

12. Curriculums Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim,

24. – 26.08.2006

Suchtkrankheiten im weiteren und engeren Sinne

©: Pierre E. Frevert 2006

Anschrift: pierre.frevert@dgn.de

Für Rückfragen: Pierre E. Frevert, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Psychoanalyse. Liebigstr. 8a, 60323 Frankfurt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung. Der /die Patient/in mit Suchtproblematik
2. Suchtmittelabhängigkeit
 - 2.1. Definition(en) von Sucht
 - 2.2. Wichtige Begrifflichkeiten
3. Epidemiologische Daten
4. Die Lebensabschnitte und die Geschlechtsspezifischen Gefährdungen der Suchtentwicklung
5. Alkoholabhängigkeit
 - 5.1. Definition von Alkoholabhängigkeit
 - 5.2. Epidemiologie
 - 5.3. Ätiopathogenese
 - 5.4. Einschub: Suchtkranke Ärzte
 - 5.5. Diagnose
 - 5.6. Predelir und Delir
 - 5.7. Komorbidität und Risikofaktoren
 - 5.8. Ko-Abhängigkeit
 - 5.9. Verlauf
 - 5.10. Folgeschäden
 - 5.11. Therapie
 - 5.12. Suchtselbsthilfe
 - 5.13. Psychosomatische Herangehensweise
 - 5.13.1. Psychosomatisch orientiertes Ärztliches Gespräch
 - 5.13.2. Tiefenpsychologische Suchttheorien:
 - 5.13.3. Übertragung – Gegenübertragung - Widerstand
6. Anhänge
 - 6.1. Anhang 1: Rehabilitation
 - 6.2. Anhang 2: Rehabilitation
 - 6.2.1. Benzodiazepin- und Hypnotikaabhängigkeit
 - 6.2.1. Abhängigkeit durch Opioide
 - 6.2.1. Abhängigkeit durch Opioide
 - 6.2.3. Abhängigkeit durch Cannaboide
 - 6.2.4. Abhängigkeit durch Kokain
 - 6.2.5. Abhängigkeit durch Stimulantien (Amphetamine)
 - 6.2.6. Abhängigkeit durch Halluzinogene (LSD)
 - 6.3. Anhang 3: Ein- und Ausschlusskriterien für die ambulante Entgiftung
 - 6.4. Anhang 4: Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala (LARS)
 - 6.5. Anhang 5: Alkoholismuseinteilung nach Jellinek und Cloninger
7. Literaturangaben

1. Der /die Patient/in mit Suchtproblematik

Suchtkrankheiten sind Abhängigkeitskrankheiten. Damit ist die psychosomatische Herangehensweise mehr als nur das Rezeptieren von Camprosac für Alkoholabhängige oder Methadon für Opiatsüchtige. Für die an der psychosomatischen Grundversorgung interessierten Ärzten ist es wichtig zu wissen, dass auch stark alkoholabhängige Patienten ihre Hausärzte aufsuchen, ohne dass letztere in der Regel die Sucht bemerken oder sich des Umfangs nur annähernd bewusst sind.

Suchtkrankheiten im engeren Sinne sind an ein Suchtmittel gebunden, sie sind im weiteren Sinne nicht stoffgebunden. Die Suchterkrankungen werden nach **ICD10: F1** als psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen klassifiziert. Es hat sich bewährt neben medizinischen auch gesellschaftliche und wirtschaftspolitische Kriterien heranzuziehen. So unterscheidet man den

1. *Unerlaubten Gebrauch*, der von der Gesellschaft nicht gebilligt wird;
 2. *Gefährlichen Gebrauch* mit wahrscheinlicher Schädigung des Konsumenten;
 3. *Dysfunktionalen Gebrauch*, der die psychischen und sozialen Anforderungen des Konsumenten beeinträchtigt;
 4. *Schädlichen Gebrauch*, der beim Konsumenten manifeste Schäden zeitigt
- (Krausz et al. 2000)

Einheitliche Sucht-Theorien existieren nicht. Eine normative, letztendlich unscharfe Begriffsbestimmung von Sucht, Missbrauch und Abhängigkeit findet man sowohl in der psychiatrischen, psychosomatischen als auch psychoanalytischen Literatur (s. hierzu auch Böllinger 2005)

Der Hausarzt hat vornehmlich in seiner Praxis mit den Folgen der legalen Drogen zu tun, insbesondere die gesundheitlichen Begleit- und Folgeerkrankungen des sog. **Alkoholismus**, aber auch mit denen der **Nikotinsucht**. Statt von „Alkoholismus“ wäre es besser von „Alkoholkrankheit“ oder „Alkoholproblematik bei anderen Erkrankungen“ zu sprechen. Aber auch die Konsumenten von sog. illegalen Drogen sind für den praktischen Arzt von Bedeutung, nehmen sie doch an Zahl stetig zu, wenn sie auch nicht die Gesamtzahl der Konsumenten von staatlich besteuerten Suchtmitteln heranreichen. Neben Nikotin zählt auch Alkohol nachweislich als „Einstiegsdroge“ für illegale Drogen (z.B. Heroin) aber auch der iatrogen geförderte Medikamentenabusus.

2. Suchtmittelabhängigkeit

Nicht jede Gewöhnung an Suchtmittel führt zu Sucht. Freud (1898, S. 506), der an sich Selbstversuche mit Kokain durchführte und eine positive Einstellung zu Drogen hatte, hält fest, „dass diese Narkotika zum Ersatze – direkt oder auf Umwegen – des mangelnden Sexualgenusses bestimmt sind, und wo sich normales Sexualleben nicht mehr herstellen lässt, da darf man den Rückfall des Entwöhnten mit Sicherheit erwarten.“ Beispielsweise sind nur 12 % der 90.000 heroinabhängigen Vietnamsoldaten bei ihrer Rückkehr rückfällig geworden (Börlinger 2004), ganz zu schweigen von den unzähligen chirurgischen und Schmerzpatienten, die jährlich über einen längeren Zeitraum mit Opiaten und deren Derivaten behandelt werden ohne drogenabhängig zu werden.

Das Gebrauchsmuster für Drogen ist von der Symptomatologie und dem Verlauf her sehr heterogen. Letztendlich entscheidet ein Wechselspiel von genetischer Prädisposition, biologischen und Umweltfaktoren sowie individueller Vulnerabilität über die Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms (Ladewig 2002)

2.1. Definition(en) von „Sucht“

Statt von „Sucht“ wird hier von „Süchtiger Fehlhaltung“ gesprochen. Sie äußert sich in dem Bestreben, aus der unerträglich erscheinenden Realität in eine Betäubung zu fliehen. Charakteristisch ist für die Sucht das unbezwingbare Verlangen nach Suchtmitteln (craving, s.u.) und die zunehmende Abhängigkeit (psychisch und/oder physisch). Es wird unterschieden nach: Nicht stoffgebundener Abhängigkeit: Ess-, Fettsucht, aber auch die Spielsucht (Pathologisches Glücksspiel), Pyromanie, Kleptomanie etc. Ob auch von „Internet-Sucht“ gesprochen werden kann, ist bislang noch umstritten. 2. Suchtmittelabhängigkeit In sensu strictu: Alkohol-, Medikamenten-, Drogensucht mit Wiederholungs- und Steigerungsneigung

Statt von „Sucht“ wird hier von „Süchtiger Fehlhaltung“ gesprochen. Sie äußert sich in dem Bestreben, aus der unerträglich erscheinenden Realität in eine Betäubung zu fliehen. Charakteristisch ist für die Sucht das unbezwingbare Verlangen nach Suchtmitteln (craving: unwiderstehliches Verlangen, psychische Abhängigkeit) und die zunehmende Abhängigkeit (psychisch und/oder physisch). Es wird unterschieden nach: 1. Nicht stoffgebundener Abhängigkeit: Essstörungen, Fettsucht, aber auch die Spielsucht (Pathologisches Glücksspiel), Pyromanie, Kleptomanie etc. Ob auch von „Internet-Sucht“ gesprochen werden kann, ist bislang noch umstritten. 2. Suchtmittelabhängigkeit In sensu strictu: Alkohol-, Medikamenten-, Drogensucht mit Wiederholungs- und Steigerungsneigung

2.2. Wichtige Begrifflichkeiten

Es hat sich bewährt, **Kriterien** für die Art, den Umfang und die gesundheitlichen, psychischen und sozialen Folgen von Sucht festzulegen, um entsprechend spezifische Hilfsangebote bereitzustellen. So kann jemand einen schädlichen Gebrauch von Alkohol betreiben, ohne dass jedoch die Kriterien für psychische und körperliche Abhängigkeit gegeben sind oder sich gravierende Konsumfolgen erkennen ließen. Hier kann eine Intervention auf ambulanter Ebene zur Erzielung von Abstinenz oder Verhinderung einer Dosissteigerung ohne Entzugbehandlung auskommen, was sich im Fall nachgewiesener körperlicher und/oder psychischer Abhängigkeit völlig anders darstellt (s. auch **Anhang 3** „*Ein- und Ausschlusskriterien für die ambulante Entgiftung*“)

Riskanter Konsum, schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit

1. **Riskanter Konsum:** Betrifft eine Konsummenge, die mit einem deutlich erhöhten Risiko für gesundheitliche Folgeschäden verbunden ist (mehr als 30g Alkohol/die für Männer und 20g für Frauen; 1l Bier entspricht 40g).
2. **Schädlicher Gebrauch (früher: Missbrauch):** Die Suchtmittel werden ohne medizinische Indikation oder in übermäßiger Dosierung zur narzisstischen Befriedigung, sozialer Anpassung und Unterstützung in Konfliktsituationen verwendet. Hier ist bereits eine körperliche Störung (z.B. äthylotoxische) oder eine psychische Störung (z.B. depressive Episode) zu verzeichnen.
3. **Abhängigkeit.** Diese Diagnose wird nach ICD10 gestellt, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der genannten Kriterien gleichzeitig zutrafen:
 - Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
 - Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
 - Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
 - Nachweis einer Toleranzentwicklung
 - Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
 - Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger, schädlicher Folgen, was dem Konsumenten offensichtlich klar ist. (Diehl, Mann 2005)

Neben diesen an die Internationale Klassifikation ICD10 angelehnten Kriterien des Gebrauchs von Suchtmittel sind in der Literatur noch weitere Defini-

tionen und Begriffe üblich, die hier erwähnt seien. **Psychische Abhängigkeit:** Gemeint ist das schwer bezwingbare Verlangen nach periodischer oder wiederholter Einnahme der Drogen, um Lustgefühle zu erzeugen oder Unlustgefühle zu vermeiden (Nicht mehr aufhören können und dringendes Verlangen: craving). Sie ist das gemeinsame Merkmal aller Süchte. **Körperliche Abhängigkeit:** Es ent- und besteht eine objektivierbare körperliche Störung mit Entzugssyndrom bei plötzlichem Fehlen der Substanz. **Gewöhnung:** Es handelt sich um die oben beschriebene Definition der **süchtigen Fehlhaltung** als Sucht in sensu strictu bei psychischer und körperlicher Abhängigkeit mit der Folge von Toleranz und Dosissteigerung. **Konsumfolgen:** So werden die somatischen Erkrankungen, die psychosoziale Beeinträchtigung und der Kontrollverlust als schwerwiegende Folgen der süchtigen Fehlhaltung zusammengefasst. Als **Abhängigkeitssyndrom** wird das Zusammentreffen der folgenden Kriterien bezeichnet: Ein starker Drang nach der Substanz mit Kontrollverlust, körperliche Entzugssymptome mit Konsumfixierung, eine Toleranzentwicklung und Dosissteigerung, ein dyssoziales Verhalten, ein Interessenverlust zugunsten des Alkoholkonsums und Organschäden sowie ein sozialer Abstieg.

3. Epidemiologische Daten

Der Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung nennt für 2005 folgende Zahlen: 16,7 Millionen Raucher, 1,6 Millionen Alkoholabhängige und mindestens 1,5 Millionen Medikamentenabhängige. 1326 Menschen starben an den Folgen des Rauschgiftkonsums. 110.000 Menschen sterben laut Bundesregierung durch Tabak- und weitere 40.000 durch Alkoholkonsum. Das Eintrittsalter für Cannabis ist auf 16,4 Jahre gesunken. (Frankfurter Rundschau vom 4.5.2006). 10 Jahre zuvor lag es – ebenso wie für Ecstasy – zwischen 18 – 21 Jahren (Bühringer et al. 2000). Jeder Deutsche konsumiert im Jahr pro Kopf 145,5 Liter alkoholische Getränke oder 10,1 Liter reinen Alkohol. Medikamentensüchtig sind 1,2 Millionen Menschen, 150.000 sind von illegalen Drogen abhängig. (Frankfurter Rundschau vom 12.01.2006).

4. Die Lebensabschnitte und die Geschlechtsspezifischen Gefährdungen der Suchtentwicklung

Für die Suchtentwicklung im Allgemeinen und die Substanzpräferenz sind die Berücksichtigung der besonderen Lebensabschnitte und das Geschlecht für das Risiko einer Suchtentwicklung ebenso zu beachten wie der soziale Status der Betroffenen. Bereits in der **Kindheit** werden Suchtmuster geprägt. So neigen Kinder in Familien, in welchen die Eltern und wichtige Bezugspersonen rauchen, früher und häufiger zum Tabakkonsum. Hier prägen geschlechtsspezifische

sche Rollen von „männlich-hart“ und „weiblich-weich“ die Prävalenz harter Drogen bei Männern und unauffälliger psychotroper Substanzen bei Frauen. Obwohl psychotrope Substanzen zwischen null und 10 Jahren Jungen häufiger verordnet werden als Mädchen, kehrt sich dieses Verhältnis in der Altersgruppe zwischen 10 und 20 Jahren um: Jetzt sind es die Mädchen, denen diese Substanzen mehr verordnet werden oder die sie per Selbstmedikation einnehmen. Die **Pubertät** ist für die Festlegung von Drogenpräferenzen und geschlechtsspezifischen Konsummuster von entscheidender Bedeutung (Vogt 2000a). Denn im **frühen Jugendalter** zwischen 10 und 15 Jahren beginnen Mädchen bewusst mit psychotropen Substanzen zu experimentieren (Vogt 2000). In der **Adoleszenz** und **jungem Erwachsenenalter** (zwischen 18 und 25 Jahren) führen Schwierigkeiten in der Ausbildung, Jugendarbeitslosigkeit und Unsicherheiten mit der Ablösung aus dem Elternhaus zum Bruch mit der Gesellschaft durch demonstrativen Konsum harter Drogen oder zu einer schleichenden resignativen Akzeptanz durch weiche Drogen, was sich im **mittleren Erwachsenenalter** zwischen 25-40 Jahren bei Männern durch vermehrten Konsum von legalen Drogen (Zigaretten, Alkohol) und durch den Einstieg in den Ausstieg durch illegale Drogen äußert. Nach einer Repräsentativumfrage der Zeitschrift „Sucht“ hat sich 2003 der Anteil der 18-39-jährigen Bundesbürger, die mindestens eine der illegalen Drogen wie Cannabis, Amphetamine, Ecstasy, LSD, Opiaten, Crack und Pilzen auf 33,8% erhöht gegenüber 14,6% (1990). Während 96% der Männer 2003 angaben, mindestens eine dieser Drogen probiert zu haben, waren es bei den Frauen lediglich 5%. (Kraus et al. 2005). Frauen zeigen in dieser Altersgruppe vermehrt psychosomatische Beschwerden, die zu ärztlich veranlassten Benzodiazepinverordnungen führen, die sich im **reiferen Erwachsenenalter** (40-65 Jahre) wegen Hormonumstellungen und Menopausenbeschwerden fortsetzen, während Männer in dieser Altersgruppe oft von Suchthilfestellen nicht aufgefangen werden können, da diese besonders den beruflichen Wiedereinstieg fördern sollen, der bei Suchtkranken in dieser Altersgruppe oft wenig realistisch ist. Schließlich ist die Phase des **Alters** zu nennen, die auf psychotrope Substanzen auf Grund physischer Umstellungsprozesse paradox reagieren kann und die trotz abnehmender Verträglichkeit von Alkohol ein oft unterschätztes Suchtrisiko trägt, das teilweise mit der im Alter steigenden Suizidalität korreliert.

5. Alkoholabhängigkeit

5.1. Definition

Laut WHO sind Alkoholiker exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen. Jellinek versteht unter Alkoholismus jeglichen Gebrauch von alkoholischen Geträn-

ken, der einem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt. Je nach Art des Alkoholkonsums unterscheidet er 5 Typen, während Cloninger nach dem Zeitpunkt des Krankheitsbeginns und der familiären Belastung zwei Typen unterscheidet, denen er unterschiedlich günstige Prognosen zuordnet (s. auch **Anhang 5** *Alkoholismuseinteilung nach Jellinek und Cloninger*)

5.2. Epidemiologie

Alkoholabhängig sind 1-3% der mitteleuropäischen Bevölkerung in der BRD. Die 1-Jahresprävalenz beträgt bei Männern 13.3%, bei Frauen 4,3% (Heroin=1%) (Krausz 2000). Diehl und Mann (2005) gehen von zwei Millionen Alkoholabhängige in Deutschland aus und schätzen, dass für etwa 10 Millionen Menschen ein Behandlungs- oder Beratungsbedarf bezüglich alkoholbezogener Störungen besteht. 4,7 Millionen betreiben ein riskantes Trinkverhalten (Stadium schädlicher Gebrauch), 2,7 Millionen einen schädlichen Gebrauch (Stadium Gewöhnung) und 1,7 Millionen sind abhängig (Stadium Abhängigkeit) (Burt-scheidt 2002). Diese Zahlen decken sich mit neueren Erhebungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., wonach 4,3 Millionen Deutsche einen Alkoholmissbrauch betreiben oder abhängig sind (Hintz et al. 2005). Demgegenüber nehmen 71% der aktuell Alkoholabhängigen keine suchtspezifische Hilfe in Anspruch, während 80% dieser Patienten einmal jährlich ihren Hausarzt konsultieren (ebenda S. 1023). Die Bundesversicherung für Angestellte (BfA) bewilligt jährlich Entzugs- und Entwöhnungstherapien im Wert von 230 Millionen (Lukowski, 2006). In der Altersgruppe der 12-17-jährigen ist der wöchentliche und regelmäßige Alkoholkonsum von 28% (2004) durch die Besteuerung von Alcopops auf 18% (2005) gesunken. 5% aller Beschäftigten gelten als alkoholkrank und 10% als hochgradig gefährdet. 50-70% der Kinder Alkoholabhängiger entwickeln selbst eine Abhängigkeitserkrankung oder eine anders geartete seelische Erkrankung (Lukowski 2006).

5.3. Ätiopathogenese

Die **genetische** Prädisposition gilt inzwischen als gesichert. Inzwischen konnten 12 Gene identifiziert werden, die an der Entstehung der Alkoholkrankheit direkt beteiligt sind und bis zu 150 im weiteren Sinne (Mann 2005). In Zwillings- und Adoptionsstudien konnte nachgewiesen werden, dass die Konkordanzraten für eineiige Zwillinge höher ist als für zweieiige und dass vor allem die männlichen Nachkommen alkoholkranker Elternteile die Suchtentwicklung wiederholen, auch dann, wenn sie als Kinder in abstinenten Familien adoptiert worden sind (Uchtenhagen 2000).

Biologisch: Alle psychotrop wirksamen Substanzen führen zu einer Freisetzung des Neurotransmitters Dopamin in limbischen Strukturen des zentralen Nervensystems. Die Aktivierung des mesolimbisch-telencephalen Dopamin-Systems durch eine Droge führt zu einer positiven Verstärkerwirkung mit Verhaltensweisen, die die Suche und Wiederzufuhr der Droge begünstigen. Die wiederholte Zufuhr der Droge führt in diesen neuronalen Systemen zu Sensibilisierungs- und Konditionierungsvorgängen mit der Folge des **craving**. Das Belohnungssystem verknüpft den positiven Effekt der Droge mit einer bewusstseinsnahen Wahrnehmung, so dass im assoziativen Erinnerungsvermögen der Wunsch nach Wiederholung einer mit der Droge verknüpften angenehmen Erfahrung persistiert. Auf grund überdauernder Sensibilisierungsvorgänge kann es trotz vermeintlich erfolgreichem Entzug selbst nach jahrelanger Drogenabstinenz wieder zu situativ ausgelösten Rückfällen kommen (Zieglgänsberger 2000).

In den **Biographien** von Alkoholkranken findet man oft weitere Alkoholranke, besonders Angehörige 1.Grades. Zudem sind diese Familien oft zerrüttet (broken home families). Eine **soziale Konditionierung** wird durch ein Umfeld gefördert, in welchem übermäßiger und schädlicher Alkoholkonsum zur Norm gehören. Als **psychische Determinanten** lassen sich anamnestic ein schwaches Selbstwertgefühl und vermehrt oral-depressive Abhängigkeitsgefühle eruieren. **Psychodynamische Erklärungsmodelle** sehen die Suchtentwicklung als Regression auf die orale Stufe der Libidoentwicklung. Je nach theoretischem Standpunkt wird Sucht eher als Ersatzbefriedigung oder zur Selbstwertregulierung oder als Ersatzobjekt gesehen.

5.4. Einschub: Suchtkranke Ärzte

Eine Untergruppe der Suchtkranken sind die **suchtkranken Ärzte**, über die es in Deutschland wenig verlässliches empirisches Material gibt, weswegen oft nordamerikanische Erhebungen herangezogen werden, die eins zu eins auf die deutschen Verhältnisse übertragen werden. Demnach gaben 1,6 % der US-Ärzte an, im zurückliegenden Jahr Alkoholmissbrauch betrieben zu haben, 0,2 % nahmen Opiate und 13,6% Benzodiazepine (Kunstmann und Flenker 2005). Rosta (2005) nennt die Zahl von 30.000 bis 45.000 berufstätigen Ärzten mit Alkoholproblemen. Feuerlein (1987) schätzt, dass 2-5 % der männlichen und 1 % der weiblichen Ärzte alkoholgefährdet sind. Als Ursache für die Verleugnung des Problems sieht er psychoanalytisch gesehen sowohl bei den Ärzten als auch bei den Alkoholikern „narzisstische Kränkungen“ bei hohem Ich-Ideal. Naber (1992) weist darauf hin, dass alkoholranke Ärzte eine **geringe Behandlungsmotivation** haben, sich der dringend indizierten Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung zu stellen, was durch falsch verstandene Kollegialität noch verstärkt wird. Entscheidend ist auch, dass ein suchtfährdeter oder -kranker Arzt, der sich vertrauensvoll an seine Landesärztekammer wendet, fürchten

muss seine Approbation und damit Existenz zu gefährden. So ist es nicht verwunderlich, dass bei einer aktuellen Umfrage bei den 17 Landesärztekammern die genannte Zahl der Verdachtsfälle mit 0,04% unter der geschätzten Anzahl von 5% lag (Kunstmann und Flenker, 2005). Erfolgreich haben sich Programme jener Ärztekammern erwiesen, die strukturierte suchtdiagnostische und –therapeutische Maßnahmen anbieten, die den Verlust der Approbation verhindern können (ebenda). In den USA erwies sich ein Unterstützungsprogramm durch die Landesorganisation für suchtkranke Ärzte in Georgia als erfolgreich, es konnten 62% der Betroffenen in ihre Praxis zurückkehren. Auch in Deutschland ist die stationäre Behandlung von Ärzten mit 70-80% erfolgreich. Mäulen et col (1992) wiesen in einer eigenen Untersuchung ein Überwiegen des Alkoholproblems gegenüber den anderen Süchten, der Männer gegenüber der Frauen, der operativen Fächer, der niedergelassenen Allgemeinärzten, sowie der Altersgruppe 41-60 Jahre hin.

5.5. Diagnose

Die Patienten sprechen nur in den seltensten Fällen mit ihrem Hausarzt über ihre Suchtproblematik. Angesichts einer erheblichen Neigung zur Dissimulation obliegt es diesem, an Hand von Kriterien an eine Suchtentwicklung zu denken. *Indirekte Verfahren* sind entsprechende Laborparameter (gGT, ALAT, ASAT, MCV, CDT, dem „Alkoholgedächtnis“), vegetative Symptome und andere körperliche Hinweise. Zu den direkten Verfahren zählt in erster Linie das einfühlsame diagnostische Gespräch und die Anwendung von Testverfahren, wie der „Lübecker Alkoholabhängigkeits- und missbrauchs-Screening-Test (LAST)“ oder die Kurzversion des „alcoholic use disorder identification test“ AUDIT-C (Diehl und Mann 2005). (siehe auch **Anhang Nr. 4 Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala – LARS**).

Helmchen (1985) hatte bereits vor 20 Jahren die Bedeutung der Allgemeinärzte für das Erkennen der Alkoholproblematik hervorgehoben. Er unterschied **unspezifischen Symptome**, die „daran denken lassen“ sollen, wie beispielsweise häufige, aber kurzdauernde Fehlzeiten, wiederholte Unfälle, Nachlassen der Leistungsfähigkeit mit Konzentrationsschwäche und depressiven Verstimmungen usw. von **charakteristischen Merkmalen**, wie systematische Schwindelanfällen mit Gangunsicherheit, morgendliche Appetitlosigkeit mit Übelkeit, passagere Verwirrtheitszustände infolge von Intoxikationen, Lebererkrankungen, Pankreatitis oder Wesensveränderung mit zunehmender Interesseneinengung, Wurstigkeit, Gleichgültigkeit bis hin zur Verwahrlosung. Bei den typischen Symptomen eines Alkoholabusus ist immer an einen gleichzeitigen Benzodiazepinabusus zu denken!

5.6. Predelir und Delir

Das **Delir** ist gekennzeichnet durch Puls- und Blutdruckanstieg, sehr starkes Schwitzen, Brechreiz, Durchfälle, Schlafstörungen, Krampfanfälle und Halluzinationen. Einem **Delirium tremens** geht ein **Predelir** voraus, gekennzeichnet durch optische und szenische Halluzinationen, Suggestibilität, Nestelbewegung bis psychomotorischer Erregung, Orientierungsstörung, Bewusstseinsstörungen. Die Letalität des Delirs beträgt unbehandelt 15-30%, rechtzeitig behandelt immer noch 1-8% (Wissmann, 1987)

5.7. Komorbidität und Risikofaktoren

Angst- und depressive Störungen stehen als Komorbidität im Vordergrund. Ladewig (2002) beziffert die Depressionen mit 27-85% und Angststörungen mit 1-69%, Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit 17-28% , antisoziale Persönlichkeitsstörungen mit 34-52% und Schizophrenien (2-7%). 25% der vollendeten Suizide stehen in Zusammenhang mit Alkoholismus.

Aber auch die psychischen Störungen selbst bergen das Risiko einer Suchtentwicklung. So konnten in prospektiven Studien für eine Untergruppe von Männern und Frauen mit Charakterzügen wie Aggressivität, Verhaltensproblemen, Hyperaktivität und Impulsivität die Entwicklung von Alkoholsucht und Drogenmissbrauch vorhergesagt werden. Persönlichkeitsstörungen sind die häufigste psychiatrische Diagnose bei Suchtpatienten. Als Risikofaktor gilt auch die sexuelle Misshandlung und der stoffliche Missbrauch. Bei alkohol- und anderen suchtabhängigen Adoleszenten betrieben 75% der Eltern der Betroffenen einen Missbrauch psychotroper Substanzen und das Inzestrisiko ist für Kinder aus Alkoholikerfamilien dreimal höher als für Kinder von Nichtalkoholikerfamilien. Die Vorgeschichte von sexueller und körperlicher Misshandlung korreliert mit einer höheren Rate von Suchterkrankungen. (Krausz und Lambert, 2000).

5.8. Ko-Abhängigkeit

Als Ko-Abhängigkeit oder Ko-Alkoholismus versteht man die Bereitschaft eines Angehörigen, sich ganz auf den Suchtkranken einzustellen und eigene Bedürfnisse zurückzustellen. Der Angehörige unterstützt die Abhängigkeitserkrankung bewusst oder unbewusst, weil er hierin seinen Lebenssinn sieht (Lukowski 2006). Im psychoanalytischen Verständnis projiziert der Angehörige eigene Abhängigkeitswünsche auf den Suchtkranken, die er durch passive oder aktive Unterstützung der Suchtneigung ausleben kann. Typisch ist das Beispiel einer älteren Frau, die den mit ihr zusammen wohnenden und schwerst alkoholkranken Sohn

beschimpft, er solle nicht soviel trinken, ihm aber regelmäßig seine Weinbrandflaschen einkaufen geht, damit er sich auf dem Weg zum Getränkeiosk nicht im Vollrausch verletze.

5.9. Verlauf

Der Verlauf einer Alkoholabhängigkeit ist bei jedem Patienten höchst unterschiedlich und von zahlreichen Faktoren abhängig. „Den typischen Alkoholikerwerdegang“ gibt es nicht. Dennoch ist der Vorschlag **Jellineks** einer Phaseneinteilung als Orientierungshilfe nützlich. **Jellinek** unterscheidet folgende Phasen des Verlaufes einer Alkoholabhängigkeit:

1. Voralkoholische Phase mit progredientem Erleichterungstrinken;
2. Prodromalphase mit Toleranzsteigerung, Erinnerungslücken, gieriges Trinken und obsessiven Denken an Alkohol;
3. Kritische Phase mit Zwangstrinken, Kontrollverlust, Wechsel von Abstinenz und Betrinken, aggressives Verhalten, morgendliches Trinken, sowie sozialer Beeinträchtigung;
4. Chronische Phase mit verlängerten, tagelangen Rauschen, Einschränkung des Denkens, passagere alkoholische Psychosen, Verlust der Alkoholtoleranz, Trinken unter sozialem Niveau, Angstzustände und psychomotorische Hemmung.

Die Spontanremission liegt bei 2-20%. Die Abstinenzrate nach einer Langzeitbehandlung beträgt 1%, davon halten 40-60% der Kranken eine 4 Jahres-Abstinenz ein.

5.10. Folgeschäden

Laut WHO beträgt die tägliche Alkoholmenge, die langfristige Folgeschäden erwarten lassen 20 g Alkohol/die für Frauen und 30 g für Männer (nach Hintze et al 2005, siehe auch 2.2). Folgen sind für das Gehirn eine **Kleinhirnschädigung** mit den typischen Folgen von Ataxie und motorischen Koordinationsstörungen und eine **Großhirnatrophie** kortikal und subkortikal mit zum Teil erheblichen kognitiven Defiziten. Bildgebende Verfahren zeigen jedoch, dass die Hirnatrophie sich bei Erwachsenen, die abstinent werden und bleiben, partiell durch Neubildung von Neuronen rückgängig machen lässt (Mann 2005) Weitere neurologische Spätfolgen sind **Epileptische Anfälle** und später die Entwicklung einer **Korsakow-Psychose** oder einer **Wernicke-Enzephalopathie**. Langfristiger Alkoholmissbrauch ist die häufigste Ursache für **Kardiomyopathie** (Rommelspacher 2000). Akute und chronische Pankreatitiden und Leberfunktionsstörungen sind internistischerseits bekannt. In der Geburtshilfe stellt die alkoholische Embriopathie nicht nur ein medizinisches

Problem dar. Die sozialen Folgeschäden reichen von Phänomenen der Devianz bis hin zur Delinquenz. Häufig geht ein protrazierter Alkoholmissbrauch einher mit wiederholter Aggressivität, sexueller Mißhandlung, Arbeitslosigkeit, Frühinvalidität oder sozialer Marginalität.

5.11. Therapie

In der Behandlung suchtkranker Patienten kommt der Kooperation zwischen Hausarzt und psychosozialen Beratungsstellen, Fachärzten und suchterfahrenen Therapeuten große Bedeutung zu. Generell können sich Hausärzte selbst suchtmedizinisch fortbilden und ihren Patienten ein spezielles Angebot unterbreiten, was nicht zuletzt die Behandlungskosten erheblich reduziert. In einer Studie zur ambulanten Versorgung von Patienten mit Alkoholproblemen aus dem Jahr 2001 berichteten entsprechend kooperierende Ärzte von einer qualitativ verbesserten Versorgung und einem schnelleren Zugang ihrer Patienten in das Suchthilfesystem und auf Seiten der Ärzte von einer verbesserten Früherkennung suchtgefährdeter Patienten. Für die ambulante Entgiftung ist die Kooperationsfähigkeit des Patienten und die Einhaltung eines Therapieplans zur Abstinenz ebenso wichtig wie das Vorhandensein eines unterstützenden sozialen Umfeldes. Polytoxikomanie, gravierende Folgeschäden, erhebliche psychiatrische Vorerkrankungen und ein zu erwartendes ernstes Alkoholentzugssyndrom sind hingegen Ausschlusskriterien (Hintz et al. 2005).

Die Therapie suchtkranker Patienten setzt beim Hausarzt eine Sensibilisierung für die Suchtproblematik voraus und die Bereitschaft, das ärztliche Gespräch als genuines ärztliches Instrument nicht nur zu diagnostischen, sondern auch zu therapeutischen Zwecken einzusetzen. „Bereits eine hausärztliche Maßnahme wie Informationen, Aufklärung und Ratschlag von mindestens 30-minütiger Dauer veranlassen bis zu 50% der Patienten, den Alkoholkonsum zu reduzieren“, schreiben die Mannheimer Suchtforscher Alexander Diehl und Karl Mann im Deutschen Ärzteblatt (s. dort 2005, S. C1799). Allerdings erfordert das Ansprechen des Tabu-Themas Sucht das Erlernen einer Gesprächsführung, die mehr ist als der bloße Erwerb einer Gesprächstechnik. Dies gilt auch für die „**Kurzinterventionen**“ („brief interventions“), die aus maximal 4 Beratungseinheiten von 60 Minuten bestehen. Das nicht-konfrontative Vorgehen, die Förderung von Zuversicht und Behandlungsbereitschaft sowie das Festlegen von Behandlungszielen dieser Methoden sind Kernstück sowohl der psychoanalytisch orientierten als auch der modernen kognitiven Verfahren und lassen sich nicht durch einfache Lektüre aneignen. Es gilt das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, ihn nicht zu beschämen und seine Motivation zu fördern und bei den zu erwartenden Widerständen und Rückfällen „am Ball zu bleiben“. Der in der in der Psychosomatischen

Grundversorgung erfahrene Arzt wird das Nicht-Gesagte, weil Unsagbare, sowohl non-verbal als auch verbal erfassen und „zur Sprache bringen“ und einen Veränderungsprozess anstoßen und aufrechterhalten können.

Das Vorgehen bei einem Patienten mit süchtiger Fehllhaltung lässt sich in Phasen einteilen.

1. Motivationsphase: Zunächst gilt es, beim Patienten eine **Krankheits-einsicht** und **Behandlungsbereitschaft** zu wecken. Durchschnittlich benötigen Männer im Durchschnitt ca. 10 Jahre, Frauen etwa 6 Jahre.
2. Entgiftungsphase: Hat sich der Patient dafür entschieden, abstinent zu werden, wird eine **Behandlung der Entzugssymptome** anzustreben sein. Hierbei wird der Hausarzt entscheiden, ob die Behandlung stationär oder ambulant durchzuführen ist (s. auch Kasten „*Ein- und Ausschlusskriterien für die ambulante Entgiftung*“). Hierbei kommen niedrigdosierte Neuroleptika, Carbamazepin und Benzodiazepine zum Einsatz, bei Delir zusätzlich Chlomethiazol (Distraneurin). Für die ambulante Entgiftung und die nachstationäre Abstinenzförderung haben sich in der Praxis sogenannte Anti-Craving-Mittel bewährt :
 - **Acamprosate** (Campral®), das über eine Modulation der glutamatergen Transmission wirkt. Die Dosis beträgt 3x2 Tabletten und sollte 12 Monate verabreicht werden. Nebenwirkung: Durchfall, Übelkeit, Erbrechen;
 - **Naltrexone** (Nemexin®), das als kompetitiver Antagonist am Opiatrezeptor wirkt. Die Tagesdosis beträgt einmalig 50mg. Nebenwirkung: Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen, Antriebsschwäche, Gelenk- und Muskelschmerzen, Angstzustände, Kopfschmerzen. Das Präparat ist im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern in Deutschland für die Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit noch nicht zugelassen. (Hillemacher und Bleich, 2005);
 - **Disulfiram** (Antabus). Dieses Präparat kommt wegen möglicher lebensbedrohlicher Nebenwirkung nur in speziellen Suchteinrichtungen zum tragen. Die Befürworter der medikamentösen Behandlung räumen ein, dass diese nur in Kombination mit Psychotherapie ihre Wirkung entfalten.
3. Entwöhnungsphase: Klassischerweise schließt sich an eine ca. 14-tägige stationäre Entgiftung eine Langzeittherapie mit Tagesstrukturierung und psychotherapeutischen Angeboten in dafür vorgesehenen Langzeiteinrichtungen von 6-16 Wochen, in manchen Fällen bis zu einem Jahr. In der ambulanten Behandlung werden hierfür ca. 18 Monate anberaumt.

4. Nachsorgephase: In dieser Phase der gilt es, durch **Rehabilitation** und **Stabilisierung** die erreichte Abstinenz zu erhalten. Hierfür werden 2-3 Jahre veranschlagt (modifiziert nach Burtscheid 2002) (s. auch Anhang 1 „*Rehabilitation*“).

5.12. Suchtselbsthilfe

Es ist inzwischen belegt, dass die Teilnahme an einer Suchtselbsthilfegruppe die Rückfallquote signifikant zu senken und die Abstinenzperioden zu verlängern vermag. Da die erfolgreichsten unter ihnen, die **Anonymen Alkoholiker** sich einer Beforschung zur Wahrung ihrer Anonymität widersetzen, untersuchte die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) jene Selbsthilfegruppen, die in den Freien Wohlfahrtsverbänden organisiert sind. Männer überwiegen in den Suchtselbsthilfegruppen (58% zu 42%), während nur 22% der Männer ihre Angehörigen in den Angehörigengruppen begleiten gegenüber 76% der Frauen. Erwartungsgemäß überwiegt die Alkoholsucht (88%), gefolgt von Medikamentenabhängigkeit (2%) und Esssucht(1%). Mit einer Rückfallquote von nur 17% nach einem Jahr bei regelmäßiger Teilnahme und einem Verbleib von 72% in der Gruppe, die als stabilisierend wahrgenommen wird, nimmt diese Form der Sekundärprävention ihren festen Platz in der Therapie der Suchtkranken ein (Hessische Landesstelle für Suchtfragen, Frankfurt, 2005).

5.13. Psychosomatische Herangehensweise

5.13.1. Psychosomatisch orientiertes Ärztliches Gespräch

Um einen Risikopatienten zu erkennen ist es für den Arzt in der ärztlichen Praxis wichtig, Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten und ernst zu nehmen. Dazu zählen Leistungsabfall, Vernachlässigungstendenzen, klinische Zeichen (Miosis, Foetor ex ore) wie auch psychische Auffälligkeiten. Das Gespräch mit dem Patienten) sollte sachlich und informativ sein und die Überweisung an einen Fachkollegen abwägen. Fisch (1998) schlägt folgende Herangehensweise für ein psychosomatisch orientiertes Gespräch in der Praxis vor. Durch ein eingehendes Gespräch, das von einem aktiven empathisches Zuhören geprägt ist und dem Patienten in der Eröffnung die Initiative überlässt, stellt der Arzt Weichen für ein Vertrauensverhältnis und gewinnt wichtige Informationen, die der Patient oft eher „beiläufig“ nennt. Anschließend folgt eine somatische Untersuchung, die wichtige Hinweise und Befunde ergibt. Im nächsten Schritt folgt eine klare Darlegung der Untersuchungsergebnisse. Es ist wichtig, dass der Arzt den Patienten, der um seine Erkrankung weiß, aber sie verleugnet, auf keinen Fall beschämt wird. Dabei ist es

wichtig, dass der Arzt stets die Scham anspricht, Der Arzt versucht die Verantwortung des Patienten und sein Bewusstsein hierfür zu fördern, während Schuldvorwürfe oder -zuweisungen das Vertrauensverhältnis in der Arzt-Patienten-Beziehungen in Frage stellen. Es empfiehlt sich auch ein „Alkoholtagebuch“ zu führen. Entscheidend ist jedoch die Arztpräsenz gerade bei einem bei Rückfall, um zu verhindern, dass der Patient wieder in den status quo ante verfällt. Nur wenn er ihn nicht bewertet, sondern unablässig ermutigt, wird dieser einen Neuanfang wagen.

5.13.2. Tiefenpsychologische Suchttheorien:

Sehr vereinfachend und schematisch sollen drei verbreitete tiefenpsychologische bzw. psychoanalytische Suchttheorien vorgestellt werden:

1. *Triebpsychologisches Konfliktmodell*: Der Suchtmittelgebrauch dient der direkten Befriedigung unbewußter (meist oraler) Wünsche und ist ein reaktualisierter, missglückter Kompromissversuch zwischen den psychischen Instanzen Ich und Es. Die Sucht wäre demnach Ersatzbefriedigung.
2. *Ichpsychologische Suchttheorie*: Der Suchtmittelgebrauch wird als kompensatorischer Selbstheilungsversuch angesichts mangelhaft ausgebildeter Ich-Funktionen wie Frustrationstoleranz oder Reizschutz gegen Schmerz, Angst und Depression verstanden. Er dient der Affekt- und Selbstwertregulierung.
3. *Objektbeziehungstheorie der Sucht*: Die psychische Entwicklung Süchtiger ist geprägt vom Misslingen der realitätsgerechten Internalisierung von Repräsentanzen von Objekten (relevante Bezugspersonen der frühen Kindheit) und vom Selbst-(bild) in die innere Welt. Die Inkorporation stellt die Psychopathologie stoffgebundener Süchte dar. Das Suchtmittel kann Objektersatz, Partialobjekt oder Übergangsobjekt sein. (Bilitza, 1993)

5.13.3. Übertragung – Gegenübertragung – Widerstand

Der Arzt führt das psychosomatische ärztliche Gespräch unter Beachtung folgender psychischer Parameter (nach Karl König 1993)

Übertragung: Personen aus der Gegenwart werden unbewusst mit Personen der Vergangenheit, an die sie erinnern, verwechselt. Der Patient möchte vom Arzt „wie von einer Mutter“ versorgt werden.

Gegenübertragung: Der Arzt achtet auf alle Gefühle, Stimmungen, Phantasien und Handlungsimpulse, die bei ihm im Umgang mit dem Patienten auftreten und versucht zu verstehen wie sie zustande kommen. So

fühlt sich der Arzt veranlasst, *wie* ein autoritärer, versagender Vater oder *wie* eine versorgende Mutter zu (re)agieren. Oder er wird, narzisstisch verführt, sich selbst seiner Fähigkeiten rühmen. Bei Übertragung eines verachtenden Objektes wird er den Patienten verachten und wird über seinen unprofessionellen Hass erstaunt sein, bis er ihn verstanden hat.

Widerstand: Jegliches Verhalten des Patienten, das sich gegen das Fortschreiten des therapeutischen Prozesses richtet. Der Patient behindert das Fortschreiten der Therapie, obwohl er sich motiviert zeigt. Er erlebt den konfrontierenden Arzt als verachtend und wehrt sich. Wenn der Arzt sich nicht mit dem schwachen Ich des Patienten verbündet und es stärkt, sondern Unbewusstes rasch aufdecken will, wird der Patient die Therapie abbrechen. Abwehrmechanismen, die sich mit dem Widerstand verbünden, sind Leugnen und Bagatellisieren.

Allerdings soll nicht unerwähnt bleiben, dass der Arzt genau wie sein Patient aus unbewussten Motiven handeln kann, was als ***Übertragungsgieren*** bezeichnet wird. Beispiel: Mühsam ist es dem Patienten gelungen, unter dem engagierten Mitwirken seines Arztes, abstinent zu werden. Nun ist er rückfällig geworden. Der Rückfall bedeutet *unbewusst* für den Patienten, dass er sich gegenüber dem Arzt behaupten und abgrenzen will, wie seinerzeit gegenüber seinen Eltern. Der Arzt wird hoffnungslos und wehrt es durch Überaktivität ab. Er möchte ihm noch mehr „Gutes“ zukommen lassen, noch mehr Ratschläge und Empfehlungen usw. Der Patient fühlt sich von seinem Arzt unverstanden, weil dieser genauso hilflos auf seine Signale reagiert wie damals seine Eltern.

In einem anderen Fall handelt der Arzt auf unbewusste Stimuli seines Patienten mit heftiger Reaktion, wobei die Motive unbewusster Natur sind. Dieses unbewusst motivierte Reagieren auf den Patienten nennt man ***Gegenübertragungsgieren***. Beispiel: Mühsam ist es dem Patienten gelungen, unter dem engagierten Mitwirken seines Arztes, abstinent zu werden. Nun ist er rückfällig geworden. Der Arzt fühlt sich in seinem Selbstverständnis als Macher und Heiler narzisstisch gekränkt. Er wendet sich vom Patienten ab, weil er „unbehandelbar“ sei. (Gerbeit 1993)

6.1. Anhang 1: Rehabilitation

- Absolute Abstinenz ist kein Therapieziel der Nachsorgephase mehr (ideologielastig, Rückfallfördernd) und ist nur bei einer Minderheit der Süchtigen zu erzielen.
- Eine kurze Abstinenzverletzung ist prognostisch günstiger als die Rückkehr zu einem längerem süchtigen Verhalten
- Die Analyse der Abstinenzverletzung dient in der psychotherapeutischen Behandlung der Benennung individueller Risikofaktoren und der Förderung alternativer Bewältigungsstrategien
- Ziel erfolgversprechender Langzeitrehabilitation ist ein individuelles Therapieprogramm, das den Patienten dort abholt, wo er steht. Das bedeutet ein Vorgehen in 4 Schritten:
 1. Überlebenssicherung (Evaluation des sozialen und somatischen Ausgangsstatus)
 2. Schadensbegrenzung (Medizinische und soziale Interventionen)
 3. Abstinenzperioden verlängern
 4. Beeinflussung des Suchtverhaltens durch psychische Stabilisierung und eventuell
- Medikamentöse Zusatzbehandlung
 1. Antabus® (Disulfiram) 250mg. Der Acetaldehyddehydrogenasehemmer verursacht Übelkeit und vegetative Dysfunktion. Nur bei motivierten und kooperationsfähigen Pat. in Kombination mit Psychotherapie
 2. Campral®(Acamprosat). Der GABA-Antagonist wird in einer Tagesdosis von 2gr. über 6-12 Monate verabreicht. Studienaussagen fehlen.
 3. Medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung der Komorbiditätserkrankungen. Im Grunde Behandlung der Kernproblematik.

6.2. Anhang 2: Andere stoffgebundene Suchtmittel

6.2.1. Benzodiazepin- und Hypnotikaabhängigkeit

In der ICD10- Klassifikation werden Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika unter F13 beschrieben.

Die **Intoxikation** geht einher mit Somnolenz und Sopor, Hypersomnie, Läppische Euphorie, Amnesie, schwere Muskelschwäche und EEG-Veränderungen

Reine Intoxikationen führen selten zu Todesfällen, eher die **Mischintoxikationen** mit Alkohol oder Opiaten etc. (Poser, 1992)

Paradoxe Reaktionen (Verwirrtheit, Aggression) weisen besonders bei älteren und hirnganisch vorgeschädigten Patienten auf die Gefahr der **Kumulation** hin.

Körperliche Abhängigkeit kann bereits durch eine therapeutische Dosis entstehen, gekennzeichnet durch **Entzugssymptome** (Vegetative Entzugserscheinungen, Angstzustände, perzeptuelle Störungen, Photophobie, Synästhesien, Entzugssychose/-delir/-depressionen und Entzugskrampfanfälle)

Als **Risikofaktoren** gelten eine Suchtanamnese, sowie Angst- und Depressionserkrankungen. Frauen sind häufiger betroffen als Männer und das Erkrankungsalter ist mit über 42 Jahren eher spät. Als Abusus wird die Einnahme ohne medizinische Indikation bezeichnet, die eher Jüngere und Polytoxe betrifft. Eine Toleranzentwicklung ist nicht belegt (Ziegler, 1992). Bei der Abhängigkeit oder *low dose dependency* besteht eine physische Abhängigkeit bei therapeutischen Dosen (30mg Diazepam), wobei die Entzugssymptome vital bedrohlich sind. Bei der *high dose dependency* werden hohe Dosen über einen langen Zeitraum konsumiert mit der Folge von schweren Entzugserscheinungen, insbesondere in Kombination mit anderen Suchtstoffen wie Alkohol. Es kann sich ein Postentzugssyndrom mit Affektlabilität entwickeln.

Die Benzodiazepin- und Hypnotikaabhängigkeit hat die günstigste **Prognose** der Suchtkrankheiten quoad vitam et quoad sanationem.

Therapie: Die Entzugsbehandlung dauert wegen der langen Eliminationszeiten in etwa doppelt so lange wie die des Alkoholentzugs. Sie ist begleitet von Angststörungen und Schlafstörungen mit Albträumen. Benzodiazepinen werden mit Benzodiazepine entzogen, da Antidepressiva und Neuroleptika die Krampfschwelle senken (z. B. mit Partialagonist Clonazepam, Rivotril®).

Substitutionsbehandlung: Nach den Substitutionsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 28.10.2002 bedarf es keiner schweren Begleiterkrankungen mehr, damit Opiatabhängige sich einer Substitutionsbehandlung zulasten der Krankenkasse unterziehen dürfen. Nur Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ sind hierzu berechtigt. Eine Indikationsüberprüfung durch die Kommission der kassenärztlichen Vereinigung ist nach 5 Jahren verpflichtend (Rheinberger 2002)

6.2.2. Abhängigkeit durch Opioide

Die Abhängigkeit und die Verhaltensstörungen durch Opioide (ICD10-Klassifikation: F11) sind gekennzeichnet durch eine starke psychische Abhängigkeit, fehlende körperliche Abhängigkeit und Toleranzentwicklung, sowie eine starke Tendenz zur wiederholten Einnahme.

6.2.3. Abhängigkeit durch Cannaboide

Die Abhängigkeit und die Verhaltensstörungen durch Cannaboide (ICD10-Klassifikation: F12) sind gekennzeichnet durch eine mäßige psychische Abhängigkeit und das Fehlen einer körperlichen Abhängigkeit und Toleranzentwicklung sowie eines Abstinenzsyndroms.

Der rapide Anstieg des illegalen Drogenkonsums geht vor allem auf einen vermehrten Anstieg des Cannabiskonsums (2003: 33,1% gegenüber 1990: 14%) bei den unter 40-jährigen. Das bedeutet, dass 1,1% der Bundesbürger als cannabisabhängig gelten (Kraus 2005). Der Cannabiskonsum steigert dosisabhängig das Risiko für das Auftreten psychotischer Symptome (Henquet et al 2005 zit. in Neurologie und Psychiatrie 2006)

6.2.4. Abhängigkeit durch Kokain

Die Abhängigkeit und die Verhaltensstörungen durch Kokain (ICD10-Klassifikation: F14) sind gekennzeichnet durch eine starke psychische Abhängigkeit, das Fehlen einer körperlichen Abhängigkeit und Toleranzentwicklung sowie eine starke Tendenz zur wiederholten Einnahme.

6.2.5. Abhängigkeit durch Stimulantien (Amphetamine)

Die Abhängigkeit und die Verhaltensstörungen durch Stimulantien (Amphetamine) (ICD10-Klassifikation: F15) sind gekennzeichnet durch eine leichte bis starke psychische Abhängigkeit (cave paranoid-halluzinatorische Psychose), keine eindeutige körperliche Abhängigkeit (Entzugsdepression), aber einer Toleranzentwicklung sowie eine starke Tendenz zur wiederholten und kontinuierlichen Einnahme.

6.2.6. Abhängigkeit durch Halluzinogene (LSD)

Die Abhängigkeit und die Verhaltensstörungen durch Halluzinogene (LSD), (ICD10-Klassifikation: F16) sind gekennzeichnet durch eine fehlende psychische Abhängigkeit (**cave:** Horror Trip), keine körperliche Abhängigkeit (**cave:** kann Psychosen auslösen), aber eine rasche Toleranzentwicklung, die nach dem Rausch abklingt und eine starke Tendenz zur wiederholten Einnahme

6.3. **Anhang 3**: Ein- und Ausschlusskriterien für die ambulante Entgiftung

ANHANG 3 **Ein- und Ausschlusskriterien für die ambulante Entgiftung**

Einschlusskriterien für die ambulante Entgiftung

- Alkoholabhängigkeit nach ICD 10-Kriterien bzw. Alkoholmissbrauch nach DSM-IV-Kriterien
- Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit
- Bereitschaft zur Abstinenz und Einhaltung des Therapieplans
- Unterstützende Bezugsperson im häuslichen bzw. näheren sozialen Umfeld

Ausschlusskriterien für die ambulante Entgiftung

- Missbrauch und Abhängigkeit von mehreren psychotropen Substanzen (Polytoxikomanie)
- Gravierende Entzugssymptomatik in der Vorgeschichte mit relevanten neuropsychiatrischen Folgeschäden (epileptische Anfälle, Alkoholdelir, Alkoholhalluzinose)
- Primäres epileptisches Anfallsgeschehen
- schwere psychische Erkrankung (z.B. Schizophrenie)
- schwere kognitive Defizite
- schwere medizinische Erkrankungen (Pneumonie, Tuberkulose, andere Infektionen, Zustand nach Kopfverletzung, dekompensierte Leberzirrhose, erosive Gastritis, Pankreatitis, deutlich reduzierter Allgemeinzustand) je nach Einschätzung des aktuellen klinischen Bildes
- schwere behandlungsbedürftige Herz-Kreisstörungen
- im Vorfeld nicht vorhandene Abstinenzmöglichkeit
- zu erwartendes schweres Alkoholentzugssyndrom (Abschätzung anhand LARS und AES-Skala)

LARS, Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala, AES, Alkoholentzugsskala

(Quelle: Hintz et al, Dt. Ärzteblatt, 6.Mai 2006)

6.4. Anhang 4: Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala (LARS)

ANHANG 4

Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala (LARS)

Anamnese

Anzahl der stationären Entgiftungsbehandlungen (mit medikamentöser Behandlung) in der Vorgeschichte	
Anzahl der ambulanten Entgiftungsbehandlungen (mit medikamentöser Behandlung) in der Vorgeschichte	
Anzahl der Entzugsdelire in der Vorgeschichte	
Anzahl der Krampfanfälle im Entzug in der Vorgeschichte	
Gleichzeitiger Medikamentenmissbrauch Benzodiazepine Barbiturate Clomethiazol (Distraneurin)	(ja=1, nein=0)
Regelmäßiger Alkoholkonsum in den letzten vier Wochen	(ja=1, nein=0)
Spiegeltrinker, v.a. in den letzten vier Wochen	(ja=1, nein=0)
Häufige Schlafstörungen in der letzten Woche	(ja=1, nein=0)
Häufige Alpträume in der letzten Woche	(ja=1, nein=0)
Unregelmäßige Ernährung in der letzten Woche (vorwiegend alkoholische Getränke, kaum feste Nahrung)	(ja=1, nein=0)
Mehrfaches Erbrechen in der letzten Woche	(ja=1, nein=0)

Untersuchungsbefunde

Alkoholspiegel (bei Aufnahme) in Promille	
Trotz Alkoholkonsum (bei >1) in Promille -Zittern -Erhöhte Scheißneigung -Pulsfrequenz >100	(ja=1, nein=0)
Anzahl der Krampfanfälle (unmittelbar vor Aufnahme bzw. bei Untersuchung)	
-Polyneuropathie	(ja=1, nein=0)
-Ataxie	(ja=1, nein=0)
Elektrolytstörungen: -Natrium (136 mmol/l) -Kalium (<2,2 mmol/l) -Chlorid (<96 mmol/l)	(ja=1, nein=0)
Summe:	

Modifiziert nach Lukowski 2006

6.5. Anhang 5: Alkoholismuseinteilung nach Jellinek und Cloninger

ANHANG 5

Alkoholismuseinteilung nach Jellinek und Cloninger

EINTEILUNG NACH JELLINEK:

- a-Alkoholismus: psychische Abhängigkeit, familiäre und soziale Komplikationen
- β-Alkoholismus: Gelegenheitstrinker
- ?-Alkoholismus: Toleranzsteigerung, Kontrollverlust, Abstinenzprobleme: Alkoholismus im engeren Sinne
- d-Alkoholismus: Tägliches übermäßige Trinken, kein Kontrollverlust
- e-Alkoholismus: Quartalstrinker, Wechsel von mäßigem und unmäßigem Trinken

EINTEILUNG NACH CLONINGER:

- Typ-I-Alkoholiker: später Krankheitsbeginn, geringe familiäre Vorbelastung, relativ günstige Prognose
- Typ-II-Alkoholiker: früher Krankheitsbeginn, starke familiäre Vorbelastung, hauptsächlich Männer, antisoziale Persönlichkeitsstörung, ungünstige Prognose (genetisch belastet)

7. Literaturangaben:

- **Klaus Walter Bilitza (1993):** Suchttherapie und Soziotherapie. Psychoanalytisches Grundwissen für die Praxis. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen Zürich
- **Gerhard Bühringer, Rita Bauernfeind, Ronald Simon, Ludwig Kraus (2000):** Entwicklung der Konsumhäufigkeiten und -muster in der Bevölkerung: In: Uchterhagen/ Zieglgänsberger: Suchtmedizin. Urban & Fischer, München Jena, 2000. S. 129-135
- **Lorenz Böllinger (2005):** Gebrauch und Abhängigkeit von illegalen Drogen – Ansätze zu einer metapsychologischen Eingrenzung. In: Psyche, 59. Jg., Juni 2005, S. 491 - 533
- **Alexander Diehl, Karl Mann (2005):** Früherkennung von Alkoholabhängigkeit. Probleme identifizieren und intervenieren. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 33, 19.08.2005, S. C1794-C1799
- **W. Burtscheidt (2002):** Störungen durch Alkohol. In: Wolfgang Gaebel und Klaus Müller-Spahn (Hrg.): Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. S. 164-186. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- **H.U. Fisch (1998):** Selbstschädigendes Verhalten: das Beispiel Alkoholismus. In: Uexküll, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, S. 560-566
- **W. Feuerlein (1987):** Alkoholprobleme des Arztes. In: H. Helmchen und H. Hippus (Hrg.): Psychiatrie für die Praxis 5. MMV Medizinverlag München.
- **Sigmund Freud (1998):** Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. Ges. Werke Bd.I, S. 489-516, Fischer Verlag Frankfurt
- **Heidmarie Gerbeit (1993):** Psychoanalytische Diagnostik – Stellenwert und Bedeutung im Prozess der Behandlung. In: Klaus Walter Bilitza (Hrg.) Suchttherapie und Soziotherapie Psychoanalytisches Grundwissen für die Praxis. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen Zürich.
- **H. Helmchen (1985):** Missbrauch und Abhängigkeit in der Praxis. In: H. Helmchen und H. Hippus (Hrg.): Psychiatrie für die Praxis 5. MMV Medizinverlag München,
- **C. Henquet et al. (2005):** Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis and psychotic symptoms in young people. BMJ 2005; 330:7481 zit. in INFO Neurologie und Psychiatrie, 2006, Vol 8, Nr. 1, S.8
- **Thomas Hillemacher, Stefan Bleich (1985):** Medikamentöse Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit. Wichtige Helfer zum „trocken“ bleiben. In: Der Neurologe und Psychiater, 1-8/05, S. 41-43

- **Thomas Hintz, Goetz Schmidt, Andrea Reuter-Merklein, Helmut Nakovics, Karl Mann (2005):** Qualifizierter ambulanter Alkoholzug. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 18, 06.05.2005, S. C1023-C1028
- **Karl König (1993):** Grundkonzepte der psychoanalytischen Technik: Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand. In: Klaus Walter Bilitza (Hrg.) Suchttherapie und Soziotherapie Psychoanalytisches Grundwissen für die Praxis. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen Zürich.
- **Michael Krausz , Martin Lambert (2000):** Entwicklung der Konsumhäufigkeiten und -muster in der Bevölkerung: In: Uchterhagen/ Zieglängsberger: Suchtmedizin. Urban & Fischer, München Jena. 2000. S. 206-212
- **Wilfried Kunstmann, Ingo Flenker (2005):** Suchterkrankungen bei Ärzten. Bei Therapie gute Aussicht auf Heilung. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 27, 8.7.2005, S. C1544-C1546
- **Ludwig Kraus, Rita Augustin (2005):** Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. SUCHT, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 51. Jg., Sonderheft 1, März 2005. Zitiert in nda 6/2005, S. 5-6.
- **M. Krausz, H.L. Kröber (2000):** Sucht In: H.H. Studt und E.R. Petzold (Hrg.) Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse – Psychosomatik – Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. De Gruyter, Berlin-New York.
- **D. Ladewig und R. Stoller (2002):** Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In: Wolfgang Gaebel und Klaus Müller-Spahn (Hrsg.): Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. S. 157-164). Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- **Thomas Lukowski (2006):** Alkoholranke in der Nervenarztpraxis. In: Der Neurologe und Psychiater,3/06, S. 35-40
- **Hessische Landesstelle für Suchtfragen, Frankfurt (2005):** Suchtselbsthilfe in Hessen: Erfolgreich gegen die Abhängigkeit. Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) stellt erste hessenweite Erhebung vor. In: Hessisches Ärzteblatt 2/2006, S. 103.
- **Karl Mann (2005):** Weltkongress für Alkoholforschung in Mannheim. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 20, 20.05.2005, S. C1159-C1160
- **B. Mäulen, M. Gottschaldt, W. Feuerlein, G. Bonitz (1992):** Abhängigkeit bei Ärzten. Eine klinische Studie zu Betroffenen in der Bundesrepublik Deutschland. In: H. Helmchen und H. Hippus (Hrg.): Psychiatrie für die Praxis 15. MMV Medizinverlag München.
- **D.Naber (1992):** Wie kann suchtkranken Ärzten geholfen werden? In: H. Helmchen und H. Hippus (Hrg.): Psychiatrie für die Praxis 15. MMV Medizinverlag München.
- **A. Pietzger (19985):** Rauschdrogenmissbrauch und Abhängigkeit In: **H. Helmchen und H. Hippus** (Hrg.): Psychiatrie für die Praxis 1. MMV Medizinverlag München,1985

- **W. Poser (1992):** Langzeitverlauf und klinische Bedeutung der Benzodiazepinabhängigkeit. In: **W. Poser und E. Rüter** (Hrg.): Psychiatrie für die Praxis. Benzodiazepine: Eine Standortbestimmung. MMV Medizinverlag München, 1992
- **Paul Reinberger (2005):** Mehadon-Substitution neu geregelt. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 44, 1.11.2002, S. C2311
- **Hans Rommelspacher (2000):** Alkohol. In: In: Uchterhagen/ Zieglgänsberger: Suchtmedizin. Urban & Fischer, München Jena, 2000. S. 30-39
- **Judith Rosta (2005):** Ärzte mit Alkoholproblemen. In: VDÄÄ-Rundbrief 2/2005, 20. Jg., S13
- **Ambros Uchtenhagen (2000):** Suchtkonzepte: Theoretische Modelle zur Erklärung von Abhängigkeit. In: Uchterhagen/ Zieglgänsberger: Suchtmedizin. Urban & Fischer, München Jena, 2000. S. 193-195)
- **Irmgard Vogt (2000):** Risikoperioden im Lebenszyklus. In: Uchterhagen/ Zieglgänsberger: Suchtmedizin. Urban & Fischer, München Jena, 2000. S. 212-215
- **Irmgard Vogt (2000a):** Geschlechtsspezifische Gefährdungen. In: Uchterhagen/ Zieglgänsberger: Suchtmedizin. Urban & Fischer, München Jena, 2000. S. 215-219
- **Weltgesundheitsorganisation (1994):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 Kapitel V(F), Forschungskriterien. Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort (Hrg.). Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle
- **J. Wissmann(1987):** Alkoholentzug – Prädelir – Delirium tremens In: H. Helmchen und H. Hippus (Hrg.): Psychiatrie für die Praxis 5. MMV Medizinverlag München.
- **G. Ziegler:** Die Praxis der Benzodiazepinwirkung. In: **W. Poser und E. Rüter** (Hrg.): Psychiatrie für die Praxis. Benzodiazepine : Eine Standortbestimmung. MMV Medizinverlag München, 1992