

# Workshop: Diagnostik und Suchtmittelanamnese Bindung-Trauma-Sucht

10. Kinder- und Jugendpsychiatrie Kongress Innsbruck  
„Konsumierende Jugendliche- ein gemeinsamer Blick“  
26./27. Januar 2024

Dr. Ulrike Amann

# Teil 1

## Diagnostik von Suchterkrankungen Suchtmittelanamnese

## Schädlicher Gebrauch (ICD10: F1x.1)

- Konsum für körperliche od. psychische Schädigung verantwortlich, einschl. eingeschränkter Urteilsfähigkeit od. gestörtem Verhalten mit evtl. neg. zwischenmenschlichen od. leistungsbezogenen Folgen
- Art der Schädigung kann klar beschrieben werden
- Konsum mind. 1 Monat lang od. wiederholt innerhalb 12 Monats-Periode
- Ausschluss von F1x.2-7 (andere substanzbez. Störungen)

# Abhängigkeit: ICD 10: F1x.2

1. Starkes Verlangen od. eine Art Zwang Drogen/Medikamente zu konsumieren
2. Verminderte Fähigkeit zur Kontrolle d. Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom
4. Hinweise für Toleranzentwicklung
5. Einengung auf Konsum
6. Anhaltender Konsum trotz eindeutig schädlicher Folgen

Abhängigkeit, wenn mindestens 3 Kriterien wiederholt über 12 Monate bzw. gemeinsam einen Monat erfüllt sind!

# Veränderungen ICD 11

1. Starkes Verlangen od. eine Art Zwang Drogen/Medikamente zu konsumieren
2. Verminderte Fähigkeit zur Kontrolle d. Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom
4. Hinweise für Toleranzentwicklung
5. Einengung auf Konsum
6. Anhaltender Konsum trotz eindeutig schädlicher Folgen

Mindestens 3 Kriterien wiederholt über 12 Monate bzw. gemeinsam einen Monat erfüllt sind!

1. Beeinträchtigte Kontrolle, oft, aber nicht zwingend von Drang/Verlangen begleitet.
2. Physiologische Merkmale:  
Toleranzentwicklung  
Entzugssyndrom
3. Substanzkonsum wird fortschreitend zur Priorität im Leben

Mindestens 2 Kriterien in den letzten 12 Monaten oder: kontinuierlicher Konsum einer Substanz über einen Monat, d.h. (fast) tägl.

# DSM V

## „Substance use disorders“

d.h. keine Unterscheidung in schädlicher Gebrauch und  
Abhängigkeit

Kontinuum von „mild“ (mind. 2 von 11 Symptomen) bis „severe“  
( >4 )

## Screening-Instrumente bei Jugendlichen

Bereich	Name des Screening-Instrumentes	Anzahl der Items	Vorschlag für einen Cut-Off
Problematischer Alkoholkonsum	Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	10	6 <i>(Rumpf et al., 2013)</i>
Problematischer Alkoholkonsum	CRAFFT-d	6	2 <i>(Tossmann et al, 2009)</i>
Riskanter Konsum illegaler Drogen	RAFFT-Drogen	6	2 <i>(Laging, 2005)</i>
Schwere der Abhängigkeit von illegalen Drogen	Severity of Dependence Scale (SDS)	5	Verschiedene Werte je nach Substanz: 2 (Cannabis <i>Baumgärtner &amp; Kestler, 2014)</i>
Problematischer Cannabisgebrauch	Cannabis Abuse Screening Test (CAST)	6	4 <i>(Kraus et al, 2012)</i>
Pathologischer Internetgebrauch	Compulsive Internet Use Scale (CIUS)	14	28 <i>(Meerkerk et al., 2010)</i>

# RAFFT: Screeningtest



Für 12-18jährige normiert



Hinweise auf riskante Konsummuster



Akronym aus relevanten Konsumkontexten:



**Relax – Alone – Friends – Family- Trouble**



6 Items (2 oder mehr: Hinweis auf Entwicklung einer substanzbezogenen Störung)

# Störungsspezifische Anamnese 1

- Art der konsumierten Substanzen
  - Beginn, Menge, Häufigkeit des Konsums?
  - Einnahmeart (oral, inhalieren, nasal, i.v.)?
  - letzter Konsum? (Verifizierung durch Screening)
- Abstinenzphasen (wie lange, was war anders?)
- Entzugerscheinungen (psychisch/physisch, Krampfanfälle..)
- Komplikationen bei Intoxikation („Filmriss“, psych./körperl. Symptome)
- Kontext des Konsums (alleine / in der Gruppe), Freizeitverhalten, Freundeskreis, Interessen

# Störungsspezifische Anamnese 2

## Funktion/erlebte Vorteile

- Anfangs häufig: Spaß, Neugier, Gruppenzugehörigkeit
- Problem-/Symptombewältigung (ruhiger werden, dichtmachen, abschalten, wegdröhnen, v.a. bei Mädchen auch Gewichtsreduktion)
- Erwünschte Wirkung
  - Reward craving?
  - Relieve craving?
  - Selbstmedikation? (Sedierung (THC), Vigilanzsteigerung (Amphetamine) bei ADHS)

Substanzkonsum ist als **bestmögliche Bewältigungsstrategie** zunächst anzuerkennen!

# Störungsspezifische Anamnese 3

## Erlebte Nachteile

---

Einschränkung von Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit („verblöden“, verlangsamten, „weich in der Birne“)

---

Diskrete od. ausgeprägte psychotische Symptome (paranoide Ideen, „flashbacks“, „optics“)

---

Entwicklung von (sozialen) Ängsten

---

Leistungsknick in der Schule, Vernachlässigung von Interessen

---

Probleme mit Eltern, Lehrern, Jugendhilfe, Justiz...

# Störungsspezifische Anamnese 4

---

**Finanzierung** des Konsums: legale/ illegale Einkünfte, Prostitution? Schulden?

---

**Juristische Zusammenhänge:** Anzeigen, Auflagen, Vorstrafen, ausstehende Verhandlungen, aktueller Rechtsstatus (Bewährung, Haftrückstellung nach §35 BtMG?), Rechtsfolgen bei Behandlungsabbruch?

---

**Medienkonsum** (Art/Umfang)

---

**Traumatisierende Erlebnisse** (in der Szene oder früher)?

---

# Störungsspezifische Anamnese 5

- Bisherige Nutzung von Hilfsangeboten (Drogenberatung...), Vorbehandlungen einschl. stationärer Entzugsbehandlung?
- Ressourcen!!
- Freizeitverhalten, Freundeskreis, Interessen
- Eigene Einschätzung, Einstellung, Veränderungsmotivation (intrinsisch / extrinsisch)

# Fremdanamnese: Eltern, Bezugsperson

---

Sucht- u.a. psychiatr. Erkrankungen in der Familie?

---

Konsumverhalten d. Eltern, Einstellung zum Substanzkonsum

---

Jugendhilfe: Konzept, Haltung d. Einrichtung?

---

Entwicklungsverlauf, Komorbidität

---

Risikofaktoren

---

Ressourcen im Umfeld

---

# Störungsspezifischer psychopathologischer Befund

---

Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Antrieb, Stimmungslage

---

Impulskontrolle

---

Psychotische Symptome (unter Drogen?), „Paranoias“, „optics“, „Hallus“; Denkvorgänge  
-> endgültige Abklärung erst im Verlauf möglich

---

Symptome, die auf Traumatisierung hinweisen (Intrusionen, Hyperarousal, Vermeidung, Dissoziation...)

---

Symptome, die auf andere psychische Störungen, z.B. Depression hinweisen

---

# Drogenscreening

- Urinabgabe sollte unter Sicht erfolgen
- Immer wieder Abweichungen von Angaben des Patienten (in beiden Richtungen möglich!)
- Nicht (oder nur aufwändig) nachweisbare Substanzen:
  - LSD, Pilze, synthet. Cannabinoide (Spice, sog. Kräutermischungen, Labortests teuer und oft falsch neg.), synthet. Amphetamine, viele Medikamente (außer man sucht gezielt nach ihnen), GHB/GBL (Nachweis nur innerhalb von 12 Stunden möglich), verschiedene biogene Drogen außer THC.

# Drogenscreening

---

Nicht alle Substanzen sind (lange) nachweisbar

Alkohol: Ethylglucuronid (Urintest, 72 Std., ab 10 g Alkohol = ca. eine halbe Flasche Bier)

---

Schnelltests: nur qualitative Bestimmung möglich

---

Drogenscreening in Arztpraxis/PIA/stat. Behandlung: quantitative Bestimmung im Labor, Verlaufskontrolle

Schweigepflicht?

---

**Konsequenz? Wenn möglich vorher transparent machen.**

---

# Teil 2

## Bindungsentwicklung und Sucht

## Trauma und Sucht

# Bindungstheorie

- „Sichere Basis“
- Gleichgewicht von Bindungs- und Explorationsverhalten
- **Feinfühligkeit:** auf die Befindlichkeit abgestimmte Verhaltensregulation. Steht in Zshg. mit eigener Bindungssicherheit der Bezugsperson, abhängig davon wie negative Erfahrungen verarbeitet wurden
- **Responsivität:** Fähigkeit Signale u. Bedürfnisse d. Kindes zu erkennen und angemessen zu beantworten

# Bindungsmuster/Bindungsrepräsentationen

## Kleinkind

(diagnostisches Instrument: „Fremde Situation“)

- Sicher (B)
- Unsicher-vermeidend (A)
- Unsicher ambivalent (C)
- Desorientiert/desorganisiert (D)

## Jugendliche/Erwachsene

(Adult Attachment Interview AAI)

- Sicher-autonom (F)
- Unsicher-distanzierend (D)
- Unsicher-präokkupiert (E)
- Unverarbeiteter Bindungsstatus (U od. UD)
- Cannot classify (CC)

# Bindungsrepräsentation (bei Jugendlichen und Erwachsenen)

- Allgemeine mentale Organisationsstrategie der Bindungserfahrungen: „*current state of mind with respect to attachment*“

Vs. Bindungsmuster in der Kindheit, die sich auf die Beziehung zu einer Bezugsperson beziehen

Qualität der späteren Bindungsrepräsentationen nicht nur von frühen Bindungsmustern abhängig sondern von der Gesamtheit der bindungsrelevanten Erfahrungen mit den Eltern bis zum Jugendalter

# Transgenerationale Zusammenhänge

- Zusammenhang zw. Bindungsqualität d. Kleinkindes u. der Mutter
- Kontinuität d. Weitergabe von äußeren Faktoren beeinflussbar (v.a. spätere Bindungserfahrungen, LE: Verlust, Trauma, Beziehungsabbrüche)
- Therapeutische Interventionen bei Eltern auf der Verhaltensebene wirksam, pos. Auswirkung auf die Bindungsentwicklung d. Kindes

# Klassifikation der Bindungsrepräsentationen Jugendlicher u. Erwachsener

- **F:** Autonom-sicher (free-autonomous)
- **D:** Unsicher-distanzierend (dismissing)
- **E:** Unsicher-präokkuptiert (enmeshed, preoccupied)

## *hochunsichere Bindungsmodelle (v.a. in klinischen Stichproben):*

- **U:** Unverarbeitet (unresolved), Kombination mit **F, D, E**
- **CC** (can't classify): Anteile von **D** und **E** oder keinerlei Strategie

# F: sicher-autonom

“gelungene Integration von Autonomie und emotionaler Verbundenheit“ (Ziegenhain)

- Gute soziale Kompetenzen
- Höheres Selbstwertgefühl
- Gute seelische Gesundheit
- kompetentere Stressbewältigung

# D: unsicher-distanzierend

- Wenig liebevolle bzw. ablehnende Beziehungserfahrungen in der Kindheit
- Mangelnde emotionale Responsivität der Eltern (Verdrängung d. Bindungswunsches als Abwehr)
- Bei Problemen: Rückzug, wenig Suche nach Rat und Unterstützung
- Seltener in klinischen Stichproben als E
- Zshg. mit Essstörungen, **Substanzkonsum und Verhaltensstörungen Jugendlicher**

# E: unsicher-präokkupiert

- Widersprüchliches Erziehungsverhalten
- Überforderung durch Parentifizierung, Rollenumkehr
- Abgrenzung, Ablösung, Autonomie erschwert
- Bindungsbedürfnisse werden übersteuert ausgedrückt
- Neg. Selbstbild, Schwierigkeiten der Emotionsregulation, wenig Vertrauen in Beziehungen
- Häufig in klinischen Stichproben (PS, v.a. Borderline) und mit U kombiniert

# U: unverarbeiteter Bindungsstatus

- Entscheidende Erfahrungen von Trauma und Verlust
- Ausmaß der Verarbeitung für die Zuordnung relevant
- Partieller Zusammenbruch i. d. Diskursstrategie
- Eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstreflexion bei früher Traumatisierung
- Erhöhte Vulnerabilität für BPS und dissoziative Symptomatik

# CC: Cannot classify

- Keine andere Repräsentation vorherrschend (od. Wechsel zw. widersprüchlichen Kategorien D und E)
- Genereller Zusammenbruch in der Diskursstrategie (geringe Kohärenz)
- V.a. bei Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern und schwerwiegenden und wiederholten traumatisierenden Erfahrungen

# Auswirkungen der Bindungsrepräsentationen Jugendlicher u. Erwachsener

**F:** Autonom-sicher

i.d.R. gesunde Entwicklung

**D:** Unsicher-distanzierend

Organisierte Formen unsicherer Bindung

**E:** Unsicher-präokkupiert

Risikofaktor!

**U:** Unverarbeitet:

Hochunsichere Bindungsmodelle:

**CC** (cannot classify): Anteile von **D** und **E**  
oder keinerlei Strategie

Erhebliche Störungen der seelischen  
Entwicklung

# Transgenerationale Studien zu Bindung bei suchtmittelabhängigen Jugendlichen

**Rosenstein, Horowitz, 1996:** Jugendl. psychiatrische

Patienten und ihre Mütter, zusätzl. Substanzmissbrauch:

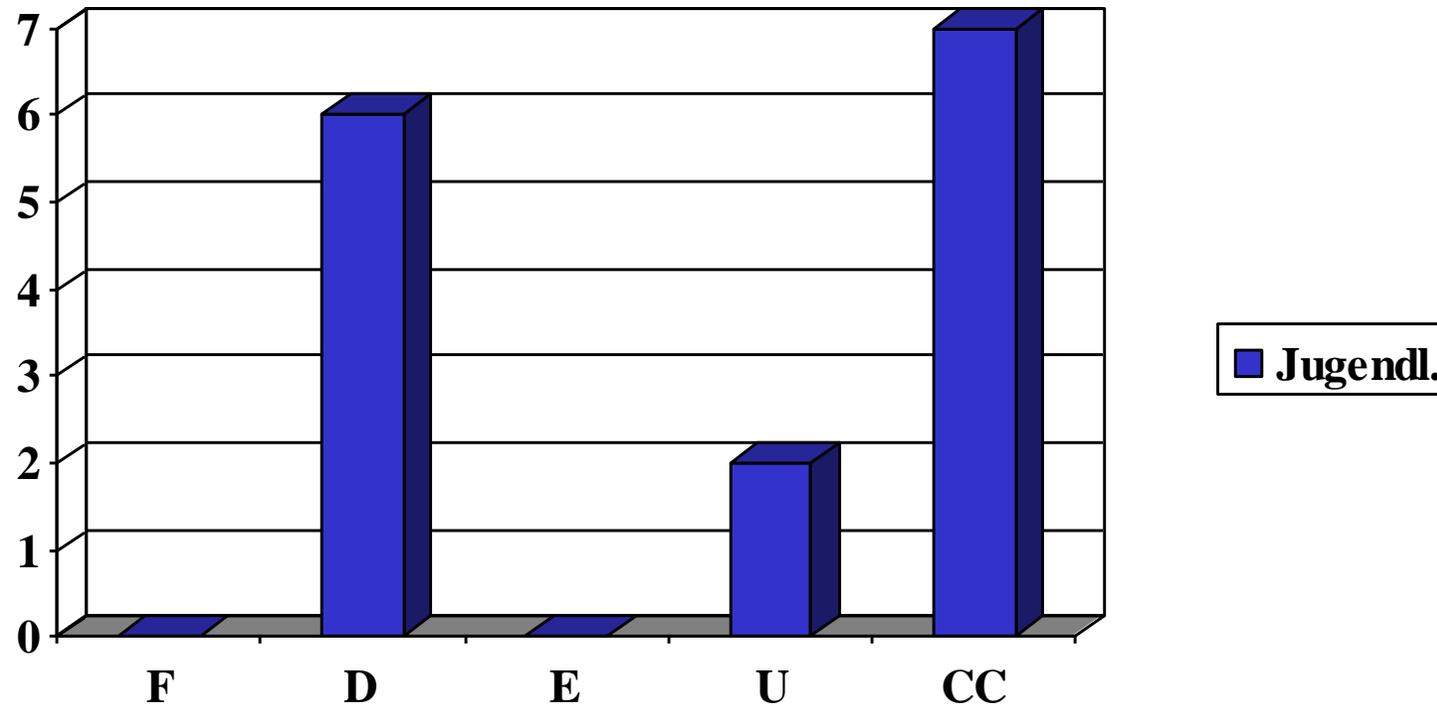
hohe Übereinstimmung zw. Müttern u. Jugendlichen, Zshg. Verhaltensstörungen - distanzierender Bindungsstil, affektive Störungen - präokkupierter Bindungsstil, Substanzmissbrauch schwächerer Prädiktor als Verhaltensstörung, keine Ergebnisse zu hochunsicheren Bindungsmustern.

**Schindler (2001, 2005):** transgenerationale Studie an Opiate konsumierenden Adoleszenten in ambulanter familientherapeutischer Behandlung,

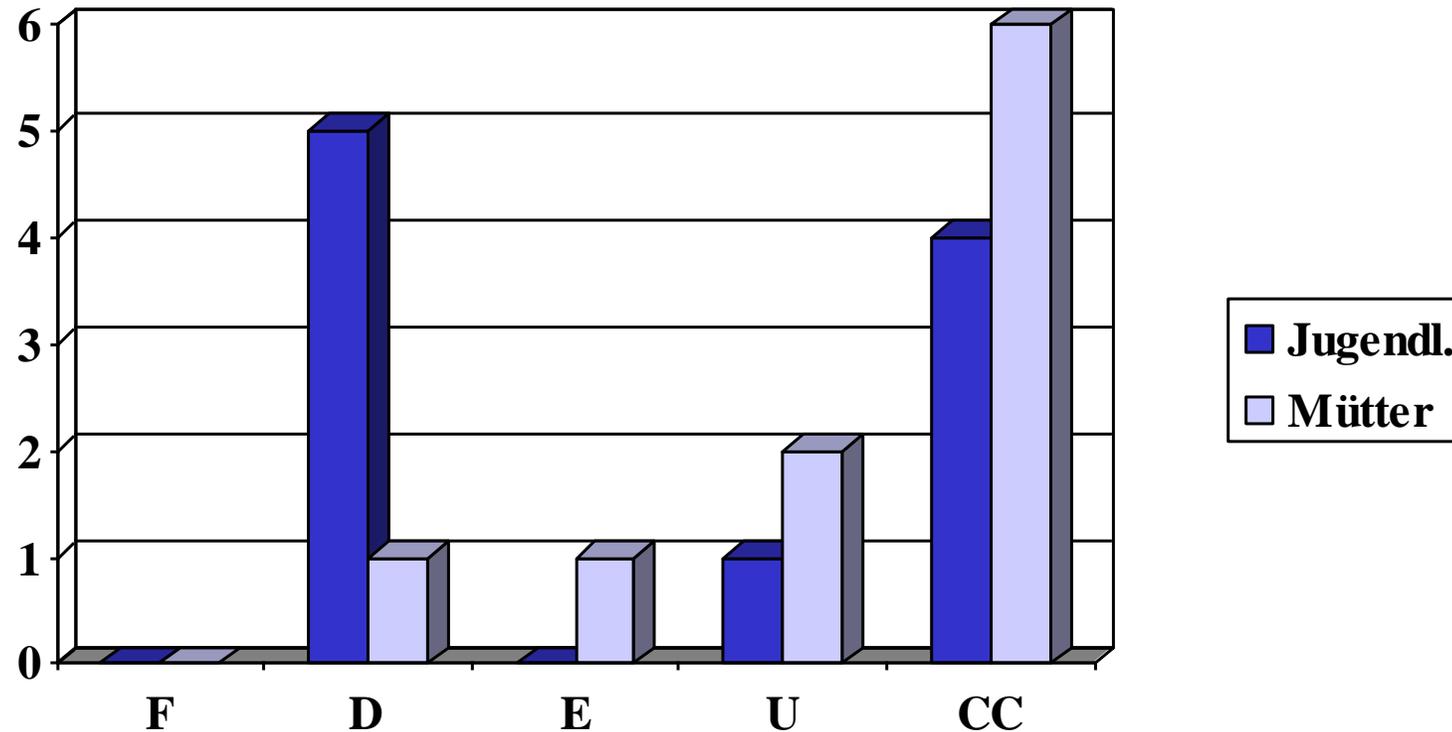
Bindungsstile nach Bartholomew, Horowitz (1991): ängstlich-vermeidender Stil korreliert sign. mit Schwere der Drogenabhängigkeit

**Amann (2009):** Untersuchung suchtkranker Jugendlicher und ihrer Mütter, hochunsichere Bindungsrepräsentationen vorherrschend, v.a. bei den Müttern, meist verbunden mit traumatisierenden Erfahrungen.

# Bindungsklassifikationen Jugendliche



# Bindungsklassifikationen Jugendliche und Mütter



# Funktion Substanzkonsum

- Ersatz für ersehnte, aber vorenthaltene Zuwendung (Stierlin 1980), Überforderung durch Parentifizierung, Rollenumkehr etc. in suchtblasteten Systemen, Loyalität
- „Droge als Liebesobjekt, das wichtiger ist als jeder Mensch“ (Rost 2005)
- **Suchtmittel als „Pseudo-Bindungsobjekt“: immer verfügbar, befriedigt Bindungs- und Autonomiewünsche (Brisch)**



# Fallvignette: Jonas, 17 J.

- Frühe Trennung der Eltern, Vater lebt in Brüssel, afrik. Migrationshintergrund, wenig und oberflächlicher Kontakt, Suchtgeschichte
- Mutter wieder verheiratet, 2 weitere Kinder (alle heißen anders und sehen anders aus), Mutter lässt J. viel Freiheit, GM trägt zu Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens bei
- Beziehung zum Stiefvater sehr distanziert, bisher wenig Interesse an den kleinen Geschwistern, inzwischen besser
- Früh begonnener und umfangreicher THC Konsum, nach erster Entzugsbehandlung rückfällig, aktuell 2. Aufenthalt
- Szene“kollegen“, keine engeren freundschaftl. Bindungen
- ADHS-Diagnose, Medikation i.d.V., Schlafstörungen
- Ressourcen: gutes Verhältnis zur GM ms, hohe Intelligenz
- Im Behandlungssetting: keine engen Bindungen, viel für sich, fordernd, Versuch sich über Sport zu regulieren. Signalisiert: ich brauche niemanden, ich mache alles mit mir aus.

# Sucht und Traumatisierung



Südwürttemberg

# Coinzidenz Sucht+Trauma

- Bei 30-50% der Menschen in Suchtbehandlung frühe Traumatisierung
- Anteil bei Frauen/Mädchen höher
- Anteil unter Opiatabhängigen besonders hoch

# Zusammenhang PTBS und Sucht

(n. Schäfer)

- PTBS ist oft ursächlich für Substanzkonsum („Selbstmedikation“)
- Substanzkonsum macht spätere Traumatisierung wahrscheinlicher (höhere Prävalenz PTBS bei Suchtpatienten)
- Bei Substanzgebrauch höhere Vulnerabilität für PTBS nach Trauma
- Gemeinsame neurobiolog. Grundlagen (HPA-Achse, noradrenerges System)
- Substanzgebrauch verhindert Verarbeitung und erhält PTBS aufrecht oder verschlimmert sie

# ...bei Jugendlichen

- Alkoholabh. Jugendliche wurden häufiger körperl. misshandelt (6-12fach) und sexuell missbraucht (18-21fach) als andere.
- Jede Form der Misshandlung/Vernachlässigung, auch emotionale, korreliert mit stärkerem Substanzgebrauch, höchstes Risiko bei Kombination Misshandlung+Missbrauch
- Drogen konsumierende Jugendliche haben ein 2fach erhöhtes Risiko nach Trauma PTBS zu entwickeln
- Beeinträchtigung in allen wesentlichen Entwicklungsbereichen (Körper, Emotionen, Intellekt, Sozialisation, Geschlechterrolle) sind die Folge

# Funktion der Drogen nach Traumatisierung

Suchtmittel reduzieren :

- Wiedererleben
- Angst, Alpträume
- Übererregung
- Depressivität, Stimmungseinbrüche

Sind eine Form der Vermeidung, gewährleisten Dissoziation,  
regulieren Emotionen

Oftmals einzige Bewältigungsstrategie

# ...aber

- Kritik- und Urteilsfähigkeit und somit Selbstschutz im Rausch eingeschränkt
- Weniger Akzeptanz in der Umgebung bei sex. Missbrauch unter Drogeneinfluss („selbst schuld“): Schuldgefühle verstärkt, Konsum wird aufrechterhalten
- Keine Traumaverarbeitung, sondern Kreislauf aus Intrusionen und Konsum (PTBS entsteht)
- Potenziell Angst induzierende Drogen (Halluzinogene): traumatisierende Verkennungssituationen

# Geschlechtsspezifische Faktoren

- Körperl. Misshandlung von Mädchen ist häufiger mit mütterl. Substanzkonsum assoziiert
- Weibl. Drogenkids sind häufiger von PTBS betroffen
- Vernachlässigte Mädchen haben ein signifikant höheres Risiko für Alkoholkonsum
- Traumatisierte Jungen missbrauchen häufiger illegale Drogen .

# Geschlechtsspezif. Faktoren 2

- Frauen/Mädchen:

Mehr Dissoziation

+ Angst, Depression

Somatisierung

internalisierend

Funktion Suchtmittel: Bewältigung  
von psych. Belastung, Betäubung

- Männer/Jungen:

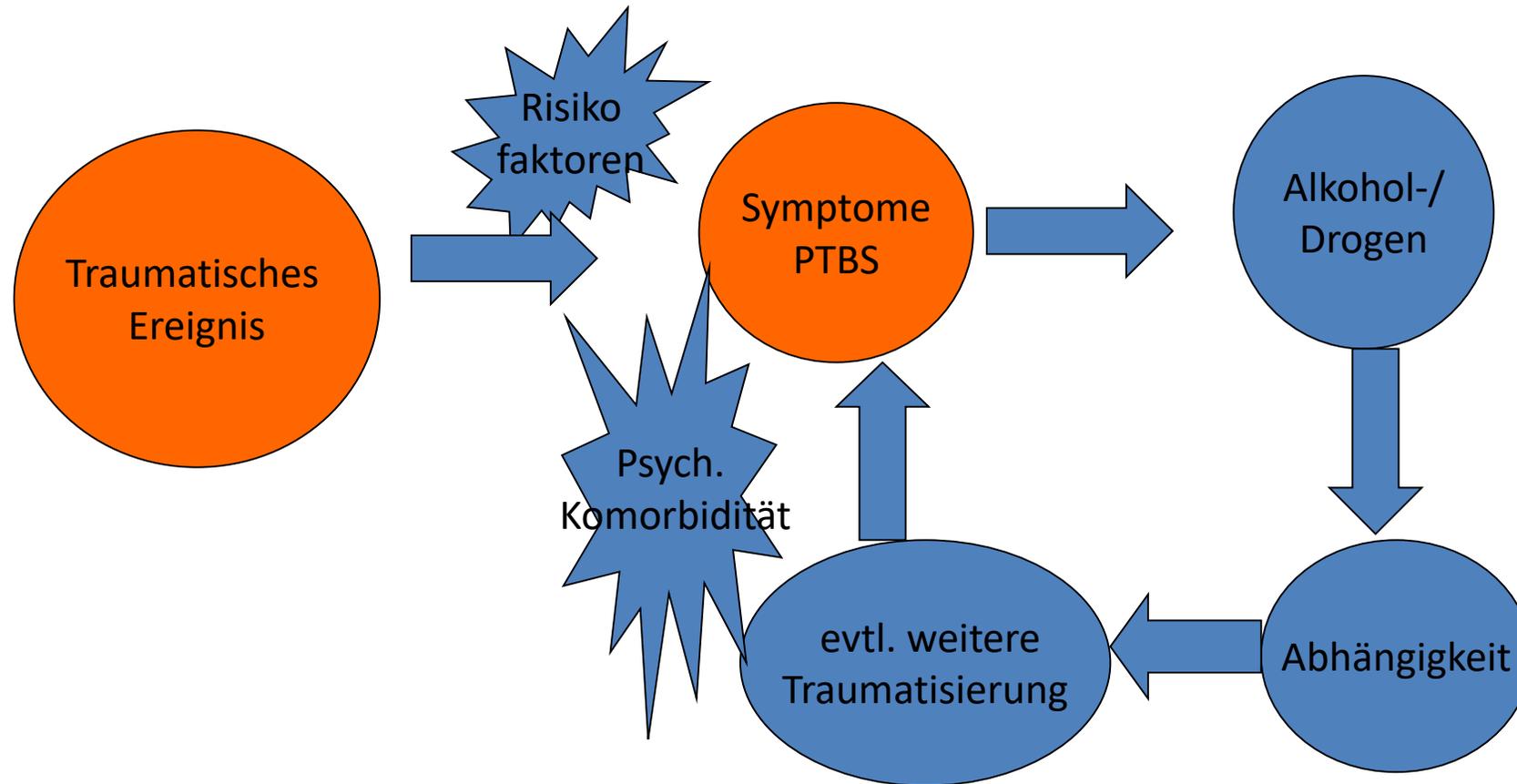
Mehr Hyperarousal

+ Störung d. SV, ADHS, antisoziale  
PS

externalisierend

Funktion Suchtmittel:  
„Chemische Dissoziation“  
„Superreiz“

# Teufelskreis Sucht-Trauma



# Fallvignette: Josie, 15 J.

- Immer wieder Schläge durch den Vater, der keinen Widerspruch und keine Kritik dulde (J: „Narzisst“)
- Sexueller Übergriff durch einen Nachbarn im Alter von 7 J.
- Früh begonnener Substanzkonsum, um dazuzugehören, Emotionen zu regulieren
- Erneuter sex. Übergriff in der Szene
- Prostitution, „Hypersexualität“
- Angst und depressive Symptomatik, PTBS
- Ressourcen: Intelligenz, Kreativität, übernimmt Verantwortung für ihre Haustiere, schulisch erfolgreich, gute Beziehung zur Mutter, verlässliche Anbindung an Psychotherapeutin seit mehreren Jahren
- Ziel Langzeittherapie oder therapeutische Wohngruppe

# Bindungstraumatisierung

Traumatisches Erlebnis aktiviert Bindungsbedürfnis.

Traumatisierende Person = Bindungsperson

- ➔ keine Hilfe, kein Schutz
- ➔ Innerer Stress wird nicht beruhigt
- ➔ dauerhafte Veränderung des Stresshormonhaushalts

# Bindungstraumatisierung

...führt auch zu:

Neurobiologischen Veränderungen im Gehirn

Reifungsdefiziten in bestimmten Gehirnregionen, die für Stressbewältigung relevant sind

(limbisches System, Hippocampus, präfrontaler Cortex)

# Bindungstraumatisierung

## **Folgen:**

Oft täterloyale Bindung (Täterintrojekte)

Wiederholung über Generationen

Erhebliche Auswirkungen auf psych., körperl., emotionale und soziale Entwicklung

## **Psychiatrische Erkrankungen:**

Schwere Persönlichkeitsstörungen (z.B. BPS)

Komplexe PTBS (mit Ängsten/Panik, Depression, Suizidalität und Dissoziation)

Dissoziative Identitätsstörung

**Komorbid häufig Suchterkrankung (Selbstregulation)**

# Fallvignette: Elena, 16 J.

- Vernachlässigung durch die alk.abh. Mutter, Gewalt durch Partner der Mutter (Finger gebrochen), viele (Halb)geschwister, älter und jünger, Zwillingsschwester
- Essen gestohlen, da nicht genug zuhause
- Früher Fremdunterbringung, Gewalt in der Pflegefamilie (7 J.)
- Im Heim sexuelle Übergriffe, Messerangriffe erlebt
- Entlassung aus Heimen/WG wegen aggress. Verhalten, mit 10 J. beg. Konsum (Nikotin, Alkohol, THC), NSSV (Wände boxen)
- Förderschule/SBBZ EMENT
- Lebt wieder bei der Mutter, die zuhause THC konsumiert, teils auf Rezept wegen Arthrose,. Fordert viel von E. (Haushalt etc.)
- Mehrfach gemeldete Kindeswohlgefährdung (ohne Erfolg)
- Freunde älter, konsumierend, weitere sex. Übergriffe
- BtmG Verstöße: gerichtliche Auflage
- Ressourcen: sehr musikalisch!

# Trauma transgenerational Südwestfalen

- **Unverarbeitete Traumata d. Eltern:** Angst *der* BZP (physiolog. Erregung), Angst *vor* der BZP
- Reinszenierung (Trigger): BZP erlebt sich als ohnmächtig, neg. Auswirkung auf Affektregulation d. Kindes
- Dissoziative Verarbeitung traumabedingter Angst und Hilflosigkeit: Abkoppeln des emotionalen Erlebens vom kognitiv Erinnerbaren (z.B. bei erlebter Gewalt, Krieg, Mißbrauch)  
Mögliche Folgen: widersprüchliche Verhaltensmuster (inadäquat, sprunghaft, unvorhersehbar) der Eltern, hochunsichere Bindungsmuster werden weitergegeben (Weiß 2014, Amann 2009).

# Auswirkungen v. Trauma trans- generational

## Gewaltbedingte Traumata in der Generationenfolge (Schechter 2006):

Beeinträchtigte Wahrnehmung d. Mütter durch PTSD-Symptomatik

Teufelskreis: Stressreaktionen d. Kindes triggern traumatische Erinnerungen und Affekte, lösen bei der Mutter defensiven Rückzug aus, was wiederum beim Kind Verzweiflung erzeugt (Bindungssystem aktiviert)

## Konzept der parentalen Hilflosigkeit (KH Pleyer 2010):

Fehldeutung kindlicher Signale /cotraumatische Prozesse:

Vermeidung von Konflikten, Präsenz, Kooperation, Erziehungsverantwortung bei gleichzeitiger Angst vor Verselbstständigung d. Kindes.

# Fallvignette: Anna, 16 J.

- Mutter: PTBS, nicht verarbeitetes Kindheitstrauma; außerdem Ängste am Ende der Schwangerschaft als GV beinahe starb
- Vater: schwere depressive Episode i.d.V.
- Eltern getrennt, A. beim Vater- körperl. Gewalt – zur Mutter, A. schlägt die Mutter
- Mehrere Vergewaltigungen und körperliche Gewalt mit 12 J.
- KJPP Aufenthalte: Depression mit Suizidalität, Panikattacken etc., PTBS, NSSV, auffälliges Essverhalten, Schlafstörungen
- Magen-Darmerkrankung, Gewichtsverlust
- Früh beg. Substanzkonsum: Nikotin, Alk, THC, MDMA, Oxycodon, Pregabalin... starke Entzugssymptome!
- Ressourcen: Querflöte spielen, HiphopTanzen, Intelligenz

# Ein schönes Restwochenende!

