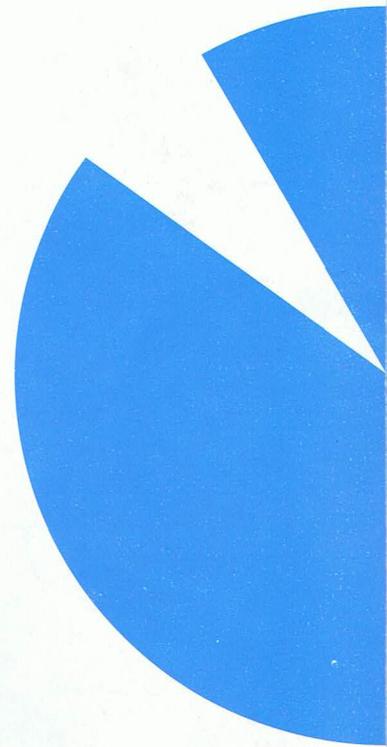


# Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie



**Themenschwerpunkt:**

**Schwierige Jugendliche – Jugendliche in Schwierigkeiten**

„Schwierige“ Jugendliche haben Schwierigkeiten in und mit der Gesellschaft, in der sie aufwachsen. Die Gesellschaft wiederum reagiert mit Mechanismen der Abwehr und Ausgrenzung und betrachtet die Jugendlichen einseitig unter dem Blickwinkel von Defiziten, anstatt sie als Mitgestaltende wahrzunehmen und einzubeziehen. Ein verhängnisvoller Kreislauf beginnt.

Eine gelingende Kooperation aller an der Begleitung Jugendlicher beteiligten Einrichtungen und Dienste leistet einen unverzichtbaren Beitrag, indem sie auf die Entfaltung der Ressourcen und Potentiale von Jugendlichen und ihrer Familien setzt und sie gemeinsam dabei unterstützt, ihren Platz in der Gesellschaft zu finden.

# Junge Menschen mit Doppeldiagnosen und die Hilflosigkeit der Helfenden

Von Harald Sadowski und Frieder Niestrat

## Abstract

Eltern, Helfer und Therapeuten sind gleichermaßen besorgt: Eine erschreckend hohe Anzahl von suchtkranken bzw. suchtgefährdeten Jugendlichen weist zusätzlich eine psychiatrische Diagnose auf. Häufig zunächst unbemerkt, weil die Symptome pubertären Krisen zugeordnet werden. Erkrankungen sind oft schon chronifiziert, wenn sie diagnostiziert werden. Für viele ist dann Eile geboten. Da die jungen Menschen das ganze Leben noch vor sich haben, sind Erreichung von Schulabschluss, Ausbildung etc. die nächstliegenden Ziele. Doch die Komorbidität Psychose und Sucht ist ungemein kompliziert und braucht Zeit, Geduld, ungewöhnliche therapeutische Interventionen und den unbedingten Dialog aller Beteiligten.

Gerade einmal drei Jahre ist es her, dass der Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher (BVEK.eV) die Ergebnisse eines Projektes veröffentlichte, welches in den Jahren 2000-2003 in Form einer Fragebogenaktion durchgeführt wurde. Daraus geht hervor, dass nach Befragung von etwa 1000 Eltern von suchtkranken Jugendlichen mehr als ein Viertel der Beteiligten angaben, dass bei ihren Kindern psychische Störungen bis hin zu schweren Psychosen diagnostiziert worden waren. Es war zwar bekannt, dass es ein häufig auftretendes Phänomen war, über das Ausmaß war man sich bis dahin nicht bewusst.

Der in der Dokumentation enthaltene erschütternde Bericht einer betroffenen Mutter über eine zwölf Jahre dauernde, zwischen den Hilfesystemen pendelnde Leidenszeit, die die Familie fast zum Zerbrechen brachte, zeigt, wie langwierig und dramatisch zugleich die Krankheitsentwicklung bis zu einem therapeutischen Erfolg sein kann. Irrwege durch verschiedene Institutionen, Zustände zwischen wiederkehrender Hoffnung und Verzweiflung auszuhalten, mit dem Versuch durch Abgrenzung, die eigentlich professionellen Therapeuten zu steht, als Eltern helfen und leben zu müssen, weil Hilfesysteme

sich diametral gegenüberstehen. Angehörige von Jugendlichen mit Komorbidität Psychose und Sucht beklagen in vielen Fällen den „Verlust der Pubertät“ ihrer Kinder als die normalerweise natürlich verlaufende Reifungsphase der Persönlichkeitsentwicklung mit allen Konflikten, Erfahrungen und daraus resultierenden Reifungen. Psychose und Sucht haben in ihrem gleichzeitigen Auftreten schwere Spuren einer Deviation von üblicherweise zu erwartenden psychischen Entwicklungen hinterlassen. Pädagogische Interventionen scheitern häufig an der emotionalen Bindungsunfähigkeit und enden dann in einem Desaster aus inadäquaten Sanktionen, Behandlungs- und Betreuungsabbrüchen.

Umso mehr lastet auf allen Beteiligten ein enormer Erfolgsdruck, mehr als bei Menschen, die im fortgeschrittenen Alter erkrankt sind und sich das Umfeld bereits mit der Krankheitssituation abgefunden hat. Zuviel steht auf dem Spiel, schließlich hat der junge Mensch noch sein ganzes Leben vor sich. Leider geht es in den meisten Fällen dann nicht in erster Linie um die psychische Gesundheit, sondern um das Erreichen von an bürgerlichen Werten orientierten Zielen: Schulabschluss, Ausbildung, Führerschein, ein möglichst unauffälliges So-

zialverhalten. Dabei wird schnell vergessen, dass der erkrankte junge Mensch selbst den größten Druck aushalten muss. Zumindest anfänglich interessieren ihn ganz andere Dinge, seine Negativsymptomatik ist in der Regel noch nicht so sehr ausgeprägt und er hat nach wie vor das Bedürfnis, unterwegs zu sein, am Leben der Gleichaltrigen teilzunehmen, obgleich er bereits deutlich wahrnimmt, dass seine Erkrankung ihn zunehmend vom gesellschaftlichen Leben ausschließt.

Es muss jedoch erlaubt sein, kritisch anzumerken, dass es auch zu unseren Erfahrungen gehört, dass betroffene Eltern trotz eines integrativen Behandlungsansatzes, der sowohl Psychose als auch Sucht im Setting gleichermaßen gewichtet, nicht zu Bündnispartnern werden, weil der gewünschte Erfolg nicht in einem erwarteten Zeitraum eintritt und Symptome nicht „abtrainiert“ werden. Es ist auch vorgekommen, dass Eltern aus der Entfernung unter Hinzuhilfenahme moderner Kommunikationsmedien an betreuenden Mitarbeitern vorbei auf den therapeutischen Verlauf Einfluss nehmen wollten. Vielleicht sei es der hohen emotionalen Belastung geschuldet, die, wie bereits geschildert, Familien in der vorhergehenden Zeit aushalten mussten. Das erhöht noch einmal mehr den Druck auf den jungen Menschen und zugleich auf die Behandler, der dann leider auch unreflektiert schnell wieder bei dem erkrankten jungen Menschen ankommt. Ich erinnere mich an den Dank eines Vaters, dass wir seinen Sohn soweit gebracht haben, dass man wieder mal mit ihm in ein Restaurant gehen könne, ohne dass er auffällig würde, aber eine Mitwirkung an der Behandlung durch die Vertiefung ganz offensichtlich anstehender Fragen ablehnte. Wir erinnern uns auch an die Erzählung eines Kollegen, der am dritten Behandlungstag von der



Harald Sadowski  
Dipl. Sozialarbeiter,  
tiefenpsych. Sucht-  
therapeut (DR), Leiter  
des Markus-Haus  
Essen, Kerckhoffstraße  
10-12, 45144 Essen,  
info@markushaus.de  
www.markushaus.de



Frieder Niestrat  
Dipl.-Psychologe,  
Logotherapeut &  
Existenzanalyse, stellv.  
Leiter des Markus-  
Haus Essen, Email:  
fnie@markushaus.de

Oftmals hängt der gesamte Therapieerfolg von der Zusammenarbeit mit der Familie ab. Damit lastet nicht nur das unmittelbare symptomatische Geschehen auf den Helfern, sondern auch die Wut, Enttäuschung, Verzweiflung und der Schmerz der Familie über das Geschehene.

Absicht des Vaters erfuhr, seinen Sohn in wenigen Tagen bei der Nachhilfe zu sehen.

Daher stehen auch die Behandler vor besonderen Herausforderungen. Die Prof. Christian Eggers-Stiftung in Essen und Düsseldorf wendet sich seit über zehn Jahren jungen Menschen mit einer Komorbidität Psychose und Sucht zu. Der Leiter des Hauses Trialog, Frank Kremer weiß zu berichten, dass besonders das System Familie in allen Stufen der Behandlung eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt. Oftmals hängt der gesamte Therapieerfolg von der Zusammenarbeit mit der Familie ab. Damit lastet nicht nur das unmittelbare symptomatische Geschehen auf den Helfern, sondern auch die Wut, Enttäuschung, Verzweiflung und der Schmerz der Familie über das Geschehene. Und damit auch die oft unausgesprochene Forderung: „Nehmt den Schmerz von uns, gebt uns unsere Tochter / unseren Sohn wieder, verschafft uns einen Erfolg.“ Wie bereits beschrieben, weisen viele junge Menschen mit einer Psychose-Sucht Komorbidität auch infolge des frühen Gebrauches psychotroper Substanzen Entwicklungsverzögerungen auf, die nicht kurzfristig aufholbar sind. Um das zu verstehen, müssen wir uns das Zusammenwirken von Psychose und Sucht näher ansehen.

Sowohl eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis als auch eine Sucht stellen sich, entwicklungsdynamisch betrachtet, regressiv dar. In beiden Fällen befinden sich die Abwehrmechanismen auf niedrigem Niveau, die Affekte werden eher archaisch und wenig differenzierbar erlebt, das Über-Ich ist eher rudimentär und rigide, die Ich-Funktionen in ihrer Gesamtheit gestört. Die Frage, ob diese regressiv symptomatische mit einer Entwicklungsstörung auf präödiptalem (frühkindlichen) Niveau einhergeht, kann hier vernachlässigt werden, da sie sich in den meisten Fällen sowohl im psychotischen Geschehen als auch im Suchtgesehene unabhängig von einer Strukturdiagnose zeigt.

Im Zusammenwirken von Psychose und Sucht kann diese re-

gressiv symptomatische daher auch besonders deutlich werden, weil diese Symptomgruppen in eine dynamische Korrespondenz treten. Affektspannungen, die vom Suchtdruck herrühren, wirken sich unmittelbar auf das Angstniveau der Psychose aus, Affektspannungen, die dem psychotischen Erleben zuzuordnen sind, suchen ihre Entspannung im Konsum von dafür geeigneten Suchtmitteln. In beiden Fällen steht der Therapeut vor dem Dilemma der Behandlungspriorität. Der Psychosebehandler wird sich daran machen, so schnell wie möglich die psychotische Symptomatik zu reduzieren, hoffend, dass sich die Affektlage beruhigt. Nicht selten kommen dazu Benzodiazepine zum Einsatz, die den suchtfördernden Substanzen zuzuordnen sind.

Der Suchtbehandler hingegen erkennt sofort die Rückfallgefahr oder die Auswirkungen eines bereits stattgefundenen Rückfalls und wird möglicherweise die Isolierung des Patienten vom Suchtstoff favorisieren, um die weitere Dynamik zu unterbrechen, ungeachtet, dass die psychotischen Symptome unbehandelt bleiben. Dies kann allerdings zu einem Durchbruch der Affekte der Psychose führen, möglicherweise auch zu einer längerfristigen psychotischen Dekompensation.

Bei der Behandlung von jungen Menschen mit einer Doppeldiagnose kommt häufig noch dazu, dass die aus den Affektspannungen resultierenden Verhaltensauffälligkeiten zunächst noch dem Pubertätsgeschehen (z.B. bei Verliebtheit und dem Konsum von Rauschmitteln) zugeordnet werden, weil das klassische Eintrittsalter in eine Psychose jenseits der 25 liegt. Das sogenannte „Abhängen“, „pubertäre Komasaufen“, die Sprachverarmung und der Rückzug in der Interaktion mit der erziehenden Generation sind beobachtbare Phänomene, die häufig missgedeutet werden. Sie werden leicht mit pubertären Krisen verwechselt, die von vorübergehender Erscheinung sind und zum natürlichen Verlauf jugendlicher Entwicklung gehören. Dies gilt sowohl für die Symptome einer Drogenabhängigkeit als auch für die einer Psychoseerkrankung.

Häufig kommt erst bei massiven Impulsdurchbrüchen und sozialer Desintegration, Schulverweigerung und von Wahn gezeichnetem Verhalten der bifocale Diagnoseansatz zum Tragen. Oftmals ist es aber dann schon zu einer Chronifizierung sowohl der Suchterkrankung als auch der Psychose gekommen. Um der Regression von Psychose und Sucht zu begegnen, bedarf es häufig regressiver Behandlungsansätze, aus der Erkenntnis resultierend, dass das Regressionsniveau zunächst Ausgangspunkt der therapeutischen Intervention und Interaktion ist.

Diese haben zunächst möglicherweise für Menschen mit einer weitestgehend gesunden Persönlichkeitsorganisation ein rigides Erscheinungsbild, für den jungen Menschen mit einer Komorbidität Psychose und Sucht ist es eine überschaubare, verlässliche Interaktion mit erkennbaren Grenzen als Hilfe zur Selbststeuerung der ihm überlassenen Verantwortungsbereiche. Dazu kann auch die fakultative Geschlossenheit des Therapieumfeldes zählen. Die Reduktion kommt der Regression sozusagen kompensatorisch entgegen. Der Schwerpunkt liegt nicht auf dem Aspekt der Geschlossenheit, sondern auf der Abschirmung von beeinträchtigenden Faktoren und der Möglichkeit der schrittweisen Erhöhung des emotionalen Leistungsniveaus und der Konfliktbearbeitung im „hier und jetzt“ in einem geschützten Rahmen. In der Regression wird dem jungen Menschen ermöglicht, seinen Affekten ganz basal zu begegnen und sie zu bearbeiten. Dieses Vorgehen wird manchen Betroffenen oder Angehörigen mitunter zu wenig erscheinen, scheint doch auf kognitivem Weg hier zunächst nicht viel Sichtbares zu Stande zu kommen.

Deshalb brauchen wir den konsequenten Trialog. Betroffene, Angehörige und Behandler müssen auf Augenhöhe verhandeln und Kommunikationswege finden, die nicht nur den Patienten im Blick haben, sondern gleichermaßen den Angehörigen wie auch den Behandlern zu befriedigenden Erfahrungen verhelfen. ●

Quellen:  
Suchterkrankungen und psychische Störungen, Projektdokumentation des BVEK, e.V., Berlin 2005 (vergriffen)  
Was tun bei Doppeldiagnose? Eine Orientierungshilfe von Eltern für Eltern, BVEK, e.V. Berlin 2008 www.bvek.org.