

Jugend & Suchterkrankungen

A woman with long dark hair, wearing a dark long-sleeved shirt and grey trousers, is balancing on a tightrope. Her arms are outstretched horizontally to maintain balance. She is looking down at the ground. The ground is a grid pattern that recedes into the distance. Below the grid, there are four overlapping colored ovals, each containing a mental health disorder: a purple oval for 'Depression', a green oval for 'Mania', a blue oval for 'Substance Abuse', and a red oval for 'Psychosis'. An orange oval for 'Personality Disorder' is also present, partially overlapping the others. The background is a solid orange color with dark brown silhouettes of hills or mountains.

R. Gößler, KJP-Rosenhügel, Wien

SEYLE (Saving and Empowering young Lives in Europe)- Studie (EU-Studie/10 Länder/ ca. 10000 Schüler)

...innerhalb der letzten 14d

- SMV: 0,5-2,7%
 - SM- Gedanken: 9,5-24,6%
 - Selbstverletzung(1x): 17-25%
 - Selbstverletzung (rep.): 1,9-10,4%
 - **Subst.Mißbr. (2x/Wo): bis 47%**
 - Depressio: bis 20,6%
- Zusammenhang **Sucht**, Depressio, Angst, Delinquenz, Suizidalität
- Nur 1/10 der Eltern wissen Bescheid!
- Höchsten Werte in Deutschland, Österreich....

Epidemiologie KJP

Prävalenz KJP- Erkrankungen: ca. **15%-22%** (GB, US, D)

KJP-Erkrankungen **mit Einschränkungen und Leidensdruck** = Behandlungsnotwendigkeit

→ ca. **8-14%** (US, GB, D)

Häufigkeiten v. psych. Erkrankungen im KJ- Alter

(Remschmidt 2008, Herperz-Dahlmann 2008, Schulte Markwort 2007, Lehmkuhl 2013)

- Angstst. 10- 15%
- SSV 5- 12%
- Somatoforme St. 7-12%
- *Persönlichkeitsst.* 1,5-11% (*umstritten*)
- Konversionsst. 0,5-10%
- *Depression* 3-8%
- ADHS 3-7%
- **Sucht** **5-7% (ohne Nikotin)**

Häufigkeiten v. psych. Erkrankungen im KJ- Alter 2

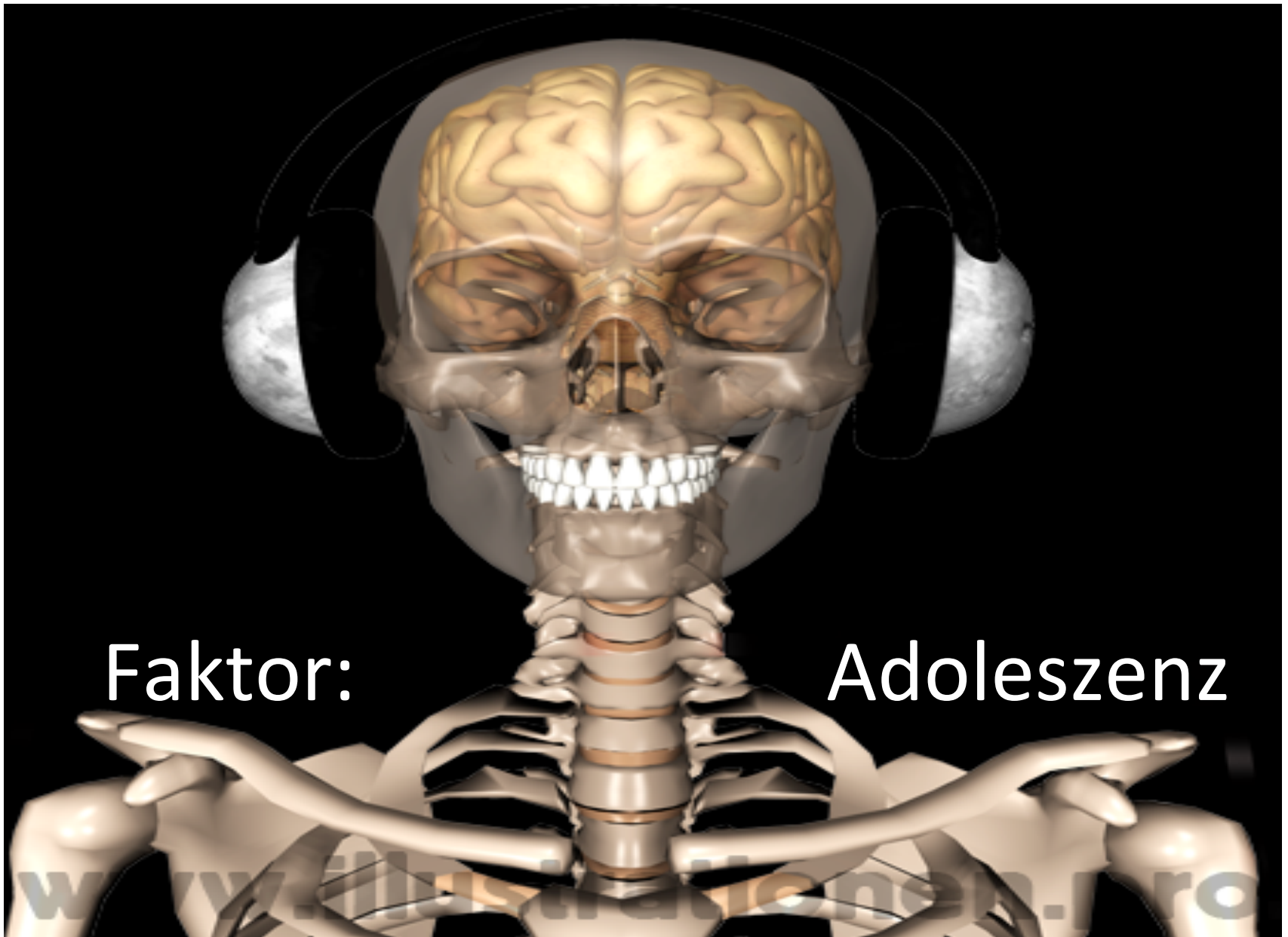
Remschmidt 2008, Herperz-Dahlmann 2008, Schulte Markwort 2007,
Lehmkuhl 2013)

- Umschr. Entwicklungsst. 3- 6%
- PTSD 1,6-6% (11,5%-Kinder:Jug= 1:2)
- Zwangsst. 0,4-3,6 %
- *Eßstörungen* *0,1-1%*
- Bipolare Störung 0,6-1% (umstritten)
- Autismus 0,1-0,6%
- Schizophrenie 0,04- 0,1%

Einschränkungen: Art d. Prävalenz, Angaben über
„Beeinträchtigungen“, Diagnosesysteme (ICD, DSM 4, etc.) nicht
immer erhebbar

Geschlechtsspezifität (mod. n. Fuchs 2013, Esser 2008)

- **Weiblich:**
- Angstst. 2:1(ab Jugendalter)
- *Depression* 2:1(ab Jugendalter)
- **Eßstörungen** **9:1**
- Somatoforme St. 2:1 (ab Pubertät)
- *Persönlichkeitsst.* emot. inst. P.
- *PTSD*
- **Männlich:**
- SSV 2-4:1
- Delinquentes Verhalt. 6-9:1
- ADHS 3-9:1
- umchr. Entwicklungsst. 2:1
- Autismus 2-5:1
- **stoffl. Sucht** **Steig. v. weibl. J.**
- Intelligenzminderung 1-2:1



....mad or bad?

Risiko: pubertär-adoleszente Entwicklungsphase

- passagere neurokogn. Defizite (Antizipation, Merkfähigkeit, etc.)- „Gehirnremodellierung“
- generelle affekt./emot. Labilität
- Neugierverhalten
- Risikoverhalten
- Suggestibilität (Identifikation, Imitation)
- Provokation
- „Größenselbst“
- unsichere Zukunftsorientierung
- Ablösungs-/Verselbstständigungswünsche
- Autonomiebestrebungen (Selbstbehandlung)
- Abwehrprozesse (v.a. Regression, Uniformierung)

Krisenhafte

vs. „normale“ Adoleszenz

- Suchtverhalten als prim. Organisator f. Wohlbefinden
- Schulverweigerung- Verlust von Tagesstruktur
- Verlust des Schlaf-/Wachryth.
- Soziale Isolation/soz. „Enthemmtheit“
- Angstattacken, Anspannung, Euphorie, Depression, Suizidgedanken
- Ungeordnetes Denken, „bizarres“ Verhalten
- Promisk. sex. Beziehungen, mangelnde Beziehung zu Gleichaltrigen
- **„Wesensveränderung!“**

- „Experimente“ mit Suchtmittel mit Gleichaltrigen
- Schulunlust, gelegentl. Schwänzen
- Gelegentl. „Durchmachen“
- Gelegentl. Rückzug und Langeweile
- Unzufriedenheit, launisch, „überdreht“ (Stimmungsschwankungen)
- Grübeln, provokantes, überzogenes Verhalten
- Sex. Experimente mit Gleichaltrigen, Unsicherheit, Schüchternheit

Substanzen

Rezeptorwirkung/Neurotr.beeinflussun

Wirkung

(Quiner S. Gößler R.)

Cannabis	Serotonin, Dopamin, CB- Rezeptoren	dämpfend, entspannend, schlafförd., etc.
Opiate/Morphine	Endorphinrezeptoren, Serotoninrezeptoren	Euphorie, Dämpfung, Schmerzlinderung
Kokain	Noradrenalin, Dopamin	Antriebssteigerung, Enthemmung, Depressio
Amphetamine	NA,DA,(SA)-, NMDA- Rezeptoren	Wachheit, Antriebsst, vermindertes Hungergefühl
Halluzinogene	DA, Serotonin Rezeptoren	Halluzinationen, Kreativität
Alkohol	Dopamin, GABA- Rezeptoren	Enthemmung/-spannung, Stimmungs-/Antriebsverändg.
Tranquillizer	GABA- Rezeptoren	Entspannung, Angstlösung, Schlafförderung

Substanzen

Psychopathologische Zielsymptome (Dg.)

Cannabis:	Angst, innere Anspannung, Unruhe (z.B. ADHS, PTSD, Prodromal)
Opiate:	Angst, Unsicherheit, labile Persönlichkeit (z.B. Persönlichkeitsst.)
Kokain:	Antriebslosigkeit, innere Hemmung, Zwanghaftigkeit (z.B. Depressio)
Amphetamine:	Negativsymptome, Eßstörung (z.B. Depressio, Prodromal)
Alkohol:	Hemmung, Angst, Unsicherheit, Verstimmung (z.B. Angststörungen, Depr.)
Tranquillizer:	Angst, Anspannung, Schlaflosigkeit (z.B. Depressio)

Sorgen bei...

- Strukturverlust
- fehlende Paktfähigkeit
- psychopatholog. Symptomen (Kogn., Emot., Affekte, etc.)
- „unerklärlichem“ Verhalten
- „Wesensveränderungen“
- fehlender Erreichbarkeit
- unklare (fehlende) Perspektiven

Schwierigkeiten f. spätes Erkennen von juvenilen psychiatrischen Erkrankungen:

- starke Überlagerung mit pubertär/ adoleszenten Phänomenen
- „Selbstbehandlung“ der Jugendlichen
- Uninformiertheit der Bezugspersonen (Eltern, Lehrer, etc.) sowie der Behandler
- Vorurteile von Angehörigen und Betroffenen hinsichtlich Institutionen und Folgen
- Mangel an spezifischen Institutionen
- relative Unspezifität der Prodromi

► **engagierte Prodromalforschung- im Fluss.....**

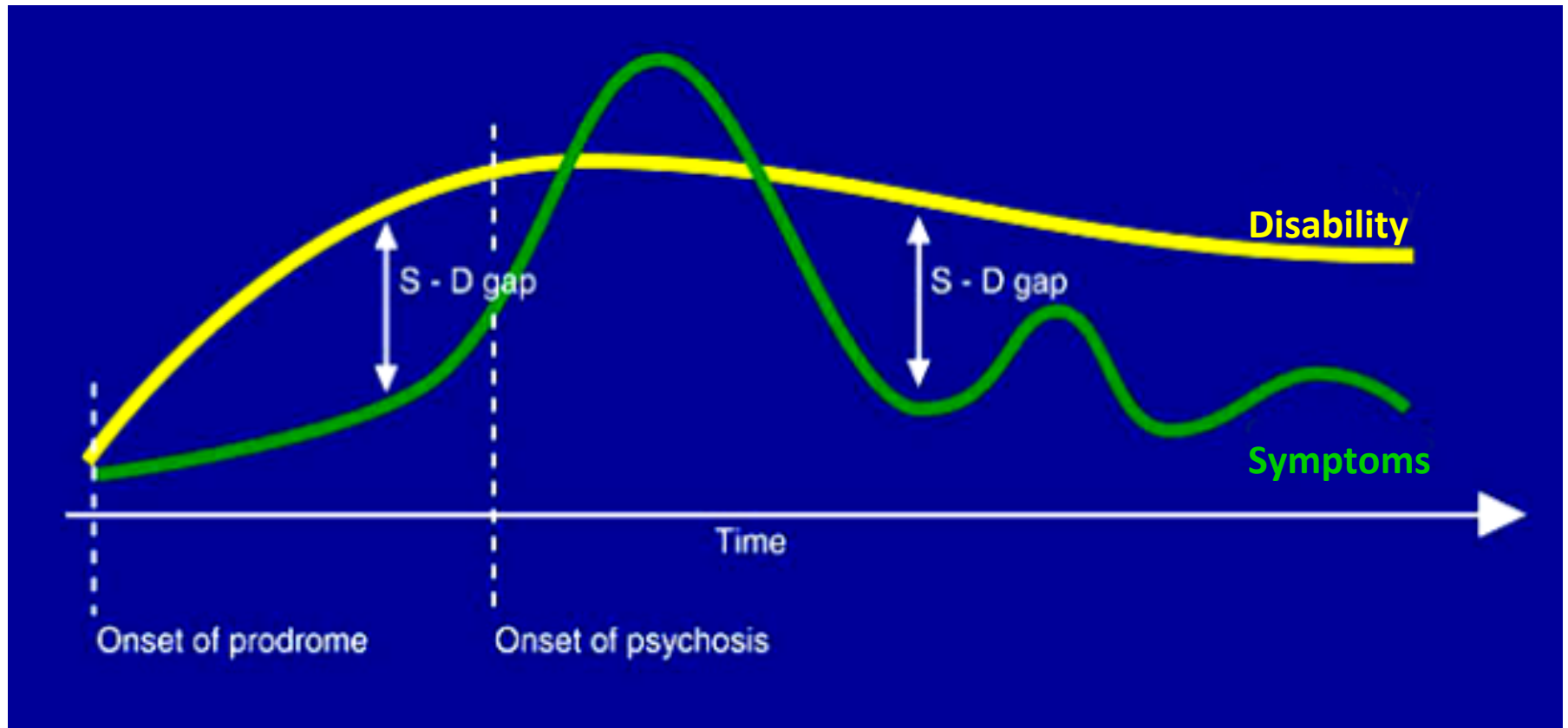
Prodromalforschung

- Identif. v. „help-seeking“ Kindern/Jugendlichen
 - diagn. Überlegungen/weitere Entwicklung?
 - Behandlungsindikation vs. „watchfull waiting?“
 - „Nicht-Selbstkommer?“
 - **breiter:** Identifikation von Risikofamilien, Risikokindern (Schulen, etc.), etc.
- 2/3 aller KJP-St. „umweltreaktiv“!
- **Ziel:** frühe Intervention (sonst „Eigeninitiativen“)

Auswirkungen der Prodromalphase/ DUP

- cerebrotoxisch: Hirnschädigung
- psychotoxisch: Persönlichkeitsentwicklung
- soziotoxisch: Verlust/Belastung sozialer Bezüge, Ausbildungsknick

Symptom-Disability Gap in Early Psychosis



At-Risk-Mental-State- Gruppe

Eines von 3 Merkmalen muss vorhanden sein:

- 1: mehrfach/Wo psychosenahe Symptome
- 2: BLIPS (Dauer < 1Wo, während letzten 12 Mo)
- 3: pos. FA 1. Grad (Psychose, schizotype St.) + Abfall GAF-S >30% (im letzten Jahr)

→ ca. 20-40% der Übergänge in manifeste Psychosen können vorhergesagt werden....

Entstehung (Prodromal bei BP)

Studie an „Hochrisikokinder“ (Duffy 2010):

Angstst., Schlafst.,

episod. Reizbarkeit

früher Substanzmißb.

präpubertär-unspezif.

rez. Depressio

(leicht, mittel)

pubertär:

ca. 3a

BP

1. manische Phase



Kindheit

Jugend

10% der Jugendlichen mit Depressio entwickeln nach ca. 10a BP !! (Akiskal 2000, Beesdo 2009, Duffy 2010)

Persönlichkeitsstörungen ?

- stabile Merkmal bereits ab frühem Jugendalter (12./13.Lj)- v.a. Cluster B (emot. inst., diss.P., histr. P.) (Longitudinale Studien- Grilo 2001, Chanen 2004, Cohen 2005)
- Konzept der „Persönlichkeits-*entwicklungsstörungen*“ umstritten
- valide diagn. Instrumente
- frühe Etablierung von Diagnosen (und entsprechende Behandlungskonzepten)
- Cave: Vorurteile/Stigma

hohe psychiatrische Komorbidität (je jünger umso häufiger!)

(Miller et al., 1993, *J Addict Dis*)

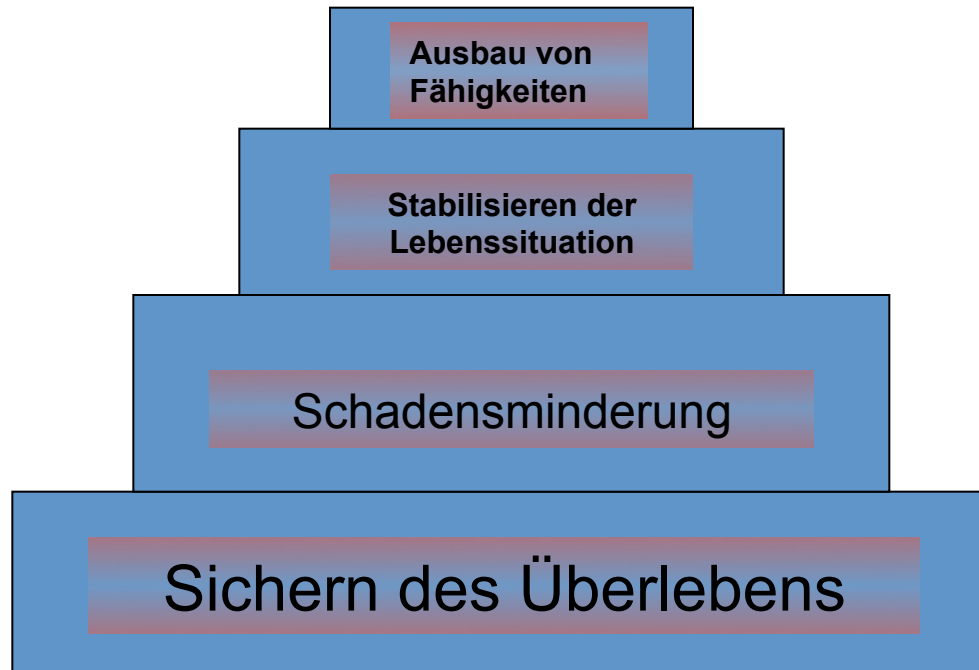
- *Schizophrenie* bis zu 25%
- Schizoaffektive Störungen bis zu 50%
- *Bipolare Störungen* bis zu 25%
- Major Depression bis zu 40%
- Angststörungen bis zu 28%
- *Antisoziale/Borderline PS* bis zu 84%

- ADHS viele
- *Prodromalstadien.....????*

Merkmale der „*dual diagnosis*“ PatientInnen

- früher Beginn
- junges Alter
- eher männlich
- genetische Belastung
- hohe Rezidivrate
- hohe Rehospitalisierungsrate
- häufig schlechtes pharmakologisches Ansprechen

Therapieziele



nach: Daniel Meili

Therapeutische Rahmenbedingungen

Rechte zwischen Eltern und Kindern, vierter Abschnitt- Obsorge, Pflege und Erziehung (BGB 2013) 2

- *§ 173(1): Einwilligung in medizinische Behandlung kann das einsichts- und urteilsfähige Kind nur selbst erteilen; im Zweifel wird das Vorliegen dieser Einsichts- und Urteilsfähigkeit bei mündigen Minderjährigen vermutet. Bei Mangel → gesetzlicher Vertreter*
- (2): Behandlung , die gewöhnlich mit schwerer oder nachhaltiger Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist → zusätzl. gesetzlicher Vertreter
- (3): Einwilligungen ist nicht erforderlich bei *Lebensgefahr* oder *schwerer Schädigung der Gesundheit*

Ärztegesetz §2

Der Arzt ist zur Ausübung der Medizin berufen.

(2) Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfasst **jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen** begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, insbesondere

1. die **Untersuchung** auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen,.....

2. **die Beurteilung** von in Z 1 angeführten Zuständen bei Verwendung medizinisch-diagnostischer Hilfsmittel...

3. **die Behandlung** solcher Zustände..... ...

→ *nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln...*

RECHTLICHE GRUNDLAGEN

- Erlass „Orale Substitutionsbehandlung von Suchtkranken“ (1997) definiert rechtliche Rahmenbedingungen
- Mit SMG (BGBl.Nr. 112/1997) wurde Substitution als gleichwertige ärztliche Behandlungsform neben Entzugsbehandlung verankert
- SMG § 11 Abs.1: „ ... bei Minderjährigen haben die Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten im Rahmen ihrer Pflicht zur Pflege und Erziehung dafür zu sorgen, dass sie sich solchen Maßnahmen unterziehen.“

Substitutionsverordnung 2006:

In jedem Fall bei Indikationsstellung Einholung der Meinung eines
nach

der Weiterbildungsverordnung qualifizierten Facharztes für Psychiatrie

REVERS


KAV
Wiener
Krankenkassenverband
Unternehmen Gesundheit

Seite 1 / 2
20.02.2012 13:17:09
Lfd.Nr 28972

Päd 7 DE

Dokumentierte Patientenaufklärung
Basisinformation zum Aufklärungsgespräch

Anwendung bei Kindern und Jugendlichen behördlich nicht zugelassener Medikamente

PatientID Patient

geboren am

Krankenkasse Versicherungsnummer

Zusätzliche Informationen

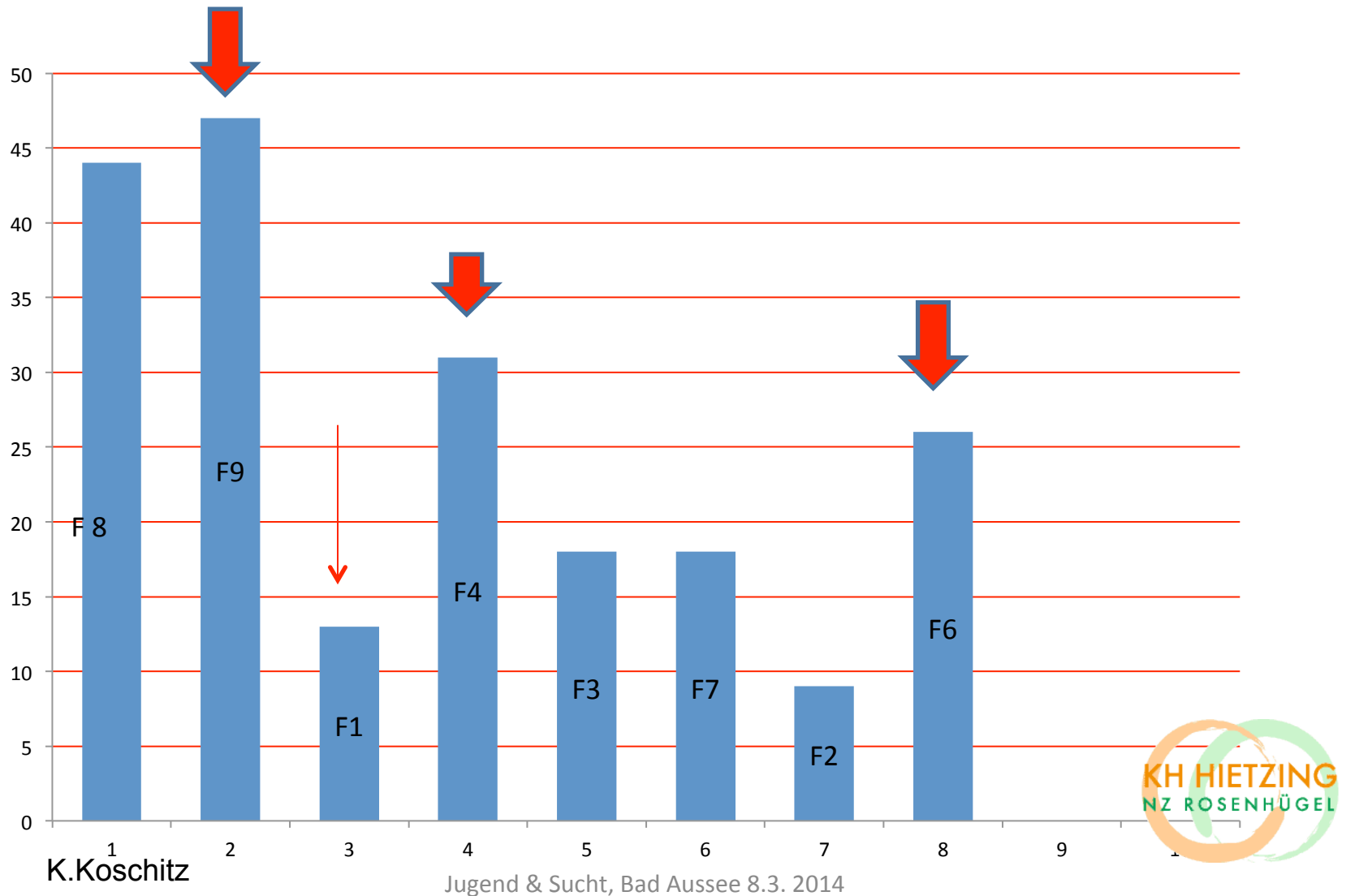
Telefonnr. der Eltern: von: bis:

Behandelnder Arzt Eingriffsdatum

Andere Entscheidungsberechtigte (Sorgeberechtigte, gerichtlich bestellte Betreuer, ausdrücklich Bevollmächtigte)

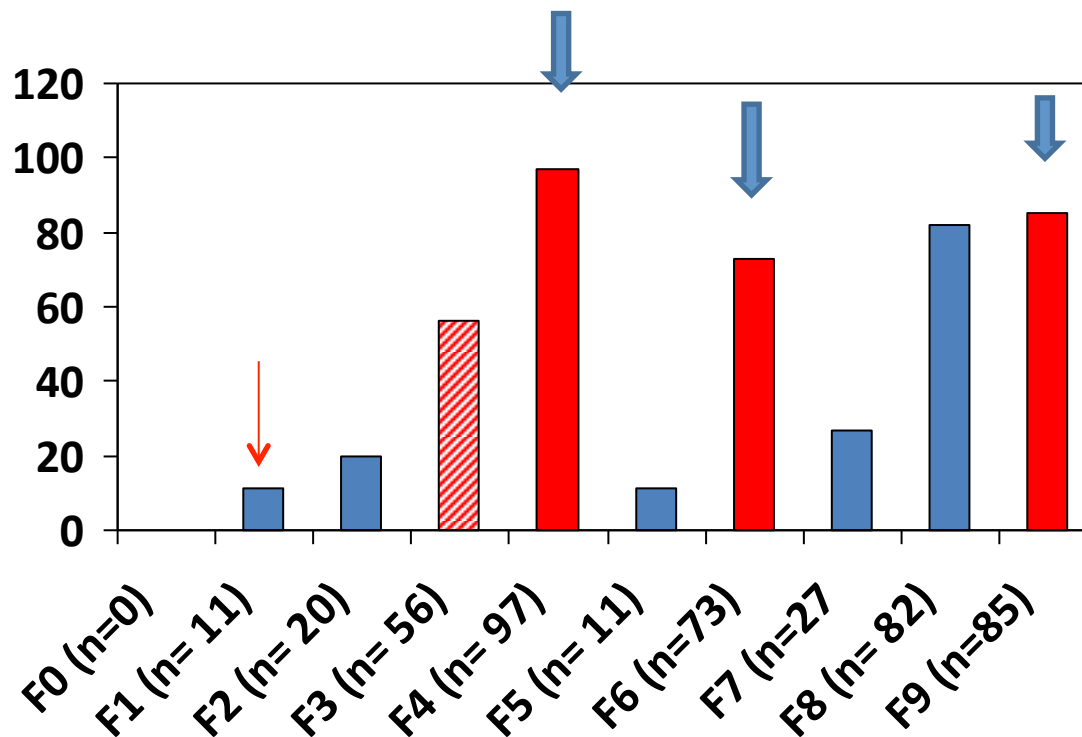
Betrifft eine Vielzahl von „pädiatr.“ Medikamenten

Ambulanz KJP-RoHü- Diagnosen 2011 (ICD 10)



Aufnahmen- KJP-RoHü 2011

(342 PatientInnen mit 570 Diagnosen)



Fazit

- Suchterkrankungen im Jugendalter sind häufig
- Je jünger- umso kränker
- Je jünger- umso unreifer und instabiler die Persönlichkeit

→ **Suchtverhalten verhindert Persönlichkeitsentwicklung!**

- Je jünger- umso häufiger Komorbidität
- Cave: prodromale Symptome!

Fazit 2- Dual Diagnosis

- „Dual diagnosis“- häufig mehrere Süchte, häufig Polytoxikomanie
- Herausforderung:
- Erkennen/Behandeln von psychiatr. Erkrankung
- Stellenwert/Behandlung der Suchterkrankung
- komplexes Behandlungskonzept nötig
- Spannungsfeld: Motivation (Patient)- Anspruch (Medizin)- Therapie (rechtliche Situation)
- ...braucht Zeit (jedoch Druck des Systems)
- Behandlung durch Spezialisten (KJP)

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

