

Tobias Hellenschmidt
Leitender Oberarzt Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und
Psychosomatik
Vivantes Klinikum im Friedrichshain
Berlin



Störung durch psychotrope Substanzen bei Kindern und Jugendlichen

- pharmakotherapeutisches Management

Ulm, 03.11.2014

Vivantes Klinikum im Friedrichshain – Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und Psychosomatik

112 Plätze davon 60 stationär
für 1,14 Mio. Einwohner von Berlin

Spezialaufgaben

- für gesamt Berlin:

- Abhängigkeitserkrankungen
- Psychotherapie

Aufnahmeverpflichtung für die Bezirke:

- Mitte (Tiergarten, Wedding)
- Friedrichshain, Kreuzberg,
- Neukölln
- Treptow, Köpenick



Überblick: Störungen durch psychotrope Substanzen

Was ist Abhängigkeit?

- Gemeinsamkeiten
- Toleranzentwicklung
- Sensitivierung

Psychopharmakologische Behandlungsstrategien bei:

- Intoxikation
- Entzugssymptomatik
- Rückfallprophylaxe (Anti-Craving-Substanzen)
- Substitution
- psychiatrischen Komplikationen durch psychotrope Substanzen

Psychotrope Substanzen (ICD 10)

Störungen durch:

- Alkohol (F10)
- Opioide (F11)
- Cannabinoide (F12)
- Sedativa od. Hypnotika (F13)
- Kokain (F14)
- Andere Stimulanzien, einschließlich Coffein (F15)
- Halluzinogene (F16)
- Tabak (F17)
- Flüchtige Lösungsmittel (F18)
- Multiplen Substanzgebrauch u. Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)

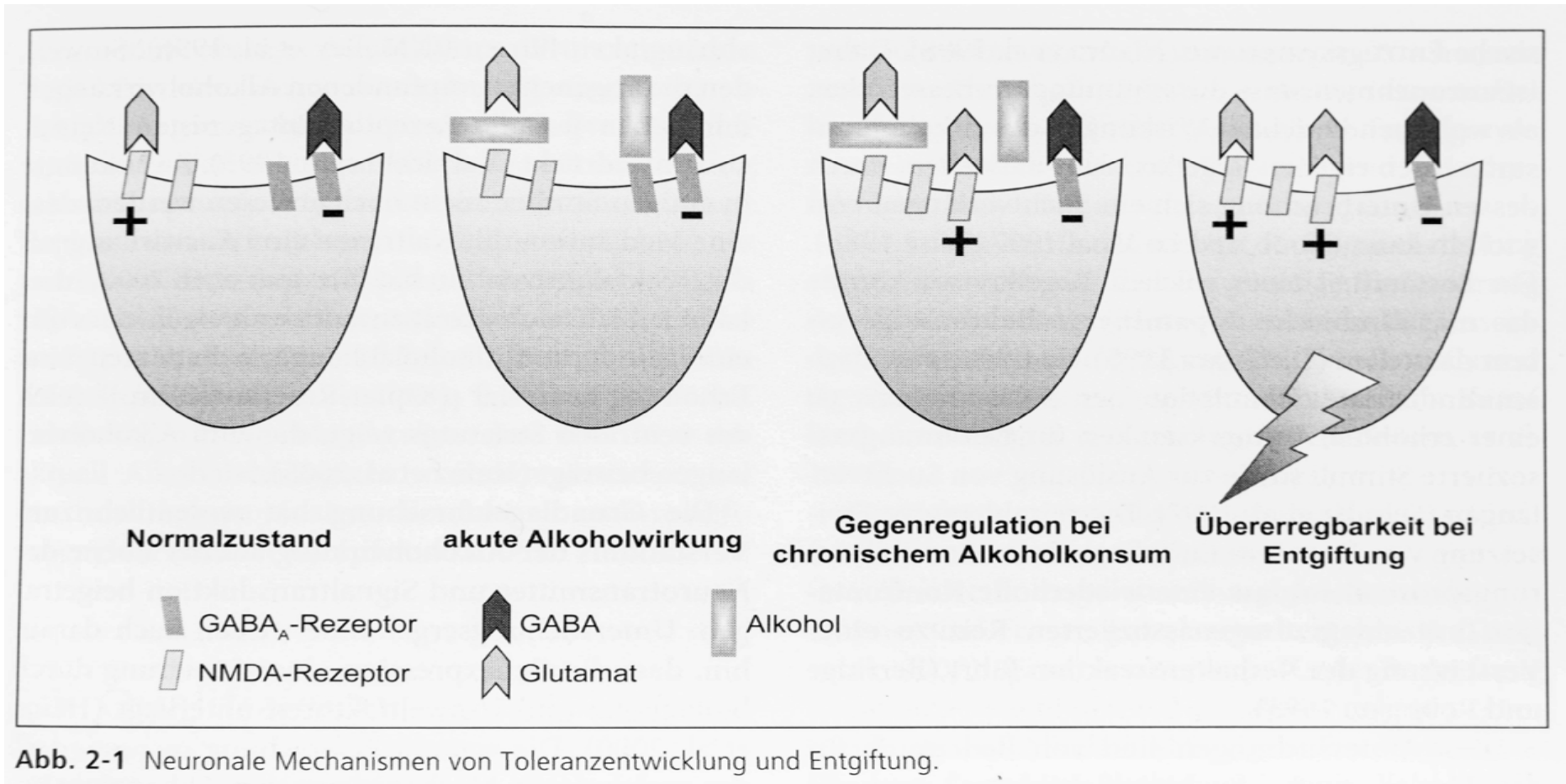
Typische Eigenschaften Abhängigkeitserkrankter

- „Reizreaktivität“ (Sensitivierung) für drogenspezifische Hinweisreize (trigger)
(Flagel et. al 2011, Vanderschuren & Piers 2010)
- Sucht/Konsumdruck (nach Bewusstwerdung als Craving bezeichnet)
(Koob, Volkow 2010)
- mangelnde Krankheitseinsicht
(Garavan & Stout 2005)
- unrealistische Einschätzung über die Fertigkeiten die Abstinenz zu erhalten

Toleranzentwicklung

- Drogenwirkung wird durch Gegenregulation (Neuroadaptation) ausgeglichen
- neuronale Aktivität stabilisiert sich auf neuem Niveau
- Abstinenz bewirkt Entzugssymptomatik (Dysbalance exzitatorischer und inhibitorischer Transmitter)

Toleranzentwicklung



Sensitivierung

Neuronale Veränderungen durch Drogeneinwirkung im mesolimbischen dopaminergen Belohnungssystem:

- Dopamin-induzierte Stimulation des Nucleus acumbens führt zur erhöhten Aufmerksamkeit für belohnungsassoziierte Stimuli sowie zur Auslösung von Craving.
- Diese reizabhängige Freisetzung (Auslösung durch Trigger) von Dopamin kann als Sensitivierung bezeichnet werden.
- D.h. – die Konfrontation mit einem drogenassoziierten „Trigger-Reiz“ führt zur verstärkten (Verhaltens-)Reaktion
(\longrightarrow Drogensuchverhalten \longrightarrow Craving)

Biologische Faktoren der Substanzabhängigkeit

Sensitivierung

- Überaktivität des Nucleus accumbens (Belohnungs-/Lustsystem) durch Förderung dopaminerger Transmission – direkt oder indirekt durch Enthemmung
- zum Beispiel: Alkohol, Kokain, Cannabinoide, Nikotin, Opiate, Amphetamine

Toleranzentwicklung

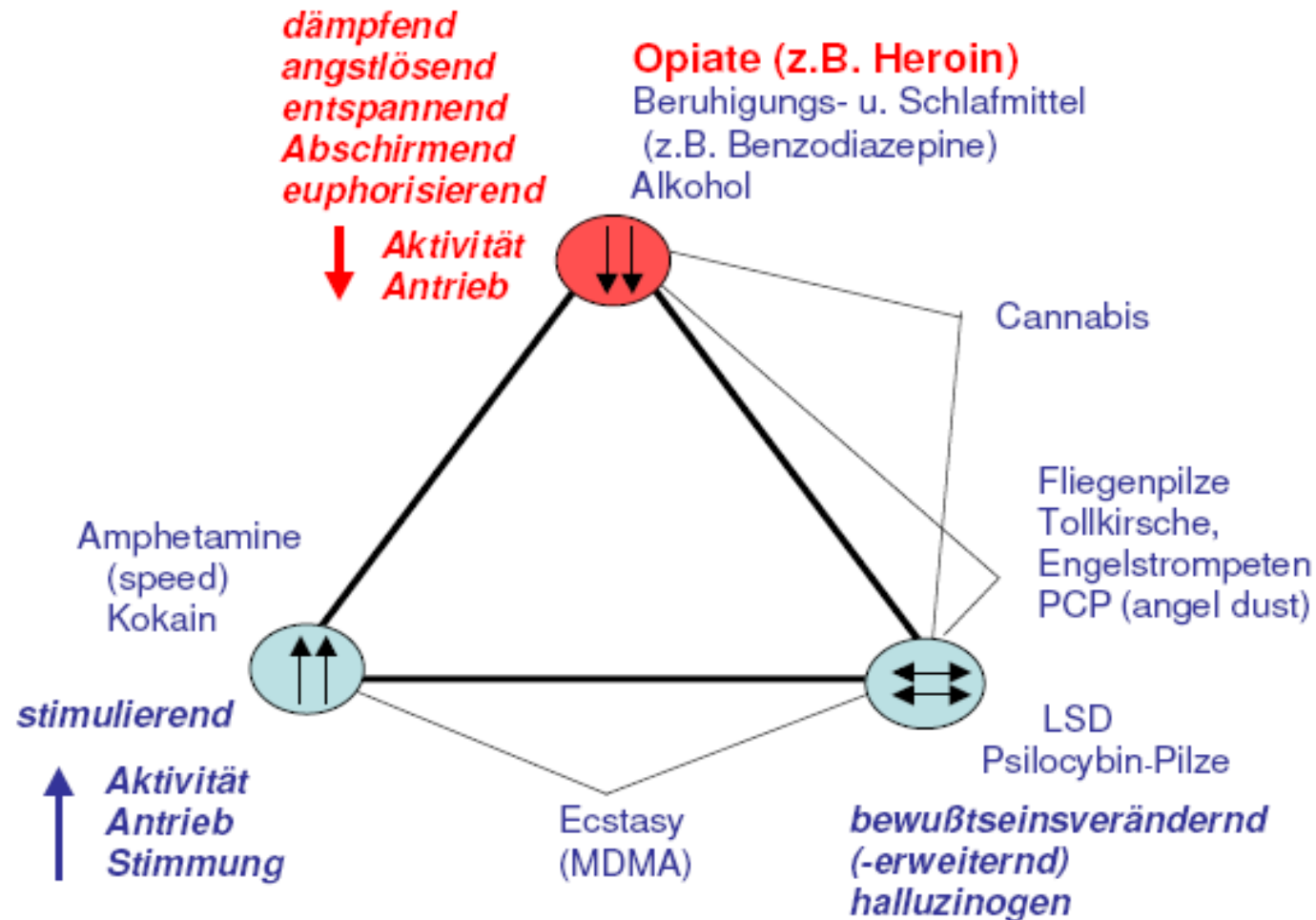
- Vermeidung von Entzugssymptomen
- bei Ungleichgewicht zwischen exzitatorischen und inhibitorischen Neurotransmittersystemen - z.B. Alkohol (GABBA / Glutamat/NDMA-Rezeptor)

Qualifizierte Entzugsbehandlung heißt:

**„keine Entgiftung ohne psychotherapeutische
Begleitung“**

(Mann & Stetter 1991)

Psychische Wirkungen von Suchtstoffen



Klassifikation nach ICD - 10

Entzugssyndrom (F1x.3)

- Nachweis d. Absetzens. od. d. Reduktion einer Substanz nach längerem Konsum
- Syndrome od. Anzeichen, die bekannten Merkmalen eines Entzugssyndroms d. betreffenden Substanz entsprechen
- Nicht durch v. Substanzgebrauch unabhängige körperliche Krankheit zu erklären.

Substanzen: Alkohol

Pharmakologische Wirkungen

- verstärkt die Effekte von GABA am GABA-A-Rezeptor
- blockiert die Übertragung am glutamatergen NMDA-Rezeptor
- verstärkt sekundär die Ausschüttung von Serotonin und Dopamin

Akute Auswirkungen des Alkoholgebrauchs

Intendierte Wirkung

- Milde Euphorie
- Hemmschwellessenkung
- Rausch

Alkoholentzugssyndrom

- Beginnt 4-12 Stunden nach Ende oder bei verminderter Alkoholzufuhr
- stärkste Ausprägung am 2. Tag; Ende nach 4-5 Tagen
- Tremor der vorgehaltenen Hände, der Zunge oder der Augenlider
- Schwitzen
- Übelkeit, Würgen oder Erbrechen
- Tachykardie und Hypertonie
- Psychomotorische Unruhe
- Kopfschmerzen
- Krankheitsgefühl oder Schwäche
- ggf. vorübergehende Halluzinationen oder Illusionen
- ggf. Krampfanfälle (Grand mal)

Substanzen: Alkohol

Psychopharmakologische Behandlung des Entzugssyndroms

- Ggf. intensivmedizinische Behandlung eines Entzugsdelirs (beginnt in 50% mit einem Krampfanfall) Einsatz von Haloperidol und Benzodiazepine
- Benzodiazepine bei ausgeprägten Entzugserscheinungen (delir- und krampfanfallprophylaktische Wirkung)
- benzodiazepingestützte Behandlung mit Ausschleichtschemata bei ausgeprägter Abhängigkeit (langwirksame Benzodiazepine in fraktionierten Dosen ggf. kurze Zeitabstände „loading“ ggf. stündlich 5 mg Diazepam)
- ggf. Clonidin, Carbamazepin
- für Clomethiazol liegen keine Untersuchungen für das Jugendalter vor

Anti-Craving-Substanzen

Nalmefen (Selincro)

Baclofen

Acamprosat (Campral)

Naltrexon (Adepent)

Disulfiram (Antabus) – in Deutschland vom Markt genommen

Nalmefen

Wirkung:

- Opiat-Antagonist am μ und δ – Rezeptor
- Partieller Agonist am κ – Rezeptor

- Trinkmengenreduktion - signifikante Überlegenheit über Placebo (Mann et. al 2013)

Anti-Craving-Substanzen

Baclofen

- **Wirkung:** selektiver GABBA B Agonist
- zugelassen zur Behandlung spastischer Skelettmuskulatur
- insgesamt 3 RCT, davon 2 signifikant höhere Abstinenzraten bei Baclofen (30mg/Tag) 4 – 12 Wochen (Addolorato et al. 2002/2007), eine Studie zeigt keine Überlegenheit von Baclofen ggü. Placebo (Garbutt et al. 2010)

Anti-Craving-Substanzen

Acamprosat (Campral)

- **Wirkung:**
 - Calcium-Bis-Acetyl-Homotaurinat
 - anti-exzitatorischer Effekt NMDA-Rezeptoren (Spanagel/Mann 2005)
- Klinische Studien und RCT zeigen deutliche Verbesserung der Abstinenzraten (Sass et al. 1996, Ansoms 2000)
- Behandlung mindestens 12 Monate nach Entgiftung, ggf. in Kombination mit Naltrexon

Anti-Craving-Substanzen

Naltrexon (Adepent)

- **Wirkung:**
 - μ – Opiat-Rezeptor-Antagonist
- mehrere RCT (Anton et al. 1999, Volpicelli 1992, Rösner et al. 2010, Mann & Hermann 2010) zeigen signifikante Verbesserung der Abstinenz
- bessere Wirksamkeit in Kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie (O'Malley et al. 1992)

Substanzen: Cannabis

- **Die meisten Cannabis-Konsumenten sind nicht abhängig.**
- **Bei einer Gruppe der regelmäßig Konsumierenden kommt sowohl eine psychische als auch eine physische Abhängigkeit vor!**

Substanzen: Cannabis

Pharmakologische Wirkungen

- THC konkurriert mit Endocannabinoiden an Cannabinoidrezeptoren (CB1, CB2, CB3?) im gesamten Körper.
- THC unterbindet die Funktion des Endocannabinoidsystem in der Feinregulation zahlreicher körperlicher Signalprozesse (z.B. Neurotransmitter, Enzyme, Hormone).
- Psychotrope THC-Effekte werden über CB1-Rezeptoren (im ZNS) vermittelt

Substanzen: Cannabis

Intendierte Wirkung

- Milde Euphorie
- Angstverminderung
- Sedierung/Entspannung

Substanzen: Cannabis

Entzugssyndrom

(Soyka 2003,Edens et al 2010)

- Ein Entzugssyndrom kann sich etwa 10 Std. nach dem letzten Konsum entwickeln und 7 - 21 Tage anhalten:
- Craving
- Appetitminderung
- Schlafstörung
- Schwitzen
- innere Unruhe, Angst, Dysphorie
- Aggressivität
- Hyperalgesie (vermehrte Schmerzempfindlichkeit)
- bizarre Träume

Substanzen: Cannabis

Langzeitfolgen des Cannabismissbrauchs

Psyche:

- Abhängigkeitssyndrom mit psychischer und in der Regel auch körperlicher Symptomatik
- Auslösung von Psychosen bei vulnerablen Personen
- Erhöhung des Risikos für den Missbrauch weiterer psychotroper Substanzen
- Verschlechterung bestehender schizophrener Symptomatik
- Depressionen und Entwicklungsstörungen möglich

Substanzen: Cannabis

Langzeitfolgen des Cannabismissbrauchs

Kognition:

Noch Wochen nach Abstinenz persistierende und möglicherweise irreversible Leistungsminderungen im Bereich des Gedächtnisses und des Lernens möglich.

Therapie von Störungen durch Cannabis

Amotivationales Syndrom

Pharmakotherapie:

- keine spezifische Pharmakotherapie
- je nach Symptomlage: aktivierende Antidepressiva, auch SSRI oder atypische Neuroleptika

Psychotherapie & weitere therapeutische Maßnahmen:

- supportive und soziotherapeutische Maßnahmen zur Reintegration
- Ggf depressionstypische Psychotherapie (KVT)

Therapie von Störungen durch Cannabis

Kognitive Störungen

Pharmakotherapie:

- keine Maßnahmen außer Abstinenz!

Psychotherapie & weitere therapeutische Maßnahmen:

- bei Abstinenz Besserung abwarten
- keine spezifischen Maßnahmen erforderlich

Substanzen: Cannabis

Intoxikation (meist nach oraler Aufnahme)

- Beruhigen, „Talking down“
- Benzodiazepine (z.B. 1,0-2,5 mg Lorazepam oder 10 mg Diazepam) bei ausgeprägten Angst- und Panikzuständen
- hochpotente Neuroleptika (2-10 mg Haloperidol) bei ausgeprägter psychomotorischer Erregung

Substanzen: Cannabis

Entzugssyndrom

- psychosozial aktivierende Maßnahmen
- ggf. niedrigpotente Neuroleptika
- ggf. sedierende trizyklische Antidepressiva
- bei starker Symptomatik: - niedrigpotente Neuroleptika, z.B. Chlorprotixen (4 x 15 – 50 mg/Tag),
- ggf. Antikonvulsiva
- oder trizyklische Antidepressiva, z.B. Doxepin

Cannabis & Psychose

seit ca. 10 Jahren Zunahme der „Suchtkomorbidität“ bei Patienten mit psychotischen Störungen

(ECA 47% Lebenszeitprävalenz, neuere Studien Lebenszeitprävalenzen von bis zu 70 % (Lambert et al. 2005))

insbesondere in Bezug auf junge Patienten und Cannabisabhängigkeit (Lambert et al. 2005, Wade 2005)

Cannabis & Psychose

Persistiert die Suchtstörung kommt es zu einem:

- 2-fach erhöhten Risiko für den Abbruch der gesamten Behandlung (25% vs. 48% für keine Suchtstörung vs. persistierende Suchtstörung)
(Lambert et al. 2005)
- 2-fach erhöhten Risiko für den Abbruch der psychopharmakologischen Behandlung (40% vs. 75%)
(Lambert et al. 2005)
- 3-fach erhöhten Risiko für psychotische Rückfälle und Rehospitalisierung
(Wade 2005)
- 4-fach erhöhten Risiko für die Persistenz psychotischer Symptome im Langzeitverlauf
(Lambert et al. 2005)

Einige Fragen zur Definition & Klassifikation

substanzinduzierte psychotische Störung (ICD 10 F 1x.5):

psychotischer Zustand, der während oder unmittelbar nach Einnahme einer Substanz, gewöhnlich innerhalb von 48 h, jedoch nicht länger als 4 Wochen nach einer akuten Intoxikation oder Entzugssymptomatik auftritt und bestehen bleibt und sich innerhalb von 6 Monaten vollständig zurückbildet.

Substanzinduzierte vs. komorbide psychotische Störung

Als Faustregel gilt:

Für eine substanzinduzierte psychotische Störung spricht:

- Zustände eher akut
- Auftreten während oder innerhalb von zwei Wochen nach Substanzgebrauch
- vollständiger Rückgang innerhalb von 6 Monaten

Für eine komorbide psychotische Störung spricht:

- schleichender Störungsbeginn
- ggf. Leistungsknick
- Störungsbeginn vor dem initialen Substanzmissbrauch
- Psychotische Episoden in der Vorgeschichte
- Persistenz der Symptomatik auch lange Zeit nach der letzten Substanzeinnahme (länger als 3 Monate)

Therapie von Störungen durch Cannabis

Induzierte Psychose

Pharmakotherapie:

- atypische Neuroleptika (Wirksamkeit oft nicht ausreichend)
- zeitlich begrenzte Benzodiazepine

Bei nicht abklingender psychotischer Symptomatik, wird initial neben der anxiolytischen Behandlung 0,5-3 mg Risperidon oder 2-10 mg Haloperidol gegeben (vgl. Berzewski, 2009).

Psychotherapie & weitere therapeutische Maßnahmen:

- Supportive Maßnahmen
- Psychoedukation

Aktueller Wissensstand

- Können substanzinduzierte psychotische Störungen im Erkrankungsverlauf in Schizophrenien übergehen?
- Wird die Exacerbation von Schizophrenien durch Substanzmissbrauch begünstigt (Vulnerabilitätsmodell)?

Aktueller Wissensstand

Diese Fragen können trotz einer Vielzahl von Studien nicht eindeutig beantwortet werden.

(Hambricht & Häfner 1996, Newman & Miller 1992, Poole & Brabbins 1996, Thornicroft 1990)

Evident ist nur:

Komorbider Substanzmissbrauch verschlechtert den Verlauf schizophrener Psychosen hinsichtlich

- der Psychopathologie,
- der kognitiven Funktionen,
- der sozialen Integration,
- der Rückfallwahrscheinlichkeit
- und der Compliance

Aktueller Wissensstand

Neu ist:

- Das Ersterkrankungsalter für Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis scheint durch den Substanzkonsum (Cannabis) signifikant herabgesetzt zu werden
(Thomasius 2007)
- ? Damit einher geht auch die schlechtere Prognose, die einer frühen Exacerbation zueigen ist.
(Thomasius & Petersen 2007)
- Länger anhaltender Cannabiskonsum, insbesondere zwischen dem 14. und 19. Lebensjahr könnte eine eigenständige ätiologische Rolle in der Pathogenese der Schizophrenie zukommen.
(Arseneault et al. 2004)

Therapeutische Konsequenzen

Drogeninduzierte psychotische Symptome:

- Rasche stationäre Aufnahme zur Entgiftung und Diagnostik
- Übernahme in suchtspezifisches Setting nach Entlassung
- Psychoedukation und Compliance-Aufbau zur Wiedervorstellung

Schizophreniforme psychotische Symptome:

- Rasche stationäre Aufnahme zur Entgiftung und Diagnostik
- Längerfristige stationäre Behandlungsplanung mit neuroleptischer Einstellung
- Psychoedukation und Compliance-Aufbau
- Ggf. höher strukturierte Jugendhilfeeinrichtung
- Sehr engmaschige und langfristige Nachbehandlung
- Suchtspezifische Einrichtung oft Überforderung

Behandlungsgrundsätze bei Benzodiazepinabhängigkeit

Pharmakotherapie

- Langsames Ausschleichen des Benzodiazepins (besser als abruptes Absetzen)
- ggf. Umstellung auf Diazepam wegen der besseren Steuerbarkeit
- Einsatz von Carbamazepin, evt. Pregabalin (noch unzureichende Evidenz)

Psychotherapie

- Psychoedukation im Rahmen der Frühintervention
- motivierende Gesprächsführung
- kognitive Verhaltenstherapie

Behandlungsgrundsätze bei Tabakabhängigkeit

Pharmakologische Wirkungen

- Nikotin bindet an nikotinerge Acetylcholinrezeptoren ($\alpha 4\beta 2$ nAChR)
- bewirkt sekundär die Ausschüttung von Dopamin, Adrenalin, Noradrenalin und Endorphinen

Intendierte Wirkung

- Zentrale Stimulation (Stimmungsaufhellung, Konzentrationssteigerung)
- Verminderung von Entzugserscheinungen

Pharmakotherapie der Tabakabhängigkeit

Tabakentwöhnung

- Nikotinpflaster (unterschiedliche Stärken und Systeme)
- Nikotinkaugummi (2 und 4 mg, verschiedene Geschmacksrichtungen)
- Nikotinsublingualtablette (2 mg)
- Nikotinlutschtablette (1,5 und 4 mg)
- Nikotininhalator (Inhaler, 15 mg)
- Nikotin-Nasalspray (in Deutschland nicht mehr im Handel)

Pharmakotherapie der Tabakabhängigkeit

Tabakentwöhnung

Bupropion

- selektiver Noradrenalin/Dopamin-Wiederaufnahmehemmer
- nicht-kompetitiver Hemmer des $\alpha3\beta2$ nAChR und $\alpha4\beta2$ nAChR
- **UAW**: generalisierte Krampfanfälle 1:1000
- Anwendungsdauer mindestens 12 Wochen
- Rauchstopp nach Aufdosierungsphase
- CYP2D6

Varaniclin

- selektiver partieller $\alpha4\beta2$ nAChR Wiederaufnahmehemmer
- beste Wirksamkeit
- **UAW**: kardiovaskuläre sowie psychotische Symptome
- keine ausreichende Evidenz für Jugendliche

Behandlung der Entzugssymptomatik

Substanz	Behandlung der Entzugssymptomatik
Cannabinoide	häufig pflegerische und psychotherapeutische Maßnahmen ausreichend bei starker Symptomatik niedrigpotente Neuroleptika, z.B. Chlorprotixen 4 x 15 – 50 mg/Tag, ggf. Antikonvulsiva
Opiate	gestuftes Heraabdosieren mit einem Opioid, z.B. Buprenorphin Trizyklische Antidepressiva, z.B. Doxepin Ggf. niedrigpotente Neuroleptika

Behandlung der Entzugssymptomatik

Substanz	Behandlung der Entzugssymptomatik
Kokain	vorübergehend Benzodiazepine antriebssteigernde trizyklische Antidepressiva
Amphetamine	vorübergehend Benzodiazepine und Neuroleptika Trizyklische Antidepressiva
Halluzinogene	vorübergehend Benzodiazepine Keine Neuroleptika!

Behandlung der Entzugssymptomatik

Substanz	Behandlung der Entzugssymptomatik
Alkohol	benzodiazepingestützte Behandlung mit Ausschleischschema bei ausgeprägter Abhängigkeit ggf. Clonidin, Carbamazepin für Clomethiazol liegen keine Untersuchungen für das Jugendalter vor
Benzodiazepine	Langsames Ausschleichen der Substanz – ggf. über Monate Bei akutem Absetzen ggf. Abschirmung durch Carbamazepin

Therapie: Verhaltenstherapeutische Ansätze der Suchtbehandlung

Maßnahmen zum Aufbau alternativer Stressbewältigungsfähigkeiten:

- Soziales Kompetenztraining
- Problemlösetraining
- Entspannungstraining

Maßnahmen zur Einschränkung des Drogenverhaltens:

- Selbstbeobachtung (z.B. Triggertagebuch)
- Kognitive Therapie (Verhaltensanalyse, skills, soratischer Dialog)
- Reizkonfrontation mit Reaktionsverhinderung (Habituation)

Motivationsaufbau

- Intervention nach Motivationsphasen
- Motivierende Gesprächsführung
- Radikal hedonistische Therapiehaltung

Psychoedukation

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

tobias.hellenschmidt@vivantes.de



ALKOHOL

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 1:

Ein 16,5-jähriger Jugendlicher, aus Ulm stammend, der sich auf Klassenreise in Berlin befindet, wird wegen ausgeprägten Suizidgedanken in unserer Rettungsstelle vorgestellt. Er sei schon seit längerem Opfer von Mobbing in der Schulklasse. Bei einer abendlichen Kneipentour habe er sich ausgegrenzt gefühlt und damit gedroht, sich auf die U-Bahn-Gleise zu legen und kann sich fürderhin nicht von Suizidalität distanzieren. Bei der körperlichen Untersuchung fällt Ihnen ein starker Alkoholgeruch auf, der Patient zeigt leichte Stand- und Gangunsicherheiten beim Seiltänzerengang. Sein Bericht ist kohärent, der Affekt ist weinerlich, enthemmt, affektlabil. In der Atem-Alkohol-Kontrolle weist er eine Blutalkoholkonzentration von 0,7 Promille auf.

ALKOHOL

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 2:

Ein 13,8-jähriger Jugendlicher wird Ihnen vom Notarzt in Polizeibegleitung vorgestellt. Der Patient musste im Vorfeld durch die Polizei fixiert werden, da er einen starken Erregungszustand mit fremdaggressivem, bedrohlichem Verhalten gezeigt habe. Zwischenzeitlich habe der Patient ängstlich gewirkt. Aktuell ist der Patient ruhig, wirkt abwesend und zeigt erhebliche Antwortlatenzen. Das Pflegepersonal bittet den Patient aufgrund der erheblichen beschriebenen Erregungszustände mit Hilfe der Polizei auf der Station zu fixieren. Ein Atemalkoholtest konnte aufgrund der Symptomatik nicht durchgeführt werden.

ALKOHOL

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 3:

Ein 17,4-jähriger Patient stellt sich in der Nacht in der Rettungsstelle vor und bittet um sofortige Aufnahme zur Entgiftung. Er könne so nicht mehr weiterleben, dies sei ihm bei einem Streitgespräch mit seiner Partnerin klar geworden. Er wolle die Entgiftung jedoch nicht alleine durchführen, da er die Entzugssymptome fürchte. Der Patient riecht stark nach Alkohol zeigt jedoch keinerlei Rauschzeichen im Sinne von motorischen und psychischen Symptomen. Die Atemalkoholkontrolle ergibt eine Blutalkoholkonzentration von 2,5 Promille.

CANNABINOIDE

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 4:

Ein 16,4-jähriger Jugendlicher wird geplant auf unserer Station für Abhängigkeitserkrankungen des Kindes- und Jugendalters aufgenommen. Er erfüllt alle sechs Abhängigkeitskriterien seit mindestens einem Jahr. Zuletzt habe er ca. 2-3 Gramm Cannabis (Gras) in einer Bong alleine konsumiert. Zudem sei eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens bekannt, jedoch nur unregelmäßig medikamentös behandelt worden. Der Jugendliche aus guten sozialen Verhältnissen passte sich rasch an das Stationssetting an und löst beim Pflorgeteam das Bedürfnis zu unterstützen und zu helfen aus. Nach einem Wochenende (am sechsten Tag nach Aufnahme) wird vom aufgebrachten PED berichtet, dass der Patient nun sein „wahres“ Gesicht gezeigt habe. Er sei schon am ganzen Samstag dysphorisch- gereizt gewesen, am Sonntag sei es zu mehreren Zwischenfällen gekommen, so habe er beispielsweise die Stationsleitung als Schlampe bezeichnet und sei bedrohlich gewesen. Im Pflegedienst sei der Eindruck entstanden, der Patient sei nicht mehr motiviert und könne entlassen werden.

CANNABINOIDE

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 5:

Ein 16,5-jähriger türkisch-stämmiger Jugendlicher stellt sich bereits zum vierten Mal in der Ambulanz vor und berichtet über Depersonalisations- und Derealisationserleben bei unregelmäßigem Cannabiskonsum (1-2 mal wöchentlich mit Freunden). Er habe große Befürchtungen „hängengeblieben“ zu sein. Auch berichtet er über eine Vielzahl unklarer, teils seltsam anmutender, körperlicher Beschwerden, wie beispielsweise Druckgefühl im Genitale, Herzrasen, Zuckungen in den Armen usw. Er gibt an, von Ihnen wissen zu wollen, ob es sich um ein „hängenbleiben“ handeln könne.

CANNABINOIDE

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 6:

Ein 17-jähriger Jugendlicher, der schon seit Längerem in verschiedenen Berliner Kliniken wegen ausgeprägtem Substanzmittelkonsum bekannt ist, wird von einer Jugendhilfeeinrichtung in der Ambulanz vorgestellt. Es wird berichtet, dass der Junge in den letzten drei Monaten immer wieder auffällige Verhaltensweisen im Sinne paranoider Ängste und Beeinflussungserlebens aufgewiesen hätte. So habe er sich immer wieder von der Polizei bedroht und von Passanten auf der Straße durchschaut und fokussiert gefühlt. Die Betreuer berichten, dass dies aller Wahrscheinlichkeit nach mit dem seit dem gleichen Zeitraum deutlich erhöhten Cannabiskonsum zusammenhänge. Deshalb wäre der Patient schon mehrfach in einer Jugendhilfeeinrichtung außerhalb des SGB V zur „Entgiftung“ gewesen. Nun habe die Symptomatik jedoch solche Ausmaße angenommen, dass man sich an eine Klinik wenden wolle. Vor der neuerlichen Zunahme des Cannabiskonsumes sei der Patient deutlich stabiler gewesen. Er sei aber ein Sonderling gewesen als man ihn vor einem Jahr in der Jugendhilfe übernommen habe, was man auf eine vorher diagnostizierte Bindungsstörung zurückgeführt habe.

OPIATE / OPIOIDE

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 7:

Eine 17,2-jährige Patientin mit emotional-instabiler Persönlichkeitsentwicklung, die in der Klinik schon länger bekannt ist, stellt sich zum wiederholten Male in der Rettungsstelle vor. Sie hat in der Klinik bereits eine Entgiftung bei Tillidinabhängigkeit durchgeführt. Nun berichtet sie seit ca. 6 Monaten Heroin zu rauchen und seit ca. einer Woche Heroin i.V. zu konsumieren, was sie sehr umtreiben würde. Sie bittet um Hilfe.

OPIATE / OPIOIDE

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 8:

Eine 17,4-jährige Patientin mit polyvalentem Substanzkonsum berichtet zunehmend Opiate zu konsumieren, oft, was gerade verfügbar sei, hauptsächlich Tillidin, aber auch Heroin nasal. Der Tillidinkonsum habe in ihrer peer group begonnen und sie sei sehr beunruhigt, weil sie nicht mehr aufhören könne. Sie möchte unbedingt rasch etwas ändern. Sie sei in ihrem Leben bisher gut klar gekommen, was sich auch in ihren bisherigen Schulleistungen und ihrem sozialen Umfeld widerspiegelt. Mehrfach habe sie versucht eigenständig mit dem Konsum aufzuhören, was sie aber aufgrund heftiger Entzugssymptome nicht geschafft habe und nun fragt sie um Rat.

AMPHETAMINE

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case mangagement (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 9:

Ein 17,8-jähriger Jugendlicher wird am Abend in der somatischen Rettungsstelle der Klinik von seinen Freunden vorgestellt. Er sei im Rahmen eines Berlinbesuches in einem Club auf einer Raver-Party gewesen. Die Freunde berichten, dass der Patient, der aktuell völlig unauffällig erscheint, am Morgen auf der Heimfahrt von der Party kurzfristig verwirrt gewirkt habe. Man habe ihn in die WG gebracht, wo er versucht habe zu schlafen, was ihm nicht gelungen sei, obwohl er mindestens zwanzig Stunden wach gewesen sei. Er habe, wie schon des öfteren, 3,4-Methylendioxyamphetamin (MDMA) konsumiert. Im Laufe der Party habe er eine größere Menge Alkohol und Amylnitrat (Poppers) konsumiert. Nachdem er trotz Schlaflosigkeit am späten Nachmittag wieder aufgestanden sei, habe er einen starken Erregungszustand gehabt und sei zeitweilig zu Ort und Zeit nicht orientiert gewesen, was die Freunde mit Besorgnis erfüllte. Die diensthabende Kinder- und Jugendmedizinerin stellt Ihnen den Patienten wegen psychischer Auffälligkeiten und ggf. einer Intoxikationspsychose vor.

AMPHETAMINE

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 10:

Ein 14,8-jähriger Jugendlicher auf Zwickau, der sich aktuell bei seiner Tante in Berlin aufhält, wird von dieser in der Rettungsstelle vorgestellt. Er sei bei schwierigen sozialen Verhältnissen und schulischen Schwierigkeiten bereits wegen einer depressiven Störung bei einem niedergelassenem Kinder- und Jugendpsychiater in Behandlung und auf 30 mg Fluoxetin eingestellt. Auf einer Party vor zwei Wochen habe er erstmalig Crystal-meth (N-Methylamphetamin) konsumiert. Er habe ab da die Substanz regelmäßig konsumiert und sei zunehmend in einem schlechten körperlichen Zustand.

VERSCHIEDENE SUBSTANZEN

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 11:

Eine 14,7-jährige Patientin, die wegen dysfunktionaler Persönlichkeitsanteile und einer mittelgradigen depressiven Störung auf der Jugendstation behandelt wird (die Patientin nimmt 20 mg Fluoxetin seit ca. 3 Wochen), entweicht von der Station und kommt am Abend auf die Station zurück. Sie berichtet, dass sie sich auf dem Alexanderplatz mit Freundinnen getroffen, Alkohol getrunken und etwas Hustenstiller DXM eingenommen habe. Sie fühle sich insgesamt unglücklich, ihr sei übel. Die Pflege berichtet, die Patientin „somatisiere“. Gegen Abend kommt die Patientin aus ihrem Zimmer, da sie sich sehr unwohl fühle. Sie erhält daraufhin 30 mg Chlorprotixen. Bei einer späteren Untersuchung wird eine Temperatur von 39,5° Celsius Körpertemperatur gemessen. Die Patientin wirkt, vermutlich aufgrund der hohen Temperatur, desorientiert und zeigt einen leichten Tremor. Sie erhält zur Fiebersenkung Paracetamol.

VERSCHIEDENE SUBSTANZEN

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 12:

Eine 17,5-jährige Patientin mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ möchte bei zunehmendem Selbstverletzungsdruck stationär aufgenommen werden. Wegen großer innerer Unruhe bittet sie um die Gabe von 3x40mg Diazepam. Die Schwester antwortet ihr darauf, dass dies nicht möglich sei und verweist sie auf ihren skill-Koffer. Kurze Zeit später gibt die Patientin an von Suizidalität und Selbstverletzungsdrang distanziert zu sein und möchte die stationäre Behandlung umgehend abbrechen. Sie wirkt dabei sehr angespannt und unruhig.

VERSCHIEDENE SUBSTANZEN

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 13:

Ein knapp 17-jähriger Patient, Gymnasialschüler in der elften Klasse berichtet über zunehmenden Schulstress und Leistungseinbrüche seit ca. 4-5 Monaten. Mit Freunden habe er gelegentlich gekifft, magic mushrooms und Pappe (LSD) konsumiert. Mehrfach seien die Rauschverläufe unangenehm gewesen und er hätte im Anschluß Alpträume schrecklichster Art gehabt. Seit etwa zwei Monaten käme es durchschnittlich zwei mal in der Woche zu plötzlichen sehr unangenehmen Zuständen mit Derealisations- und Depersonalisationserlebenissen, optischen Halluzinationen sowie paranoidem Beeinflussungserleben. Die Zustände halten nur wenige Minuten an, werden vom Patienten aber höchst unangenehm erlebt, zumal er sich nie sicher sein könne, wann sie wieder auftreten würden. Auch fühle er sich insgesamt in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

VERSCHIEDENE SUBSTANZEN

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den kurzen Fallberichten

1. Welche Fragen wollen Sie zum beschriebenen Fall noch beantwortet haben?
2. Welches Behandlungssetting/case management (ambulant/stationär, akut/elektiv) ist angezeigt?
3. Welche supportiven/therapeutischen Maßnahmen sind vorzunehmen?
4. Welche Laborwertkontrollen bzw. körperliche Untersuchungen wollen Sie durchführen?
5. Welche psychopharmakologische Intervention ist sinnvoll/notwendig?

Fallbeispiel 14:

Ein 13-jähriger Patient aus Berlin-Oberschöneweide aus prekären sozialen Verhältnissen wird von einem Streetworker in der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen des Kindes- und Jugendalters vorgestellt. Bei einer Helferkonferenz im Jugendamt Treptow-Köpenick, wurde beschlossen, dass der Junge in einer Jugendhilfeeinrichtung untergebracht werden solle. Von der Klinik soll nun eine ambulante oder stationäre Diagnostik zur besseren Hilfebedarfsklärung vorgenommen werden. Im Explorationsgespräch berichtet der Patient nur unregelmäßig Alkohol zu sich zu nehmen, regelmäßig zu rauchen und seit einiger Zeit Gaskartuschen zu schnüffeln, die er im nahegelegenen Supermarkt entwendet. Er habe den Eindruck, dass er sich seit er damit begonnen habe schlechter konzentrieren könne, gleichzeitig schätze er jedoch die Wirkung, die ihn „cool“ mache. Aus der Vergangenheit sind erheblich körperliche und sexuelle Übergriffe gegen den Jungen bekannt geworden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

tobias.hellenschmidt@vivantes.de

