer und Verlust
- Selbstwertkrise (narzißtische Kränkung)

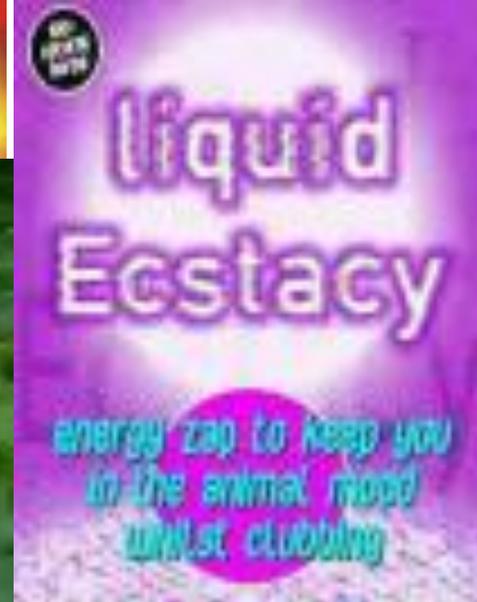


- Substanzkonsum als schnelle Lösung....?!

Drogen u.

Psychose

Datura



Halluzinogene



Exogene Drogenpsychosen

- Organisches Psychosyndrom drogeninduziert
 - vorübergehende Intoxikation
(*Stechapfel, LSD, Psilo-Pilze, Meskalin, Scopolamin, Muskarin*)
 - episodischer Verwirrheitszustand
 - Depression und Ängste
 - (Pseudo)Demenz, Delir, Dämmerzustand
 - Synästhesien („blaue Töne“)
 - „Optics, Paranoia, Hallos – total verschickt“
 - *flash-backs, bad-trips / horror-trips*
- begrenzte Dauer o. fließender Übergang zu schizophrenieformen Störungen



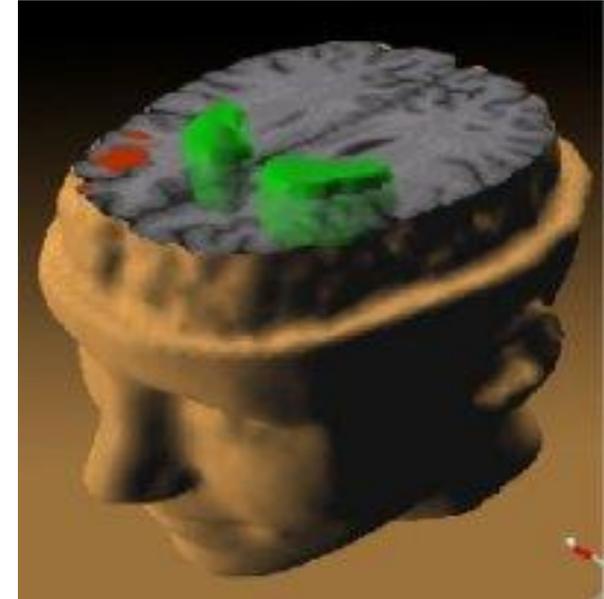
„Optics...“



„Optics“
„Halos“
„Filme“
„Flashes“
„Beam“
„Psychodelic -
afterglow“

Wirkungsweise von Drogen

- Verändern Botenstoffe in Belohnungssystemen des Gehirns
- Bringen Glücksgefühle
- Regulieren Aktivität rauf o. runter
- Bedingen Wahrnehmungsverzerrung
- Haben oft eine halluzinogene Wirkung
- Greifen in Funktionsmechanismen, Gleichgewicht von Botenstoffen und cerebrale Reparaturmechanismen ein
- Wirken auf jugendliche Gehirne anders als auf ausgereifte cerebrale Strukturen



„voll krasse
Teile eingebaut



hängen
geblieben“



Drogenassoziierte Psychosen im Jugendalter F 12/F19.5

- Treten häufiger auf beim Konsum von Halluzinogenen Substanzen
- *Cannabisprodukte mit bis zu 25%THC Gehalt treffen auf unreife Gehirne....*
- *haben eine offene Prognose?*
- *Haben immer Auswirkung auf Familie Beendigung von Entwicklungsaufgaben und Persönlichkeit*
- *Weiteres (Konsum-)Verhalten ?*
- *in der Peergruppe o. zurückgezogen am PC....*
- *beeinflussen entscheidend den early- onset einer schizophrenen Erkrankung und den multimodalen Behandlungsverlauf*

Take home - messages....

Präventiv- Faktoren zur Überwindung von Suchtproblemen im Jugendalter

<u>Intrapersonal</u>	<u>Beziehung</u>	<u>Gesellschaft</u>
Sichere Identität	Vertraute Person(en)	Verfügbarkeit
Stabiler Selbstwert	Stabile Bindung an	Modetrends
pos. Selbstwahrnehmung	Non-Konsumenten Rat Dritter in Konflikten	Entwicklungsanforderungen
Breite Interessen	funktionale Triangulierung in der Familie	vs –Angeboten
<i>„Mastery- Erfahrungen“</i>		

Wenn wir die jungen Menschen nur nehmen, wie sie sind so machen
wir sie schlechter!

Wenn wir sie behandeln, als wären sie
was sie sein sollten,

so bringen wir sie dahin, wohin sie zu bringen sind....

(nach Johann Wolfgang von Goethe)