

# „Nicht mehr im grünen Bereich!“

Substanzkonsum als Selbstmedikation im  
Kontext von hohen Belastungsfaktoren und  
hoher Vulnerabilität

17.11.2016

Steyr

# Vortragsinhalte

1. **Kasuistik** „1000 gute Gründe zur Selbstmedikation mit Substanzen“
2. Sucht und psychische Krankheit im Doppelpack - wie kommt's dazu?  
**Erklärungsmodelle für Komorbiditäten**
3. substanzbegleitende **psychische Störungen/Krankheiten** - Funktion d. Substanzen beim Versuch diese auszuhalten
4. **ab wann ins Spital?**

# Kasuistik : Lukas, 16,5 Jahre

- Vater 50a, Betriebswirt
- Mutter 48a, IT-Fachfrau, derzeit in Umschulung ( wirkt psychisch u. suchtmäßig belastet, bestreitet dies aber)
- Lukas einziges Kind seiner verheirateten Eltern
- Scheidung im Alter von 2,5 Jahren( L. weiß Gründe nicht, Kontakt d. Vater/Mutter und Vater/Lukas gut)

# Geburt/Kindheit

- Frühgeburt in der 37.Woche, lange Geburtsdauer, jedoch alle Meilensteine der Entwicklung normal durchlaufen
- Leisten- und Wasserbruch-OP als Säugling
- Mit 18 Monaten Diabetes mellitus festgestellt
- Mit 6 J. OP wegen Vorhautverengung
- Mit 10 J. Hüft-OP wegen Mb. Perthes (Hüftkopfnekrose)
- Mit 11J. Blinddarmdurchbruch

# Bildungsweg

- Kindergarten: ging gern, aber immer eigenes Essen, nie auf Kindergeburtstage  
*„ich hasste meinen Diabetes schon im Kindergarten“*
- VS: Hänseleien u. Ausgrenzung durch Mitschüler wegen Diabetes > Lukas reagiert hoch aggressiv (würgen, schlagen) > reaktiv Lehrerin gewalttätig gegen Lukas (Ohrfeigen, am Ohr ziehen, mit festen Gegenständen werfen)  
Fazit: lauter Einser, trotzdem Schulwechsel in der 3.KL  
*„ich hasste meine Lehrerin u. sie hasste mich“*

# Bildungsweg

In andere VS: passend, jedoch Beginn der Hüftproblematik > Operation > 3 Monate Liegegips, 2 Jahre kein Sport ( Lieblingssfach !), wegen Versäumnissen Wiederholung d. 4.Kl. + Umzug u. Schulwechsel in ländliche Gegend zum Lgf. d. Mutter: gewalttätig gegen Mutter und ihn

*„ich bewunderte meinen Orthopäden u. wollte Arzt od. Kinderkrankenpfleger werden“*

*„der Typ von meiner Mutter war ein A...“*

# Bildungsweg

- 1.-3. Klasse HS in öö. Bezirkshauptstadt, gute Noten, sozial **unauffällig** u. **gut integriert**, nach Trennung der Mutter vom Lgf Übersiedelung dorthin, jedoch baldiger Umzug nach Linz, weil Wohnort nicht entsprach
- 4.KI HS in Linz, hier in sehr dissozialem schulischem Umfeld selber **Täter**
- 3jährige Fachschule für Haushalt und Soziales, neuerlich verhaltensauffällig: wollte **KlassencLOWN** sein, was nicht toleriert wurde > Rauswurf nach 1 Jahr
- AMS-Kurs über Jugendcoaching, er schwänzt oft

*„Drogen interessierten mich mehr als der Kurs“*

# Zusammenfassung life-events

- Häufige **Krankheiten**/Spitalsaufenthalte
- **Gewalt** durch VS-Lehrerin und Lgf der Mutter ( misshandelte Mutter und ihn schwer, hatte auch fürsorgliche Seiten, unternahm etwas mit ihm)
- Häufige Wohnorte- und **Schulwechsel**
- Zeitlich überdauernd **Streitigkeiten** mit Mutter wegen Diabetes (L. misst tagelang seinen BZ nicht, sehr schlechte Werte), bleibt trotz Verbots d. Mutter abends weg, schwänzt immer öfter die Schule, Vater keine Stütze
- Analer **Missbrauch** durch Unbekannten ca.40j 5/15



# Viktimisierung 5/15

- „Bilder“ vom Vorfall von 5/15 bis heute, täglich ( > Rückzug)
- Vermeidung: hält auch harmlose Annäherungen von hinten oder im Seitenwinkel nicht mehr aus, kann kaum darüber sprechen
- Hyperarousal: Ausschau nach dem Täter, obwohl er weiß, dass er 10a lang im Gefängnis ist , schreckt zusammen , wenn er dasselbe Auto sieht
- Ab 5/15 massive Zunahme der Stimmen
- Retraumatisierung: Polizei zeigte ihm zwecks Täter-Opfer-Feststellung das vom Täter produzierte Video, dies im Beisein des Vaters

# 1.KJP- Behandlung 6/15

- KJP-Ambulanz der LNK, Empfehlung Tagesklinik(TKL) Behandlungsziele: Diagnostik, regelmäßiger Schulbesuch, sorgsamer Umgang mit Diabetes, Kooperation mit Eltern: diese verschweigen, dass es zu Hause schon Polizeieinsatz gab, wirken vollkommen erschöpft. Viktimisierung vor 1 Monat wird von L. nicht erwähnt.
- L. verweigert TKL-Aufnahme, „auf Bewährung“
- Empfehlung, die im 14.Lj. schon 1a lang etablierte KJH neuerlich einzubeziehen

## 2.KJP Behandlung 2/16

- offene Aufnahme wegen **Parasuizids** mit 6 Stück Trittico und 1/3l Bier wegen starkem **Stimmendruck**- seit Mitte 2014 tägl. männliche Stimmen, keiner Person zuordenbar, Stimmen befehlen, sich umzubringen, sich oder andere zu schlagen, sich den Daumen zu brechen
- 2 Phantasiefreunde „Thomas und Tobi“- positive Gestalten „*sie sind bei mir und reden mir gut zu, wenn ich mich einsam fühle*“

# 2.KJP Behandlung 2/16

- Outing von **3 Suizidplanungen** in der Vergangenheit:
  1. 2010 - *Strick gerichtet, als Lgf. Mutter schlug*
  2. 2011 - *Plan sich mit Feuerzeug+Spray anzuzünden, als Lgf. gewalttätig gegen ihn vorging*
  3. 2015 - *spritze sich mehr Insulin als erlaubt, zuvor Streit mit leiblichem Vater wegen schlechter Schulleistungen*
- Outing von **THC-Konsum an Wochenenden** seit Anfang 2014, deswegen polizeibekannt, deswegen Therapie an einer Drogenberatungsstelle, andere Drogen werden negiert

## 2.KJP Behandlung 2/16

- Wegen D.mell-Einstellung Verlegung der Behandlung an MedCampusIV : dort antipsychotische Einstellung, Hilfestellungen hinsichtlich Kursmaßnahme
- Beendigung des Aufenthaltes wegen THC am Wochenendausgang und dissozialem Entweichen

# 3.KJP Behandlung 4/16

- 4/16 Wiederaufnahme am MedCampusIV (Selbsteinweisung):
  - > THC täglich, häufig in Kombination mit Alkohol zur Entlastung vom Stimmendruck, antipsychotische Therapie helfe überhaupt nicht
  - > außerdem Kaufsucht: hätte der Oma 1000€ gestohlen > Kauf v. handy+Drogen
    - > zu THC + Alkohol seien auch Kokain und Speed dazugekommen
    - > zu Hause nur noch Streit, KM verweigert aber Wiederaufnahme der UdE

# 4.KJP-Behandlung 9/16

- sollte wegen **Schwarzfahrens** eine Ersatzfreiheitsstrafe antreten, gab im Polizeianhaltezentrum **Stimmen** an > Einlieferung und UBG
- Outing eines weiteren , nunmehr vierten **Selbstmordversuchs** anfangs 9/16: nach Streit mit Eltern Strangulationsversuch ( Vorhangstange riss), niemand bemerkte etwas, es seien keine imperative Stimmen gewesen, sondern „die Nase voll von Eltern“.
- Zur Erzeugung von Gleichgültigkeit u. Realisierbarkeit des SMV vorangehend Konsum von THC
- Nach Ende d. UBG kein Behandlungsanliegen  
*„raus, zu den Freunden und zu THC u. Amphetaminen“*

# 5.KJP-Behandlung 10/16

- UBG wegen **neuerlichem SMV** ( insgesamt 6. innerhalb von 6 Jahren): „ich gab mir einen candyflip= **Überdosis Ecstasy**, ich wollte einen schönen Tod“. Suizidmotiv wisse er nicht, statt schönem Tod stärkste Halluzinationen ( Smilies im Erbrochenen, Elefanten im Dschungel)
- *„ich kann nicht mehr, das ist der volle Absturz“* will sich helfen lassen, will völlig abstinent werden, bleibt freiwillig solange als nötig, will Langzeitentwöhnung und dann in soz-päd. WG



# Drogenanamnese - THC

- 2/14 Einstieg - aus Neugierde  
Wochenendkonsum beim Fortgehen - zu Freunden dazugehören  
Konsum wird trotz bzw. wegen der Stimmen fortgesetzt
- 5/15 Konsumsteigerung (ab Viktimisierung)  
Funktion: half gegen immer ärger werdende Stimmen und die grauenvollen Erinnerungen v. Vergewaltigung
- 1/16 täglich Konsum , anfangs ca.1g/Tag, ab 10/16 8g pro Tag, erster Joint frühmorgens, Leistungsmisere in d. Ausbildung, Schwänzen, drohender Rauswurf AMS-Kurs  
Funktion: half „gefühllos“ zu werden ( berufliches Versagen, Stimmen, Streit, Suizidalität)

# Drogenanamnese - Stimulanzien

- **Crystal Meth** : ab 1/16 ( d.h. ca. 2 Jahre nach THC-Beginn), insgesamt 4 mal genommen, meist 1g, einmal 12 g
- Funktion: **Wachheit** ( bis zu 10 Tagen), Gefühl der **Stärke und Überlegenheit**, tw. unangenehme Halluzinationen (Menschen mit blutigen Schweinsköpfen gesehen), wollte auch das Gefühl von wach und zugleich todmüde nicht mehr

# Drogenanamnese - Stimulanzien

- 3-4/2016: MDMA jedes WE ca. 4 Pillen, Funktion: Spaß auf Tec-Partys, „geile Hallos“, „die beste Zuheit ever“, „so kuschelbedürftig“, beim 3. Mal spürte er nichts mehr
- 5/16 jedes WE 1-2 Nasen Speed( zu leicht) , später Kokain ( ist gut gefahren, aber zu teuer)

Funktion: Wachheit, gute Stimmung

# Drogenanamnese - sonstiges

- LSD und Schwammerl( „nicht gefahren“)
- 6/16 2 mal Ketamin

Funktion: einfach gelähmt und nichts mehr spüren

- 9/16 1 mal Substitol+Benzos (oral)

Funktion : „müde und ruhig werden “

# Diagnosen nach ICD-10-MAS

- Achse I:
  1. Abhängigkeit von Cannabinoiden und Tabak
  2. schädlicher Gebrauch von Stimulanzien und Halluzinogenen
  3. drogeninduzierte Psychose
  4. hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
  5. posttraumatische Belastungsstörung
  6. emotional-instabile Persönlichkeitsentwicklungsstörung vom Borderlinetyp
  7. zahlreiche Suizidversuche( 2010-2016 mind.6)

# Diagnosen nach ICD-10-MAS

- Achse II: keine umschriebene Entwicklungsstörung
- Achse III : durchschnittliche Intelligenz
- Achse IV: insulinpflichtiger D. mell. Mb. Perthes , Myopie bds.
- Achse V : aktuelle abnorme psychosoziale Umstände vorhanden
- Achse VI: globale Beurteilung des Funktionsniveaus 5

# Substanzkonsum als Selbstmedikation

- Bei Jugendlichen ist das Vorhandensein einer psychiatrischen Störung neben dem Substanzkonsum eher die Regel, als die Ausnahme
- **Komorbiditätsrate** bei Substanzmissbrauch im Jugendalter : **60%**
- Häufig bestehen psychiatrische Störungen bereits vor dem Konsum
- Immer bewirken sie ein besonders **hohes Risiko** einer **Abhängigkeitsentwicklung**

# Wie entstehen Komorbiditäten?

- Trigger-Modell:  
Die psychische Störung wird als Folge der Substanzstörung angesehen  
Beispiel: drogeninduzierte Psychose als Folge eines Cannabis- oder Kokainkonsums

erst Substanzstörung – dann psychiatrische Erkrankung



# Wie entstehen Komorbiditäten

- Selbstmedikationshypothese: Patienten versuchen sich durch Substanzmissbrauch selbst zu therapieren
- Beispiele:  
hoher Raucheranteil / Anteil an THC-Konsumenten bei Schizophreniepatienten, die versuchen, durch Nikotinkonsum ihre kognitiven Fähigkeiten zu verbessern oder durch THC ihre Psychosesymptome besser auszuhalten

erst psychiatrische Erkrankung – dann Substanzstörung

# Wie entstehen Komorbiditäten

- Dopamin-Hypothese: Sowohl der Substanzmissbrauch als auch die psychiatrische Erkrankung sind auf eine genetische Störung zurückzuführen, die zu einem Ungleichgewicht im Dopaminhaushalt führt.  
Substanzstörung und psychiatrische Erkrankung gleichzeitig bzw. gleiche Verursachung
- Besonderheiten im Jugendalter:
  - > problematischer Konsum als Ausweichen vor den **Entwicklungsaufgaben**
  - > Konsum führt zu **sozialen Schwierigkeiten**, was sekundär neue psychische Probleme mit sich bringt

# Begleiterkrankungen bei jugendlichem Substanzmissbrauch

in absteigender Häufigkeit (Stolle et al 2007)

- Störungen des Sozialverhaltens
- depressive Störungen
- Angststörungen u. soziale Phobie
- ADHS
- Essstörungen ( v.a. binge eating und Bulimie)
- Borderlinestörung
- PTSD
- Substanzinduzierte psychotische Störungen
- Schizophrene Psychosen

# Selbstmedikation bei Störungen des Sozialverhaltens

- Bei Störungen des Sozialverhaltens unterscheiden wir 2 Subtypen ( Klassifikation nach Steiner):

Subtyp impulsiv-reaktiv („heiße Aggression“)  
Subtyp instrumentell- dissozial  
(„kalte Aggression“)

Im Zusammenhang mit Selbstmedikation ist v.a.  
der instrumentell- reaktive Typ relevant

# Subtyp impulsiv-reaktiv

- Auslöser : reaktiv auf vermeintliche oder tatsächliche Bedrohung oder Provokation > Drogen lindern das Bedrohungserleben od. die erlebte Feindseligkeit („downer“) oder machen in dieser bedrohten Gestimmtheit stark, überlegen, angstfrei, machtvoll (v.a. Crystal Meth)
- Kontrolle : aufgehoben  
Drogen stellen subjektiv wieder Kontrolle her ( ich kann was machen, bewirken)
- affektive Beteiligung hoch -Leitaffekte : Ärger , Wut , Angst  
Drogen regulieren runter / gleichen aus
- Konsequenzen : eher nachteilig  
Drogen helfen, Distanz zu nachteiligen Konsequenzen zu schaffen

# Selbstmedikation bei depressive Störungen

- Mannheimer Kurpfalzerhebung prospektive Längsschnittstudie, Beginn 1978 mit 399 8-Jährigen, follow-up 1991, 1996 und 2003.
- Lebenszeitkomorbiditätsraten bis zum 25.Lj  
> 12,7 % Wahrscheinlichkeit, dass bei Substanzgebrauchsstörung eine Depression dazukommt  
> 8, 2% Wahrscheinlichkeit, dass bei Depression eine Substanzgebrauchsstörung dazukommt

# Selbstmedikation bei depressiver Episode

## Depressive Episode :

- >depressive Stimmung
- >Freude-/ Interessensverlust
- >erhöhte Ermüdbarkeit
- >Konzentrationsstörung, Verminderung v. Selbstwert, Schuldgefühle, Pessimismus
- >Selbstmordgedanken
- >Schlafstörung, Appetitlosigkeit

# Selbstmedikation bei depressiver Episode

Mögliche Funktionen der Substanzen :

- Linderung von Traurigkeit, Leere, Selbstzweifel, Schuldgefühlen, Suizidgedanken ( v.a. Alkohol und THC induzieren entweder „Wurschtigkeit“ od. vorübergehend sogar gute Stimmung )
- Induktion gegenteiliger Gefühle ( Hochgefühl, Stärke, Souveränität)
- Induktion von Schlaf
- Herbeiführen von Sinn
- Herbeiführen von Selbstwirksamkeit ( etwas Positives bewirken, den negativen Zustand unterbrechen)
- Dazugehören zu Gleichgesinnten, -gestimmten
- Tagesstruktur, wenn wegen Depression keine mehr geht



# Selbstmedikation bei Angststörungen

- 10% alle juvenilen Angststörungen chronifizieren (Biedermann et al. 2007)
- Insbesondere bei jungen Menschen ist das Vorhandensein einer Angststörung mit einem deutlich erhöhten Risiko einer Substanzabhängigkeit vergesellschaftet (Crome u. Bloor 2005; Goodwin et al. 2004; Huizink et al. 2006)
- Funktion d. Substanzen : Gefühle von Zugehörigkeit zu anderen, Euphorisierung Entspannung ( Huizink et al. 2006)

# Selbstmedikation bei ADHS

- durchgehendes Muster von
  - > Unaufmerksamkeit ( Ablenkbarkeit )
  - > Überaktivität ( Hyperaktivität , motor. Unruhe )
  - > Impulsivität
- dem Entwicklungsstand d. Betroffenen unangemessen und situationsübergreifend
- Beginn vor dem 6. Lj
- in mind. 2 Lebensbereichen ( Schule, Familie , Untersuchungssituation , Freizeit)

# Selbstmedikation bei ADHS

- Komorbidität mit Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit 17-45%
- Komorbidität mit Drogenmissbrauch 9-30%
- Komorbidität mit Nikotinmissbrauch/ -abhängigkeit 15-19%
- geringere Komorbiditätsraten als im Erwachsenenalter, aber dennoch hoch (Gilberg et al. 2004, Sobanski 2006)

# Selbstmedikation bei ADHS

- **Konzentration** soll durch Alkohol Amphetamine und Cannabinoide besser werden
- **Motorische Unruhe** und somit auch die **Schlafstörung** wird durch oben genannte Substanzen besser
- **Negative Folgen** des ADHS ( soziale Außenseiter, Leistungsversagen, familiäre Konflikte) werden leichter ertragen
- Die rasch einsetzende, wenn auch nur kurzfristige **Belohnung** kommt der Impulsivität entgegen
- Temperamentsmerkmal „**sensation seeking**“

# Selbstmedikation bei Borderlinestörung

## Diagnostische Kriterien der BPS DSM-IV

1. Bemühungen, Verlassenwerden zu vermeiden
2. Instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen
3. Impulsivität in mindestens 2 potentiell selbstschädigenden Bereichen
4. wiederkehrende suizidale Handlungen oder Selbstverletzungen
5. Affektive Instabilität
6. Chronische Gefühle von Leere
7. Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren
8. Identitätsstörung
9. stressabhängige, vorübergehende dissoziative Symptome oder paranoide Vorstellungen

# Selbstmedikation bei BPS

- Kompensation schwer aushaltbarer Symptome wie der Angst vorm Verlassenwerden, von Leere, Angst vor Nähe, Misstrauen und Dissoziation .... Oft einfach nur „Anspannung“
- häufig Missbrauch von Cannabis als Mittel gegen depressive Zustände und Schlaflosigkeit
- Nicht mehr denken müssen, dissoziieren können
- Aus Verlassenheitsängsten heraus sich dem Gruppendruck beugen

# Selbstmedikation bei BPS

- Bei Borderline-Pat. fällt auf, dass sie häufig zwischen den verschiedenen Süchten wechseln und die Drogenprobleme mal mehr mal weniger im Vordergrund stehen können (selbstzerstörerischer Substanzmissbrauch und Phasen von Abstinenz)
- Borderline-Pat. weisen eine erhöhte Suchtanfälligkeit auf, sowohl bei stoffgebundenen als auch bei Verhaltenssüchten wie Spielsucht, Kaufsucht, Online- Sucht.

# Selbstmedikation bei BPS

- Durch die schwache Ich-Struktur, die bei der Borderline Persönlichkeitsstörung charakteristisch ist, können bei Rauschzuständen, insbesondere bei Halluzinogenen, Traumaerfahrungen als Flashbacks oder generell Abgewehrtes bzw. Verdrängtes ins Bewusstsein gelangen. Dies kann schwere psychische Krisen (ähnlich einer Psychose) beim Betroffenen verursachen.



# Komorbidity BPS mit Missbrauch/Abh.

- Bohus 2006: 57,1% der BPS weisen Suchtsstörung auf
- 48,8% Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol
- 38,0% Missbrauch/Abhängigkeit von Drogen
- Auswirkungen der Komorbidity BPS/Suchtstörung:
  - >impulsivere Verhaltensmuster
  - >mehr Suizidalität
  - >prognostisch ungünstiger für Verlauf bzgl. Remission: die BPS ohne Suchterkrankung remittiert viermal wahrscheinlicher in Zeitraum von 6 J. als mit

# Selbstmedikation bei PTSD

- Diagnosekriterien der einfachen PTSD:
  - >Traumakriterium
  - >Intrusive Symptome
  - >Vermeidungssymptome
  - >Übererregbarkeit
- Diagnosekriterien der komplexen PTSD
  - >gestörte Selbst- Affekt- und Impulsregulierung ähnlich der BPS
  - >Störung der Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung von anderen
  - >Grenzenstörung
  - >Veränderung von Aufmerksamkeit und Bewusstsein
  - >kognitive Defizite
  - >sensomotorische Störungen

# Epidemiologie

- Die Wahrscheinlichkeit bei einer PTSD an eine Suchterkrankung zu entwickeln ist 2-8 mal höher als ohne PTSD
- Bei illegalen Substanzen: PTSD-Rate 30-50%
- Bei Alkohol: PTSD-Rate 15-20%
- Überwiegend polytoxikomane Konsummuster incl. Opiat-Typ ( 34% komorbide PTSD, Driessen et al. 2006)

# Selbstmedikation bei PTSD

- Linderung der **Übererregbarkeit**
- **Trigger** werden weniger stark wahrgenommen
- Vorübergehende Verringerung von **flashbacks**
- **Vermeidungsstrategien** können kurzfristig aufgelockert werden

# Funktionelle Beziehung zw. PTSD und Suchtmittelgebrauch

- Selbstmedikationshypothese: durch Studien gut belegt, u.a. auch Beobachtung, dass PTSD der Sucht oft vorausgeht (Kessler 1995)
- Sensibilitätshypothese: Alkohol- und Drogenkonsumenten sind empfänglicher, nach Traumaexposition eine PTSD zu entwickeln (Entzüge erhöhen die Alarmbereitschaft d. zentralen sympathischen Systems)
- Hochrisikohypothese: erhöhtes Risiko zu Traumaexposition bei Substanzkonsumierenden

# Selbstmedikation bei Schizophrenie

- 70% aller Patienten mit psychotischen Störungen haben eine Substanzstörung ( Lambert et al.2005)
- Deutlicher Komorbiditätsanstieg im letzten Jahrzehnt
- Dieser betrifft v.a. junge ersterkrankte Patienten, insbesondere bzgl. komorbider Cannabisiabhängigkeit oder Abhängigkeit von multiplen Substanzen (Lambert et al. 2005)

# Auswirkung komorbider Suchtstörung auf Prognose der Schizophrenie

- 2-fach erhöhtes Risiko f. Behandlungsabbruch generell ( 25 vs. 48%)
- 2-fach erhöhtes Risiko f. Abbruch der psychopharmakologischen Behandlung ( 40 vs. 75%)
- 3-fach erhöhtes Risiko f. psychotische Rückfälle und Rehospitalisierung
- 4-fach erhöhtes Risiko f. Persistenz psychotischer Symptome im Langzeitverlauf

# Erklärungsansätze f. Komorbidität Sucht/ Schizophrenie

## Selbstmedikationsmodell:

Geht davon aus, dass Individuen bestimmte Suchtmittel wegen ihrer pharmakologischen Wirkung konsumieren. Diese Hypothese lässt sich bislang nicht verifizieren, da schizophrene Patienten dieselben Suchtmittel konsumieren wie andere Personen in der Gesellschaft und kein Zusammenhang zu bestehen scheint zwischen der Schwere oder Art der Symptome und der Menge und Art des Suchtmittels



# Erklärungsansätze f. Komorbidität Sucht/ Schizophrenie

## Dysphorieverringering

Dieses Modell postuliert, dass Suchtvulnerabilität eher allgemein wie spezifisch ist und dass Patienten mit Schizophrenie eine niedrige Toleranz gegenüber „negativen“ bzw. dysphorischen Gefühle aufweisen. Suchtmittelkonsum ist eine Möglichkeit, um Dysphorie bzw. Depression zu mildern. Die dysphorischen Gefühle bei dieser Patientengruppe sind äußerst heterogen und schließen bspw. Angst und depressive Symptome, Langeweile, Einsamkeit oder durch Neuroleptika induzierte Syndrome mit ein.

# Erklärungsansätze f. Komorbidität Sucht/ Schizophrenie

## Multiple Risikofaktoren

Dieses Modell wurde aus der Beobachtung heraus formuliert, dass mehrere bekannte Risikofaktoren für Substanzmittelabusus (z.B. Dysphorie, soziale Isolation, ungenügende interpersonale Fertigkeiten, schwache kognitive Fertigkeiten, fehlende Tagesstruktur, keine Arbeit und Leben in einer Nachbarschaft mit hoher Drogenverfügbarkeit) in Folge einer schizophrenen Erkrankung auftreten und somit die Vulnerabilität für Substanzmittelkonsum in dieser Patientengruppe erhöhen können.

# Erklärungsansätze f. Komorbidität Sucht/ Schizophrenie

## Supersensitivität

Schizophrene Patienten reagieren aufgrund einer (biologisch) bedingten Sensitivität, insbesondere für Amphetamine, bereits auf kleine Mengen von Suchtmittel mit klinischen Symptomen (z.B. Wahn oder Halluzinationen) und negativen Konsequenzen (z.B. Abhängigkeit oder Rückfällen)

# Erklärungsansätze f. Komorbidität Sucht/ Schizophrenie

## Iatrogene Vulnerabilität

Diese Vorstellung besagt, dass Suchtmittelabusus allgemein auf eine beeinträchtigte (verminderten) Aktivität des durch Dopamin medierten Belohnungssystems zurückgeführt werden kann und Personen Suchtmittel konsumieren, um „positive Gefühle“ hervorzurufen. Die Medikation mit Neuroleptika reduziert über Blockade der D2-Dopaminrezeptoren die verfügbare Menge an Dopamin und macht deshalb psychotische Patienten vulnerabler für die Einnahme von exogenen „Glücklichmacher“.

# Nicht mehr im grünen Bereich- take-home-messages

- In der KJP müssen wir schon bei problematischem Konsum, erst recht bei schädlichem Gebrauch und sowieso bei Abhängigkeit davon ausgehen, dass psychiatrische Grunderkrankungen vorliegen und vom Konsumenten mit Substanzen selbstbehandelt werden
- Grunderkrankung und Suchtstörung verstärken sich somit vielfach gegenseitig im Sinne eines *circulus vitiosus*

# Nicht mehr im grünen Bereich- take-home-messages

- eine KJP-Vorstellung macht immer Sinn, sie setzt allerdings beim Jugendlichen Kooperation und zumindest vorübergehende Abstinenzbereitschaft voraus, weil sonst keine valide Diagnostik (klinisch wie testpsychologisch) möglich ist.
- Vor einer möglichen diagnostischen Abklärung ist in der Regel (mühsame u. langwierige) Motivationsarbeit nötig, die aus Ressourcen- u. aus prinzipiellen Gründen nicht in der Hauptzuständigkeit der KJP, sondern auch in jener der extramuralen Kooperationspartner und Dienste liegt.

# Nicht mehr im grünen Bereich- take-home-messages

- Ausgenommen von somatischen Notfällen bzw. Gefährdungsmomenten nach dem UBG macht das „Anschleppen“ von nicht entsprechend motivierten Jugendlichen in die Klinik keinen Sinn im Hinblick auf Einleitung einer stationären Diagnostik und stationären Planung weiterer pädagogischer, therapeutischer Interventionen.
- Die bei Doppeldiagnosen prinzipiell nötige, leitliniengerechte Zuführung d. Jugendlichen zu einer drogenspezifischen Langzeitbehandlung ist niemals die schnelle Lösung, auch wenn diese Erwartung d. Bezugssystems bei einer meist schon bedenklich weit fortgeschrittenen Suchtentwicklung verständlich ist.
- Eher ist der tatsächliche Eintritt in eine Langzeitentwöhnung das Ergebnis einer geduldigen und oft von Rückschlägen geprägten, gemeinsamen MULTIPROFESSIONELLEN Arbeit mit dem Patienten und seiner Familie.
- Die psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung der psychischen Grunderkrankung ebnet den Weg zur Suchtstabilisierung, indem sie die Selbstmedikation überflüssig macht.

# Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Judith Steininger  
Kepleruniversitätsklinikum