

Jugendliche Suchtmittelabhängige Besonderheiten, Konsummuster, Diagnosestellung, Behandlung

Aspekte zur Suchtentstehung

Dr. Wolfgang Wladika MSc

Wahlarzt für Psychiatrie & Kinderjugendpsychiatrie

Psychotherapeut, Suchtmediziner

Ordi: 9020 Klagenfurt, Kroneplatz 1 in der Praxis JUKI

H:0699/10040975

Was unterscheidet Genuss von Missbrauch

- Fähigkeit zur Auswahl
- Fähigkeit zum Aufschub des Konsums
- Selbstzweck, nicht um etwas anderes zu erreichen
- Vielfalt



Entwicklungspsychologische Voraussetzungen für Genussfähigkeit

- Wahrnehmung von Grenzen bei sich und dem anderen
- Kontrolle der Impulsivität und Bedürfnisaufschub
- Frustrationstoleranz und Bewältigungskompetenz
- Leistungsbereitschaft und –motivation
- Selbstbestimmtes Konsumverhalten erlernen
- Dosierter Verzicht

Verhalten in der Adoleszenz

- Erhöhtes Risikoverhalten als Kompensation
- Grenzen testen
- Mit den Extremen spielen
- Sensation seeking
- Eintauchen in „subs“- Teilnahme an subkulturellen Lebensstilen
- Konfrontation zum Establishment
- Ausagieren
- Selbstgewählte „Initiation“



Motive für Drogenkonsum

- Demonstratives Vorwegnehmen des Erwachsenseins
- bewusste Verletzung von elterlichen Kontrollvorstellungen
- Ausdrucksmittel für sozialen Protest und gesellschaftliche Wertekritik
- Suche nach grenzüberschreitenden, bewusstseinsweiternden Erfahrungen
- eine Zugangsmöglichkeit zu einer Freundesgruppe
- eine Teilhabe an einem subkulturellen Lebensstil
- Drogenkonsum als problematische Form der Lebensbewältigung
- Hilfe bei der Lösung von frustrierenden Erfahrungen
- Notfallreaktion auf heftige psychische und soziale Entwicklungsstörungen

(Pallentin & Hurrlemann, 1999)

Turningpoints



Ausstieg aus der Gefährdung bei Übergang ins Erwachsenenalter durch positive Lebensereignisse

- Berufsausbildung
- Stabile Freundschaften
- Vertrauen zu erwachsener Person
- Positive, erfüllende Freizeitaktivitäten

Epidemiologie

Drogenkonsum bei unter 15-Jährigen

- Drogenkonsum bei unter 15 Jährigen stellt in Österreich quantitativ kein relevantes Problem dar
- Durchschnittsalter des Erstkonsums liegt mit Ausnahme von Alkohol, Nikotin (jeweils rund 14 Jahre), Cannabis und Schnüffelstoffen bei deutlich über 15 Jahren
- Wenn Konsum oder Missbrauch, dann meistens schwere psychosoziale Problemlagen

(Bericht zur Drogensituation; ÖBIG)

5.1 Jugend und Alkohol

Detaillierte Ausführungen zum Thema „Jugend und Alkohol“ finden sich im „Handbuch Alkohol – Österreich“ (Uhl et al., 2009b).

Tab. 44: Alkoholeinstiegsalter

	Männer				Frauen			
	15-19	20-39	40-59	60-99	15-19	20-39	40-59	60-99
mit 4 Jahren	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
mit 5 Jahren	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
mit 6 Jahren	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%
mit 7 Jahren	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	1%
mit 8 Jahren	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
mit 9 Jahren	3%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%
mit 10 Jahren	6%	2%	3%	3%	1%	1%	1%	1%
mit 11 Jahren	11%	2%	4%	3%	4%	2%	2%	1%
mit 12 Jahren	17%	7%	7%	6%	12%	4%	3%	2%
mit 13 Jahren	29%	14%	11%	8%	25%	9%	5%	4%
mit 14 Jahren	45%	26%	22%	18%	44%	21%	14%	9%
mit 15 Jahren	66%	41%	41%	28%	61%	36%	23%	13%
mit 16 Jahren	78%	64%	63%	49%	71%	56%	42%	25%
mit 17 Jahren	81%	71%	72%	59%	74%	65%	55%	36%
mit 18 Jahren	83%	78%	81%	70%	76%	73%	66%	53%
mit 19 Jahren	84%	80%	82%	75%	77%	74%	68%	56%
mit 20 Jahren		82%	83%	81%		76%	75%	67%
mit 21 Jahren		82%	84%	82%		76%	75%	67%
mit 22 Jahren		82%	84%	82%		77%	75%	68%
mit 23 Jahren		83%	84%	83%		77%	75%	68%
mit 24 Jahren		83%	84%	83%		78%	75%	69%

Quelle: „Repräsentativerhebung 2008“ (Uhl et al., 2009a)

Frageformulierung: „Ab welchem Alter haben Sie zum ersten Mal ein Glas mit einem alkoholischen Getränk konsumiert?“

Zunahme des Drogenkonsums mit zunehmendem Alter (ÖBIG)

Substanz	14 Jährige	15- 16 Jährige
Cannabis	6%	24%
Ecstasy	2- 3 %	6%
LSD	0,5- 1 %	4 %
Rohypnol	1%	5%
Heroin/ Kokain	Ca. 0,5 %	3 %

Trends

- Immer jüngeres Einstiegsalter
- Immer mehr Frauen im Verhältnis
- Zunahme bei Cannabis
- Riskantere Konsumformen
- Rasche Progression bei Risikokonstellation
- Konsummuster oft stabil bis ins mittlere Erwachsenenalter

„Moderne Substanzen“ bzw. deren Konsum

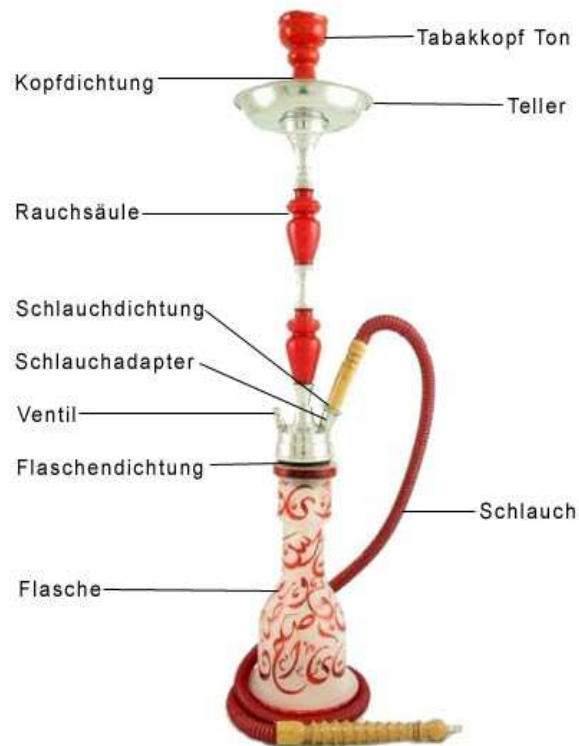
- Wasserpfeife/ Shisha
- Absinth
- Snus
- Spice
- Schnüffeln
- Mischkonsum



Wasserpfeife/ Shisha

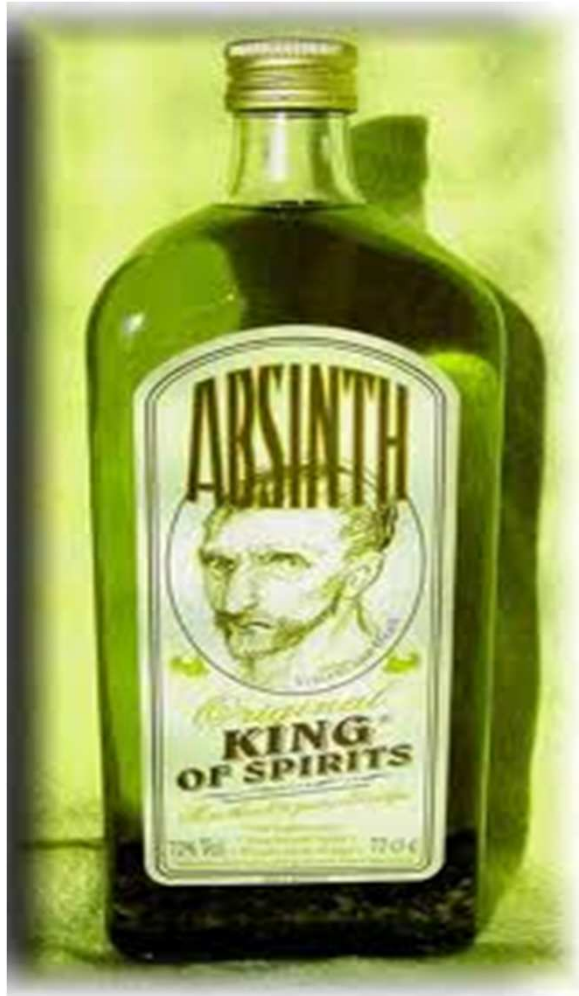


Aufbau einer Wasserpfeife



- In den letzten Jahren „Kult“
- Kommt aus dem arabisch/ iranischen Raum
- 38% der Jugendlichen (12- 17 J.) haben schon konsumiert
- Verbunden mit Geselligkeit und Entspannung
- Meist Tabak (versetzt mit Melasse) mit Fruchtaromen
- Irrtum- ist nicht „gesünder“ wie Zigaretten rauchen
- Starke Nikotininhalation, auch hohe Werte für Kohlenmonoxid und Teer
- Infektionserkrankungen über das Mundstück

Absinth



- Spirituose aus Wermut und anderen Kräutern (Anis, Fenchel, Ysop, Melisse, Minze)
- 50- 80 Volumensprozent
- Thujon (Bestandteil des Wermutöls ist ein starkes Nervengift)
- Zu Beginn belebend, dann epileptische Anfälle und psychiatrische Störungen auslösend
- Im 19. Jahrhundert weit verbreitet

Absinth

- Im 20. JH verboten: A-
Epilepsie, A- Blindheit, A-
Wahnsinn und Selbstmorde
- Heute bei Grenzwerten
wieder erlaubt
- Von der Werbeindustrie
gepuscht
- Gefahr: hochprozentiger
Alkohol
- Rituelle Trinkgewohnheit mit
Zucker





Snus

- Fein gemahlener Tabak (mit Ammoniak)
- Wird zwischen Lippe und Zahnfleisch gepresst
- Nur in Schweden legal
- Snus ist eine „Nikotinbombe“
- Kann Übelkeit und Schwindel hervorrufen
- Rasche Gewöhnung und Abhängigkeit
- Außerhalb Schwedens verboten, organisiert übers Internet, Konsum nicht verboten
- Immer beliebter bei Sportlern und Jugendlichen



Spice

- Kräutermischungen
- Zu kaufen übers Internet
- „legale Alternative zu Cannabis“
- Mit Cannabis ähnlicher syn. Substanz, 4x wirksamer als THC und vermittelt rauschartiges Erleben
- Mit Tabak vermischt geraucht
- In Österreich als Arznei eingestuft
- Ab 2009 ist jegliches Inverkehrbringen, Weitergabe und Verkauf verboten



Schnüffelstoffe



- Bewusstes Inhalieren von Dämpfen, Aerosolen, Gasen, ähnlich flüchtigen Stoffen um eine berauschende Wirkung zu erzielen
- Meist organische Lösungsmittel als Basis
- Auch Narkosemittel, wie Lachgas, Chloroform und Äther
- Herzmittel wie Amylnitrit
- Finden sich in Klebstoffen, Lacken, Farbverdünnern, Fleckentferner, Feuerzeuggas, Nagellack und Nagellackentferner, Fett- und Wachslöser, Haarsprays, Schuhsprays, Filzschreiber und Benzin

Schnüffelstoffe

- Stark verbreitet in Grönland, Zypern und Irland
- Straßenkinder in Afrika und Südostasien
- Schnüffeln meist Übergangsphänomen
- 5,9 % Lebenszeitprävalenz
- Oft als Mutbeweis, Gruppenrituale
- Neurotoxische und organische Schäden bis zu Gehirn- und schweren Nerven- sowie Knochenmarkschädigungen
- Körperliche Abhängigkeit wird nicht beobachtet, manchmal Toleranz, eventuell psychische Abhängigkeit
- häufig im Rahmen polytoxikomanem Konsummuster



Besondere Risikogruppen



- vor dem 12. Lebensjahr beginnend, oppositionell, rebellisch, Unruhe stiftend, zerstörerisch sind mit aggressiven Verhaltensmustern (Early onset Störung des Sozialverhaltens)
- oft in Kombination mit ADHS (Novel seeking)
- junge Menschen mit ängstlichem Verhalten, mit Neigung zu Unsicherheit, Einsamkeit, Versagensängste und Depressionen (Niaa, 2006)
- oft mit schwere Belastungen, wie Verwahrlosung, Gewalt oder Missbrauch (Sher et al., 1997)
- Als Erwachsene häufig ausgeprägte Komorbidität von Angsterkrankung, Depression mit alkoholbedingten Störungen (Selbstmedikationshypothese)

Substanzmissbrauch

Kurzfristige Konsequenzen:

- Leistungsprobleme
- Erhöhte Impulsivität und Aggressivität
- Sozialer Rückzug, aus der Familie und von bisherigen Freunden
- Konflikte in Schule oder am Arbeitsplatz
- Wechsel von Peergroups
- Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen, ungewollte, ungeschützte sexuelle Kontakte und delinquentes Verhalten
- gesundheitliche Probleme, z.B. Alkoholintoxikation

Diagnostik

- Ausführliche Anamnese unter Berücksichtigung kindlicher und Jugendlicher Entwicklungsschritte
- Erhebung von besonderen Belastungen und Traumatisierungen
- Genaue Erhebung von Suchtmittel und Konsumverhalten
- Außenanamnese
- Erfassung von besonderen Risikokonstellationen
- Leistungstestung unter Berücksichtigung von Teilleistungsstörungen
- Abklärung von etwaigen Komorbiditäten
- Körperliche Untersuchung (Selbstverletzungen?)

Komorbide psychische Störungen bei Missbrauch und Abhängigkeit im Kindes- und Jugendalter

- Chen YF 2008
 - 90% der < 15 Lj. Min. 1 psychiatrische Diagnose
 - 81 % externalisierende Störung
 - 61% internalisierende und externalisierende Störung

Komorbiditäten

Wichtiger Risikofaktor bzw. Folgesymptom

- Insbesondere affektive Störungen (Depressionen)
- Angststörungen und Phobien
- Impulskontrollstörungen
- Störung des Sozialverhaltens
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Hyperkinetische Störungen
- Essstörungen (Bulimie und Anorexia nervosa)
- Persönlichkeitsstörungen

Inanspruchverhalten bei Suchtproblemen (Moll et al.; 2003)

- Mehrheit sucht keine Hilfe bzw. wird vom Gesundheitssystem nicht erreicht
- In der EDSP – Studie sind in Betreuung
 - 23 % der Personen mit Substanzproblemen
 - 27 % der Personen mit Abhängigkeitsproblemen

Nur ca $\frac{1}{4}$ der Betroffenen wird erreicht

Charakteristika von Suchterkrankungen im Jugendalter

- Behandlungswunsch häufiger durch Angehörige
- Zu Behandlungsbeginn meist familiäre Konflikte
- Meist Bedürfnis nach elterlicher Unterstützung von Seiten der Jugendlichen
- Wunsch nach schulischer-beruflicher Ausbildung

- Substanzprobleme sind so vielgestaltig, es gibt keine einfache, einheitliche Strategie!

Behandlungsrichtlinien

- Primär abstinenzorientiert, jedoch nach den Möglichkeiten des Jugendlichen
- Bewußt machen von Konsummustern, Wann? Wo? Zu welchem Zweck?
- wenn möglich, Einbindung der Familie in die Behandlung
- daher wohnortnahe und interdisziplinär zu planen
- ausreichende Dauer (bis mehrere Jahre) ist notwendig
- ev. ist eine Substitutionstherapie sinnvoll
- Behandlung der Komorbiditäten
- Die Behandlung ist zeit- und personalintensiv
- Psychotherapie ?
- Therapie in einer Spezialeinrichtung wohnortfern stellt die Ausnahme dar

Übergeordnete Behandlungsziele

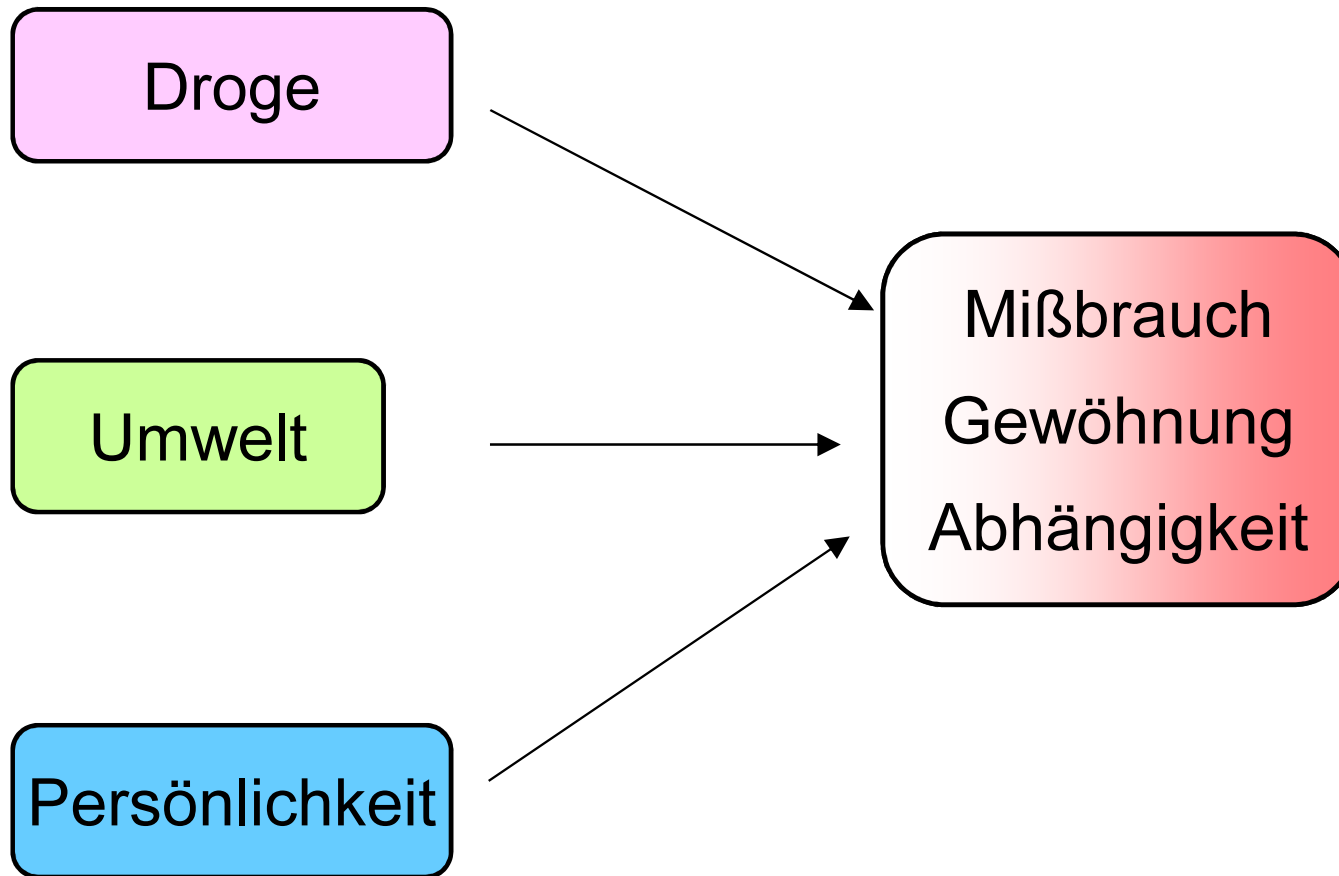
- Verzögere den Erstgebrauch bei Jugendlichen mit hohen Risiken (selektive Prävention)
- Verhindere die Progression in Richtung Missbrauchsverhalten von einmal zu mehrmals, von mehrmals zu regelmäßig (= Frühintervention)
- Unterstütze den Ausstieg vom Konsum bei Abhängigen (= Suchttherapie)
- Reduziere die negativen Folgen bei abhängigem Konsum (= harm reduction/Suchttherapie)
- Komorbiditäten sind unbedingt zu behandeln (Selbstmedikation unterbinden)

Zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen

Grundlegendes zur Abhängigkeit

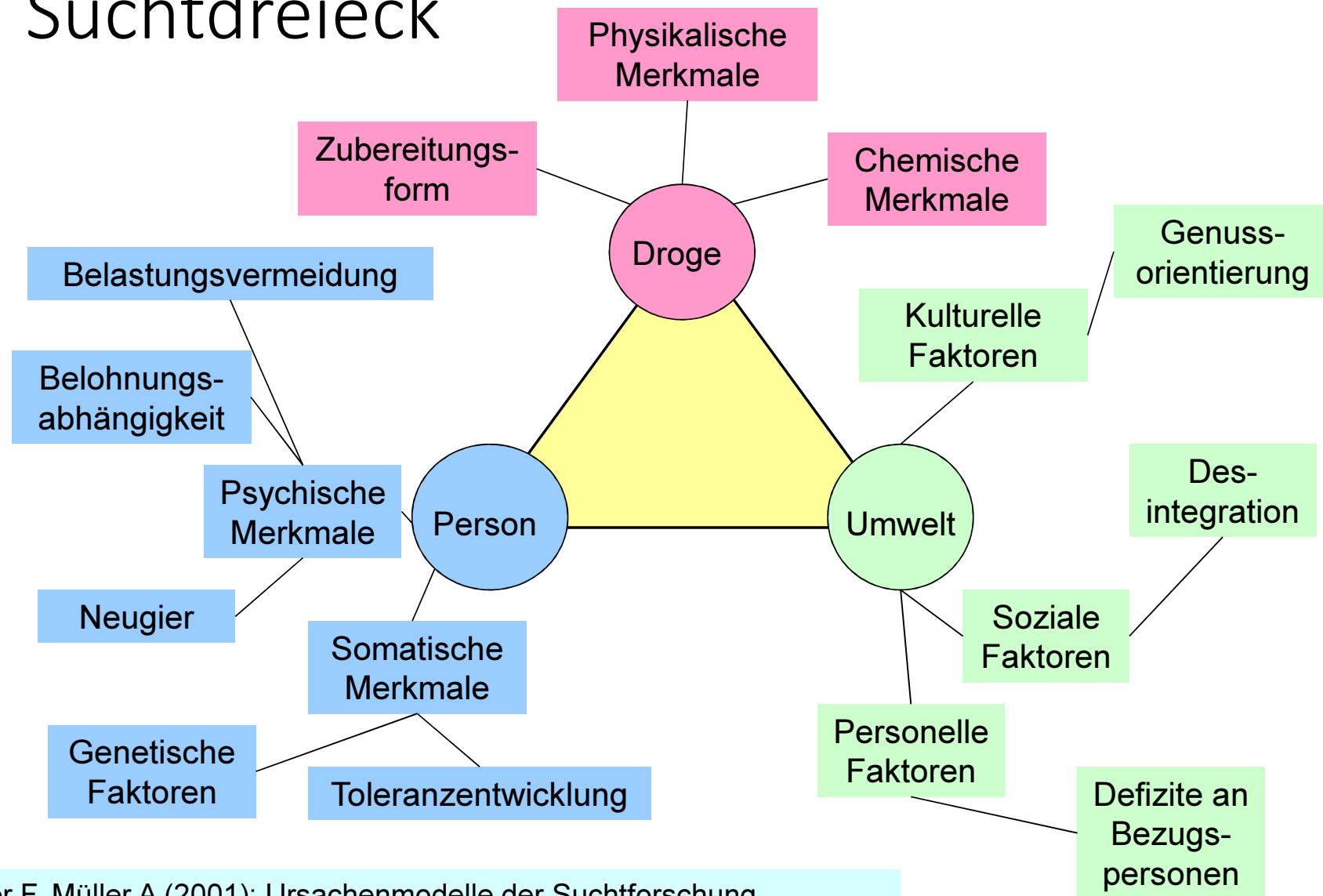
(Leshner Alan; 1999)

- Die Abhängigkeit wird als biologische, kognitive und Verhaltensstörung verstanden
- Drogengebrauch und Sucht sind nicht einfach Pole entlang eines Kontinuums, an dem man mit der Zeit in die eine oder die andere Richtung entlanggleitet
- Wenn jemand abhängig geworden ist, hat sich sein (psychischer und physischer) Zustand gegenüber vorher verändert
- Abhängigkeit ist eine chronische Krankheit, bei den meisten Menschen mit gelegentlichen Rückfällen
- Es hat wenig Bedeutung, wie die Abhängigkeit entstanden ist; wenn jemand abhängig ist, ist Behandlung erforderlich
- Die Behandlung berücksichtigt biologische, psychische und soziale Aspekte



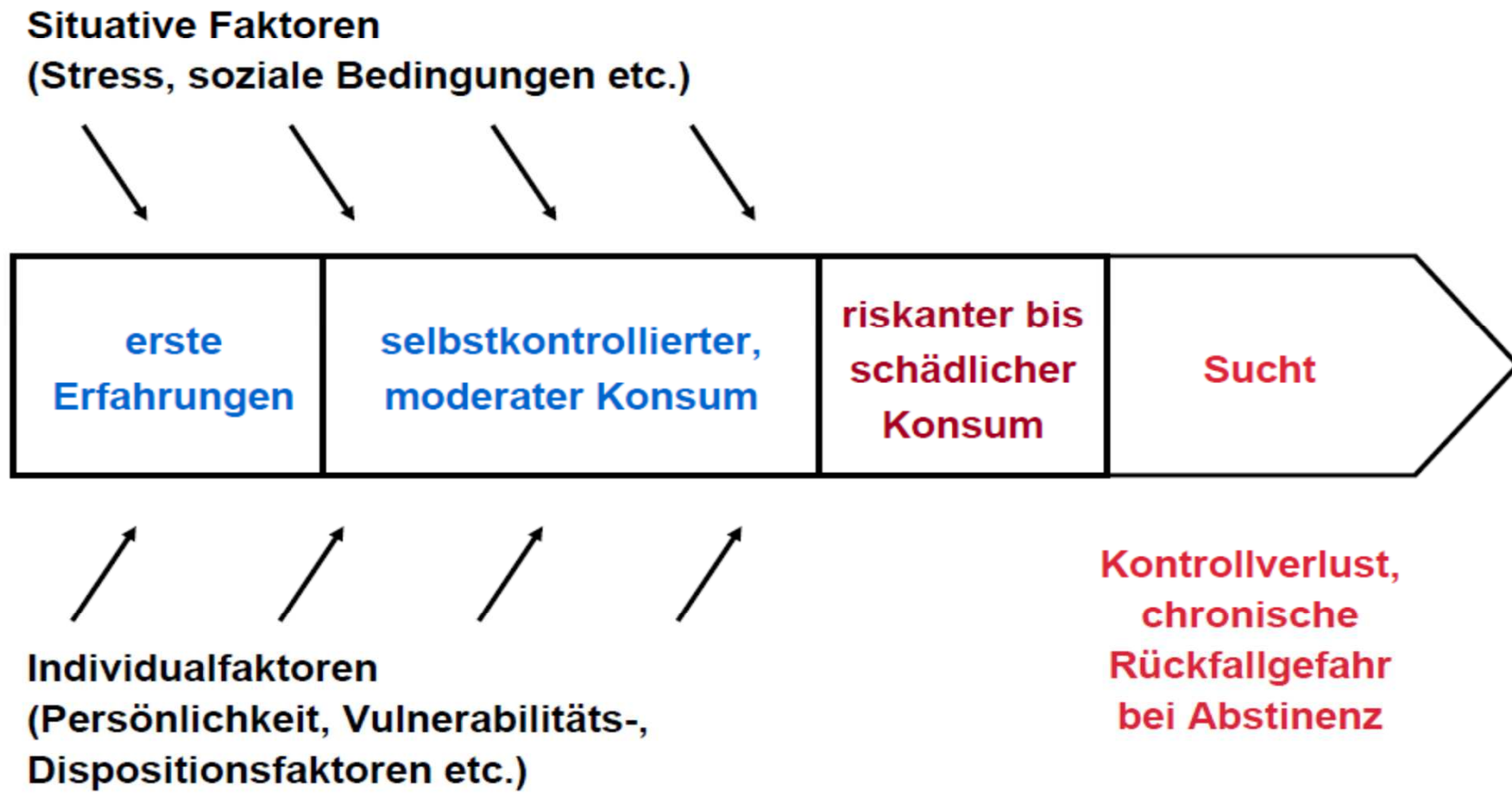
Nach Battegay: Handwörterbuch der
Psychiatrie

Suchtdreieck



Nach: Tretter F, Müller A (2001): Ursachenmodelle der Suchtforschung

Die Entwicklung einer Sucht



Konzepte zur Ätiologie

- Sozialwissenschaftliche Konzepte
 - Betrachtung als Form devianten Verhaltens innerhalb einer Gesellschaft auf der Mikro- oder Makroebene
 - Verfügbarkeit (z. B. Gesetzliche Regelungen, Preis, Steuer, Werbung)
- Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren
 - Einzelne Faktoren erhöhen oder reduzieren die Wahrscheinlichkeit für Substanzkonsum oder die Entwicklung einer Substanzstörung
- Psychologische Konzepte
 - Motivation zum Drogenkonsum und Erwartung an den Drogenkonsum
 - Analyse von Lernprozessen in der Ausbildung eines regelmäßigen Konsums bzw. in der Abhängigkeit
 - Persönlichkeitspsychologische Ansätze
 - Konditionierungsprozesse
- Biologische Konzepte
 - Psychoaktive Substanzen wirken auf substanzspezifische Rezeptoren der Nervenzellen
 - Veränderungen verschiedener zentralnervöser Systeme in ihrer Struktur und Funktion

Schutz und Risikofaktoren

- Schutzfaktoren (protektive Faktoren) senken das Risiko bei Vorliegen von Risikofaktoren, sind somit deren Mediatoren
- Schutz und Risikofaktoren sind keine Kausalfaktoren
- Grad und Ausmaß der Interdependenzen ist weitgehend unklar
- Im Kindesalter sind Personen -, Eltern- und Familienmerkmale die besseren Prädiktoren
- im jugendlichen Alter sind dies Peer und sozioökonomische Merkmale

(Kaplow et al 2002)

Beispiele von Risiko - Schutzfaktoren

3. Missbrauchsverhalten
in der Familie

4. Frühe psychische Störung
(Komorbidität)

5. Frühes deviantes und
delinquentes Verhalten

6. Verfügbarkeit von
psychoaktiven Substanzen

2. Erziehungsstile

1. Dispositon

16. Soziale Unterstützung

15. Verhaltens-kompetenzen
im Umgang mit
psychoaktiven Substanzen

14. Kommunikations-
fertigkeiten

13. Optimismus

12. Stressbewältigung/
Widerstandsfähigkeit

11. Risiko-
wahrnehmung

Risikofaktoren

7. Einfluss der Peer Gruppe

8. Substanz- und
Einnahmecharakteristika

9. Internalisierte
Kontrollüberzeugung

10. Selbst-
wirksamkeitserwartung



Projektive Faktoren



Psychologische Modelle

- Keine der bekannten Theorien erklärt die vorliegenden Befunde hinreichend
- die aktuellen Modellformulierungen sind biopsychosozial ausgerichtet
- Studien zeigen Stimmungs- Temperament-
Persönlichkeitsdimensionen
- Ebenso Einstellungen, Wirkungserwartungen und Verhaltensmuster
- Daraus ermittelte Risikokonstellation führt bei diesen Jugendlichen zu früherem, häufigerem Konsum und in größeren Mengen als ohne Risikomerkmale
- Die Herausbildung ihrer Konsumgewohnheiten folgt allgemeinen Lerngesetzen



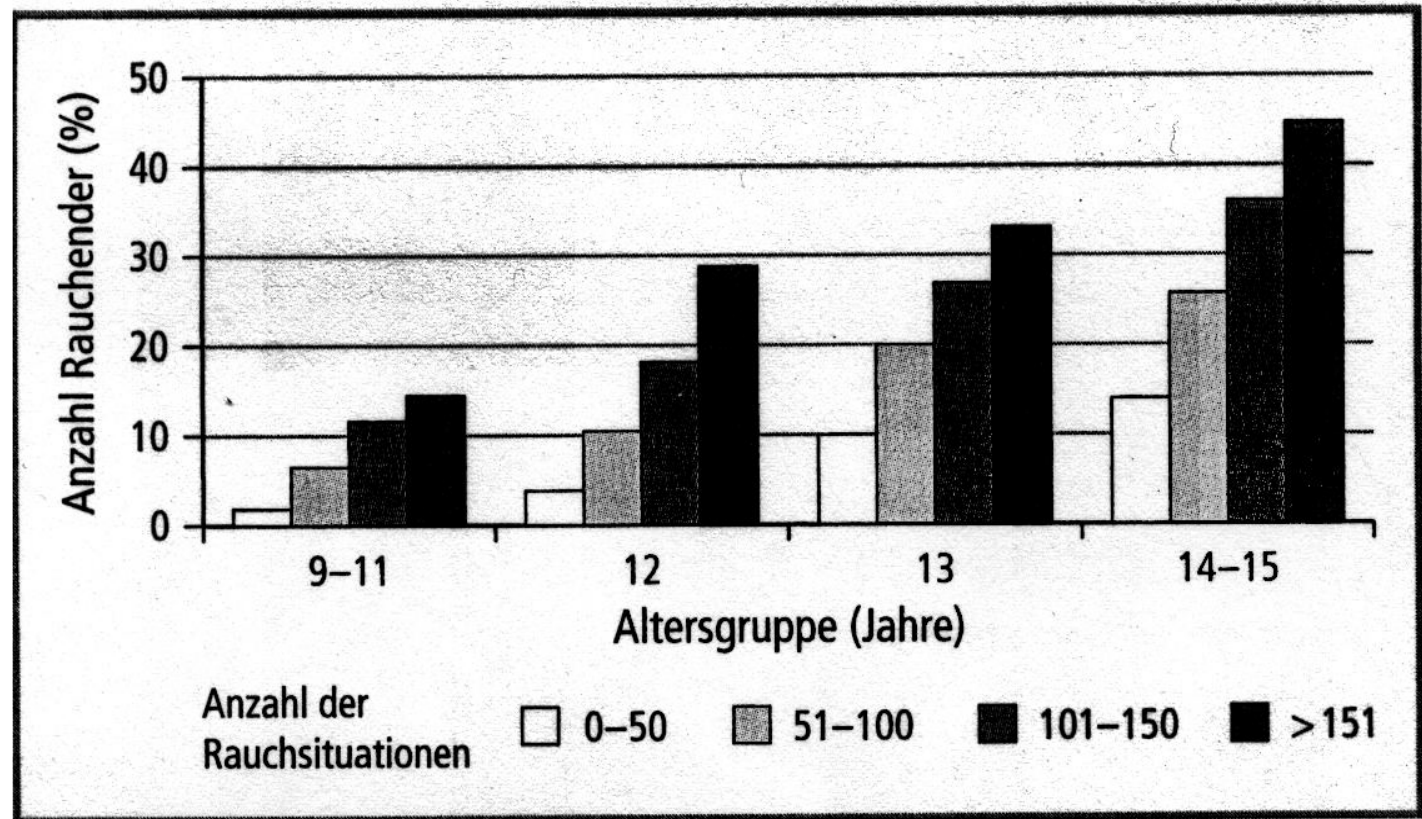
Lernen am Modell

- Dadurch erhöht sich das Risiko für früheren und für die Entwicklung von problematischem Substanzkonsum
- Der motivationale Ausgangszustand verändert nicht nur die Intensität, sondern auch die Qualität der subjektiven Substanzwirkung (Erwartungshaltung)
- ➔ Modelllernen ist wichtiger für den Beginn des Konsums als bei der Konsumsteigerung



Lernen am Modell

- Durch Beobachtung eines positiv bewerteten Modells oder mittels Instruktion und Imagination
- Z. B. Untersuchung über den Zusammenhang von Rauchsituationen in Filmen und dem Selberrauschen (Sagent et al; 2002)



Tab.7-1 Anteil von Kindern, die zum Zeitpunkt der Befragung rauchten, in Abhängigkeit von der Anzahl zuvor gesehener Rauchsituationen.
Aus: Das Handbuch: Grundlagen und Praxis, Hrsg. Thomasius, Schulte-Markwort, Küstner, Riedesser, Schattauer Verlag, 2009

Lernen

- Lerntheoretisch ist die Steigerung von Verhalten durch positive oder negative Verstärker möglich
- **Positiver Verstärker** sind z.B. Entspannung, Beruhigung, gute Gefühle
- **Negativer Verstärker** (oder Selbstmedikationshypothese) z. B. bei Konsum von Cannabis, Nikotin bzw. Alk. bei Symptomen einer Schizophrenie, ADHS oder Stress
- Die Wiederholung erfolgt, wenn sich dies positiver auf das Befinden auswirkt, als alternative Verhaltensweisen
- Der Verstärkungswert einer Substanzwirkung wird wesentlich durch die zusätzliche **Verfügbarkeit alternativer Verstärker** bestimmt, wie z.B. soziale Anerkennung in der peer- group (Mc Kim 2006)
- → Operante Konditionierung

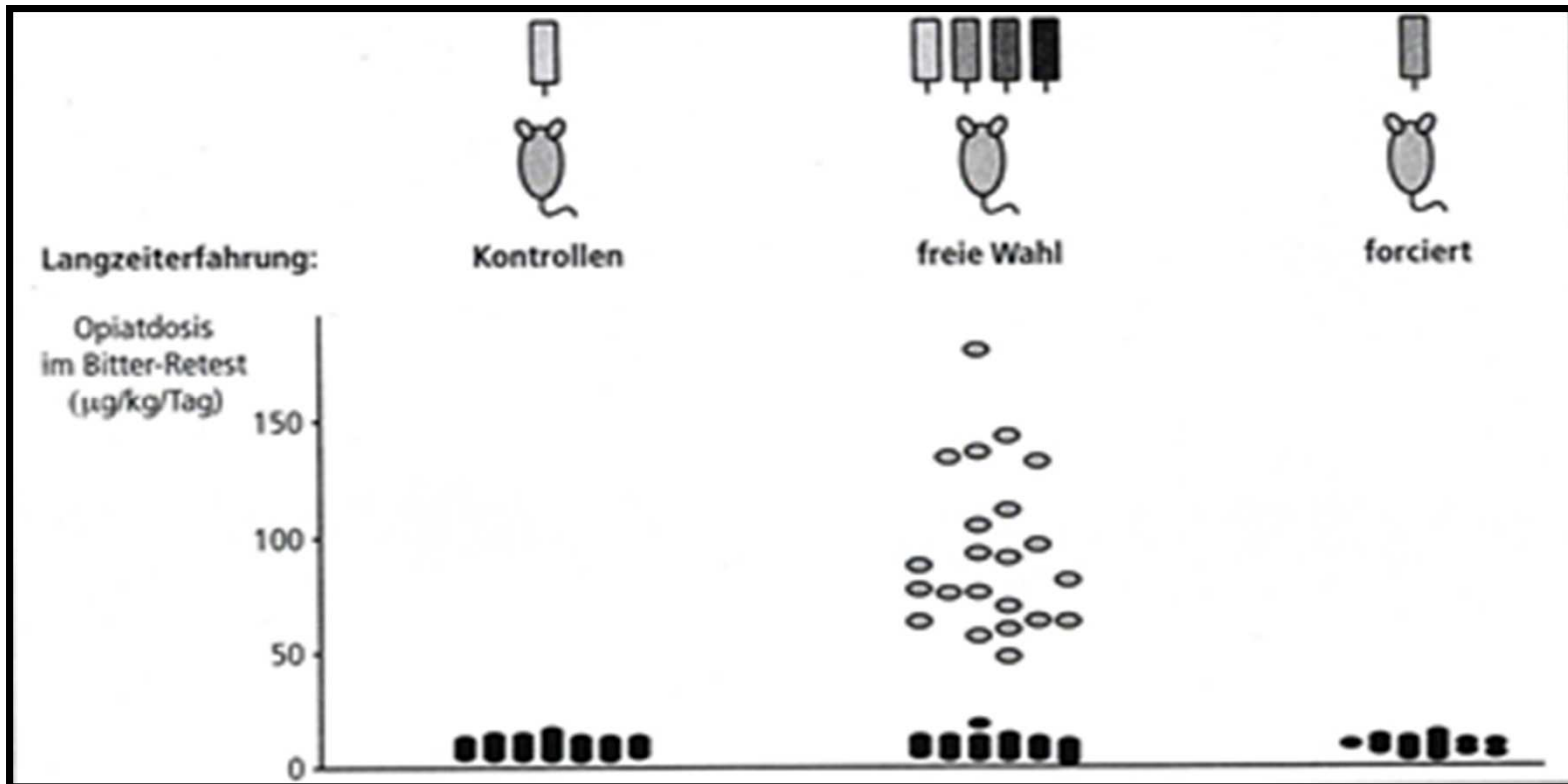
Lernen

- Initial bestimmen kognitive, affektive, biologische und situative Faktoren die erlebte Wirkung sowie die Wahrscheinlichkeit der Konsumfortführung
- Es entsteht ein Anpassungsprozess beim Erwerb von Konsumgewohnheiten
- Nachteile in sozialer oder persönlicher Hinsicht werden in Kauf genommen
- Gleichzeitig nimmt auch das Erleben einer positiven Substanzwirkung ab
- Bevor Sucht auftritt hat der Mensch jedoch verschiedene Verhaltensoptionen, wobei der Konsum einer psychotropen Substanz immer nur **eine** von mehreren ist

Lernen

Die Wahl als Verstärker

- Für die Ausbildung von veränderungsresistenten Konsumverhalten ist nicht nur die Verknüpfung von Reizen mit Verstärkerwirkung wichtig, sondern auch die Gelegenheit zu deren Wahl
- Vermutlich ist die Möglichkeit zur Entscheidung zwischen verschiedenen Handlungsoptionen eine ganz wesentliche Besonderheit des menschlichen Lebens
- Paradoxe Weise ist bei Herausbildung von habituellen Substanzkonsum gerade dies eine wesentliche Voraussetzung für die Ausbildung von süchtigem Verhalten (Wolffgramm und Heyne 2008)



Suchtgedächtnis nach freiwilligem Substanzzugriff. Freiwillige Opiateinnahme (Etonitazen) unter Bitterstoff-Vergällungsbedingungen in einem Retest nach mehrmonatiger Abstinenz. Zuvor hatten die Tiere über neun Monate lang entweder freie Opiatwahl gehabt, waren Opiat-naiv geblieben (Kontrollen) oder hatten eine Opiatlösung als einzige Trinkflüssigkeit erhalten (forciertes Zugriff). Nur freiwilliger Zugang führte zur Sucht (hellgraue Punkte: süchtig gewordene Tiere; schwarze Punkte – z. T. verdeckt -: nichtsüchtige Tiere)

Aus: Kinder und Suchtgefahren. Hrsg. Michael Klein, Schattauer Verlag, 2008

Neurobiologische Grundlagen der Sucht und Suchtentstehung

Belohnungssystem (Olds und Milner, 1954)



Wenn Ratten die Möglichkeit haben, durch Betätigen eines Hebels bestimmte Gehirnregionen zu stimulieren, führen sie das durch lange Zeit durch, auch auf Kosten von Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Belohnungssystem

- Das Belohnungssystem des Gehirns enthält dopaminerge Neuronen
- Dopaminerge Neuronen werden durch Belohnung und Vorhersagefehler aktiviert
- Zentrale Bahn des Belohnungssystems:
 Ventrales Tegmentum (VT) \Rightarrow N. accumbens (in die Septumkerne und die Amygdala) = mesolimbische Dopaminbahn
- Mesokortikale Dopaminbahn: VT \Rightarrow frontaler Cortex, Gyrus cinguli, entorhinaler Cortex

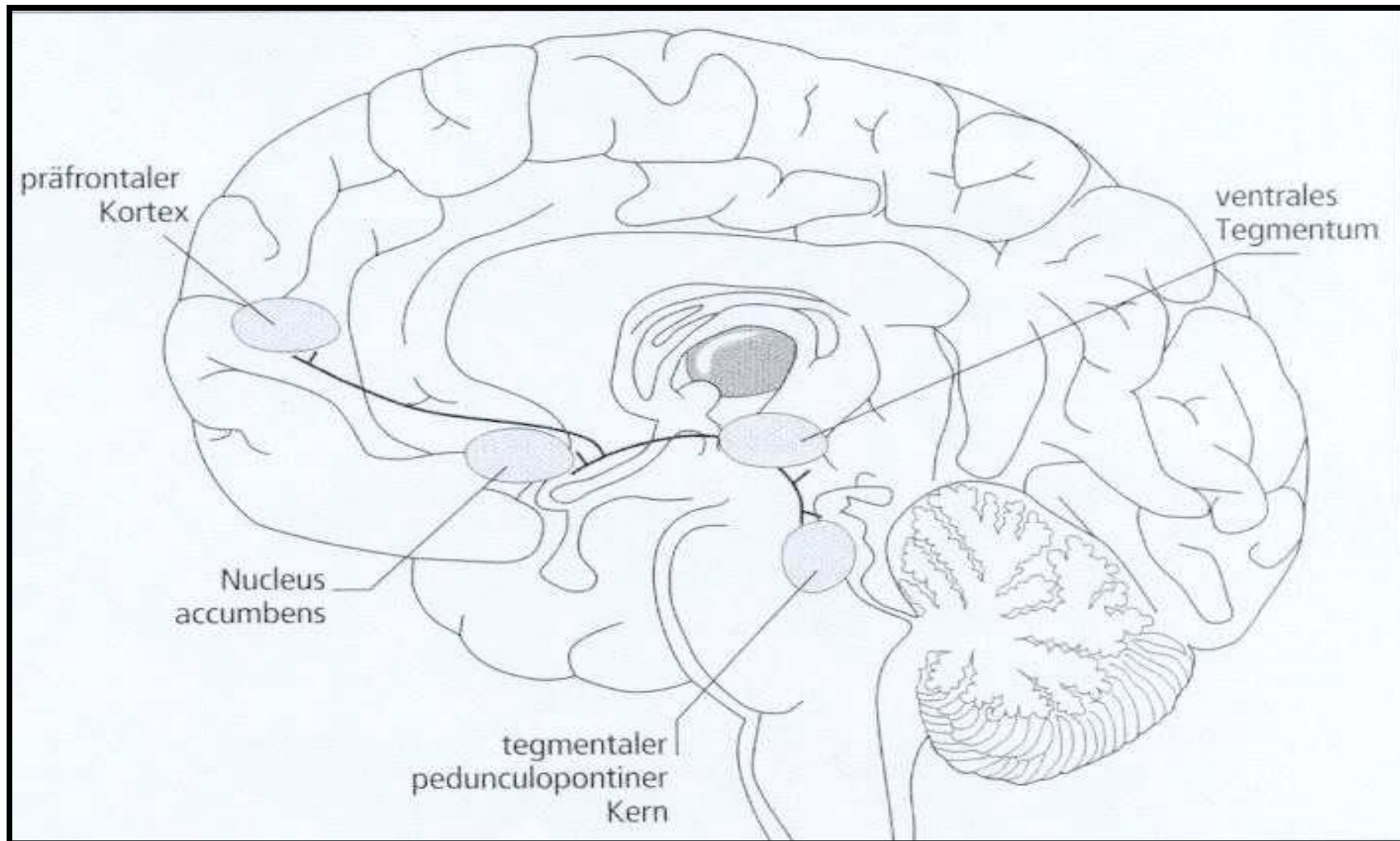


Abb. 3.10 Mesikortikolimbisches Belohnungssystem (nach Thomasius et al. 2008)
Aus: Sucht-Bindung-Trauma, Hrsg. Lüdecke, Sachsse, Faure, Schattauer Verlag, 2010

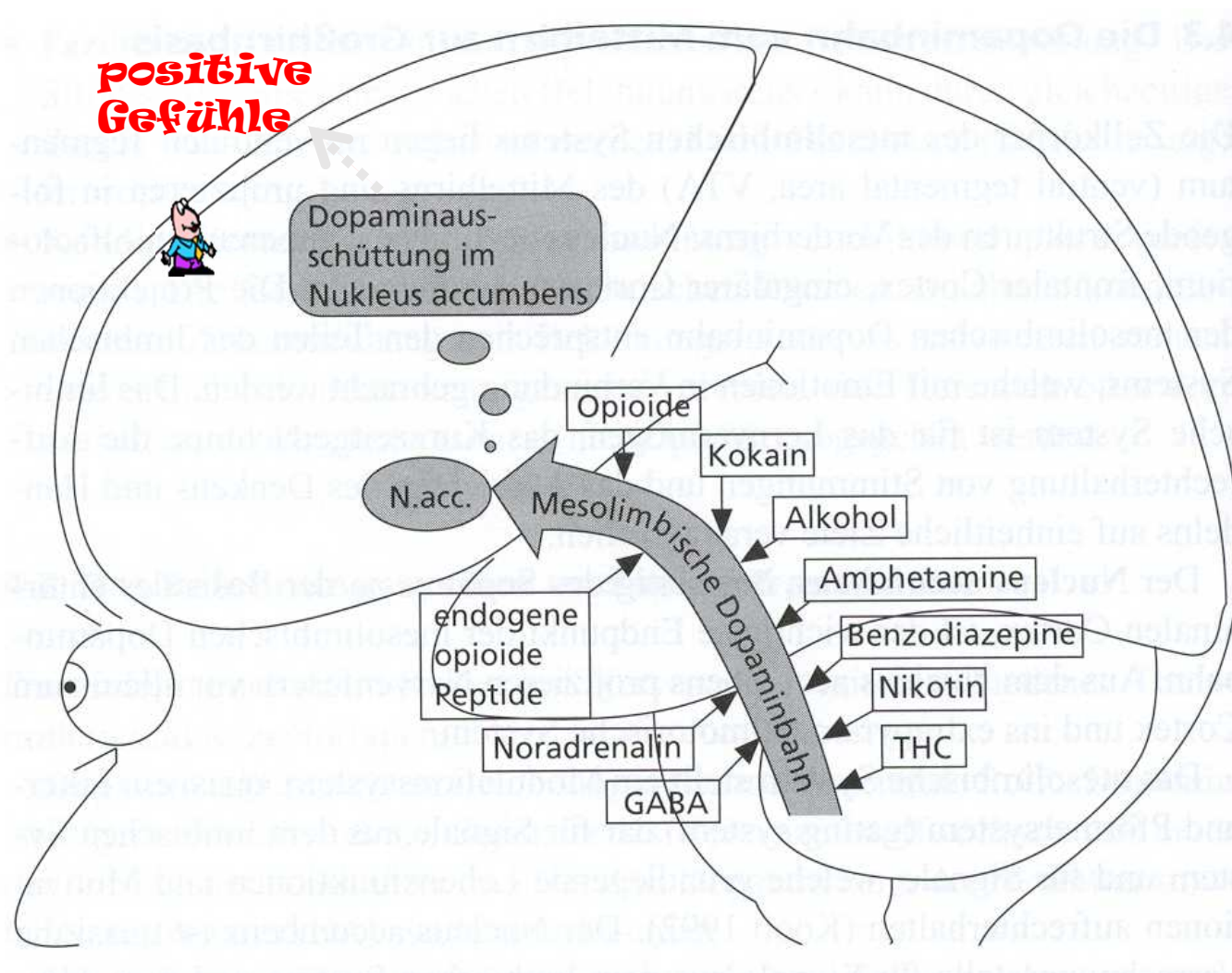
Mesocorticolimbisches Belohnungssystem

- Steuert Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Sexualität
- Reguliert die soziale Nähe beim Menschen als bewusstem Wesen
- Dient dem Erhalten des Selbstgefühls & des Selbstwertes
- Insgesamt erfolgt die Ausschüttung von Dopamin bei Verhaltensweisen, die für das Überleben wichtig sind, der Arterhaltung dienen
- Daraus folgt glückliches und zufriedenes Gefühl

Mesocorticolimbisches Belohnungssystem

- Das Belohnungssystem verstärkt nicht nur positive Verhaltensweisen sondern belohnt auch, wenn negative Reize vermieden werden
- Ein Nachlassen von Schmerz führt z. B. ebenso zu Aktivierung des Dopaminstoffwechsels
- Oder ein Nicht-Eintreten von Strafe oder erwarteten negativen Ereignissen
- Suchtmittelkonsum führt über direkte (dopaminerge) oder indirekte (gabaerge, serotoninerge, endorphinerge, etc.) Transmitter zu einer Beeinflussung des Belohnungssystems mit hoher Dopaminausschüttung

Entwicklung eines Suchtverhaltens



Mesocorticolimbisches Belohnungssystem



- Suchtmittel reagieren besonders im N. accumbens durch Bindung an vier verschiedene Rezeptoren
- Alkohol erzeugt die doppelte Erhöhung
- Kokain macht einen 50-fachen Anstieg
- Körpereigene motivationale Prozesse können da nicht mithalten



Zwei Teile des Belohnungssystems (Rommelsberger; 2009)

- das mesolimbisch- mesocorticale Belohnungssystem vermittelt die Motivation einen Suchtstoff einzunehmen und die mit der Belohnung verknüpften Lernvorgänge

das „Wanting-System“

- Das cortical hedonistische Netzwerk sorgt für den bewusst erlebten Belohnungsanteil

das „Liking- System“

Wanting-System

- Der informative und motivationale Anteil
- Verarbeiten, abspeichern und Reaktivieren
 - von Lernen im Zusammenhang mit Belohnung
 - von Reizen
 - von Aktionen die das Wohlbefinden ermöglichen
 - von Vorhersagbarkeit des damit verbundenen Wohlbefindens
 - von Motivation und von motivationalen Zuständen

Liking-System

Befriedigung, Wohlbefinden, Kick und Lust als hedonistischer Anteil

- Wahrnehmung von Freude und Belohnung
- Kognitive Kontrolle und Lernen
- Widerstand gegen Ablenkung vom Ziel, die Belohnung zu erhalten
- Generierung des multimodalen Charakters der Belohnung
- Initiierende Aktion die Belohnung zu erhalten

Sensitivierung, Suchtdruck

- entsteht nur im Wanting-System (nicht im hedonistischen Netzwerk) über die Motivation
- Dopamin ist wichtig für das Annähern an die Belohnung, die Einnahme der Belohnung und ebenso für die Antizipation einer Belohnung, dabei vor allem für die motorischen Handlungen
- Bei Abhängigen werden Schaltkreise, die Motivation vermitteln, überempfindlich (Sensitivierung)
- Die Bedeutung eines bestimmten Hinweisreizes nimmt relativ zu
- Hinweisreize und der Suchtstoff gewinnen eine dominierende Rolle
→ Suchtdruck

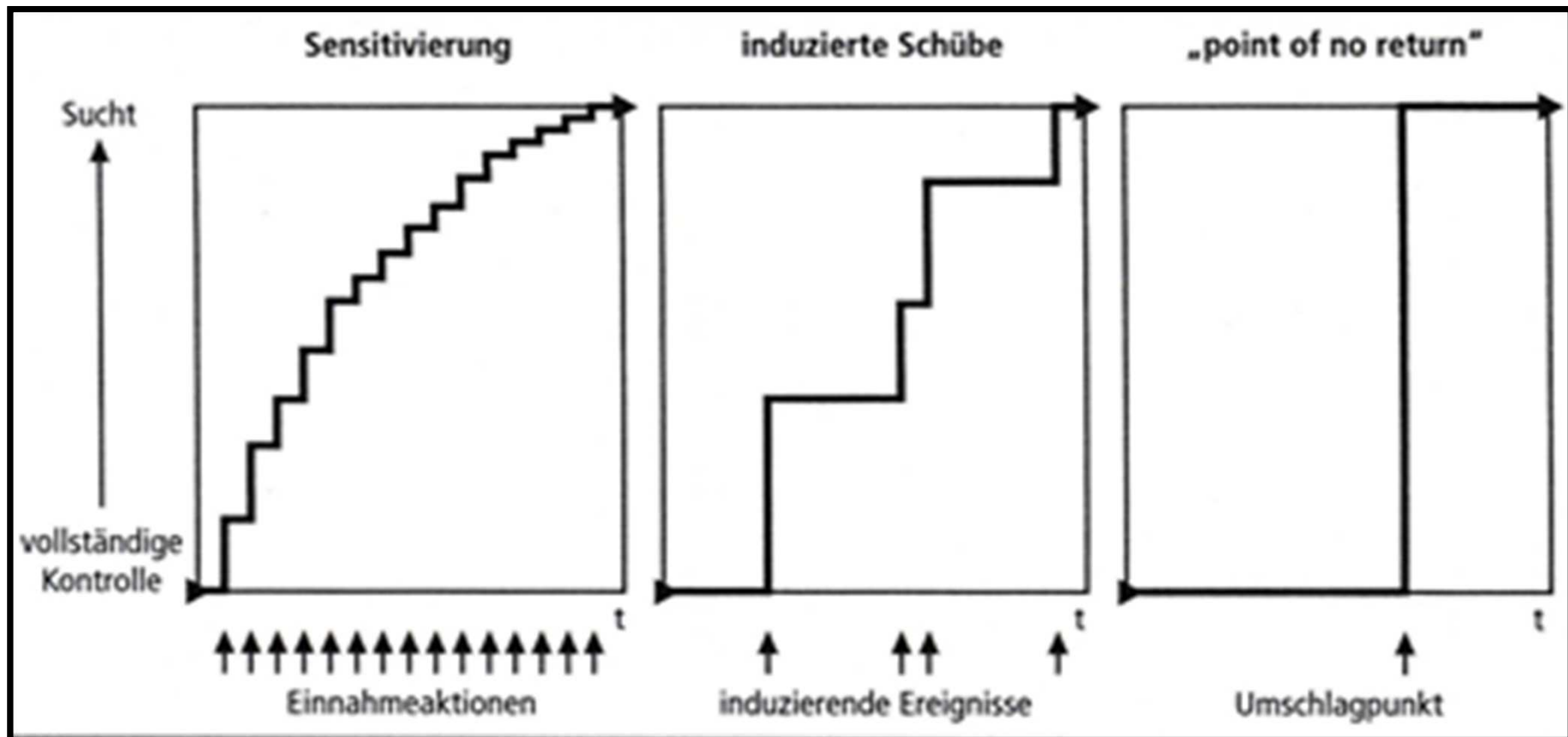
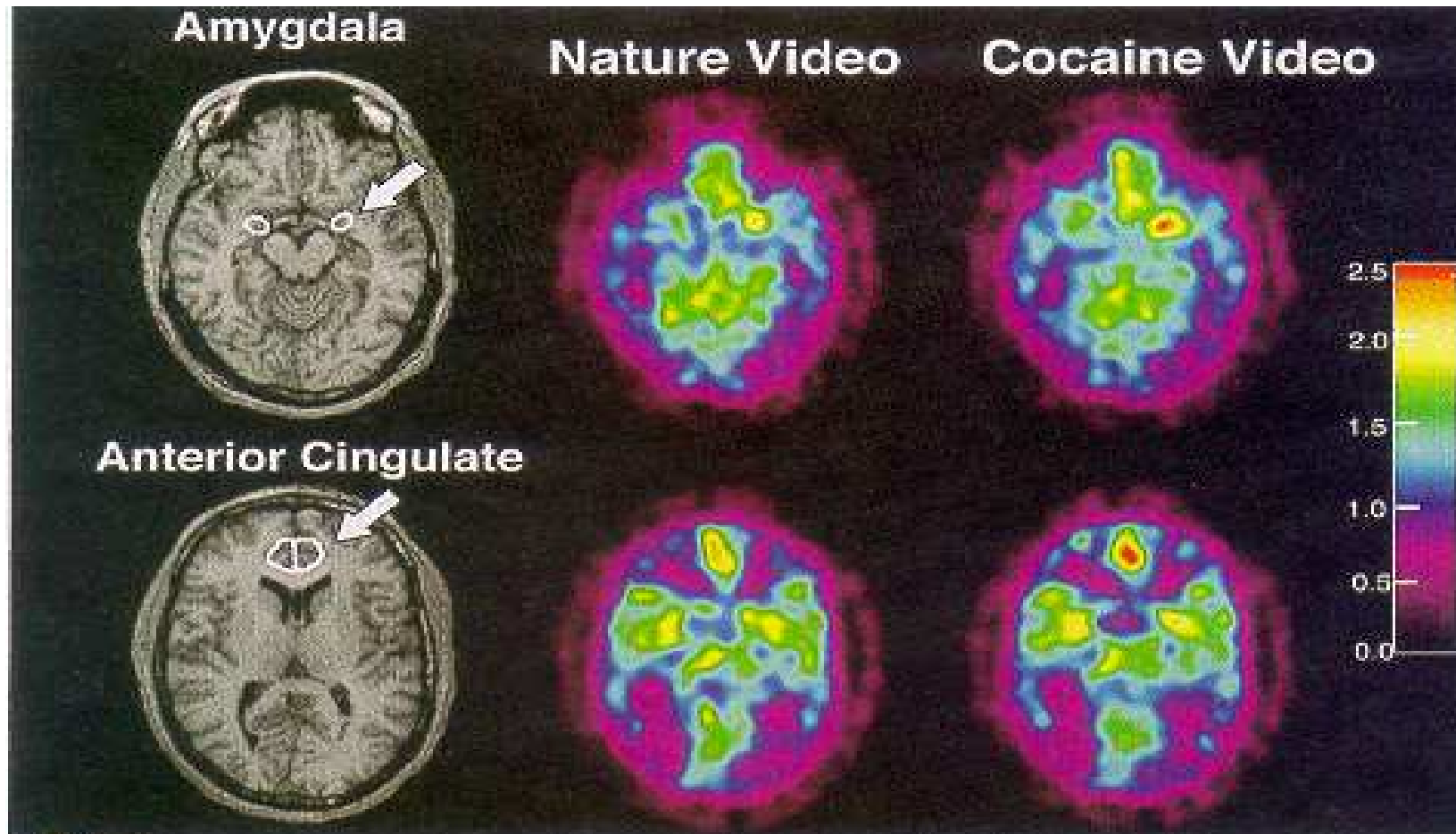


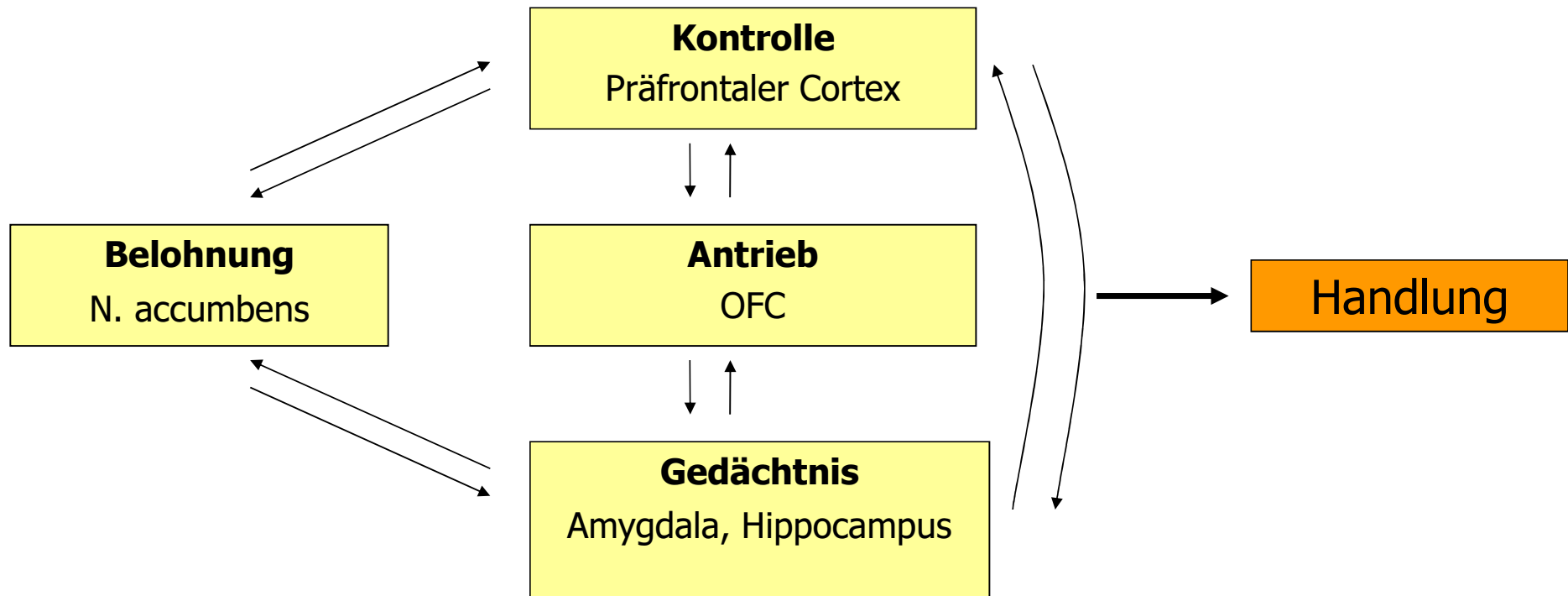
Abb. 28-11 Drei Hypothesen zur Zeitcharakteristik der Suchtenstehung.
 Links: Sensitivierung des „Wollens“ mit jeder weiteren Einnahmereaktion;
 Mitte: schubweiser Verlauf der Kontrolleinbuße über induzierende Ereignisse (Stress, soziale Veränderung);
 Rechts: Umschlagen des kontrollierten Konsums zum Kontrollverlust in einen „point of no return“.
 Aus: Kinder und Suchtgefahren. Hrsg. Michael Klein, Schattauer Verlag, 2008

Gedanken an das Suchtmittel



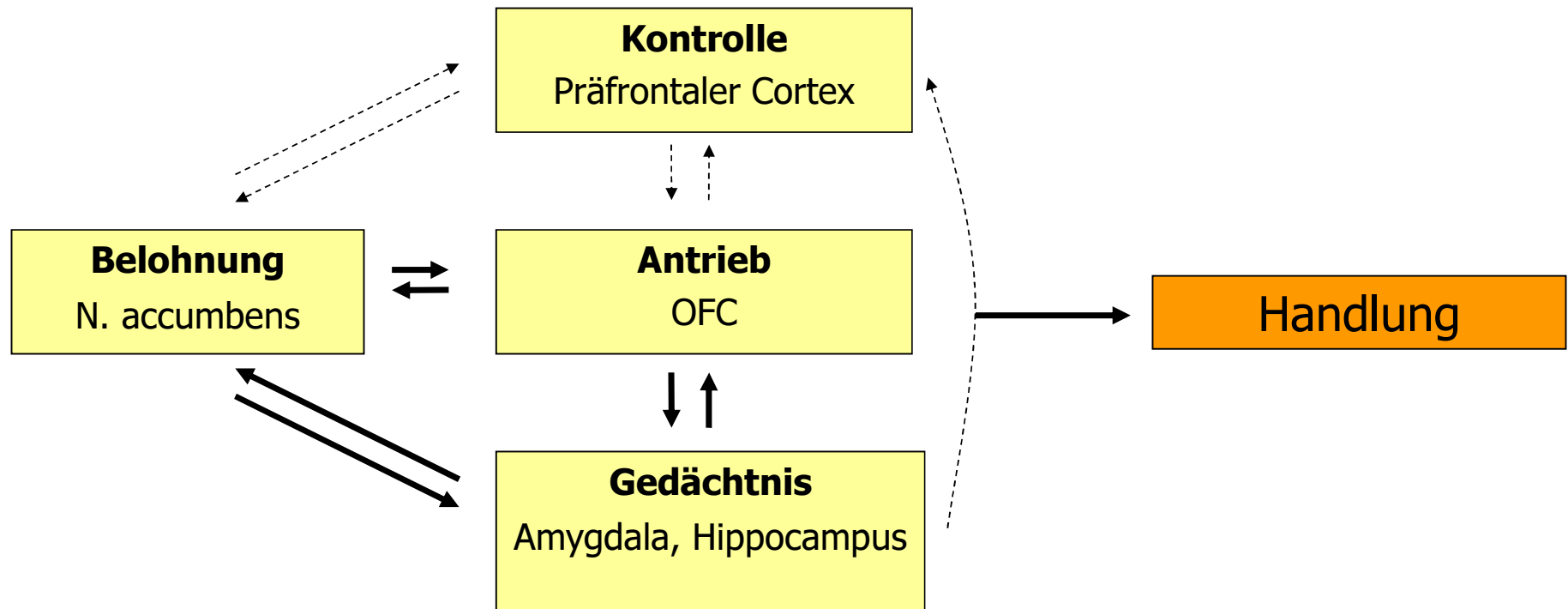
Aus:
Childress
et al, AJP
1999

Nicht abhängiges Gehirn



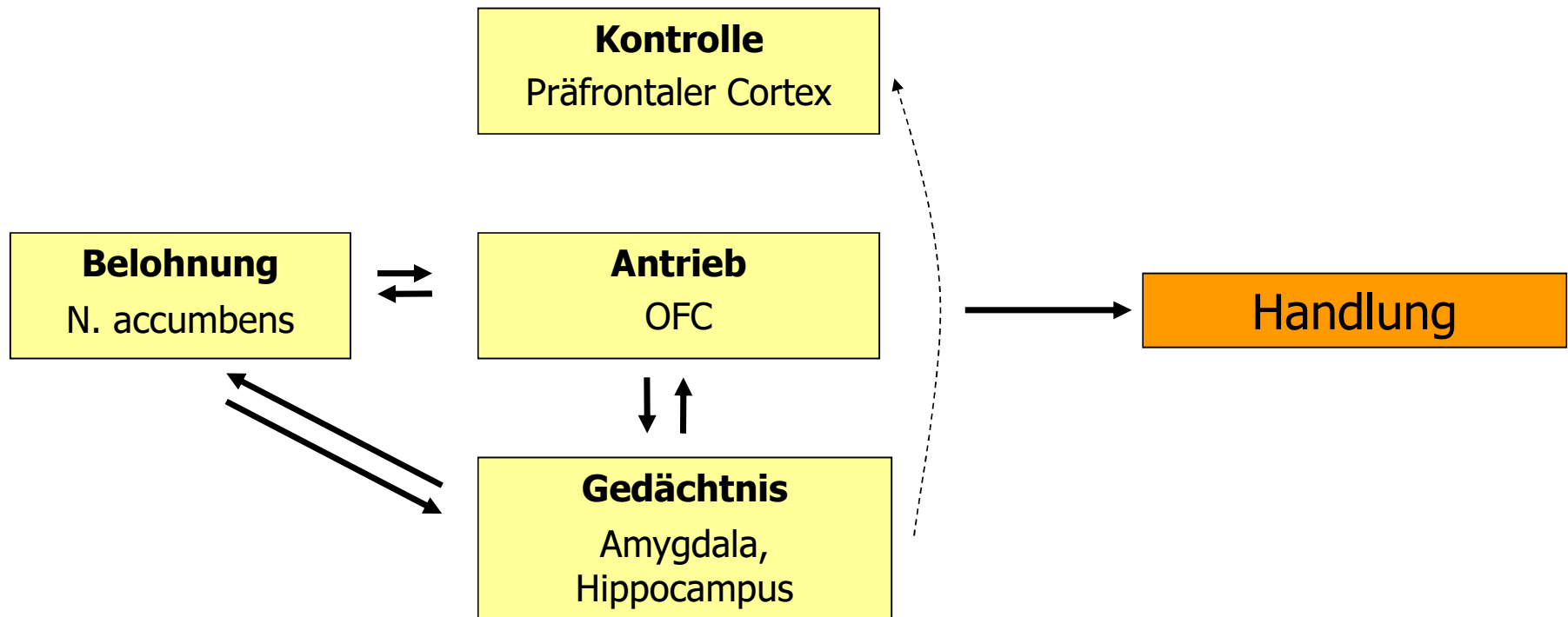
Nach Volkow et al, J Clin Invest, 2003

Abhängiges Gehirn



Nach Volkow et al, J Clin Invest, 2003

Abhängiges Gehirn



Nach Volkow et al, J Clin Invest, 2003

Ursprünge des Suchtverhaltens:

Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (Felitti; 2003)

- Adverse Childhood Experiences (ACE)- Study
- vergleicht belastende Kindheitserfahrungen mit dem Gesundheitszustand des Erwachsenen, im Durchschnitt ein halbes Jahrhundert später
- Teilnehmer waren zu 80% weißer, zu 10% schwarzer und zu 10% asiatischer Herkunft
- Durchschnittsalter lag bei 57 Jahren
- 74% hatten eine College-Ausbildung, 44% einen College-Abschluss
- 49,5% waren Männer

Die untersuchten Erfahrungen

- acht Kategorien von Kindheitsbelastungen
 - wiederholter und schwerer **körperlicher Missbrauch** (11%)
 - wiederholter und schwerer **emotionaler Missbrauch** (11%)
 - **sexueller Missbrauch** (22%)

Aufwachsen in einem Haushalt (mit):

- einem Alkoholiker oder Drogenkonsumenten (25%)
- einem Familienmitglied im Gefängnis (3%)
- einem geistig kranken, chronisch depressiven oder einem in eine Anstalt eingewiesenen Familienmitglied (19%)
- in dem die Mutter körperlich misshandelt wird (12%)
- beide biologischen Eltern nicht vorhanden waren (22%)

Auswertung:

ACE Punkte	Anzahl der Teilnehmer
0	33 %
1	25 %
2	15 %
3	10 %
4	6 %
5 und mehr*	11 %

Gesamtergebnisse

(V.J. Felitti; Vandenhoeck& Ruprecht; 2003)

- Belastende Kindheitserfahrungen treten überraschend häufig auf, obwohl sie meist verborgen und unerkannt bleiben
- ACE haben auch nach 50 Jahren noch grundlegende Auswirkungen, obwohl sie sich jetzt von psychosozialer Erfahrung in organische soziale Unfähigkeiten und geistige Krankheiten gewandelt haben
- belastende Kindheitserfahrungen sind Hauptdeterminanten für Gesundheit und soziales Wohlergehen

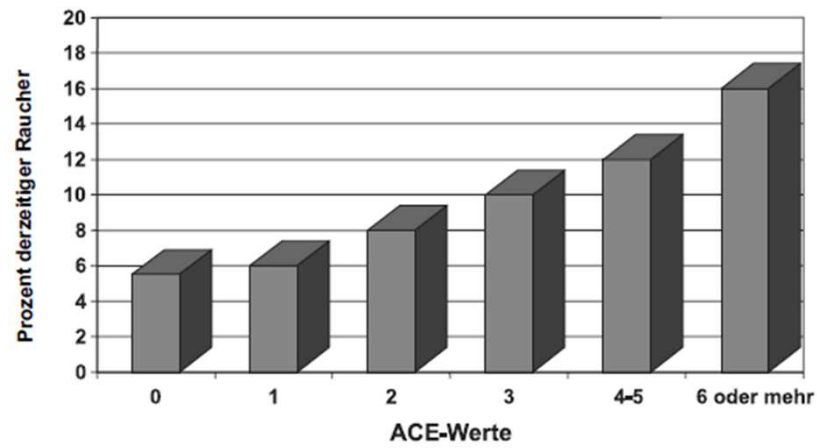


Abbildung 1: ACE-Werte und Rauchen

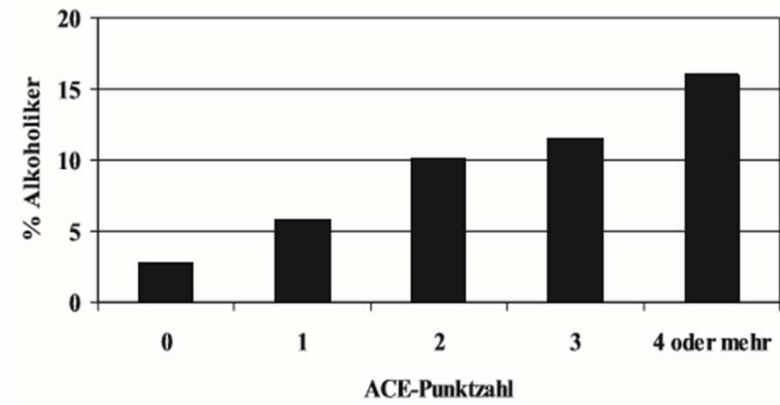


Abb.3: ACE-Punktzahl gegenüber Alkoholismus im Erwachsenenalter

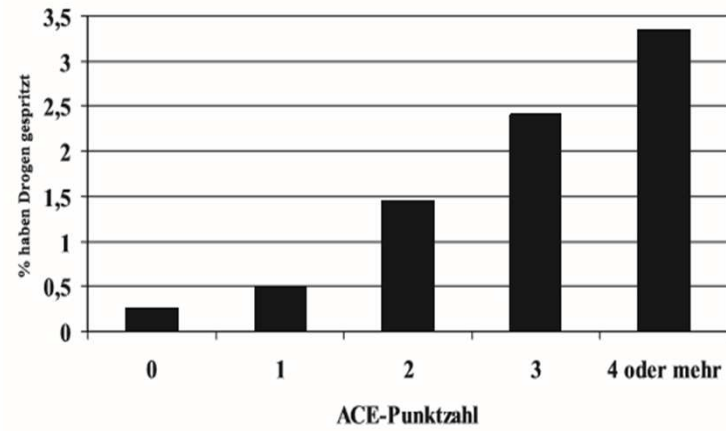


Abb. 4: ACE-Punktzahl gegenüber Spritzen von Drogen

Einfluss von negativen Kindheitserfahrungen auf die gesamte Lebensdauer (Modell von V. Felitti; ACE-Studie)



Danke Ihnen für Ihre
Aufmerksamkeit

..... und noch einen spannenden Seminarverlauf

Genetisches Risiko für Substanzabhängigkeit

- Für Alkoholkrankheit: Bei Frauen 50 bis 65 %, bei Männern 48 bis 73 %
(Heath et al 1997)
- Polygene Erkrankung durch Veränderung zahlreicher Gene
- Genetischer Anteil für frühen Alkoholkonsum bei Jungen 55 %, bei Mädchen 11 %
(Rose et al 2001)
- Schon länger bekannt:
Söhne von Typ 2 alkoholkranken Vätern (Alkoholismus vor dem 25. Lebensjahr, Unfähigkeit zur Abstinenz, aggressives Verhalten unter Alkoholeinfluss, selten Kontrollverlust, selten Schuldgefühle wegen Furcht vor Alkoholabhängigkeit) haben ein neunmal höheres Erkrankungsrisiko als Söhne aller anderen Väter
(Cloninger 1987)

Ziele der Kontaktphase

- Beziehungsaufbau
- Steigerung der Kooperationsbereitschaft
- Psychoedukative Maßnahmen
- Frühe Elternberatung
- Aufklärung über Suchtmittel und Suchtgefährdung
- Engmaschige Beratungstermine

Entgiftungsphase

- Medikamentöse Entzugsbehandlung
- häufig stationär
- Behandlung körperlicher Begleitungsstörungen
- 5 bis 21 Tage

Entwöhnungsbehandlung

- Ambulant
- Teilstationär/kurzfristig stationär (4 bis 8 Wochen)
- Mittelfristig 2 bis 6 Monate
- Langfristig länger als 6 Monate
- Abbruchquote ambulanter Therapien 50%
- Rückfallsrisiko in der Nachsorge 6 bis 12 Monate am höchsten

Veränderungsbereitschaft / Behandlungsbereitschaft

- Phase I: fehlendes Problembewusstsein und fehlende Veränderungsbereitschaft
- Phase II: Aufbau von Problembewusstsein, Zunahme der Selbstbeobachtung, Abwägen von Vor- und Nachteilen des Substanzkonsums
- Phase III: ernsthafte Veränderungsbereitschaft mit Behandlung des Substanzmissbrauchs
- Phase IV: Erhaltungsphase bis zum Rückfall

Bausteine der umfassenden Behandlung/1

- Beratung / Psychoedukation
- Einzelpsychotherapie
- Familienberatung/-unterstützung/-therapie
- Klärung der Wohnsituation
- Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

Bausteine der umfassenden Behandlung/2

- Entwicklung einer drogenfreien Peer-group
- Sinnvolle, zufriedenstellende Freizeitaktivitäten
- Behandlung Co-Morbiditäten
- Medikamentöse Unterstützung / Substitution

Aktive Einbindung der Familie ist prognostisch günstig

- Motivationsarbeit
- Klärung von Beziehungs- und Kommunikationsmustern in der Familie
- Erhöhung des Konfliktlösungspotentials
- Veränderung von kognitiven Einstellungen zu Drogen
- Stärkung der Erziehungshaltung der Eltern
- Therapie psychiatrischer Erkrankungen bei Familienangehörigen

Rehabilitationsaspekte

- Schule / Beruf
- Wohnen
- Peer-Group
- Sinnvolle Freizeitaktivitäten

Berufliche Rehabilitation

- Je nach Funktionsniveau
- Oft basal beginnend auf Niveau einer Beschäftigungstherapie, über einen längeren Zeitraum, die Anforderungen (langsam) steigernd Richtung Lehre / Schule
- Rehabilitationskette
- Langsame Steigerung Richtung Lehre

Rehabilitation Wohnen

- Wohngemeinschaft mit einem pädagogisch-soziotherapeutischen Konzept
- Satellitenwohnung
- Betreutes Außenwohnen
- Möglichkeit der Psychotherapie
- Fortbildung in Suchterkrankungen
- Fallbezogene Supervision

Konzepte zur Ätiologie

1. Biologisches Konzepte

- Psychoaktiv wirkende Substanzen wirken auf substanzspezifische Rezeptoren der Nervenzellen, z.B. Opiatrezeptoren im limbischen System
- Veränderungen verschiedener zentralnervöser Systeme in ihrer Struktur und Funktion

2. Psychologische Konzepte

- Motivation zum Drogenkonsum (v.a. beim Initialkonsum) und Erwartungen an Drogenwirkung
- Analyse von Lernprozessen bei der Ausbildung eines regelmäßigen Konsums bzw. einer Abhängigkeit
- Persönlichkeitspsychologische Ansätze
- Konditionierungsprozesse

3. Sozialwissenschaftliche Konzepte

- Betrachtung als Form devianten Verhaltens innerhalb einer Gesellschaft auf Mikro –oder Makroebene
- Verfügbarkeit (z.B. Preis, Steuern)

4. Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren

- Einzelne Faktoren erhöhen oder reduzieren die Wahrscheinlichkeit des Drogenkonsums bzw. der Entwicklung einer Substanzstörung

Konzepte zur Ätiologie

- Biologische Konzepte
- Psychologische Konzepte
- Sozialwissenschaftliche Konzepte
- Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren

Konzepte zur Ätiologie

- Biologische Konzepte
 - Psychoaktive Substanzen wirken auf substanzspezifische Rezeptoren der Nervenzellen
 - Veränderungen verschiedener zentralnervöser Systeme in ihrer Struktur und Funktion
- Psychologische Konzepte
 - Motivation zum Drogenkonsum und Erwartung an den Drogenkonsum
 - Analyse von Lernprozessen in der Ausbildung eines regelmäßigen Konsums bzw. in der Abhängigkeit
 - Persönlichkeitspsychologische Ansätze
 - Konditionierungsprozesse
- Sozialwissenschaftliche Konzepte
 - Betrachtung als Form devianten Verhaltens innerhalb einer Gesellschaft auf der Mikro- oder Makroebene
 - Verfügbarkeit (z. B. Preis, Steuer, Werbung)
- Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren
 - Einzelne Faktoren erhöhen oder reduzieren die Wahrscheinlichkeit für Substanzkonsum oder die Entwicklung einer Substanzstörung

Unterschiedliche Zielgruppen (ZG) im Jugendalter (13 – 21 Lj.)

ZG 1: At high risk, noch kein oder sporadischer Substanzkonsum

- Problemverhalten in der Kindheit , problematische Familienverhältnisse (Armut, schwere Bindungsstörungen, Traumaanamnese, Gewalt, Sucht- und psychisch kranke Eltern...)
- Leben im Familiensystem, noch von den Eltern erreichbar, jedoch ein hohes Maß an familiären Konflikten
- meist noch in schulischer Ausbildung, dort oft in spezifischer Betreuung
- z.T. Hilfsangebote durch die Jugendwohlfahrt (auch schon länger)
- im Vorfeld bereits kinderpsychiatrisch / -therapeutische Betreuung; z.T. auch stationär

Unterschiedliche Zielgruppen (ZG) im Jugendalter (13 – 21 Lj.)

ZG 2: missbräuchlicher Konsum mehrerer Substanzen

- komorbide psychische Störungen/Entwicklungsprobleme
- drohender oder bereits erfolgter Schul-/Lehrabbruch oder massive Probleme in der Schule/am Arbeitsplatz
- Verlust einer gesunden Gleichaltrigengruppe
- durch Eltern und auch durch Jugendwohlfahrt schwer erreichbar
- noch in kinderpsychiatrischer/ –therapeutischer Betreuung

Unterschiedliche Zielgruppen (ZG) im Jugendalter (13 – 21 Lj.)

ZG 3: beginnender regelmäßiger Missbrauch

- noch im Familiensystem, aber zunehmend weniger steuerbar
- Schulabbruch bzw. Lehrabbruch
- Abbruch der Betreuung durch Jugendwohlfahrt
- vom Medizinsystem zunehmend schwerer erreichbar

ZG 4: abhängiger Konsum multipler Substanzen

- integriert in die Drogenszene
- Wegfall sozialer und familiärer Bezüge
- bereits medizinische Komplikationen und Folgen des Substanzkonsums
- vom Medizinsystem kaum mehr erreichbar

Jugendliche Suchtmittelabhängige und Gefährdete
Besonderheiten, Konsummuster, Diagnosestellung, Behandlung
Prim. Dr. Wolfgang Wladika
18:30-19:15 Entstehung von Suchterkrankungen
Ursachen, Risikofaktoren und Früherkennung
Prim. Dr. Wolfgang Wladika