

Was ihr wollt

Jugendlicher Substanzkonsum – die scheinbar unerklärliche Maskerade
der Adoleszenz

Ausgangssituation

Die Maßnahmen in den Bereichen Prävention, Beratung/Behandlung/(Nach-) Betreuung von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten und bereits Drogenabhängigen, Risikominimierung und Schadensbegrenzung müssen daher intensiviert werden, wobei neben den wichtigen primärpräventiven Ansätzen **besonders auch die Sekundärprävention** sowie **neue Methoden der Frühintervention** forciert werden müssen, um insbesondere bei Jugendlichen der **Entwicklung problematischer Drogenkonsummuster entgegenzuwirken.**

(Quelle: ÖBIG-Bericht Suchtgiftbezogene Todesfälle 2004)

Warum konsumieren Jugendliche ?

(neuro)bio-psycho-soziale Faktoren

Frühe Störungen

Beziehungsstörung als Basisstörung

Multifaktorielles Entstehungsmodell

bio – psycho – sozio – kulturelles Modell

mehrdimensionales Modell

- biologische Faktoren
- Genetische u. epigenetische Faktoren (bis 50% genetische Prädisposition)
- Persönlichkeitsfaktoren (Temperament)
- Familiäre Faktoren
- Soziale Faktoren
- Psychosoziale Faktoren
- Kulturelle Faktoren

Risikofaktoren - „pubertär-adoleszente Entwicklungsphase“

- **passagere** neurokognitive Defizite (Antizipation, Merkfähigkeit, etc.)
- **generelle** affektive / emotionale Labilität



- Risikoverhalten - „*geht net, gibt's net*“

Vulnerable Hirnreifungsphasen
„**Gehirnremodellierung**“ (Steinberg, Giedd)
„**BAUSTELLE GEHIRN**“



Neuroanatomie/-chemie: 7 elementare Emotionssysteme (nach Panksepp 2013):

- Such-, Erwartungs-, Antriebs-, Belohnungssystem (**SEEKING**)
- sexuelles Lustsystem (sexual **LUST**)
- Fürsorgesystem (maternal **CARE**)
- Spielsystem (joyful **PLAY**)

- Wutsystem (**RAGE**)
- Angstsystem (**FEAR**)
- Traurigkeits-/Trennungsstress-System
(separation-distress **PANIC/GRIEF**)

Diese Systeme reagieren auf sensorische Wahrnehmungen und können sich gegenseitig verstärken oder hemmen. Auf der Basis dieser primären Affekte vollzieht sich das Lernen und Speichern komplexer Beziehungsgestaltung.

ACE-Studie – Adverse Childhood Experiences

Wie Kindheitstraumata Gesundheit und Verhalten ein Leben lang beeinflussen

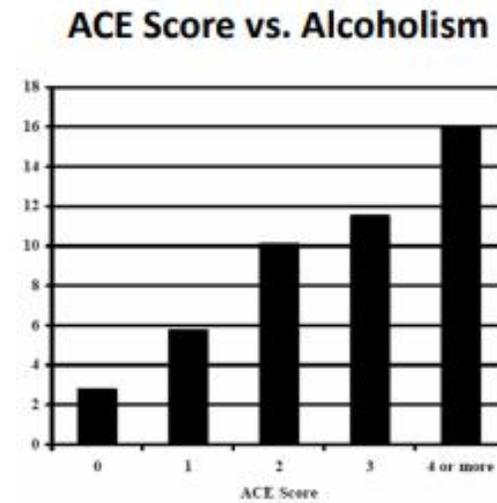
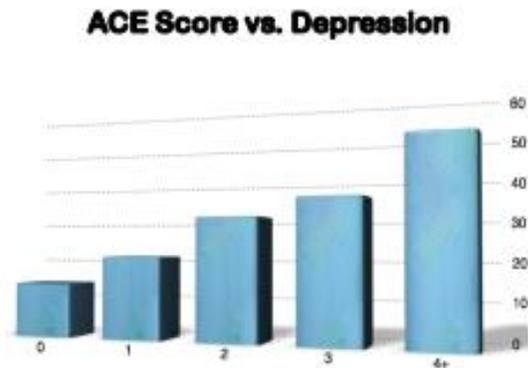
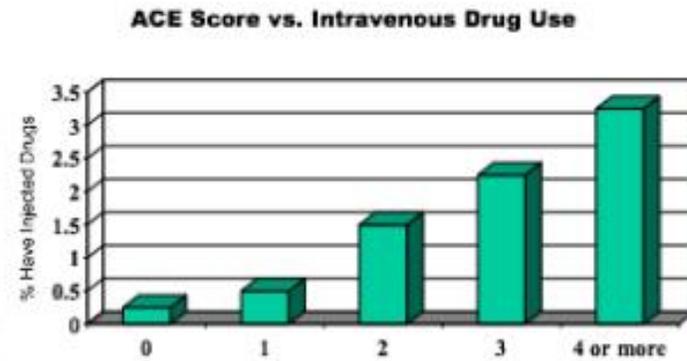
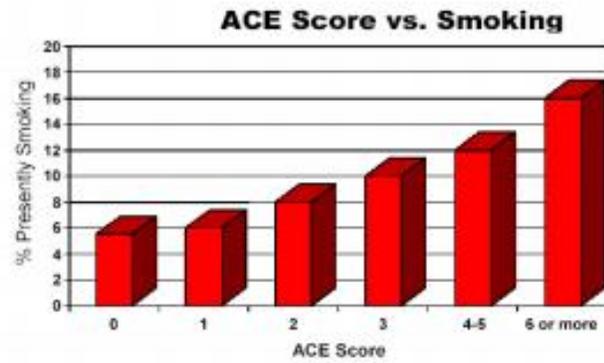




Kategorien belastender Kindheitserlebnisse

MACE (dt. KERF; Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure Scale)

- Körperliche Gewalt durch Eltern
- Verbale Gewalt durch Eltern
- Nonverbale emotionale Gewalt durch Eltern
- Sexuelle Gewalt durch Eltern, fremde Erwachsene, Gleichaltrige
- Emotionale Vernachlässigung
- Körperliche Vernachlässigung
- Bezeugte körperliche Übergriffe auf Eltern
- Bezeugte Übergriffe auf Geschwister
- Emotionale Gewalt durch Gleichaltrige
- Körperliche Gewalt durch Gleichaltrige





Belastende Kindheitserlebnisse als Risikofaktor

50% bei schädlichem Gebrauch von Substanzen

54% bei aktueller Depression

65% bei Alkoholabhängigkeit

67% bei Suizidversuchen

78% bei intravenösem Drogengebrauch

Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., and Anda, R.F. (2003)
Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use:
the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 111, 564-572



Folgen von belastenden Lebensereignissen auf die Entwicklung von suchtrelevanten Hirnstrukturen und Netzwerken (Teicher, 2017)

- Präfrontaler Cortex, Hippocampus *Volumenreduktion, geringere Konnektivität*
- Dorsales Striatum, Ventrales Tegmentum, Cerebellum *Reduzierte Durchblutung, geringere Konnektivität*
- Basolaterale und mediale Amygdala *Hyperaktivität, Volumenreduktion oder -vergrößerung*



Neurobiologie der Berührung

Angenehme Berührung/Nähe bewirkt

- Endorphine
 - Oxytocin
- (Sicherheit und Trost)



Glucocorticoid Releasing Hormone
(Alarmbereitschaft)



Fehlende Berührung bzw. ungewollte Distanz bewirken das Gegenteil.

Diese hormonellen Wirkungskonstellationen können sogar durch Aktivierung spezifischer Gensequenzen an die nächste Generation weitergegeben werden.



Substanzen als Bindungs-/Beziehungersatz

- Beruhigen das Bindungssystem wie durch Körperkontakt mit Bindungsperson. Das Erleben der „sicheren Bindungsbasis“ ist an eine Endorphinausschüttung gekoppelt und hat einen ähnlichen emotionalen Effekt wie der Konsum exogener Opiate.
- Schaffen Autonomie bei der Selbstberuhigung
- Machen unabhängig von Bindungsperson. Die Gabe von Opiaten verringert den Wunsch nach emotionaler Zuwendung und lindert im Tierversuch den „Trennungsschmerz“.
- Dämpfen sozialen Stress
- Ermöglichen Explorationsverhalten
- Wenn man die Sucht als „Opiatdefizitsyndrom“ verstehen will, macht es auf dem Boden der erfahrenen Bindungstraumatisierung Sinn.
- **„Auf der neurochemischen Ebene sind wir denen, die wir lieben, suchartig verbunden“ (Panksepp, 2013)**



Risikofaktoren für die Destabilisierung des Bindungssystems

- Gewalterfahrung (körperliche, sexualisierte, psychische)
- Existenzielles Angst- und Ohnmachtserleben
- Vernachlässigung
- Verluste von engen Bezugspersonen, sozialen Kontexten oder sinnstiftenden Rollen
- Ausgrenzung, Isolation
- Verlust persönlicher Freiheitsgrade durch Krankheit oder funktionelle Beeinträchtigung
- Kognitive Beeinträchtigung
- Fehlende Möglichkeit der Stressregulation
- Misstrauen

Wie erleben Jugendliche ihren Konsum selbst ?

Empfinden Jugendliche ihren Konsum als
problematisch?

Vom Experimentierkonsum zur Selbstbehandlung

Lustkonsum vs. Frustkonsum

Ambivalenzschaukel

Funktionen des Konsums

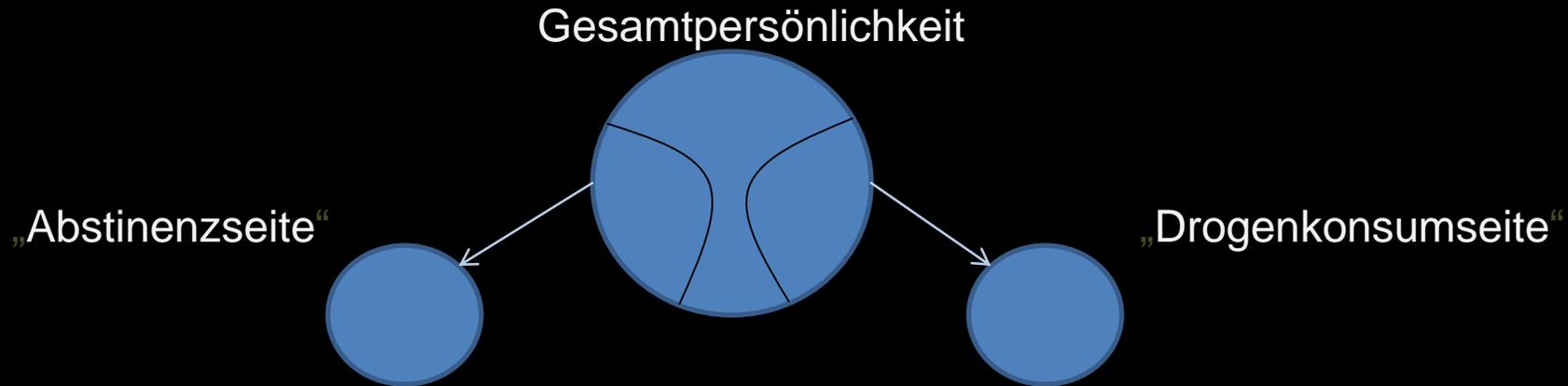
Suchtentwicklung

Aktivierung des Belohnungssystems (Limbisches System- Ncl. accumbens, ventr. Tegmentum, S. nigra, Striatum, etc.)- dort v.a. DA-Rezeptoren

Deaktivierung der „Unlustsysteme“ (Limbisches System- Amygdala, präfrontaler Cortex re., etc.)- dort v.a. cholinerg. Rzpt.

→ **Wohlgefühl, Lust, Euphorie - Verlust der Kritikfähigkeit** (...ähnlich dem Gefühl „Verliebtsein“)

Ambivalenzschaukel



- Wunsch nach Nüchternheit
- Emotionen aushalten wollen
- zukunftsorientiert
- Unterstützung durch Therapie

- Wunsch nach Drogenkonsum
- Emotionen regulieren wollen
- gegenwartsorientiert
- Angst vor Therapie

Funktionen des Konsums

Gruppe 1



Kreative Krise

Gruppe 2



Kontrollverlust

Risikoerfahrung

Bewusstseinsweiterung

Gruppe 3

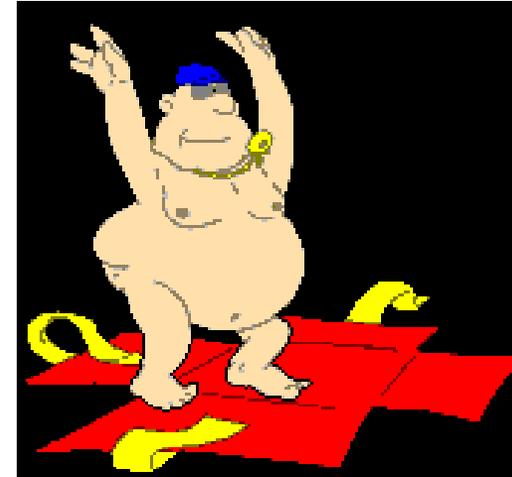


Pathologischer
Abwehrmechanismus

Selbstbehandlung

Drogenkonsum als Regulierungsversuch

- auf einer individuellen, emotionalen Ebene



Drogenkonsum als Regulierungsversuch

- auf der Beziehungsebene (Partnerschaft, Familie)



Drogenkonsum als Regulierungsversuch

- Auf der Gesellschaftsebene



Interaktionelle Funktion





...es warat wegen der beziehung...

**„Droge ist Substitut für
Beziehungsdefizit“ ...**

Welche Substanzen werden
momentan konsumiert ?

Substanzkosummuster 1

MMC:	häufig seither nur Einzelfälle	Ende 2010
Benzodiazepine:	“High Dose Dependency” (kleine aber neue Gruppe!, fehlende Behandlungskonzepte!)	2015 – 2017
Cannabis:	ist für viele Jugendliche ein großes Problem! . Starke Zunahme an CannabiskonsumentInnen . Problematischer Konsum oder Abhängigkeit größte Gruppe!	2013 - 2015

Substanzkonsummuster 2

Deutlicher Rückgang des problematischen bzw.
intravenösen Opioidkonsums

Kleine, aber beständige Gruppe: zw. 2 – 4 %

Mischkonsum - multipler Substanzgebrauch
Keine Abhängigkeit von einer bestimmten
Substanz

Cannabis (sehr häufig)

XTC

Research Chemicals **aber**

MMC

Amphetamine

Alkohol (häufig aber selten problematisch)

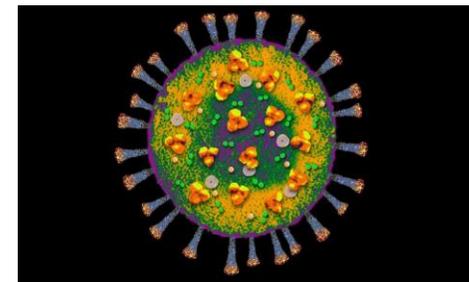
Benzodiazepine

Opioide (sehr selten)

teilweise Unfähigkeit zur Abstinenz

Chaotische Konsummuster

CORONA & DROGEN



Krise veränderte Markt für Drogen und Konsum

22. September 2020, 11.55 Uhr

Teilen



Die Coronavirus-Krise und besonders die Ausgangsbeschränkungen in vielen Ländern Europas im Frühjahr 2020 haben den Drogenmarkt und die Situation der Konsumentinnen und Konsumenten stark verändert.

Der Drogenhandel über Darknet, Social-Media-Plattformen sowie Paket- und Heimpliefersdienste hat deutlich zugenommen, zeigt der heute in Lissabon veröffentlichte Europäische Drogenbericht 2020. Hilfseinrichtungen für Suchtkranke wiederum waren vielerorts zur Aufgabe oder Einschränkung ihrer Tätigkeit gezwungen.

Grafik: APA/ORF.at; Quelle: EMCDDA

EUROPÄISCHER DROGENBERICHT

Coronakrise verändert Drogenkonsum und Markt

- Dealer agierten online und lieferten nach Hause. Häufiger in der Gesellschaft konsumierte Drogen wurden weniger nachgefragt. Kokain spielt eine zunehmende Rolle.

vom 22.09.2020, 11:04 Uhr | Update: 22.09.2020, 14:07 Uhr

Kokain spielt zunehmende Rolle

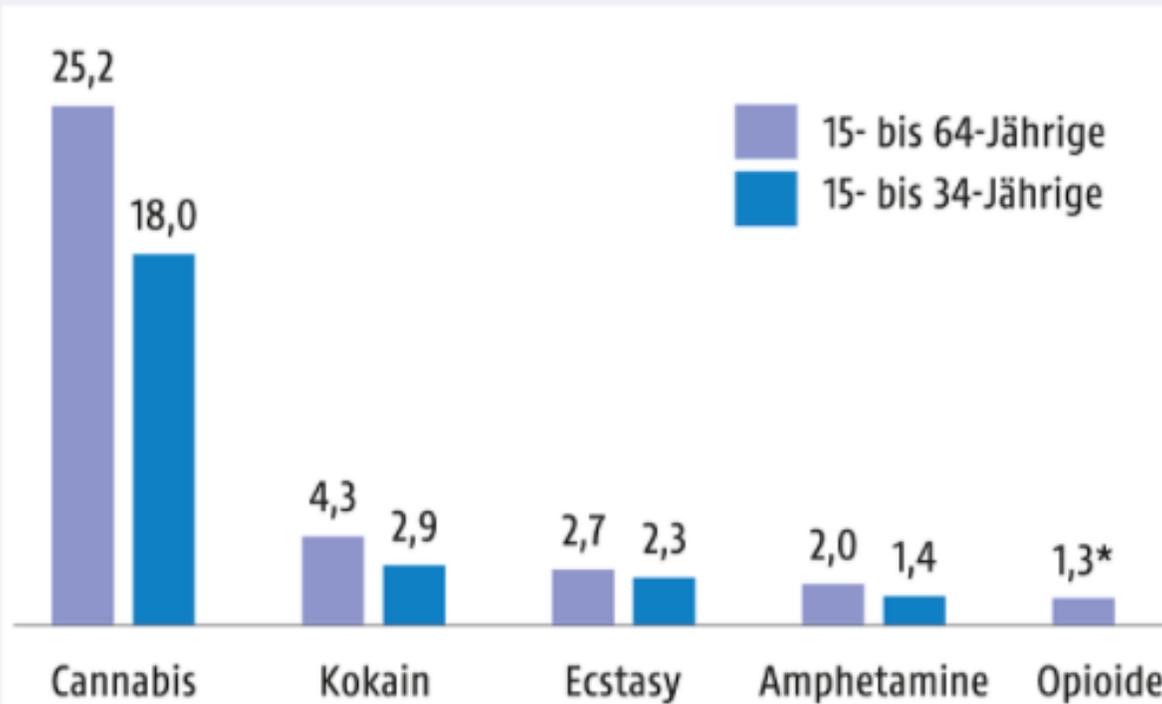
Kokain spielt beim Drogenkonsum in Europa eine zunehmende Rolle. Im Vorjahr haben geschätzt 4,3 Millionen Menschen in der EU Kokain eingenommen, das sind 1,3 Prozent der 15- bis 64-Jährigen und rund 400.000 Personen mehr als im Jahr 2018.

Hinter Kokain folgt Ecstasy (MDMA/Methylen-Dioxy-Methyl-Amphetamin) mit rund 2,7 Millionen Konsumentinnen und Konsumenten im Vorjahr. Hier gab es einen Anstieg um rund 100.000 Personen. Der Amphetaminkonsum stieg um rund 300.000 auf geschätzt zwei Millionen Abnehmerinnen und Abnehmer.

Die Zahl der Hochrisiko-Opioid-Konsumierenden in der EU blieb mit 1,3 Millionen konstant (Daten von 2018). Opioide wurden bei 82 Prozent aller tödlichen Überdosierungen nachgewiesen. Grund zur Sorge geben laut EMCDDA die größer werdenden Mengen Heroin, die in der EU beschlagnahmt wurden.

Drogenkonsum in der EU

Konsumenten im vergangenen Jahr, in Mio. (Schätzung)



* Hochrisikokonsum, alle Altersgruppen, 2018

Daten aus dem Drogenmonitoring deuten darauf hin, dass **weniger junge Personen in einen risikoreichen Opioidkonsum** einsteigen als in früheren Jahren. Derzeit gibt es in Österreich keine eindeutigen Hinweise auf eine Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen.

.**Nur neun Prozent der Betroffenen sind unter 25 Jahre alt**

Im Rahmen des **risikoreichen Drogenkonsums** ist auch auf eine Reihe von **Todesfällen in Zusammenhang mit hochdosierten Ecstasy-Tabletten** hinzuweisen. Zwar scheinen sich die **Ecstasy-Konsummuster nicht geändert zu haben**, der Konsum scheint aber aufgrund der oft unerwartet hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden zu sein.

Seit 2010 deutlicher Rückgang des reinen Opioidkonsums

2017 / 2018

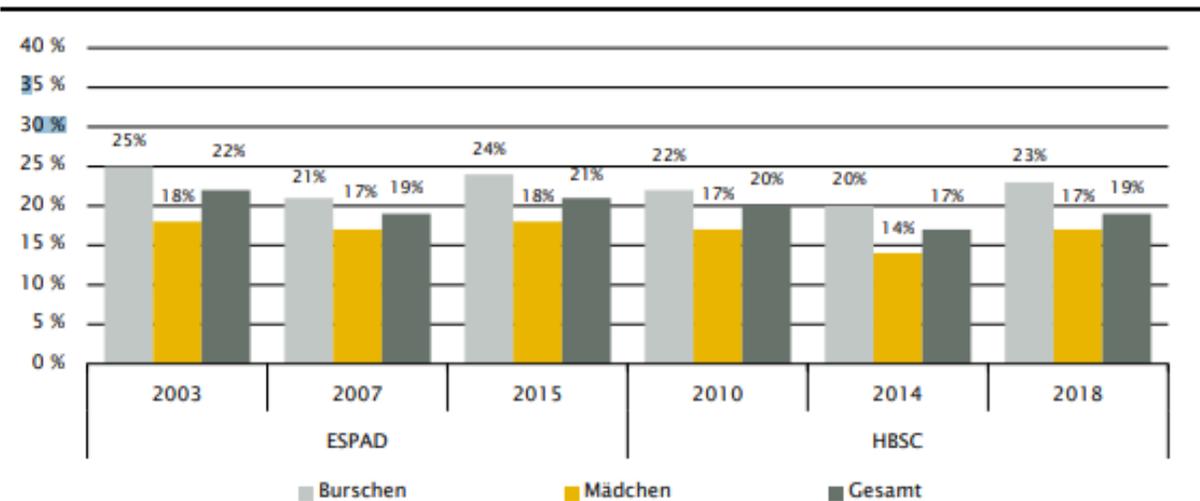
Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten mit Cannabis, dessen Konsum Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–24 Jahre) hat.

Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa zwei bis vier Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin

Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Abbildung 3.2:

Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung Jugendlicher nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihe)



ESPAD = Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (vgl. Abschnitt 3.7.2)

HBSC = Health Behaviour in School-aged Children (vgl. Abschnitt 3.7.2)

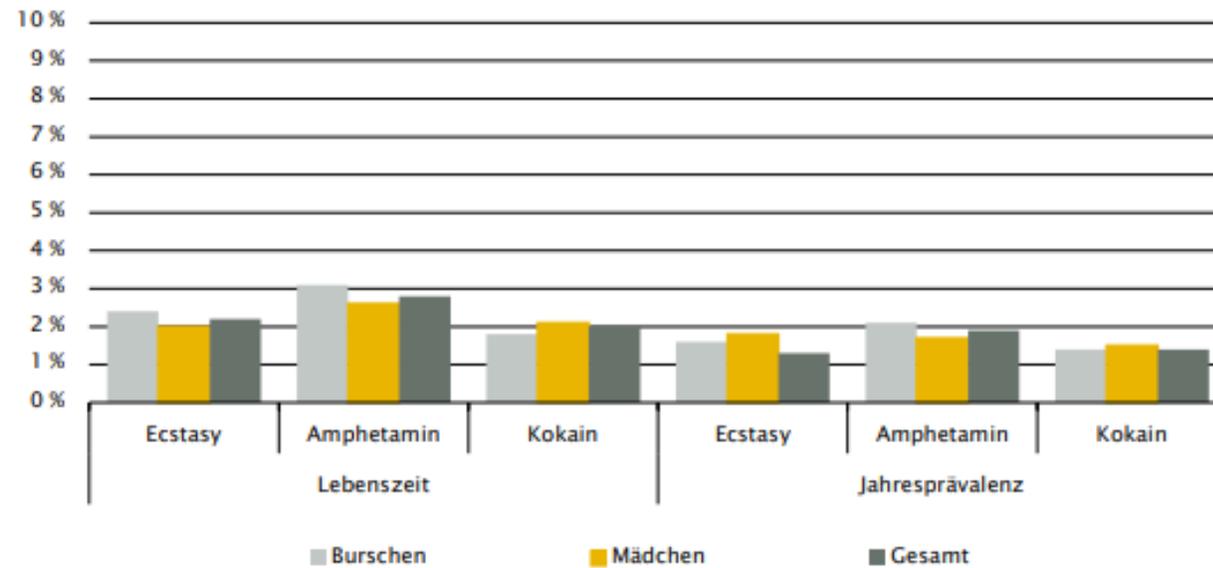
Anmerkung: Die ESPAD-Befragungsdaten beziehen sich auf 15- und 16-Jährige, die HBSC-Befragungsdaten auf 15- und 17-Jährige.

Quellen: Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Strizek et al. 2016b, Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012, Ramelow et al. 2015; Teutsch et al. 2019
Darstellung: GÖG

Konsum von Stimulanzien durch Jugendliche und spezifische Zielgruppen

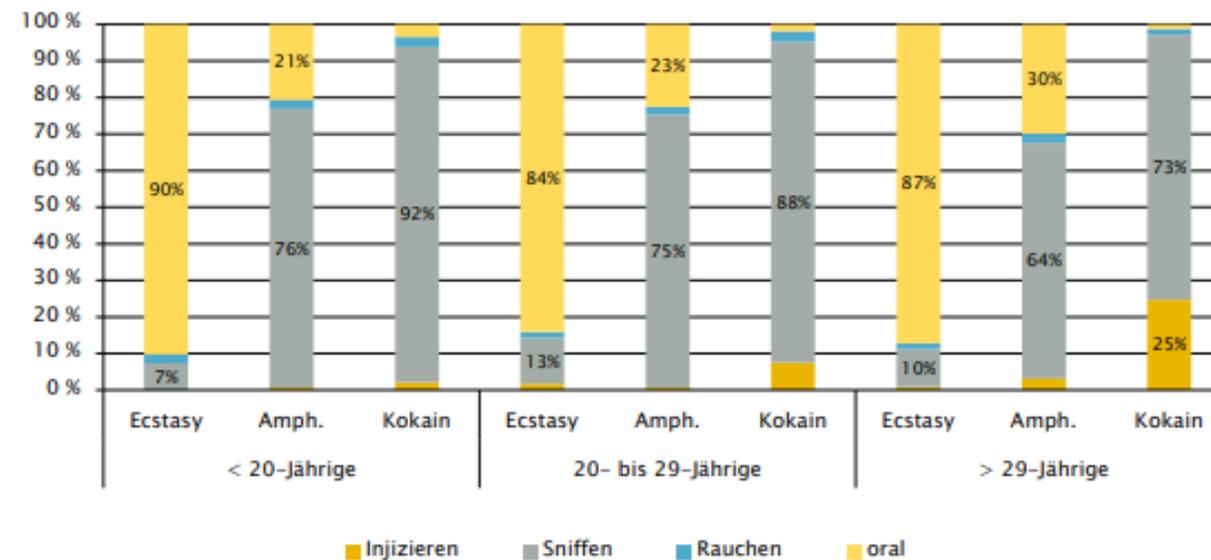
Abbildung 3.5:

Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2015)



Quelle: Strizek et al. 2016b; Darstellung: GÖG

Abbildung 3.6:
Stimulanzienkonsum: Anteil der vorwiegenden Einnahmeform pro Altersgruppe und Droge bei
Personen, die im Jahr 2018 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben



Amph. = Amphetamin

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Aufgrund des geringen Anteils der Einnahmeform „Injizieren“ spielt der Konsum von Stimulanzien hinsichtlich drogenassoziiertes Infektionskrankheiten kaum eine Rolle.

Abbildung 3.8:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
in Absolutzahlen nach Altersgruppen - Zeitverlauf

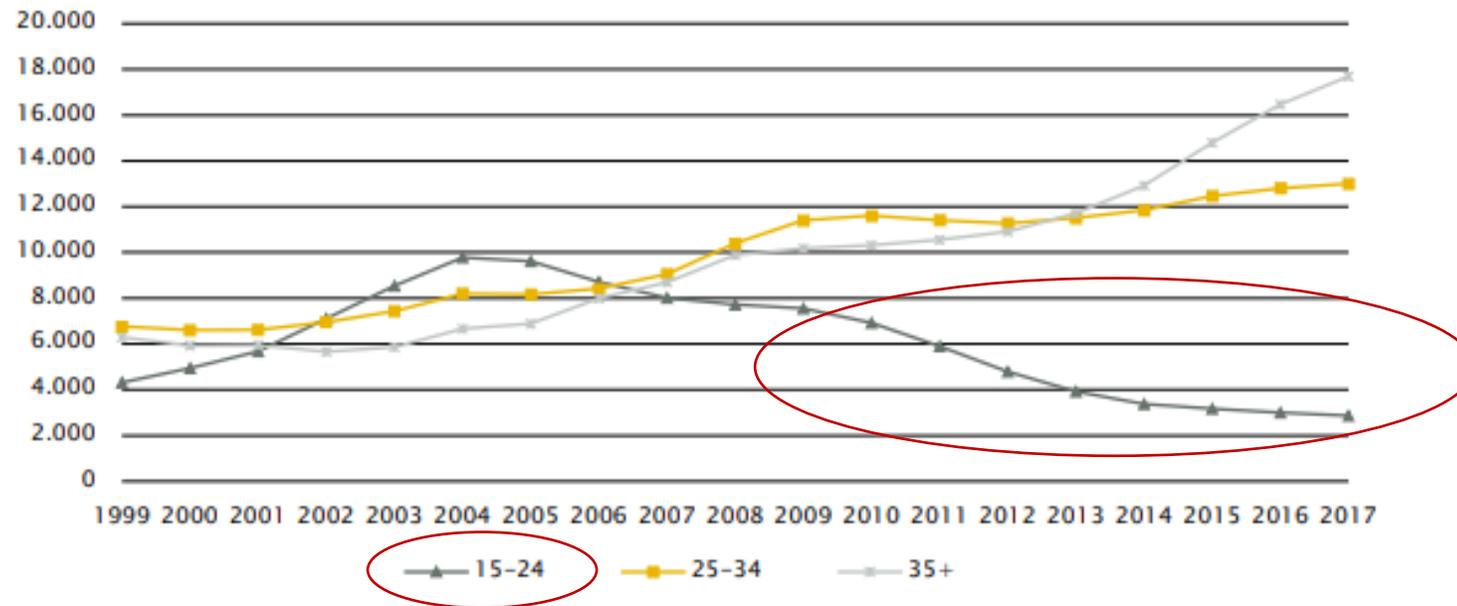
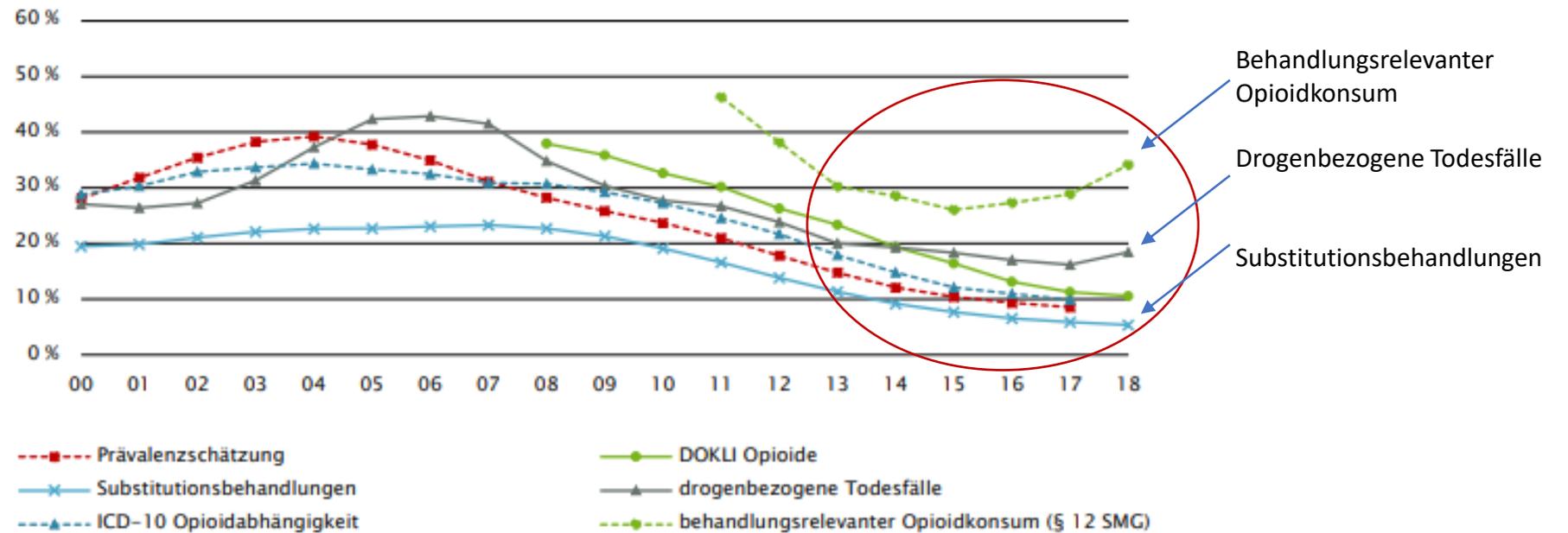


Abbildung 3.9:
Anteil der unter 25-Jährigen an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenzschätzung, DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogene Todesfälle), Zeitreihe 2000–2018 (gleitender Mittelwert)



Schadensminderung



In der Steiermark startete im November 2018 Österreichs erstes Take-home-Naloxon-Projekt, zur Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen.

Im Burgenland (nördl. und mittleres) startete 2020 Österreichs **erstes Take-home-Naloxon-Projekt**, zur Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen **im Jugendalter**.

ESPAD Österreich 2019

(European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)



Der **Rückgang der Prävalenzraten des Alkohol- und Tabakkonsums** setzt sich auch in den aktuellen ESPAD Daten fort.

Der Anteil an **Cannabiskonsumentinnen/-konsumenten** ist im Vergleich zur Vorerhebung in etwa gleichgeblieben,

die Anzahl an Konsumentinnen/Konsumenten **anderer illegaler Substanzen** ist so wie in den Vorjahren **vergleichsweise niedrig**.

Entwicklungen, die in den kommenden Jahren genauer zu beobachten sind, betreffen den Konsum von E-Zigaretten, den Shishakonsum sowie die Nutzung digitaler Medien.

Welche Konzepte zur Behandlung und Therapie stehen zur Verfügung?

Wenn Angebote zum Hürdenlauf werden

Behandlungsansätze

- **Verstehen als Voraussetzung**
- **Funktion des Konsums**
- **Systemisch-konstruktivistische Betrachtungen**
 - **Regulierungsversuche**
- **Interaktionelle Funktion des Konsums**
- **Komorbiditätsbehandlung**
- **Substitution**
- **Haltung**

Verstehen als Voraussetzung

„Für das ...Verstehen von
abweichendem Verhalten gilt, dass
diesesVerhalten in seinem
Kern auch als
Bewältigungsverhalten, als
subjektives Streben nach situativer
und biographischer
Handlungsfähigkeit und
psychosozialer Balance in kritischen
Lebenssituationen und -
konstellationen erkannt wird.“

L. Böhnisch



Interaktionelle Funktion



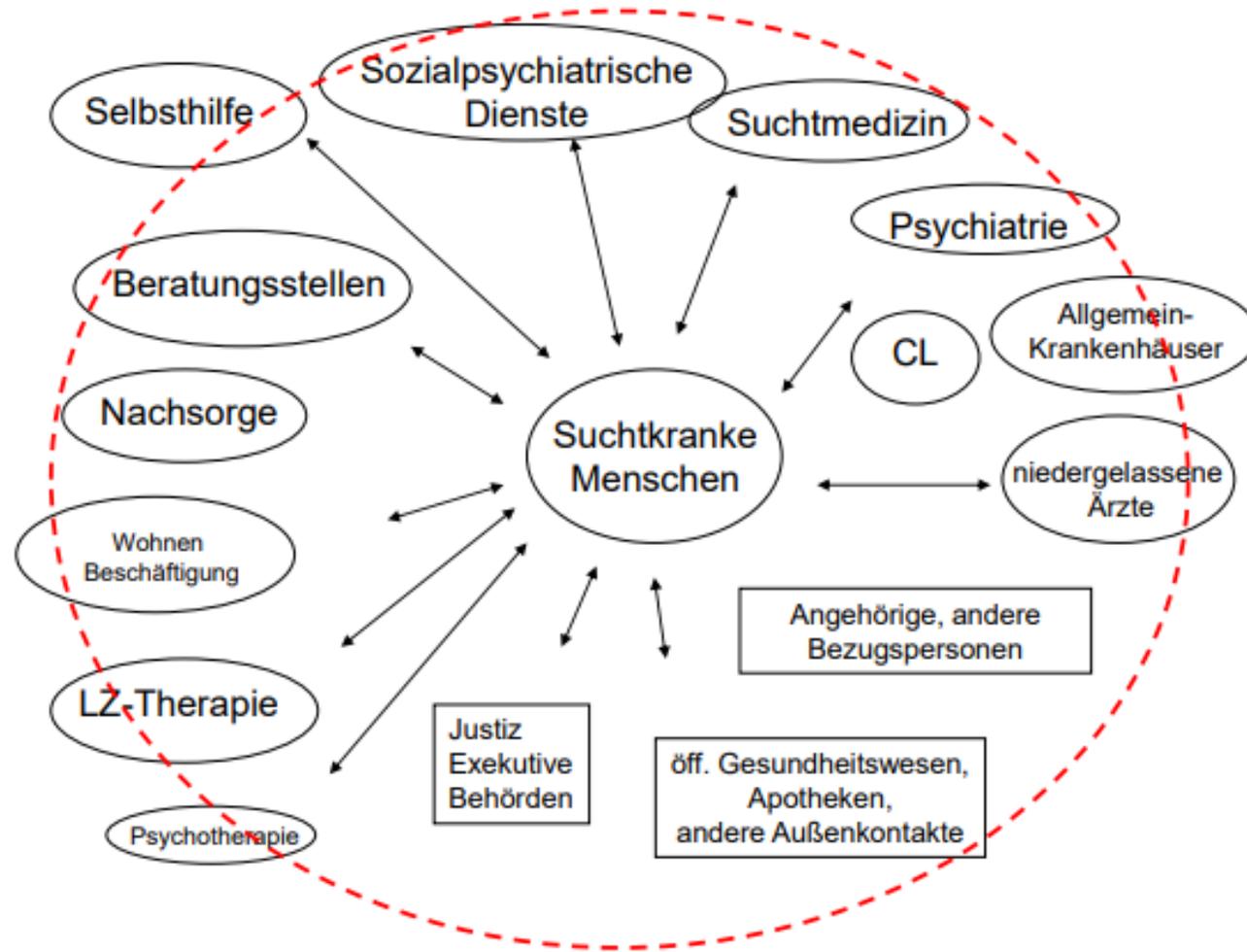
...es warat wegen der beziehung...

Komorbiditätsbehandlung

- Symptomatische und grundstörungsspezifische medikamentöse, psychotherapeutische, pädagogische, psychosoziale... Behandlung und Betreuung
 - Entzugssyndrome vs. Intoxikation inkl. hirnorganische Beeinträchtigungen
 - Angst
 - Depressivität
 - Psychosen
 - Affektive Störungen
 - PTSD
 - ADHS ?



Behandlungsnetz – Fragmente oder Kooperation ?





Traditioneller vs. Recovery – Ansatz Arbeitspraktiken

Beschreibung	Verständnis
Funktionsstörung im Fokus	Person im Fokus
Krankheitsbasiert	Stärkenbasiert
Anpassung ans Programm	Fachperson passt sich „Nutzer“ an
Erwünschte Passivität / Konformität	Stärkung der Selbstbestimmung
Betreuung durch Koordinatoren	Selbstmanagement



4 Grundprinzipien des MI (Motivational interviewing) R.U.L.E.

- **R**esist
Widerstehe dem Reflex, den Patienten zu korrigieren
- **U**nderstand
Verstehen, warum Veränderung beim Patienten angestrebt wird, wo Hindernisse sind und wie Veränderung von ihm realisiert werden könnte
- **L**isten
Aktives Zuhören, Rückfragen, Überprüfen von Hypothesen
- **E**mpower
Unterstützung bei der Entdeckung von individuell angemessenen Veränderungsaktivitäten

ENTZUG

Wie aussichtsreich ist ein Entzug ?
Wann ist ein Entzug aussichtsreich ?

Risikofaktoren

- Substanzinduzierte, akute und chronische psychiatrische Zustandsbilder
- hohe psychiatrische Komorbidität („Grundstörung“)
- Somatische Komorbiditäten

- Geringer Selbstwert vs. Größen-ICH (Regression vs. Progression)
- Innere Leere in der Neuauflage der depressiven Position
- Emotionale Labilität
- Impulsivität

- Instabiles Psychosoziales Umfeld

Ressourcen

emotionale Stabilität
intaktes Selbstwertgefühl
kognitive Ressourcen

Schul, -Ausbildungserfolg

**unterstützende, haltend-kontainende
Beziehungsangebote**

Peer-Gruppe lehnt Risikoverhalten ab

Diversifizierte & individualisierte Angebote

- Ressourcen, die eine dichte, „schwellen-adäquate“ ambulante Betreuung u. Behandlung ermöglichen.
- Stationäre u. semistationäre Entzugs- und Teilentzugsplätze
- Ressourcen, die eine dichte und lang dauernde ambulante Nachbetreuung ermöglichen.
- Jugendpsychiatrische stationäre, teilstationäre, ambulante Behandlungsangebote
- Behandlungsplätze für mehrmonatige Therapie (Vorbereitung u. Durchführung der Entwöhnung)

Welche Konzepte zur Behandlung und Therapie stehen zur Verfügung?

Wann ist Was gelungen ?

Was ist ein Erfolg ?

Diversifizierte & individualisierte Angebote

1. Bedarfs- u. bedürfnisorientierte Interventionen

- **Bedarf:** „objektive“ Einschätzung, was notwendig ist:
ExpertInnenzentriert
- **Bedürfnis:** „subjektiv“ Gewünschtes:
KlientInnenzentriert

2. Abstinenzorientierte Haltung

Abstinenzgestützte Haltung

Akzeptanzorientierte Haltung

„Rauschbegleitung“

3. Kurz-, Mittel-, u. Langzeitperspektiven im Rahmen des Behandlungsprozesses

- Ambulante, stationäre/semistationäre Stabilisierung, Substitution
- Entzugs , - Teilentzugsplätze,
- Therapieaufenthalte mit und ohne vorherigem Entzug

4. Haltequote vs. „Rückfallsquote“ – durch individualisierte Behandlung

- Rückfälle gehören zum Prozess und sind nicht immer vermeidbar

5. Resilienz – „Austernphänomen“

Diversifizierte & individualisierte Angebote

- **Frühintervention mit harm reduction**
 - Safer use
 - Safer sex
- **Risikokompetenz**
- **Substanzkompetenz**
- **Konsumkompetenz**
- **Umfeldkompetenz („hilfe ! - was mach ich mit den Angehörigen ?“)**
- **Prozesskompetenz – wie lang muss der Atem sein ?**
 - **Einmalige Episode mit Remission**
 - **Wellenförmiger Verlauf mit wechselndem Schweregrad der Symptomatik**
 - **Akuter Verlauf mit rascher Abhängigkeitsentwicklung**

Wer – wann – wohin ?

Indikation für ambulantes Setting

- Gute soziale Einbindung
- Vorhandene Tagesstruktur
- Vereinbarungsfähigkeit, Paktfähigkeit, Mitwirkungsbereitschaft
- Kurzfristige Abstinenz möglich
- Wenig Vorbehandlungen
- Keine oder milde Komorbiditäten
- Rückfall nach stationärer Rehabilitation
- „Absoluter“ Widerstand

Indikation für stationäres Setting

- Starker und regelmäßiger Substanzkonsum
- Vorausgegangene gescheiterte ambulante Behandlungsversuche
- Ausgeprägte komorbide psychische Störungen
- stationär behandlungsbedürftige somatische Erkrankungen
- Dysfunktionales psychosoziales Umfeld
- Keine Tagesstruktur
- Akute Selbst- oder Fremdgefährdung

Welche Konzepte zur Behandlung und Therapie stehen zur Verfügung?

Wann ist Was gelungen ?

Was ist ein Erfolg ?

„Droge ist Substitut für Beziehungsdefizit“ ...

„Beziehung ist Substitut für Droge“ ...

Das Ziel

Ausbau von
Fähigkeiten

Stabilisieren der
Lebenssituation

Schadensminderung

Sichern des Überlebens

nach: Daniel Meili

ch müller 2020

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

- Vielen Dank an Hr. Prim. Dr. Martin Kurz für seine Folien 