

A Film by
Sofia Coppola

Jugendliche und Suchterkrankung:



R. Gößler, Wien

FOCUS FEATURES PRESENTS AN AMERICAN ZOETROPE / ELEMENTAL FILMS PRODUCTION "LOST IN TRANSLATION" BILL MURRAY SCARLETT JOHNSON GIOVANNI RIBISI ANNA FARIS FUMIHIRO HAYASHI MUSIC BY BRIAN REITZELL COSTUME DESIGNER NANCY STEINER
RESTRICTED
PARENTS STRONGLY CAUTIONED
SOME MATERIAL MAY BE INAPPROPRIATE FOR CHILDREN UNDER 17
Some Sexual Content
PRODUCED BY ANNE ROSS K.K. BARRETT WRITTEN BY SARAH BLACK DIRECTED BY LANGE ACORD PRODUCED BY CALLUM GREENE EDITED BY MITCH GLAZER
EXECUTIVE PRODUCERS FRANCIS FORD COPPOLA FRED ROOS PRODUCED BY FROSS RATZ SOFIA COPPOLA WRITTEN AND DIRECTED BY SOFIA COPPOLA
www.lost-in-translation.com
FOCUS FEATURES
empireofnations

Häufigkeit von psychischen „Auffälligkeiten“ bei Kindern und Jugendlichen

- gesamt: Kindes- und Jugendalter (bis 18a):

ca. 20%

(17,4- 36,7% :, Barkmann, Schulte-Markwort 2004- Auswertung von 29 Studien, Costello et al. 2003: Longitudinalstudie an 1420 Kindern in den USA, kumulierte Prävalenz mit 16 Jahren)

→ **jedes 5-6. Kind/Jugendlicher hat bis zum 18.Lj psychische Probleme**

Häufigkeiten v. psych. Erkrankungen im KJ- Alter

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

- Angstst. 10- 15%
- SSV 5- 12%
- SomatoformeSt. 7-12%
- Persönlichkeitsst. 1,5-11%(umstritten)
- Konversionsst. 0,5-10%
- Depression 3-8%
- ADHS 3-7%
- **Sucht 5-7% (ohne Nikotin)**
- Umschr. Entwicklungsst. 3- 6%
- PTSD 1,6-6% (Kinder:Jug= 1:2)
- Zwangsst. 0,4-3,6 %
- Eßstörungen 0,1-1%
- Bipolare Störung 0,6-1% (umstritten)
- Autismus 0,1-0,6%
- Schizophrenie 0,04- 0,1%

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

Verlauf psych. St. im KJ-Alter

- ca. 50% Remission in 1- 5 Jahren (Costello 1995, Esser 2000)
- ca. 10% chron. Verläufe (Esser 2000)
- **ca. 1/3 Kontakt zu Erwachsenenpsychiatrie** (Fuchs 2013)

abhängig von:

- Art der Störung
- Risikofaktoren (Beginn/Alter, Geschlecht, Organik, etc.)
- Prodekt. Faktoren (Resilienz, Umgebung)

Verlaufsstudien

- Costello 2011: Metaanalyse (Longit./cross sectional-Studien 1997-2011)
- **Altersspanne: 14,8- 22,8a („Transitionsphase“)**

Ergebnisse:

Prävalenz: Psych. Erkrankung (Jugend/junge Erwachsenen)

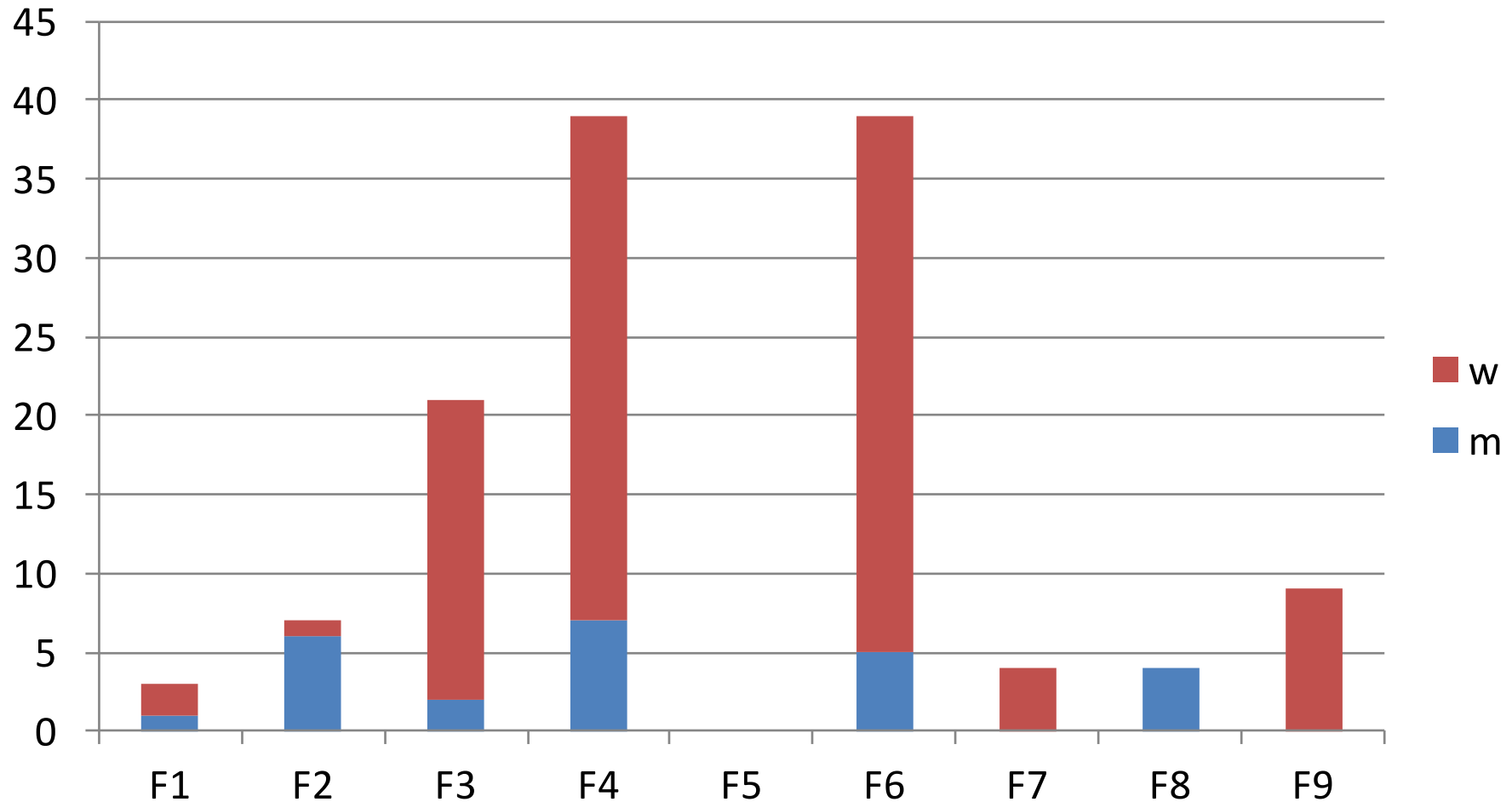
→ **21,8%**

Verläufe:

Jugend → junges Erwachsenenalter:

- **Zunahme:** z.B. Panikst., Sucht
- **Abnahme:** z.B. ADHS, extern. Störungen, Phobien

KJP- Rosenhügel- Pat. 17a und älter (2015): Aufnahmen: n = 109 (Personen 69)- 37,1%
(F3,F4,F6,F9- häufige F1-Komorbidität)



Drogenbericht 2015 (Jugendliche/junge Erwachsene)- rechtskräftig verurteilt (2014)

- Verurteilungen (SMG-gesamt): 14-24a-
anteilig:: 44%
- Verurteilungen (§27): 14-24a- anteilig: 49%
- (14-19: 20-24a: 1:2/1:3; Anteil weibl: < 10%)

▶ **Problem v.a. in dieser Altersgruppe !**

Transitionsalter

- eigentlich nicht definiert – Zeitspanne mit vielen psychosoz. Herausforderungen (Übergang Jugendalter- Erwachsenenalter)
 - 15- 18a - 24-26a (**= 15-25a**)
- „Transition is the purposeful, planned movement of adolescents and young adults with chronic physical, (psychical) and medical conditions from child-centred to adult orientated health care systems .“ (Blum 1993)

Transitionspsychiatrie 1

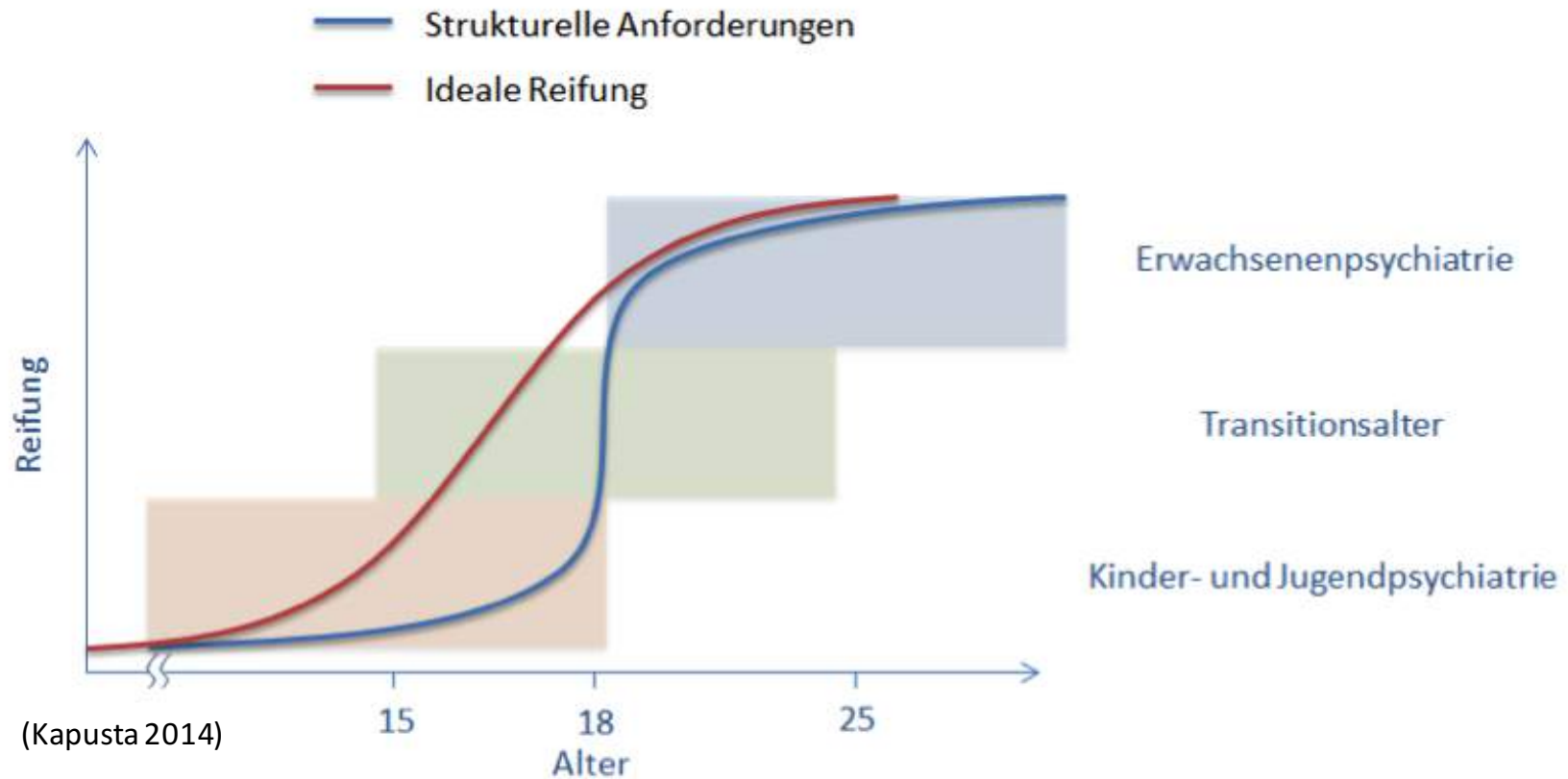
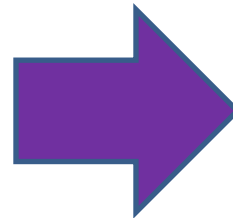


Abb. 2. Strukturelle Anforderungen vs. Ideale Reifung

Strukturelle Anforderungen- „Reife“ (verbunden mit „Volljährigkeit“)

- Selbständigkeit
- Integration in soz. Gruppen
- Rollenübernahme
- Selbststrukturiertheit
- Verantwortlichkeit
- Verlässlichkeit
- Kompetenz
- Motivation
- „Vernunft“, etc.
- Voraussetzung aber auch: Haltung der Angehörigen



Systeme sind danach ausgerichtet (Bildung, Gesundheit, etc.)

Transitionspsychiatrie 2

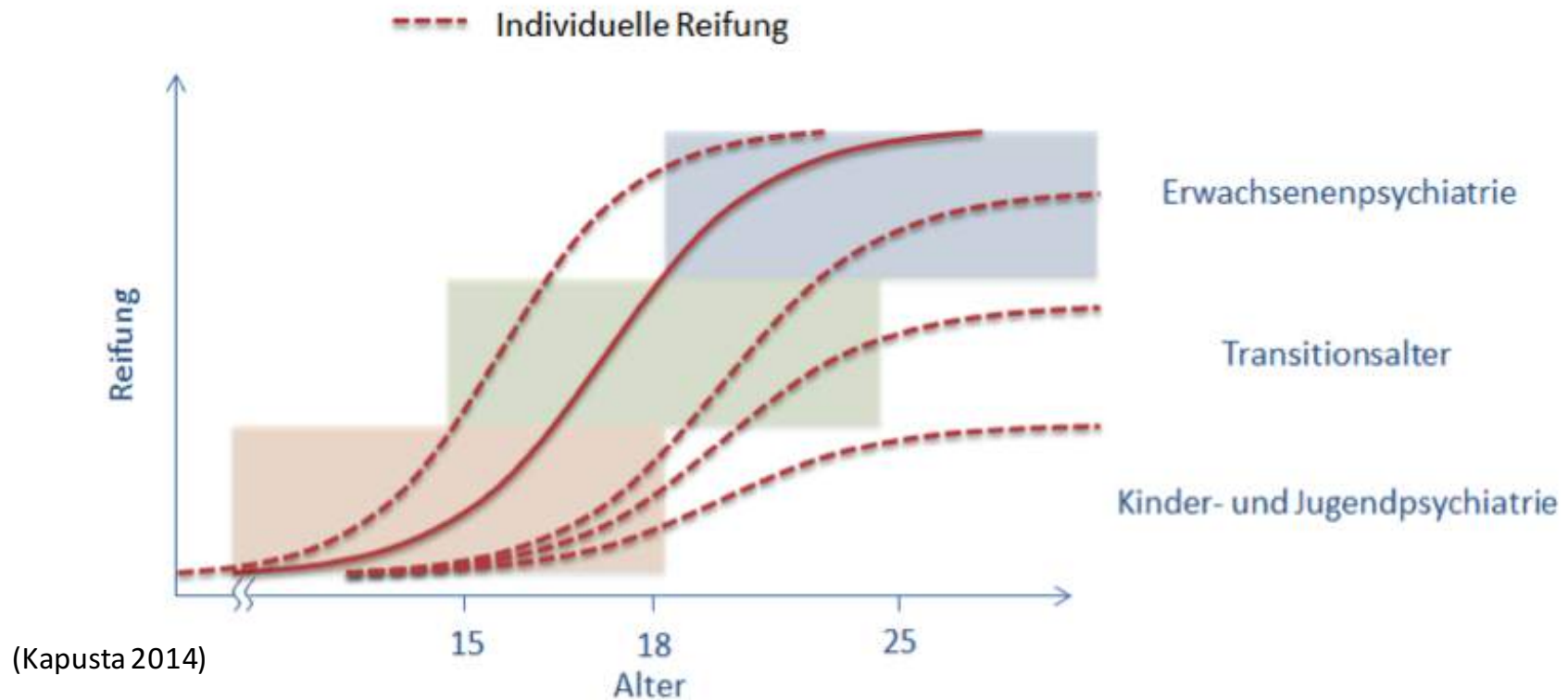


Abb. 3. Individuelle Reifung

Jugendliche & Suchterkrankung:
Transition Grundsee 2016

Transitionsphase

Interne Faktoren: Neurobiologische Veränderungen 1

- intensiver neuron. Reifungsprozesse
 - hoher Neuroplastizität
 - Max. Hirnvolumen: frühe Adoleszenz
 - Ab Adoleszenz: „synaptic pruning“ (quantitativer Abbau v. grauer Substanz, Elimination v. überflüssigen synapt. Verbindungen, Zunahme der weissen Substanz)
- qualitativer Umbau und komplexe Reifung (Gliedd 2008)
- passagere neurokogn. Defizite, erhöhter Impulsivität, geringere Frustrationstoleranz, etc.

Transitionsphase

Interne Faktoren: Neurobiologische Veränderungen 2

„developmental mismatch hypothesis“ (Haber 2011, Mills 2014)

- In Adoleszenz: *affektverarbeitende, für Belohnung verantw. subkortikale Strukturen (Ncl. Accumbens, Amygdala, ventr. Striatum)* entwickeln sich **vor** *kognitiv regulierenden kortikalen Strukturen (präfront., orbitofront., dorsolat., ant. cing. Kortex)*
 - *emotion. gesteuerte Verhaltensweisen vor zielgerichtetem, vorrausschauenden Verhalten (Lourenco 2013)*
 - *z.B. erhöhte Anfälligkeit f. **Sucht**, etc.*
- *Ungleichgew. der Neurotransmitter (aktivierend/ hemmend)*
 - *erhöhte Neigung zu **Impulsivität** (Aggression, Delinquenz, Selbstverletzung, etc.)*
- *Neurokognitive Defizite (**Merkfähigkeit, Antizipation**, etc.)*

Transitionsphase- externe Faktoren

- „emerging adulthood“ 18- 25a- (Arnett 2000):
Identitätsentwicklung bei häufigem Wohnortswechsel (Migration), unsteter Bildungszeit, unsteter Arbeitssituation, unsteter Beziehungssituation, etc.
- **Zusätzliche Herausforderung** (Häufung von **psychischen Störungen in „unsteter“ Zeit** (Patel, McGorry2007))

Einfluss der Krankheit auf die „Reife“

(Winnicott 1976)

- „psychische/organische Störungen haben immer Einfluss auf die psychoemotionale Entwicklung...!“
- „...Gesundheit ist eine Frage der Reife, nicht unbedingt eine Frage des Freiseins von Symptomen...!“
- („Behandlung“ beinhaltet immer auch „Reife-(Entwicklungs-)förderung....!“)

Transitionspsychiatrie 3

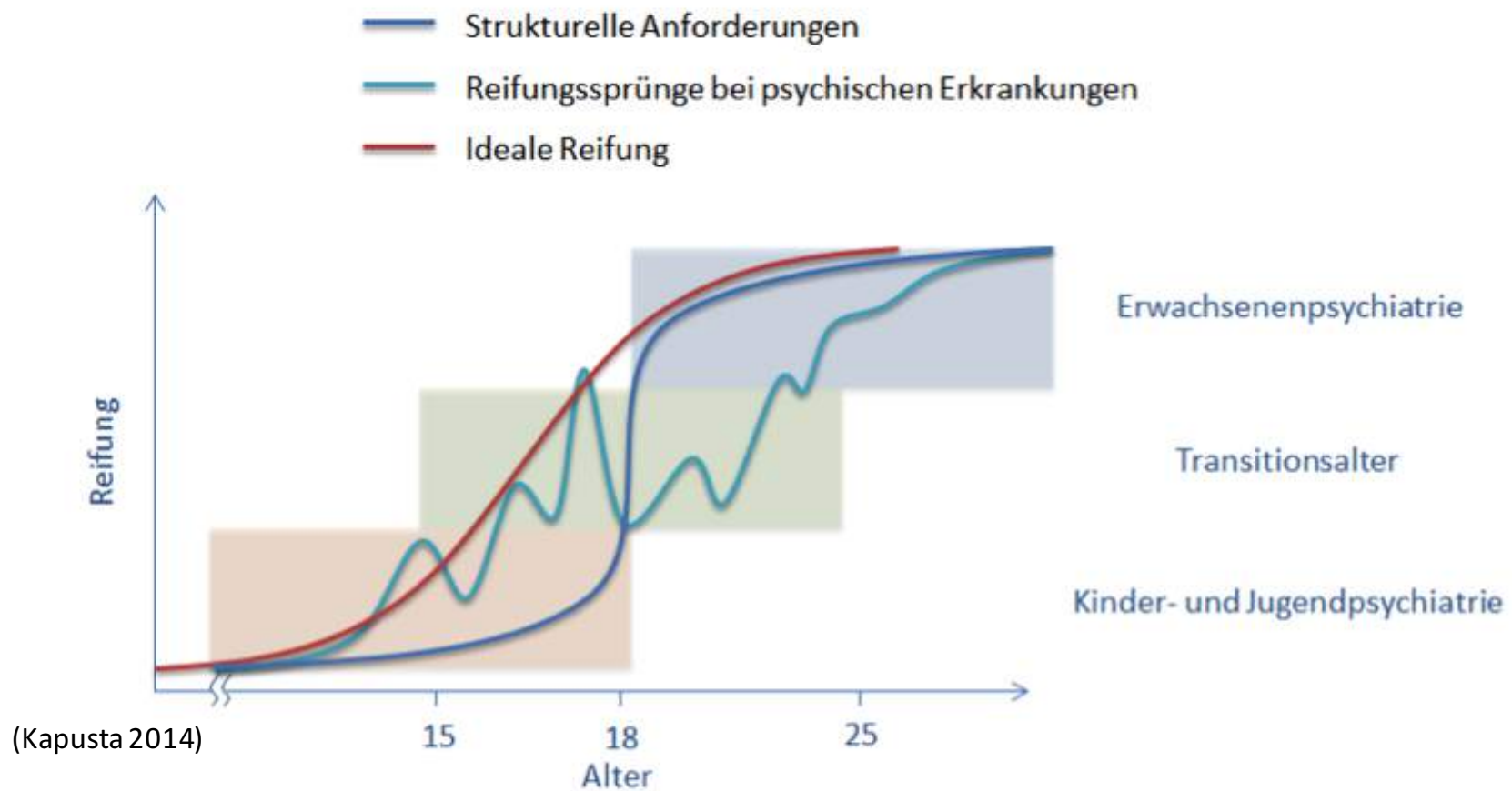


Abb. 4. Reale Reifung im Rahmen psychischer Erkrankungen

Jugendliche & Suchterkrankung:
Transition Grundsee 2016

Problem

- „Unreife“ mancher junger PatientInnen (und Eltern)
- Institutionswechsel, „Haltungswechsel“ (PatientInnen, Angehörige, Profis (!))
- spezif. Ressourcen („Pflegeschlüssel“, Pädagogik, Sozialarbeit, Lehrer, etc.)
- formale Probleme (Versicherung, etc.)
- etc.



►► **40- 70% setzen Therapien ab!**

(Müther 2014, Adler 2010)

Folgen: Rückfälle, Aggravierung, Chronifizierung, Einschränkungen, Leid, erhöhte Kosten, etc.

Jugendliche & Suchterkrankung:
Transition Grundsee 2016

Ziel

- Erhalt v. Compliance der PatientInnen (Verringerung der „drop-outs“)
- Hintanhalten von zusätzlicher Risiken
- Optimierung der Zusammenarbeit- Kinder/Jugendliche- Erwachsene (KJP/Erwachsenenpsychiatrie, MA 11/FSW, etc.)
- Optimierung des „Übergangs“ (Mittel, Zuständigkeiten, etc.)
- gemeinsame Jugendlichen/junge Erwachsenenpsychiatrie?
- **Planungsvorraussetzung: Zahlen !!!!**

PROGRAMM



1. Wiener Symposium Psychiatrie und Psychotherapie des Transitionsalters

Freitag 22. Jänner 2016

14:00 – 18:00

Hörsaal A am Südgarten, AKH Wien

Zusammenfassung

- Ca. 1/3 der KJP-Pat benötigen weitere psych. Behandlung
- PatientInnen mit Suchterkrankungen sind „typische“ TransitionspatientInnen (siehe auch Drogenbericht 2015)
- Übergänge schwierig → Verlust von PatientInnen (40% und mehr) mit ungünstigen Folgen
- Reife der PatientInnen sehr unterschiedlich
- Setting, Ausstattung, Haltung (und Anforderungen) KJ-
Erwachsenenbereich sehr unterschiedlich
- **Transitionspsychiatrie sucht Optimierung → strukt. Veränderungen, Kooperation**

Mir
kreist der
Hut!

Mein
Gehirn
käst!

Meins ist völlig
verdunstet!

Danke für`s Zuhören !

Kasuistik 1

- 17a Jugendliche, **akute Übernahme in KJP** nach bereits wiederholten gefährlichen Intoxikation (THC, Crystal Meth, MMC, Heroin, Kokain, Benzodiazepine, etc.) nach Detoxifikation
- Aufnahme im Rahmen des UbGs bei depressivem Zustandsbild mit Selbst- und Fremdgefährdung zur **Krisenintervention**
- geplante Diagnostik/ Therapie/ Perspektivenentwicklung

Kasuistik 2

- *Anamnese:* mit 1,5a zu Pflegeeltern (KM erziehungsinsuffizient- massive Verwahrlosung, und neurol. Erkrankung- regelm. Kontakt bis zum 14.LJ); KV verlässt Familie 1a nach Geburt (seit dem 15. LJ facebook-Kontakte);
- mit 13a „pubertäre Krise“ → WG- 3x Wechsel (diss. Verhalten, Drogenkonsum, Stimmungsschwankungen, Impulsivität, etc.)
- Erlebnispädagogik- abgebrochen (diss. Verhalten, Drogenkonsum)
- mit 15a BeWo (betreutes Wohnen)- häufige Intoxikation, fehlender Tagesstruktur, etc.

Kasuistik 3

- *Anamnese:* mit 14a erstmaliger Kontakt KJP: Schulverweigerung, Waschzwänge, diss. Verhalten
- ambulante Diagnostik/ Therapie (mehrere Versuche)- gelingt nicht!
- stat. Aufenthalte abgelehnt (auch auf Psychosomatik)

Kasuistik 4

Verlauf (Krisenintervention/Diagnostik):

Stabilisierung unter UbG- Bedingungen (auch Schutz, Halt)

med. Therapie: Quetiapin, Sertralin,
Chlorprothixen, Oxazepin, Buprenorphin;
strukturierende- therapeutische Maßnahmen
durch multiprofessionelles Team

Diagnostik 5

- *Psychologische Befundung*: durchschnittl. Intelligenz, kogn. Störungen in Arbeitsgedächtnis, log. Denken, Planen; projektive Verfahren ergaben: „innere Leere“, Sinnlosigkeitsgefühle, fehlende Perspektiven, Selbsthass, innere Spannungen mit Selbstverletzung (zur Abfuhr), gest. Körpergefühl, Bindungsunsicherheit, hohe Irritation und Dissoziationen, Entwicklungsdefizit
- Stärken in sozialer Kompetenz, Empathie, Willensstärke, Kreativität
- Sehnsucht nach pos. Beziehung (Pflegefamilie- wird besucht von Pflegemutter, Rückkehr in Familie ist ausgeschlossen)

Kasuistik- Diagnosen 6 (ICD 10)

- Persönlichkeitsstörung- emot. unsicher, impulsiv (F 60.3)
- Suchterkrankung (F 11.2, 19.2)
- Rezid. Depressio (F33.1)
- PTSD (F43.1) ?

Überlegung zum Therapieverlauf

- Plan: Längerfristige stat./teilstat. Stabilisierung + Reifungsförderung !

→ **Überführung in *rehabilitatives*
*Langzeitsetting***

Kasuistik- Durchführung 7

- **Therapieaufenthalt**- Stabilisierungsangebote und Therapieangebote an der Station:
 - Def. Stabilisierung (mehrfache Rückfälle, hohe Dynamik auf der Station (und im Haus)
 - Med. Therapie: Quetiapin, Sertralin, **Substitution (Buprenorphin 16mg/d)**, (Oxazepin wurde ausgeschlichen)
 - Teilstat. Aufenthalt scheitert- Intox.!
 - Erarbeitung: freiwilliger Aufenthalt (hohe Ambivalenz)
 - Dauer d. stat. Aufenthalts: 8 Mo
- **Monatelange Vorbereitung und Integration in eine Langzeiteinrichtung**
- **Vorraussetzung:** motiviertes und engag. Team, gute Kooperation und entsprechende Ressourcen, motivierte PatientIn (mit strukt. Möglichkeiten), Mut zu unorthodoxen Lösungen!