

Dr. Hermann Wendt, Dipl.-Psych.
Kölner Lehrinstitut für Verhaltenstherapie – KLVT

Kapitel 5
Ergänzungsantrag 121. - 140.Sitzung
April 2003

1. Aktueller Bericht :

Der Patient kam im Sommer 2000 noch im Alter von 18 Jahren auf Drängen der Eltern in meine psychotherapeutische Praxis. Zunächst wegen einer Depression wie sie für einen übrig gebliebenen Vertreter der Null-Bock-Generation typisch erschien : "Keine Lust auf nichts" und totale Leistungsverweigerung bei sowieso trüben beruflichen Aussichten und einem kriselnden Elternhaus. Hauptsächlich aber wie sich bald herausstellte wegen jahrelangem Gebrauch, besser gesagt Missbrauch von Haschisch und Marihuana bei so gut wie völligem Scheitern aller schulischen und beruflichen Ausbildungsvorhaben. Das Gymnasium wurde früh abgebrochen und auf die Realschule gewechselt. Zwei Lehren scheiterten danach.

Diese erste Phase der psychotherapeutischen Behandlung zog sich **mit insgesamt 60 Behandlungsstunden** über den Zeitraum von gut einem ganzen Jahr bis in den Frühsommer 2001 hin und wurde dann nicht nur wegen des Erreichens der 60. und damit letzten bewilligten Therapiestunde, sondern auch wegen des insgesamt mangelnden Therapieerfolgs vorläufig beendet.

In diese Zeit fällt auch ein 4-wöchiger stationärer Aufenthalt in einer geschlossenen psychiatrisch-psychosomatischen Klinik, bei welchem eine endgültige und ambulant nicht zu schaffende Entgiftung des Patienten erzielt werden sollte.

Tatsächlich veränderte sich durch diesen Krankenhausaufenthalt nichts. Eher im Gegenteil. Und es dauerte nicht lange, bis der Patient wieder voll zur täglichen Routine zurückgekehrt war. Morgens direkt nach dem Aufstehen die ersten paar Züge, dann über den gesamten Tag verteilt mehrfach mit Tüte oder Bong, allein für sich, genauso wie im Freundeskreis, wie auf der Arbeit, seiner Lehre, unter Kollegen. Insgesamt etwa 3-4 g pro Tag, was eine erhebliche Menge darstellt.

Im Sommer 2002, also zwei Jahre nach Aufnahme der ersten psychotherapeutischen Behandlung und 1 Jahr nach deren erfolglosen Ende meldete sich der Patient, inzwischen volljährig und 20 Jahre alt, erneut bei mir mit einem dringenden Hilferuf : nach einem schweren Drogenexzess mit Amphetamin, Ephedrin und Ecstasy mit offensichtlich krasser Überdosierung war der Patient etwa drei Wochen zuvor in eine lebensgefährliche Krise geraten mit ernsthaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Herzfunktion und einhergehend mit periodisch und Flashback - ähnlich wiederkehrenden Symptomen von Angst, Unruhe, Schwindel, Übelkeit und Schlaflosigkeit. Als Folge davon wurde der Patient umgehend durch den Hausarzt der Familie mit Betablockern behandelt, zur weiteren Untersuchung dem Kardiologen vorgestellt und sogar mehrtägig stationär im Klinikum Benjamin Franklin untersucht. Das Herzrasen konnte damit halbwegs gut unter Kontrolle gebracht, hielt aber trotzdem noch wochenlang den Patienten in Angst und Schrecken.

In dieser zweiten Phase der gesamten Behandlung gelang es durch sehr grossen therapeutischen Aufwand (14 Tage mit täglichen therapeutischen Treffen) und mit Hilfe der Einsicht, die der Patient **aufgrund des Überdosierungschocks** nunmehr gewonnen hatte, den Patienten ambulant von allen Drogen zu entziehen und zu entgiften. Als Folge des totalen Entzugs von Haschisch und Marihuana die der Patient jahrelang in grossen Mengen konsumiert und als tägliche Stimulanz für den Appetit gebraucht hatte, kam zunächst der gesamt Magen-Darm-Trakt und die dazugehörigen Verdauungsvorgänge so gut wie zum Erliegen. Der Patient wiegt zur Zeit nur ca. 59 kg bei einer Körpergrösse von 1.89 m. Inzwischen, also im Frühjahr 2003, wiegt der Patient immerhin schon wieder ca.65 kg.

Von aller grösster Bedeutung war die dann erstmals mögliche Beobachtung, dass der Patient in zuverlässig drogenfreiem Zustand sozusagen von "Natur" aus einen Zustand von Hyperaktivität, Konzentrationsmangel, innerer Rastlosigkeit und Gereiztheit entwickelte, der auffällig an die ADHS - Symptomatik erinnerte.

Bei den daraufhin einsetzenden Recherchen u.a. über Schulzeugnisse, frühere Lehrer und über die Eltern stellte sich heraus, dass der Patient schon im Alter von 11 oder 12 Jahren wegen des Verdachts auf eine Störung durch Hyperaktivität Fachleuten vorgestellt worden war. Der Anfangsverdacht der Klassenlehrerin in der Grundschule verlief allerdings leider im Sand, nicht zuletzt auch weil der Patient die weiteren Besuche beim Psychiater/Psychologen verweigerte.

Der Patient wurde daraufhin nunmehr umgehend einem Pschiater vorgestellt, der auf die Behandlung von ADHS mit Ritalin spezialisiert ist und der für diesen Patienten eindeutig die Diagnose einer Art retardierten ADHS stellte und Ritalin verschrieb. Unter der Einwirkung des Ritalin verwandelte sich der Patient regelrecht wie von Geisterhand und wandelte sich stehenden Fusses von einem unruhigen, gereizten, bösen jungen Mann zu jemanden, der ohne Probleme ruhig, freundlich, ausgeglichen und im Sozialkontakt zugewandt zu sein vermag.

Nachdem der Patient jahrelang nicht mehr in der Lage gewesen war, ein paar Zeilen eines Buches konzentriert und mit Verständnis zu lesen, konnte er jetzt gewissermassen von heute auf morgen wieder mehrere Stunden am Tag mit konzentriertem Lesen verbringen.

Zur Zeit verläuft die psychotherapeutische Behandlung dieses Patienten sehr befriedigend, da der Patient zuverlässig mit der Einnahme von Drogen Schluss gemacht hat. Trotzdem wartet noch immer eine grosse Aufgabe sowohl auf den Patienten als auch den behandelnden Psychotherapeuten : nämlich dem Patienten einen neuen Boden unter den Füßen zu verschaffen, eine neue Lebensperspektive zu geben und sich nicht davon unterkriegen zu lassen, dass die ersten 20 Jahre im Lebens dieses Patienten auf so tragische Weise schief (um nicht zu sagen verpfuscht) verlaufen sind.

Heute kann nachträglich eindeutig festgestellt werden, dass der Patient bereits in den ersten Grundschulklassen hätte mit Ritalin wegen ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung) behandelt werden müssen und dass ihm damit vor allem das krasse weitere Versagen in der Schule und manche spätere juvenile Praedelinquenz mit sozialen Brüchen und Verwerfungen mit der Gefahr progressiven sozialen Abstiegs hätte erspart

werden können. Zur Verdeutlichung hier noch einmal die Kernaussage auch des ärztlichen Konsiliarberichts vom 19.08.2002 :

“Deutliche Anamnese-Daten (Eigen- und Fremdanamnese) i.S. eines ausgeprägten ADHS im Kindes- und Jugendalter mit "Selbstbehandlung" durch temporären Cannabis-Konsum. Ausgeprägte emotionale Labilität und Impulsivität sowie weiterhin eine Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung können auch jetzt festgestellt werden.

Diagnose : Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0); akute Belastungsreaktion (nach Drogenüberdosierung) bei temporärem Cannabis-Abusus. Nach sorgfältiger Abwägung Erprobung einer medizinischen Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin)".

Zugegebenermaßen ergibt auch eine psychologische Analyse des bisherigen Lebenslaufs deutliche Hinweise auf schwere Belastungen, die früher oder später (etwa im Sinn einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer Anpassungsstörung) zum Ausbruch einer psychischen und/oder psychosomatischen Erkrankung führen könnten :

So zum Beispiel die Trennung seiner Eltern unter dramatischen Umständen als der Patient 12 Jahre alt war. So zum Beispiel die ständige Geringschätzung und Lieblosigkeit seines Vaters ihm gegenüber bei gleichzeitiger Bevorzugung des jüngeren Bruders. So zum Beispiel auch wie der Patient für die Eheprobleme seiner Eltern als Sorgenkind und Sündenbock hat herhalten müssen. Nicht zuletzt mag ja vielleicht sogar auch die Tatsache, dass der Vater des Patienten Polizist ist, tiefgründigere psychologische Spekulationen darüber anregen, ob man als Sohn eines Polizisten zwangsläufig zum Räuber werden muss.

Zur Frage des Primats organischer oder psychischer Ätiologie der heute festzustellenden Erkrankung ist einerseits auf jeden Fall festzuhalten, dass das ADHS - Syndrom offensichtlich bereits in der Grundschule und nicht erst auf dem Gymnasium (als die Trennung der Eltern erfolgte) festgestellt wurde. Andererseits kann man davon ausgehen, dass das Trauma der Trennung oder Scheidung der Eltern auch nicht erst an dem Tag angefangen hatte, als der Vater auszog und die Stadt verließ, sondern dass schon viele Jahre zuvor in der Familie die Hölle los gewesen sein muss.

Zur Zeit nimmt der Patient nach wie vor auf Verordnung des mitbehandelnden Psychiaters Betablocker ein. Das Ritalin hat er auf eigenen Wunsch und mit Zustimmung des Arztes abgesetzt, weil sich kritische Nebenwirkungen auf sein Herz einstellten. Das Ritalin wurde insgesamt nur für ein paar wenige Wochen und auch nur mit öfters erzwungenen Unterbrechungen wegen Nebenwirkungen auf das offensichtlich inzwischen vorgeschädigte Herz des Patienten eingenommen. Das Methylphenidat zeigte m.E. und nicht zuletzt auch in der Sicht des Patienten selber eine überraschend deutliche positive Wirkung auf die Gemütslage des Patienten, auf dessen Antrieb und nicht zuletzt auf seine Arbeits- und Konzentrationsfähigkeit.

Zur Zeit und ohne das Ritalin haben sich Stimmungslage, Antrieb und Konzentrationsfähigkeit des Patienten wieder verschlechtert. Diese Verschlechterung hat aber auch eine gute Seite, denn nach wie vor muss die Einnahme von Ritalin, erst recht als Dauermedikation, als sehr problematisch und umstritten angesehen werden. Vor allem bei einem Drogensüchtigen, da Methylphenidat selber als

Amphetaminderivat eine Droge darstellt. Allerdings eine Droge, die nicht wie üblich bei Erwachsenen aufputscht, sondern die bei ADHS - kranken Kindern und Jugendlichen beruhigend wirkt, also paradox. Immerhin war die kurzfristig erzielte Wirkung beeindruckend. Der Patient war kurzzeitig und wie von Geisterhand wie ausgewechselt : ruhig, freundlich und konzentriert, konnte nach vielen Jahren erstmals wieder in Ruhe konzentriert über Stunden ein Buch lesen.

Auch ein weiterer alternativer medikamentöser Behandlungsversuch des konsiliarisch tätigen und mitbehandelnden Psychiaters mit einem Selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmer (SRII / Fluclin) erwies sich zwar als mit weniger schädlichen Nebenwirkungen behaftet, ansonsten aber weitgehend wirkungslos und der positiven Wirkung des Methylphenidat / Ritalin nicht vergleichbar.

Die Gesamtlage des Patienten hat sich m.E. dennoch ganz erheblich verbessert. Allein schon dadurch, dass der Patient nunmehr seit fast 8 Jahren durchgängigem Drogenmissbrauch zum ersten Mal clean ist, und zwar seit nunmehr über drei Monaten. Sogar so total, dass er sogar auf Zigaretten und Alkohol verzichtet. Letzteres allerdings hauptsächlich auch deshalb, weil Magen, Darm und die dazugehörigen Organe, an erster Stelle Galle, Leber und Bauchspeicheldrüse, nach dem Drogenexzess und erst recht nach dem Drogenentzug selbst auf geringsten Konsum leichter Genussgifte wie Kaffee und Alkohol mit tagelangen Verstimmungen und Beschwerden reagieren.

Wegen der ganz erheblichen, zeitweise lebensgefährlichen gesundheitlichen Krise des Patienten wurden vom Therapeuten umgehend ab dem ersten Tag der Behandlung die relevanten Fachärzte hinzugezogen, sowohl als Konsiliararzt, ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, als auch als mitbehandelnden Ärzte : Wegen der Ernährungs- und Verdauungsstörung mit progressivem Gewichtsverlust die Internistin. Wegen der Herzfunktionsstörungen zunächst der Hausarzt / Allgemeinarzt, der die Betablocker verschrieb. Später der Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, gleichzeitig Facharzt für Erwachsenenpsychiatrie, der die ADHS sozusagen von Amts wegen feststellte und das Ritalin plus Betablocker verordnete.

Zwischenzeitlich wurde der Patient sogar stationär im Krankenhaus sowohl wegen seiner Magen-Darm-Probleme (incl. Endoskopie und Computertomographie) als auch wegen seiner Herzprobleme untersucht und behandelt. Es wurde ausser Funktionsstörungen nichts gefunden. Was immerhin auch eine gute Nachricht ist.

Ohne die beschriebene aufwendige ärztliche Mitbehandlung hätte diese psychologisch - psychotherapeutische Behandlung, erst recht nicht der Teil der Behandlung mit dem ambulant zu Hause durchgeführten Entzug, nicht übernommen und durchgeführt werden dürfen.

Mit zunehmender Besserung des Gesamtgesundheitszustands des Patienten verschlechterte sich allerdings in höchst auffälliger Weise die eheliche Beziehung der Eltern des Patienten und es kam zu verschärften Konflikten mit zum Teil äusserst aggressiven Auseinandersetzungen, die nunmehr darin ihren Gipfel fanden, dass die Mutter des Patienten offensichtlich psychotisch - paranoid dekompenzierte und sich in stationäre psychiatrische Behandlung begeben musste. Ironischerweise in die

selbe Klinik, in der ein Jahr zuvor ihr Sohn 4 Wochen stationäre zur (vergeblichen) Entgiftung war.

Diese Entwicklung überrascht einen systemisch und familientherapeutisch erfahrenen Therapeuten nicht: Geht es dem Sohn schlecht, ist er der "Sündenbock", so geht es den Eltern gut. Geht es dem Sohn besser oder gar gut, brechen bei den Eltern die uralten Ehekrähe wieder aus. Unnötig zu sagen, dass der Patient über die Dekompensation und manifeste Erkrankung seiner Mutter zur Zeit tief betroffen ist. Einerseits deprimiert über das Schicksal seiner Mutter, andererseits aber auch irgendwie erleichtert, weil er zunehmend begreift, das er wohl jahrelang der Sündenbock in der Familie hat sein müssen, um von den Problemen der Eltern abzulenken. Kaum scheint es also dem Patienten besser zu gehen, schon brechen wieder die alten ehelichen Spannungen aus und es liegen jetzt schon wieder Trennung und Scheidung in der Luft.

Ein weiterer Grund dafür, dass der Patient zur Zeit wieder einen relativen Rückfall in die Depression erlebt, liegt darin, dass er nach konsequent und absolut drogenfreien 9 Monaten und eigentlich kontinuierlicher Besserung inzwischen doch leider wieder einen erheblichen Rückfall in die organische Begleitsymptomatik seines früheren Drogenmissbrauchs mit Herzrasen und Übelkeit erleiden musste. Dieser "Rückfall" erfolgte zuverlässig ohne Rückfall in den Drogenmissbrauch und legte deshalb den behandelnden Ärzten und dem Psychotherapeuten erhebliche Rätsel auf. Die mitbehandelnden Ärzte, speziell der konsiliarisch tätige Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, erklären sich diesen Rückfall als möglichen Beweis dafür, dass der Patient wahrscheinlich doch durch die in der Zeit vor dem Zusammenbruch zunehmend vor dem Marihuana bevorzugten Drogen Amphetamin, Ephedrin und Ecstasy und zuletzt durch den fatalen Drogenexzess mit Zusammenbruch im Sommer 2002 eine bleibende Schädigung des Herzens und des Stammhirns erlitten haben könnte.

So erscheint es im Rückblick umso fataler, dass die frühe ADHS - Erkrankung des Patienten nicht rechtzeitig und wirksam erkannt und behandelt wurde, und dass das offensichtlich einzige wirksame Medikament für diesen Patienten, das Methylphenidat, nunmehr zu spät kommt und wegen seiner Nebenwirkungen auf den Organismus nach den durch die Drogenexzesse verursachten Organschäden nicht mehr bei diesem Patienten über längere Zeit eingesetzt werden kann.

2. Ergänzungsbericht :

1. Der Patient erwartet durch die Fortführung der Behandlung die immer noch ausstehende überzeugende Stabilität in seiner körperlichen und seelischen Gesundheit. Er hat verstanden, dass die nunmehr eingetretene schwere psychische Erkrankung seiner Mutter gewissermassen den noch letzten fehlenden Beweis darstellt, das er selber im Familiensystem nicht der wahrhaftig Kranke gewesen ist, sondern nur als "Sündenbock"(vgl. H. E. Richter : Patient Familie) hat herhalten müssen. Vor allem erwartet der Patient eine so weit fortschreitende Kräftigung seines Gesundheitszustandes, dass er so bald wie irgend möglich aus dem Elternhaus ausziehen kann.

2. Die besonderen Ereignisse sind : 1. Die psychische Dekompensation und stationär - psychiatrische Einlieferung seiner Mutter; 2. der erste grössere Rückfall in die Primärsymptomatik Übelkeit, Herzrasen, Schwindel Anfang März 2003 und 3. die nach wie vor sehr unbefriedigend gelöste und sicherlich dringend erforderliche medikamentöse Einstellung.
3. Die Möglichkeiten zur Selbsthilfe sind über die letzten Monate erheblich gewachsen. Inzwischen bemüht sich der Patient aktiv um Möglichkeiten, Arbeit zu finden und seine berufliche Ausbildung eventuell mit dem nachzuholenden Abitur zu verbessern. Tatsächlich hat der Patient zur Zeit und zur Überbrückung ein unentgeltliches Praktikum beim Berliner Roten Kreuz begonnen.
3. Es werden sicherlich weitere 20 Stunden Therapie benötigt. Die zu erreichenden Ziele sind : 1. Überwindung des Schocks wegen der psychiatrischen Erkrankung und Einlieferung der Mutter; 2. Akzeptieren der noch zu vermittelnden Einsicht, dass sehr wahrscheinlich mit einem bleibenden Schaden an Herz und Stammhirn als Folge der jahrelangen Drogenexzesse gerechnet werden muss; 3. Finden und Feinabstimmung der am besten geeigneten medikamentösen Behandlung durch den Konsiliararzt.

Geplant sind dafür 20 Sitzungen Verhaltenstherapie, Einzel, mit wöchentlich 2 Sitzungen, so dass sich die weitere und hoffentlich endgültige Behandlung etwa noch bis zum Sommer, Herbst 2003 hinziehen wird.

April 2003 gez. Dr. H. Wendt