

Abhängigkeitserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen und ihre komorbiden Störungen

Dr. med. Edelhard Thoms, Leipzig
www.edelhard-thoms.de

Dr. med. Edelhard Thoms

Praxis für Psychotherapie und Psychoanalyse
für Babies, Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Psychoanalyse, Psychotherapie

Traumatherapeut (DeGPT)

Suchtmedizin

Supervisor (SPP)

Zertifizierter Gutachter (BAG, BKJPP, DGKJP)

Vorstand der GAIMH Deutschland

Der Inhalt des folgenden Vortrages ist das Ergebnis des Bemühens um größtmögliche Objektivität und Unabhängigkeit. Ich versichere, dass in Bezug auf den Inhalt des Vortrages keine Interessenkonflikte bestehen.

Pragerstr. 125, 04317 Leipzig

ethoms0@googlemail.com

- Einführung
- Entwicklung
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Fall
- Kinder, Jugendliche und Drogen
- Komorbide Störungen
- Fall
- Sucht und Trauma
- Therapeutische Strategien
- Ausblick

Anton

Vater alkoholabhängig, Mutter traumatisiert, drogenabhängig, beide Eltern eigene schwierige Kindheit (beide hatten kurzfristige Psychiatricaufenthalte)

Emotionale Mangelversorgung von Anton, Interaktionsstörungen, Regulationsstörungen, Gewalterleben zwischen den Eltern

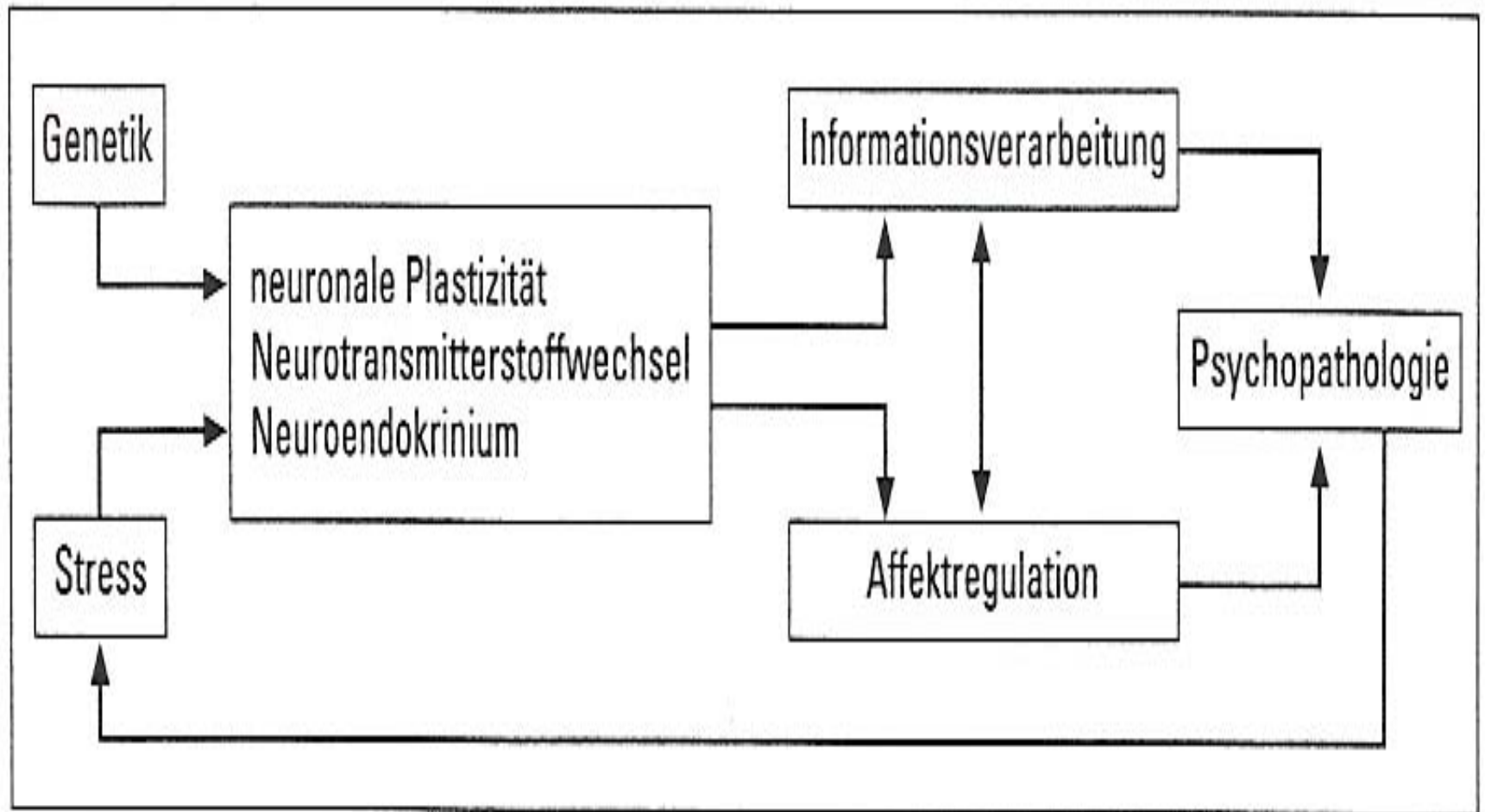
Anton hat wenig Freunde, kann Nähe und Distanz nicht gut regulieren, ist stressintolerant, sieht früh Gewaltfilme, kann in der Schule nicht folgen, Konzentrationsstörungen, Lernprobleme, hat keine ausreichenden Konfliktlösungsstrategien, wird schnell selbst gewalttätig

Schulverweis (1. Klasse), Gewalt, muss elterliche Aufgaben übernehmen, Parentifizierung

Schulschwänzen mit 9 Jahren, Nikotin mit 10J., Alkohol und Drogen mit 11 Jahren, Crystalabhängigkeit mit 13 Jahren

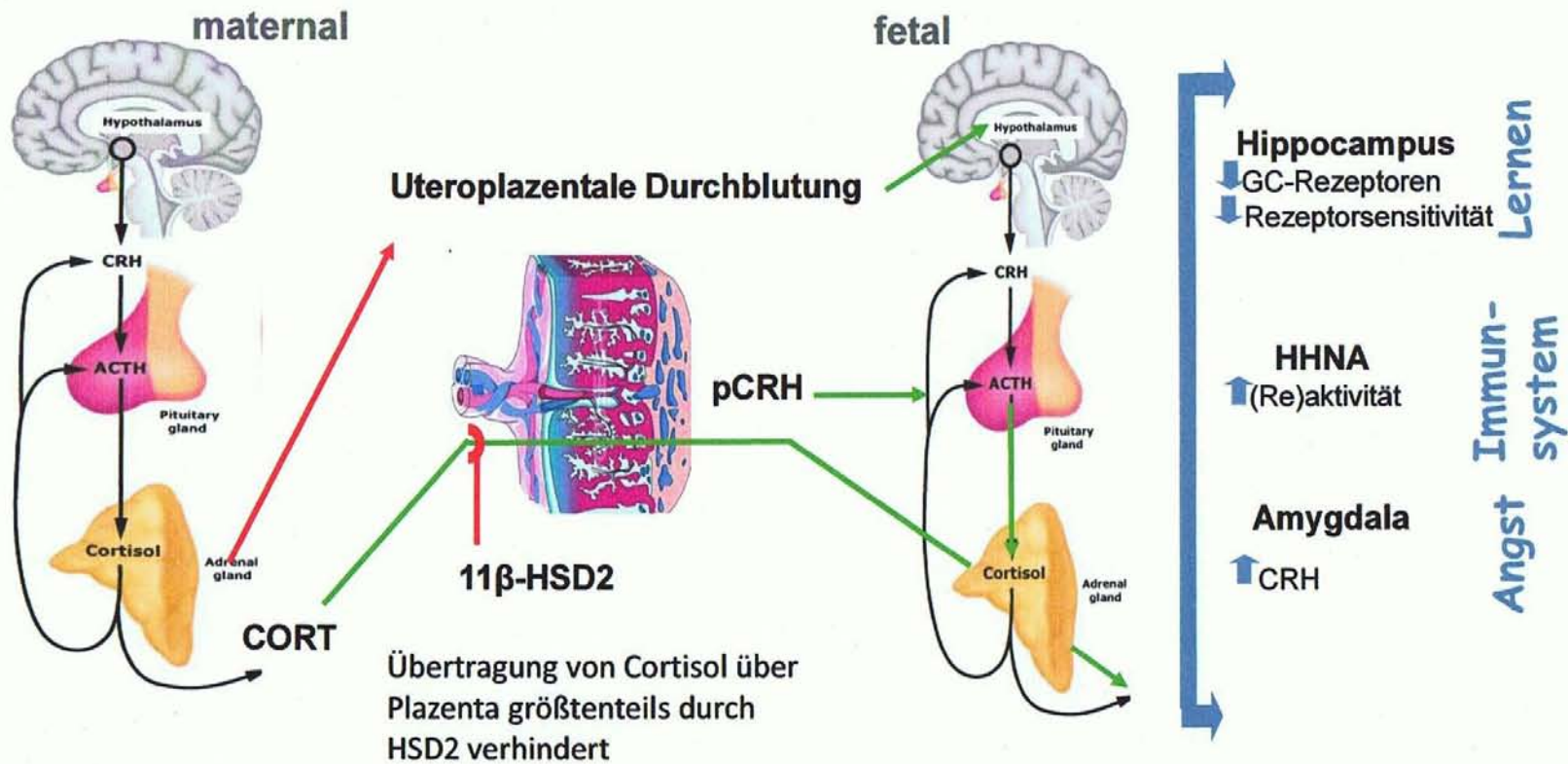
Mit 14J. Einweisung nach 1631b BGB

- Einführung
- **Entwicklung**
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Fall
- Kinder, Jugendliche und Drogen
- Komorbide Störungen
- Fall
- Sucht und Trauma
- Therapeutische Strategien
- Ausblick



Transmission von maternalen Belastung von Mutter auf den Fötus – wie und wo?

Cortisollevel Mutter ≠ Fötus



(siehe auch Drake, 2007; Ehlert et al., 2003; Harris & Seckl, 2011; Seckl & Holmes, 2007)

Erhöhter fetaler CORT-Spiegel !!

Sind pränatale Stresseffekte reversibel ?

- Effekte von pränatalem Stress können durch postpartale Pflege und Zuwendung moderiert werden
- Sorgfältige Pflege ist assoziiert mit weniger starkem Anstieg oder HHNA Aktivierung bei Kindern im ersten Lebensjahr (Cottrel & Seckl, 2009)
- Adoptionsstudien: unterstützende Pflege normalisiert den Stresshormonlevel schon nach nur 10 Wochen (Gunnar et al., 2008)

Was macht extremer Stress mit Kindern ?

- Timing der Schädigung ist von großer Bedeutung
- Veränderung der Stress-Reaktionssysteme (epigenetische Veränderungen)
- Veränderung der Genexpression, der Myelinisierung, der neuronalen Morphologie, der Neurogenese und der Synaptogenese
- Schädigung des Neurokortex und des limbischen Systems
- Schwere psychiatrische Folgen sind:
PTBS, Depression, Suchterkrankung usw.

- Huber M (2014)

Stressregulationsstörungen

- Traumafolgestörung
- Depression
- Angst
- ADHS
- Sucht

- Einführung
- Entwicklung
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Fall
- Kinder, Jugendliche und Drogen
- Komorbide Störungen
- Fall
- Sucht und Trauma
- Therapeutische Strategien

Bindung

Verteilung von Bindungsmustern in Deutschland
(13 Studien, Gloger-Tippelt & Vetter, 2000)

- sicher gebunden 45,0 %
- unsicher vermeidend gebunden 27,7 %
- unsicher ambivalent gebunden 6,9 %
- desorientiert / desorganisiert gebunden 19,9 %

Ursache unverarbeitetes Trauma der Eltern
oder des Säuglings / Kleinkinds 75-80%

Bindung

Sichere Bindung

- Schutzfaktor bei Belastungen
- gute Bewältigungsmöglichkeiten
- Kann sich Hilfe holen
- gutes gemeinschaftliches Verhalten
- Empathie für emotionale Situation von anderen Menschen
- gute Beziehungsgestaltung
- große Kreativität
- Hohe Flexibilität und Ausdauer
- gute Gedächtnisleistung und Lernvermögen

Bindung

Unsichere Bindung

- Risikofaktor bei Belastungen
- Weniger Bewältigungsmöglichkeiten
- Lösungen von Problemen eher alleine
- Rückzug aus gemeinschaftlichen Aktivitäten
- Weniger Beziehungen
- Mehr Rigidität im Denken und Handeln
- Weniger prosoziale Verhaltensweisen
- Schlechtere Gedächtnisleistungen und Lernprobleme

Bindung

Desorganisierte Bindung

- Geringe Belastbarkeit
- Schlechte Bewältigungsmöglichkeiten.
- Widersprüchliche Verhaltensweisen von Nähe suchen und Vermeidung
- Verhaltensstereotypen
- Einfrieren der Bewegungen
- „Absenzen“, dissoziative Zustände
- Reduzierte Aufmerksamkeit und Lernprobleme

Ursachen für Unterschiede im Bindungsmuster

Förderliche Faktoren

- Elterliche Feinfühligkeit
- Prompte, angemessene Reaktionen auf kindliche Bedürfnisse

Behindernde Faktoren

- Inkonsistentes Verhalten der BP
- indifferente, emotional nicht ansprechbare BP führt zu unsicherem Bindungsverhalten
- Traumatisierendes, nicht vorhersehbares Verhalten der BP führt zu desorganisiertem Verhalten beim Kind

(BP=Hauptbindungsperson)

Prävalenz seelischer Störungen

- 21,9% (3-17 Jahre) haben seelische Auffälligkeiten, (KiGGS 2003-2006)
- 20,2% (3-17 Jahre) haben seelische Auffälligkeiten (Jungen = 23,4%, Mädchen = 16,9%), (KiGGS 2009-2012)
- 12,4% haben deutliche Beeinträchtigungen im sozialen und familiären Alltag
- bei niedrigem Sozialstatus sind die Auffälligkeiten um das 3-4 fache erhöht
- 6% bis 9% aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland (1 Million) sind psychisch oder psychosomatisch krank und behandlungsbedürftig

Bedeutung von Familienbeziehungen für die psychopathologische Entwicklung

Bella Studie (*Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007; N=2863*) im Rahmen des RKI Survey

Risiko der Kinder und Jugendlichen für psychische Auffälligkeiten steigt mit

- Familienkonflikten 5x
- psychischen Erkrankungen der Eltern 2x
- Konflikten der Eltern 3x
- Unzufriedenheit in der Partnerschaft 3x
- Alleinerziehen 2x
- Heimunterbringung verdoppeln das Risiko 2x

Bedeutung von Familienbeziehungen für die psychopathologische Entwicklung

Bella Studie (*Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007; N=2863*) im Rahmen des RKI Survey KIGGS

Risiko für psychische Erkrankung steigt mit mehreren Belastungen:

- bei 3 Risiken: 30,7%
- bei 4 Risiken: 47,7% aller betroffenen Kinder

Zunahme von Verhaltens- / psychischen Störungen bei Kinder und Jugendlichen auf ca. 20% (*KIGGS, 2007*)

Seelisch kranke Eltern

- Mehr als 3 Millionen Kinder sind betroffen
- 270 000 Kinder leben mit einem an Schizophrenie erkranktem Elternteil
- 1 230 000 Kinder mit einem an affektiven Störungen erkrankten Elternteil
- 1 555 000 Kinder mit einem an Angststörungen erkranktem Elternteil

Suchtkranke Eltern

- 2,65 Mill. Kinder bis zum 18 L.J. sind dauerhaft oder zeitweise von elterlicher Alkoholabhängigkeit betroffen (Klein 2008)
- 40.000 Kinder haben drogenabhängige Eltern
- 40% dieser Kinder erhalten keinerlei institutionelle Unterstützung
- 4-5 Mill. erwachsene Kinder suchtkranker Eltern haben später psychische Störungen

Haupterfahrungen der Kinder suchtkranker Eltern

Volatilität des Elternverhaltens

- Instabilität
- Unberechenbarkeit
- Unkontrolliertheit
- Gewalt (Zeuge und/oder Opfer)
- Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung
- Verlusterlebnisse, Diskontinuitäten
- Leugnung, Ängste, Verzweiflungsgefühle, suizidale Fantasien und Verfolgungsideen

Risiko von Traumatisierungen bei Kindern alkoholkranker Eltern

- Subsyndromale PTBS 9,4%
- Sexuelle Gewalt OR 2.3 (1.4,3.2)
- Körperliche Gewalt OR 3.4
- Kombiniert OR 1.9

Greifswalder Familienstudie 2008

Konstellationen in dysfunktionalen Familien

Suchtstörungen in Familien treten meist in Kombination mit anderen Stressoren und Belastungsfaktoren auf. Diese bilden für die betroffenen Kinder „widrige Kindheitserfahrungen“ („adverse childhood effects“; ACE)

Konstellationen in dysfunktionalen Familien

Die wichtigsten 9 widrigen Kindheitserfahrungen (adverse childhood effects ACE s) sind

- 1. emotionaler Missbrauch
- 2. Körperliche Misshandlung
- 3. Sexueller Missbrauch
- 4. Emotionale Vernachlässigung
- 5. Körperliche Vernachlässigung
- 6. Geschlagene Mutter
- 7. Elterliche Komorbidität
- 8. Elterliche Trennung und Scheidung
- 9. Elternteil im Strafvollzug

Kummulative Effekte von Kindheitsbelastungen (4 oder mehr Kindheitsbelastungen)

Im Vergleich zu Erwachsenen, die einen ACE score von 0 haben, finden sich erhöhte Wahrscheinlichkeiten für

•Koronare Herzerkrankung	220 %
•Diabetes mellitus	160 %
•Chronische Bronchitis	390 %
•Depressive Störung	460 %
•Suizidversuch	1220 %
•Nikotinabusus	220 %
•Gebrauch illegaler Drogen	470 %
•Übermäßiger Alkoholkonsum	740 %
•i.v. Gebrauch illegaler Drogen	1030 %

Ein ACE score von 6 oder mehr reduziert die Lebenserwartung um 20 Jahre

N = 17.337

Anda & Felitti 2011

Resilienz (Einflussfaktoren)

Familiäre Schutzfaktoren

- mindestens eine stabile (elterliche) Bezugsperson
- Erziehungskompetenzen der Eltern (autoritativer Erziehungsstil)
- positives Familienklima

Soziale Schutzfaktoren

- soziales Netzwerk familiärer und außerfamiliärer Personen
- Unterstützung durch Institutionen, z.B. Kita des Kindes
- Inanspruchnahme / positive Erfahrung mit Beratungsangeboten

Individuelle Schutzfaktoren des Kindes

- körperliche und seelische Gesundheit
- freundliches, interaktives Temperament
- Freude am Lernen / Intelligenz
- hohes Selbstwertempfinden / religiöse Überzeugung

- Einführung
- Entwicklung
- Risiko- und Schutzfaktoren
- **Fall**
- Kinder, Jugendliche und Drogen
- Komorbide Störungen
- Fall
- Sucht und Trauma
- Therapeutische Strategien

Lisa

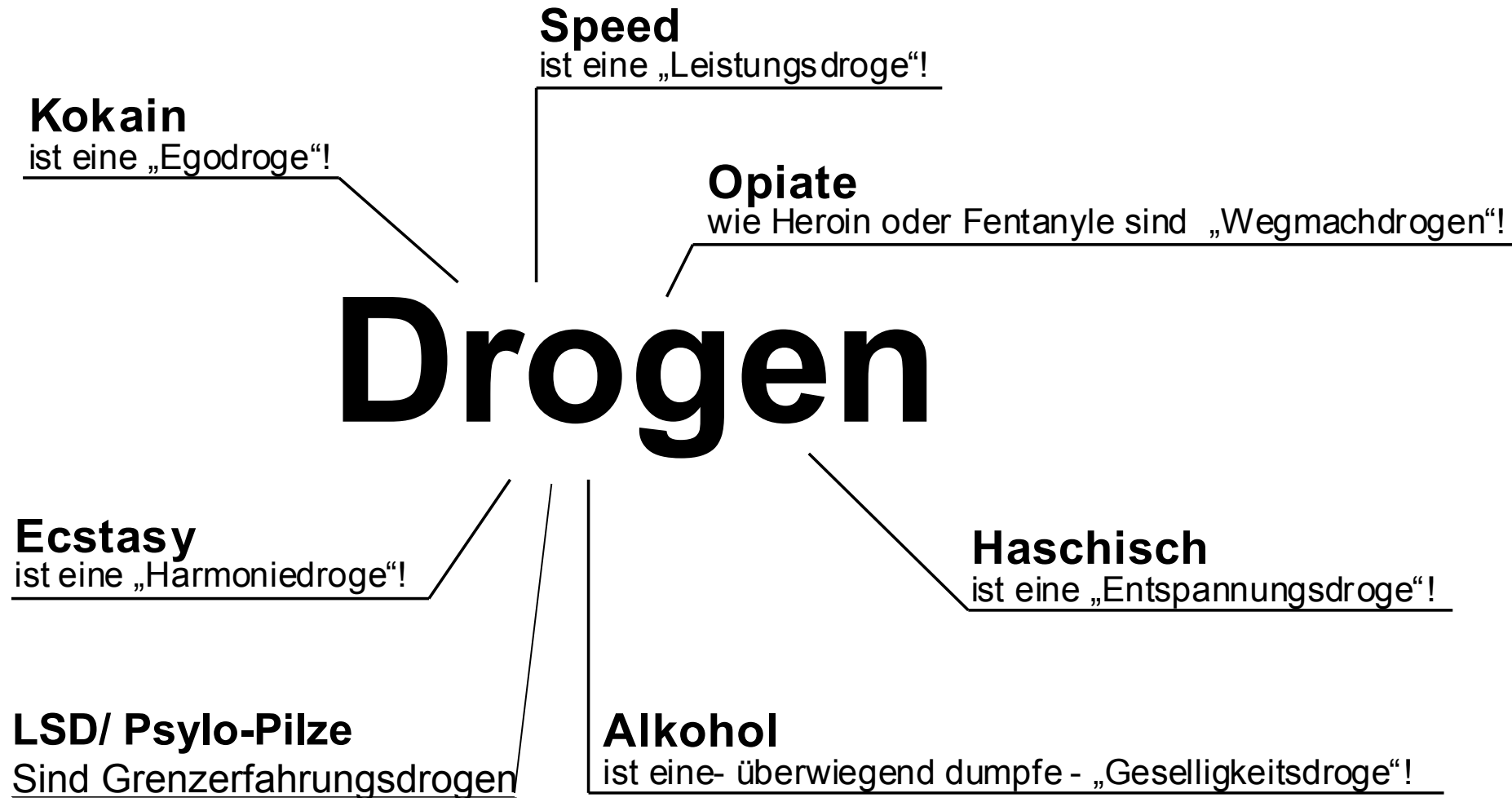
- Mutter minderjährig, keine Verbindung zum leiblichen Vater, aufgewachsen bei den Großeltern und Urgroßeltern
- „Ich habe mich in meiner Familie sehr überflüssig gefühlt“
- Unruhiges „schwieriges“ Kind, erste Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten
- Mehrfache Umzüge
- Lernschwierigkeiten, erste Wiederholung der 3. Klasse, mehrere Schulwechsel, oppositionelles Verhalten, Suspendierungen, Abgang 7. Klasse
- 2 mal BVJ abgebrochen

- Partyleben ab 13. LJ, erste Beziehung mit massiven körperlichen und sexuellen Gewalterfahrungen mit einem Dealer, ungeschützter Sex, Kontaktabbruch zur Familie
- Drogenanamnese: 12. LJ Nikotin, 13. LJ Alkohol (1 x Intoxikation), 14. LJ Cannabis, Pillen, 15. LJ Crystalkonsum bis zu 1g/Tag, keine Straftaten
- Mehrfache Intoxikationen und stationäre Behandlungen in Allgemeinkrankenhäusern und regionaler KJP
- Essstörung seit dem 14. LJ, SVV phasenweise, Impulsdurchbrüche, Suizidgedanken

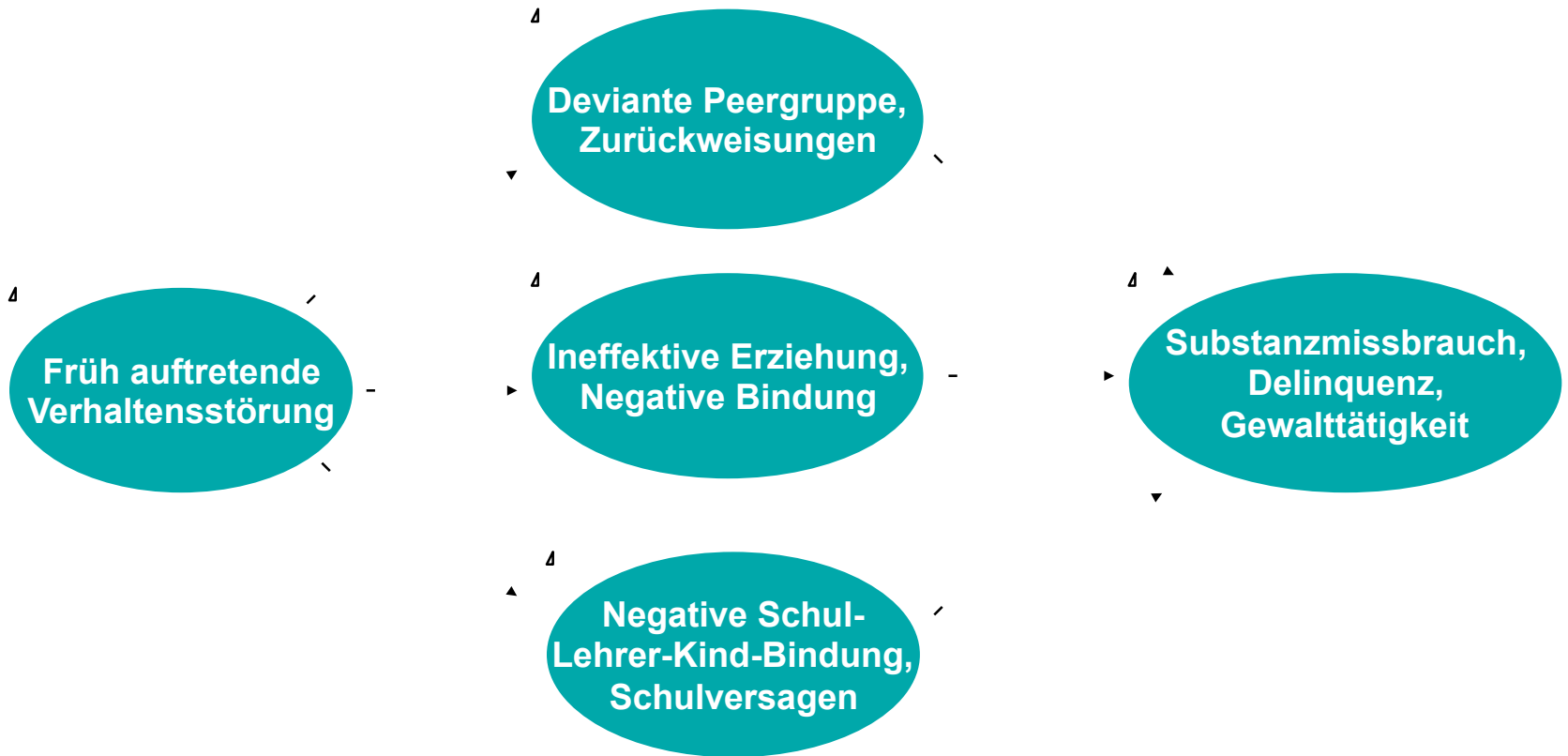
- Bei stationärer Aufnahme
extrem dünn, starke Schminke, High Heels, älter erscheinend,
gepflegt, Hautprobleme
- Frühe Beziehungstraumata, körperliche und sexuelle
Gewalterfahrung
- Psychopathologischer Aufnahmebefund
ausgeprägte psychomotorische Unruhe, unruhiger Blick, getrieben,
sehr schnell reizbar, dysphorisch, bei Frustrationen oder geringsten
Anforderungen impulsiv, gestörtes Essverhalten, depressive
Grundstimmung, perspektivlos, massives Craving, Schlafstörung,
wechselnde Therapiemotivation, Empathiedefekt, kein emotionaler
Zugang möglich

- Einführung
- Entwicklung
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Fall
- **Kinder, Jugendliche und Drogen**
- Komorbide Störungen
- Fall
- Sucht und Trauma
- Therapeutische Strategie

Funktion von Drogen im Jugendalter:



Risikobedingungen von Substanzmissbrauch im Jugendalter



100

80

60

40

20

0

KE getrennt

KE psychisch krank

traumatische
Erfahrungen

mind.1 Elternteil
abwesend

Suchterkrankung in
der Familie

Erziehung in einer
Institution



- Einführung
- Entwicklung
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Fall
- Kinder, Jugendliche und Drogen
- **Komorbide Störungen**
- Fall
- Sucht und Trauma
- Therapeutische Strategien

Komorbide Störungen

- Traumafolgestörung
- Psychose
- Depression
- Angststörung
- ADHS
- Entwicklungsstörung

(Komorbidität 70-90%)

Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

- Depression (12-17 Jahre) 3-10%
www.deutsche-depressionshilfe.de
- Angststörungen (7-17 Jahre) 9,5 – 11,3%
Federer 2000, Steinhausen 1998, Essau 1998
- Traumafolgestörungen (12-17 Jahre) 22,5%
PTBS 1,6%
Bremer Jugendstudie, Essau 1999
- ADHS (14-17 Jahre) 5,6%
KIGGS, www.rki.de

Misshandlungsform	% insges.	% schwer/ extrem
Körperl. Missbrauch	12,0	2,7
Sex. Missbrauch	12,5	1,9
Emot. Missbrauch	14,9	1,6
Körperl. Vernachlässigung	48,4	10,8
Emot. Vernachlässigung	49,3	6,5

Häuser et al. (2011). *Dtsch. Ärztebl. Int.* 108:287-294

Teen Spirit Island Multicenter Evaluations Studie

Komorbide psychische Störungen (nach SKID und K-SADS)

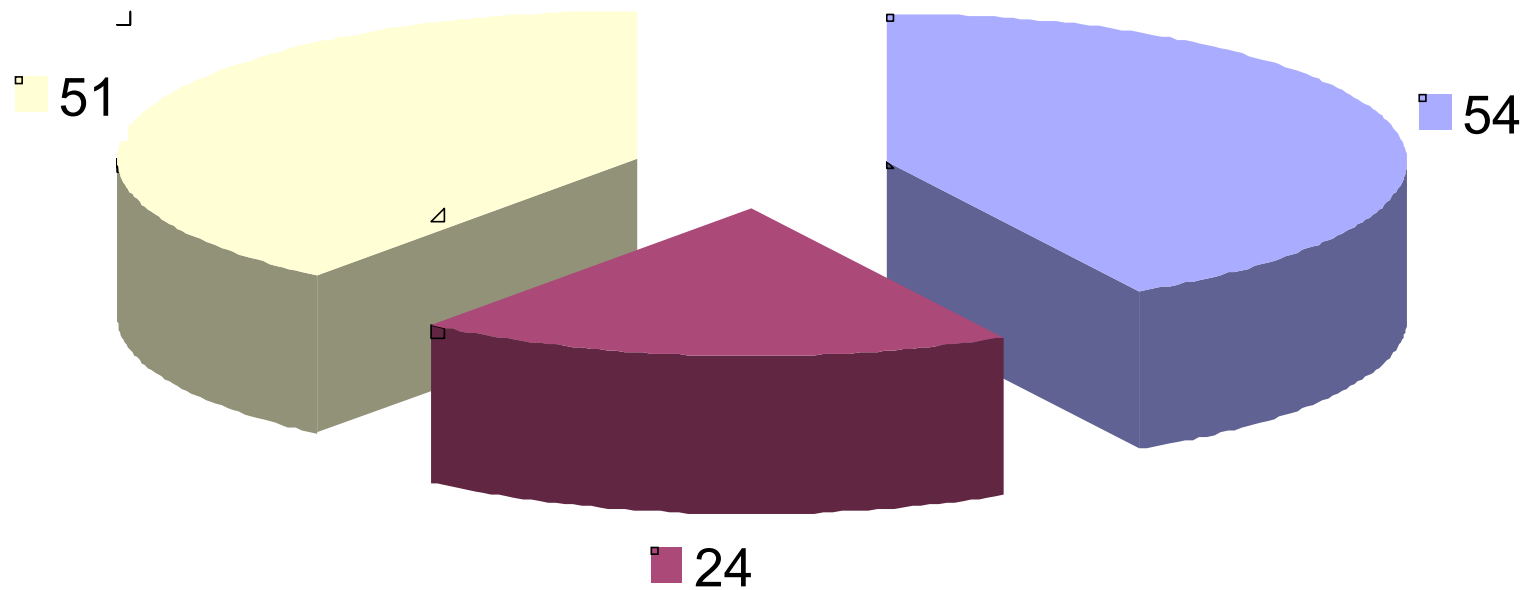
- Nach den Ergebnissen der standardisierten Diagnostik mit dem K-SADS erhielten **63%** der Verlaufsstichprobe mindestens eine Diagnose aus der ICD-10-Kategorie F9 ("**Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**").
- **77%** der Verlaufsstichprobe erhielten nach dem SKID-II mindestens eine Diagnose aus der ICD-10-Kategorie F6 ("**Persönlichkeits- und Verhaltenstörungen**") von den TSI-Therapeuten.

Komorbide psychische Störungen (nach SKID und K-SADS)

- Bei **39%** der Jugendlichen wurde nach SKID-I mindestens eine komorbide Störung aus der ICD-10-Kategorie F4 ("**Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**") diagnostiziert.
- Bei **7%** der Verlaufsstichprobe wurde nach SKID-I eine Diagnose aus der ICD-10-Kategorie F5 ("**Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**") von den TSI-Therapeuten vergeben.

Traumatisierte, sequentiell- traumatisierte und nicht traumatisierte Patienten

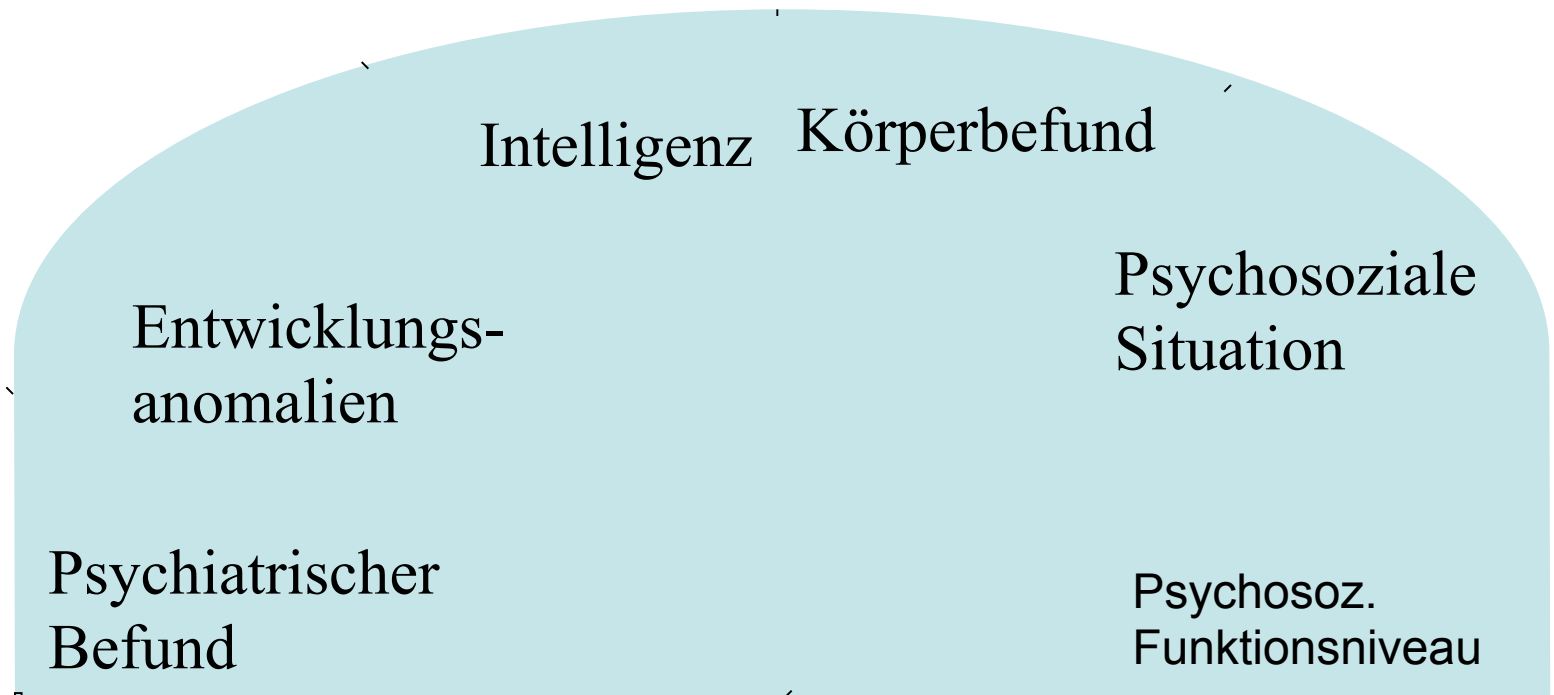
N=129, 2003; 2011, (traumatisierte Pat.60%)



restliche Patienten F40 F60

- Fall
- Entwicklung
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Fall
- Kinder, Jugendliche und Drogen
- Komorbide Störungen
- Fall
- Sucht und Trauma
- Therapeutische Strategien
- Ausblick

Multiaxiales Klassifikationsschema



Drogenabhängigkeit

- Opiatabhängigkeit, Bulimia nervosa, PTBS
- Gestörtes Körperbild
- Durchschnittliche intellektuelle Befähigung
- Säureekzem an Handrücken, Karies, Ösophagitis, Hypokaliämie, multipel Narben nach tiefen Schnittverletzungen
- Körperliche Mißhandlung und Mißbrauch, Psychische Störung eines Elternteiles, Mutter-Tochter-Konfliktsituation, Prostitutionserfahrung

- Patientin
- 14 Jahre, sexueller Mißbrauch seit 10.LJ
- Emotional Instabiles Familiensystem
- Drogenmißbrauch seit 11. LJ
- Cannabis, Ecstasy, Opiate, Kokain
- 2 stat. Entzüge, Reha. abgebrochen

- Einführung
- Entwicklung
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Fall
- Kinder, Jugendliche und Drogen
- Komorbide Störungen
- Fall
- Sucht und Trauma
- Therapeutische Strategie

ICD 10

Trauma

- **Typ-1-Trauma**

einzelnes, unerwartetes, umschriebenes
traumatisches Ereignis von kurzer Dauer

- **Typ-2-Trauma** (chronische Traumatisierung)

Serie miteinander verknüpfter Ereignisse oder lang
andauerndes traumatisches Ereignis

Sonderform im Kindesalter: chronische Vernachlässigung

Trauma, Sucht und Bindung

- Wie Studien zeigen, beginnt Sucht oftmals damit, dass großer Stress, wie er etwa durch schwierige psychische Entwicklungsbedingungen, traumatische Erfahrungen, unlösbare Konfliktsituationen entsteht, nicht aufgelöst werden kann.
- Versuchsweise, oft zufällig wird als Notlösung gegen den Stress ein Suchtmittel eingesetzt, statt eine Bindungsperson zu rufen.
- Kinder können so schon sehr früh lernen, als Ersatz für eine Bindungsperson auf suchtartige Verhaltensweisen und Suchtmittel zurückzugreifen. Das Suchtmittel wird zum Bindungsperson-Surrogat

Psychopathologie

- Schwere Defizite in Ich-Funktionen
- Impulsive und unkontrollierte Handlungen
- Affektanfälligkeit
- Reduzierte Selbstkontrolle
- Dysphorisch-gereizte Stimmungslage
- Schuldgefühle, Ängste
- Dissoziale Persönlichkeitszüge
- Geringe soziale Kompetenzen

Psychotherapie



- **Psychoedukation**

Sicherheit

Stabilisierung

- **Bearbeiten**

- **Integrieren**

Behandlungsphase - Stabilisierung

- Sicherer innerer Ort
- Gute innere Helfer (Fabelwesen)
- Tresorübung
- Dissoziationsstopp (z. B. inneres Video des traumatischen Ereignisses mit imaginativer Fernbedienung anhalten, zurückspulen)

Traumabearbeitung

Traumaexpositionstechniken (Bildschirmtechnik, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)
Prinzip: aus unkontrollierbarem Stress wird kontrollierbarer Stress

Wichtig:

**Ohne ausreichende Stabilisierung
keine Traumabearbeitung!!!!**

(Priorität: Stabilisierungstechniken, Skills)

**Traumatisierende Ereignisse oder Beziehungen müssen
beendet sein**

Traumabarbeitung

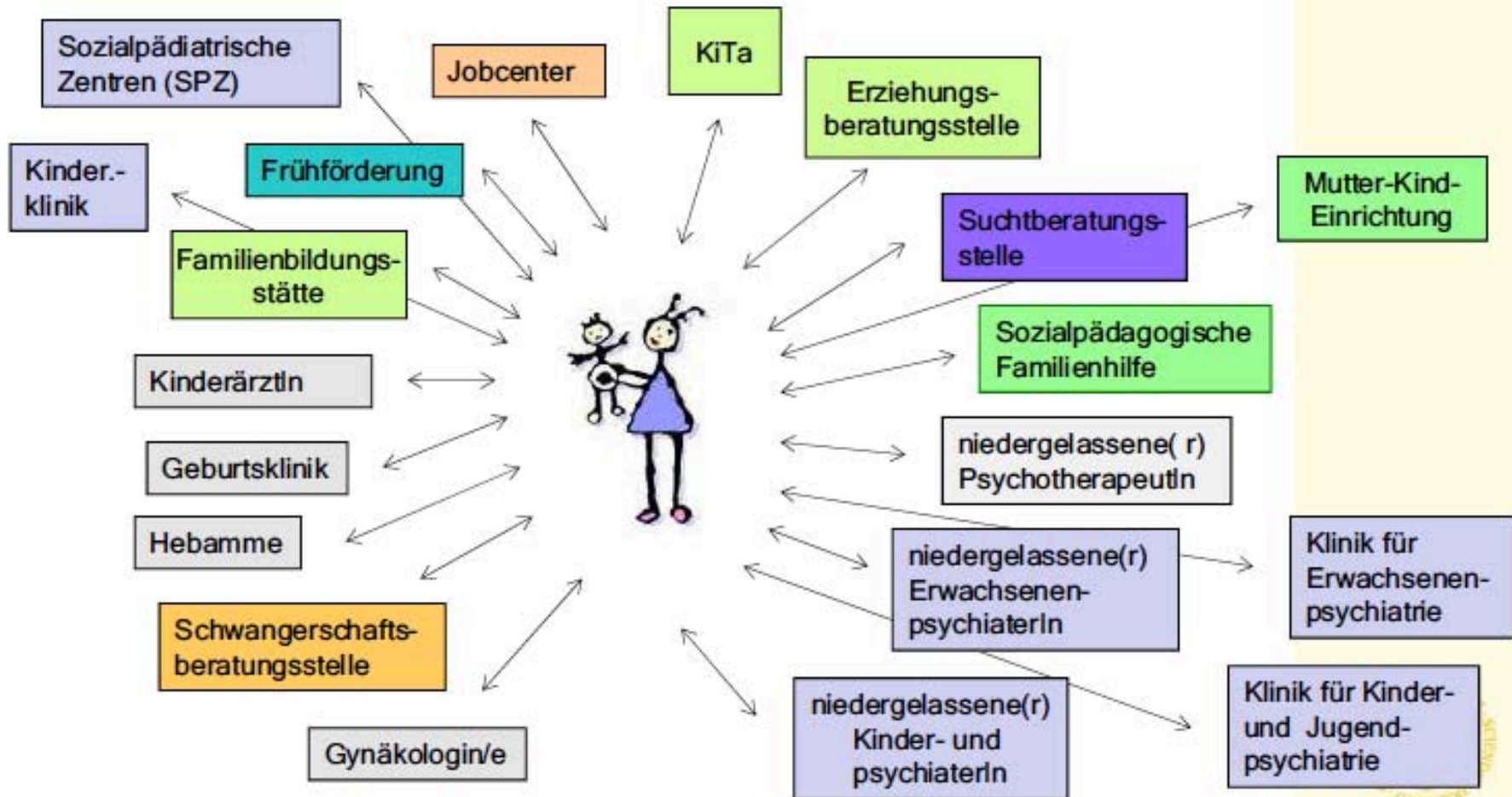
Pat. soll lernen, das Trauma als einen vergangenen Teil des eigenen Lebens in die individuelle Biographie einzuordnen

Fokus auf intrusivem Wiedererleben und dessen Bewältigung

- Einführung
- Entwicklung
- Risiko- und Schutzfaktoren
- Fall
- Kinder, Jugendliche und Drogen
- Komorbide Störungen
- Fall
- Sucht und Trauma
- **Therapeutische Strategien**



Was, wenn Familien Hilfen und Unterstützung aus unterschiedlichen Systemen benötigen?



Therapie

- Drops für Kinder und Jugendliche
- Motivational Interviewing
- Qualifizierter Entzug
- Behandlung der komorbiden Störung im gleichen Setting (Aufnahme- und Behandlungsteil)
- Drogenspezifische Jugendhilfemaßnahme
- Medizinische Rehabilitation (oft nicht geeignet)
- Tagesklinische (Belastungserprobung) mit dem Ziel der Rückführung
- Weitere Hilfen installieren
- Psychoedukation/Überleitung

Qualifizierter Entzug (bis zu 12 Wochen), danach Behandlung der Grundstörung

- Motivational Interviewing, Psychodynamische Therapie
- Systemische Therapie, Familientherapie
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Soziotherapie, Akupunktur
- Mototherapie
- Ergotherapie
- Musiktherapie
- Logotherapie
- Kunsttherapie
- Kognitives Training, Psychoedukation, Traumatherapie
- Schule, erlebnistherapeutische Arbeit
- Legal-Kicks



...und das wichtigste
ist der Alltag

Entzugsmanagement

- Stressreduktion
- verbindliche Regeln und Kontrollen
- sicherer äußerer Rahmen
- feste Tagesstruktur, Rhythmisierung
- Akupunktur (tgl. nach NADA Protokoll)
- Rückzugsmöglichkeiten
- gezielte Aggressionsabfuhr
- Pharmakotherapie (v.a. Neuroleptika, Antidepressiva)

Therapeutisches Strategien

- Psychodynamisches und bindungsdynamisches Verstehen
- Sicherer Halt und Struktur
- Neue verlässliche Erfahrungen
- Umgang mit Affekten und Stress
- Entwicklungsförderndes Umfeld
- Förderung von sozialen Kontakten
- Co-Regulation durch Bezugspersonen
- Time intensiv statt Time out
- Therapeutisches Halten bei Selbst- oder Fremdverletzung

Tabelle XX : Screeninginstrumente für Jugendliche zur Identifikation **riskanten Alkohol- und Drogengebrauchs**

Name des Screening-Instrumentes	Zweck des Instrumentes	Anzahl der Items	Vorschlag für einen Cut-Off
Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)		10	6 <i>(Rumpf et al., 2013)</i>
CRAFFT-d		6	2 <i>(Tossmann et al, 2009)</i>
RAFFT-Drogen		6	2 <i>(Laging, 2005)</i>
Severity of Dependence Scale (SDS)		5	2 (Cannabis) Baumgärtner & Kestler, 2014)
Cannabis Abuse Screening Test (CAST)		6	4 <i>(Kraus et al, 2012)</i>
Compulsive Internet Use Scale (CIUS)		14	28 <i>(Meerkerk et al., 2010)</i>

Suchtkommission der Fachgesellschaften

Deutsches Zentrum für Suchtfragen im Kindes-
und Jugendalter Hamburg

- www.dzskj.de
- www.dhs.de
- www.bzga.de
- www.kinderpsychiater.org
- www.degpt.de

Danke für Ihre Geduld