

Liste psychotroper Substanzen

- Alkohol
- Benzodiazepine: Adumbran, Dalmadorm, Diazepam, Frisium, Halcion, Lexotanil, Librium, Mogadan, Noctamid, Normoc, Planum, Rohypnol, Tafil, Tavor, Tranxilium, Valium, u.a.
- Schmerzmittel: Codein, Codicaps, Codipront, Paracodein, Tussoretard, Dolomo, L-Polamidon, Valoron, MST, Nedolon, Remedacen, Temgesic, Tramal, Dolviran, u.a.
- Anregungsmittel: AN 1, Captagon, Fugoa, Katovit, Ponderax, Reactivan, Recatol, Ritalin, Rosemon, Tradon, u.a.
- Stimulantien: Amphetamine, Speed, Khat, u.a.
- Cannabinoide: Cannabis, Marihuana, Haschisch, u.a.
- Opiate: Heroin, Morphinum, Methadon, u.a.
- Kokain: Kokain, Freebase, Crack, Kokablätter, u.a.
- Halluzinogene: Angel Dust, Ketanest, PCP, Exctasy, DOM, DMT, LSD, DOT, Mescaline, u.a.
- Lösungs- und Schnüffelstoffe: Benzin, Farbstoffe, Lösungsmittel

DSM-IV-Diagnostik

1. Störungen durch Konsum psychotroper Substanzen:
 - Abhängigkeit (A)
 - Missbrauch (M)
2. Substanzinduzierte Störungen:
 - Intoxikation (I)
 - Entzug (E)
 - Delir (D)

Überblick über die in DSM-IV unterschiedenen Substanzgruppe

Substanzgruppen	A	M	I	E	D
Alkohol	x	x	x	x	I/E
Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika	x	x	x	x	I/E
Opiate	x	x	x	x	I
Amphetamine	x	x	x	x	I
Cannabinoide	x	x	x		I
Halluzinogene	x	x	x		I
Phencyclidine (PCP)	x	x	x		I
Inhalanzien	x	x	x		I
Koffein			x		
Kokain	x	x	x	x	I
Nikotin	x			x	
Andere	x	x	x	x	I/E

I/E = Delir im Rahmen einer Intoxikation (I) oder eines Entzugs (E)

DSM-IV-Kriterien der Substanzabhängigkeit

Mindestens 3 der folgenden Symptome (die in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führen) über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten:

- 1 Toleranzentwicklung (d.h. deutlich größere Mengen der Substanz werden benötigt, um Intoxikation oder erwünschte Effekte zu erreichen, oder deutlich verminderte Wirkung bei gleicher Menge)
- 2 Entzug (d.h. typisches Entzugssyndrom oder Konsum mit der Absicht, Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden)
- 3 Konsum häufig in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt
- 4 Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren
- 5 Hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Besuch mehrerer Ärzte oder lange Fahrten), sie zu konsumieren (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihren Auswirkungen zu erholen
- 6 Aufgabe oder Einschränkung von wichtigen sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten wegen des Substanzkonsums
- 7 Konsum wird fortgesetzt trotz Erkennens anhaltender oder wiederkehrender körperlicher oder psychischer Probleme, die durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurden (z.B. fortgesetzter Kokainkonsum trotz kokain-induzierter Depression)

DSM-IV-Kriterien des Substanzmissbrauchs

Mindestens eines der folgenden Symptome (das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt) über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten:

- 1 Wiederholter Substanzkonsum führt zu einem Versagen bei wichtigen Aufgaben in der Arbeit, Schule oder zu Hause (z.B. fehlt wiederholt bei der Arbeit oder schlechte Arbeitsleistung im Zusammenhang mit Substanzkonsum; geht nicht mehr zur Schule oder wird von der Schule ausgeschlossen; vernachlässigt Kinder oder Haushalt)
- 2 Wiederholter Substanzkonsum in Situationen, in denen dies zu körperlicher Gefährdung führen kann (z.B. fährt ein Auto oder bedient eine Maschine unter Beeinträchtigung durch Substanzkonsum)
- 3 Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz im Zusammenhang mit der Substanz (z.B. Festnahmen wegen ungebührlichen Betragens unter Substanzeinfluss)
- 4 Fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch Auswirkungen der Substanz verursacht oder verstärkt wurden (z.B. Streit mit Partner über Folgen einer Intoxikation; tätliche Auseinandersetzungen)

Komplikationen von chronischem Substanzkonsum

Körperlich:

- Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen
- gastrointestinale Störungen
- Herzerkrankungen
- Polyneuropathie
- Karzinome
- Infektionserkrankungen wie Hepatitis oder AIDS
- Krankheiten durch Fehl- oder Unterernährung
- Haut- oder Geschlechtskrankheiten
- Kopfschmerzen
- Schlaflosigkeit

u.a

Psychisch:

- Reizbarkeit
- Unzufriedenheit
- bei Jugendlichen emotionale und soziale Entwicklungsstörungen
- Partnerschaftsprobleme
- Arbeitsplatzprobleme
- Straffälligkeit bei illegalen Drogen (inkl. Beschaffungskriminalität)
- Beschaffungsprostitution

u.a.

Diagnostik bei Substanzstörungen

Oft erhebliche Bagatellisierungstendenz der betroffenen Patienten; daher müssen unterschiedliche diagnostische Quellen berücksichtigt werden:

- Beobachtung der äußeren Symptomatik
- klinisches Interview
- Befragung von Angehörigen
- Fragebogen und Tests
- chemisch-toxikologische Analysen (z.B. Urinproben für illegale Drogen und Medikamente, Blutalkoholkonzentration, Atemluftanalyse für Alkohol und Nikotin, Haaranalysen, bestimmte Leberparameter)

Substanzstörungen: Epidemiologische Befunde aus Deutschland

- Alkoholabhängigkeit: ~ 2,5-3 Mio. (~ 5% der erwachsenen Männer und ~ 2% der Frauen)
- Abhängigkeit von illegalen Drogen: 70.000 - 105.000 (harter Kern mit i.V.-Einnahme; nur alte Bundesländer)
- Medikamentenabhängigkeit: etwa 1,5 Mio., davon 1,2 Mio. von Benzodiazepinderivaten
- Tabakmissbrauch (> 10 Zigaretten/tgl.): 10 Mio. (22% der 18-54jährigen)
- Geschlechtsverteilung: bei Alkohol und Drogen ♂ > ♀; bei Medikamenten ♂ < ♀
- Alter bei Erstkonsum (Medianwerte): Tabak 16 J.; Alkohol 16-18 J.; Haschisch 18 J.; Opiate 20 J.; Kokain 21 J.
- Morbidität: bei allen Substanzen erhöht (in Abhängigkeit vom Grad der Störung); in Relation zur Normalbevölkerung bei Alkohol 3-4fach, bei illegalen Drogen (Heroin, Kokain) 15-20fach, bei Medikamenten 2fach, bei Nikotin 12-14fach (Lungenkrebs)

Prävalenz des Konsums psychotroper Substanzen in den USA

[aus: 1991 National Household Survey on Drug Abuse]

	12-17jährige		18-25jährige		> 25jährige		Insgesamt	
	% jemals Konsum	% derzeit Konsum	% jemals Konsum	% derzeit Konsum	% jemals Konsum	% derzeit Konsum	% jemals Konsum	% derzeit Konsum
Marihuana/ Haschisch	13	4	51	13	33	3	33	5
Kokain	2	*	18	2	12	1	12	1
Crack	1	*	4	*	2	*	2	*
Heroin	*	*	1	*	2	*	2	*
Halluzinogene	3	1	13	1	6	*	8	*
Inhalantien	7	2	11	2	4	*	6	1
Stimulantien	3	1	9	1	7	*	7	*
Sedativa	2	1	4	1	5	*	4	*
Tranquilizer	2	*	8	1	6	*	6	*
Analgetika	4	1	10	2	6	1	6	1
Alkohol	46	20	90	64	89	53	85	51
Zigaretten	36	11	71	32	78	28	73	27
Tabak ohne Rauchen	12	3	22	6	13	3	14	3

* = kleiner 1%; derzeit = innerhalb der letzten 30 Tage

Störungsmodelle der Substanzabhängigkeit

Psychologische Modelle

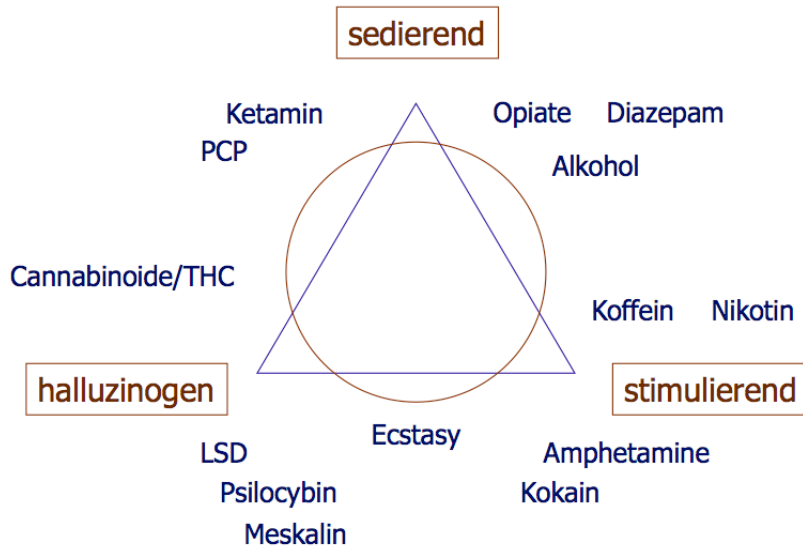
Sozialwissenschaftliche Modelle

Biologische Modelle

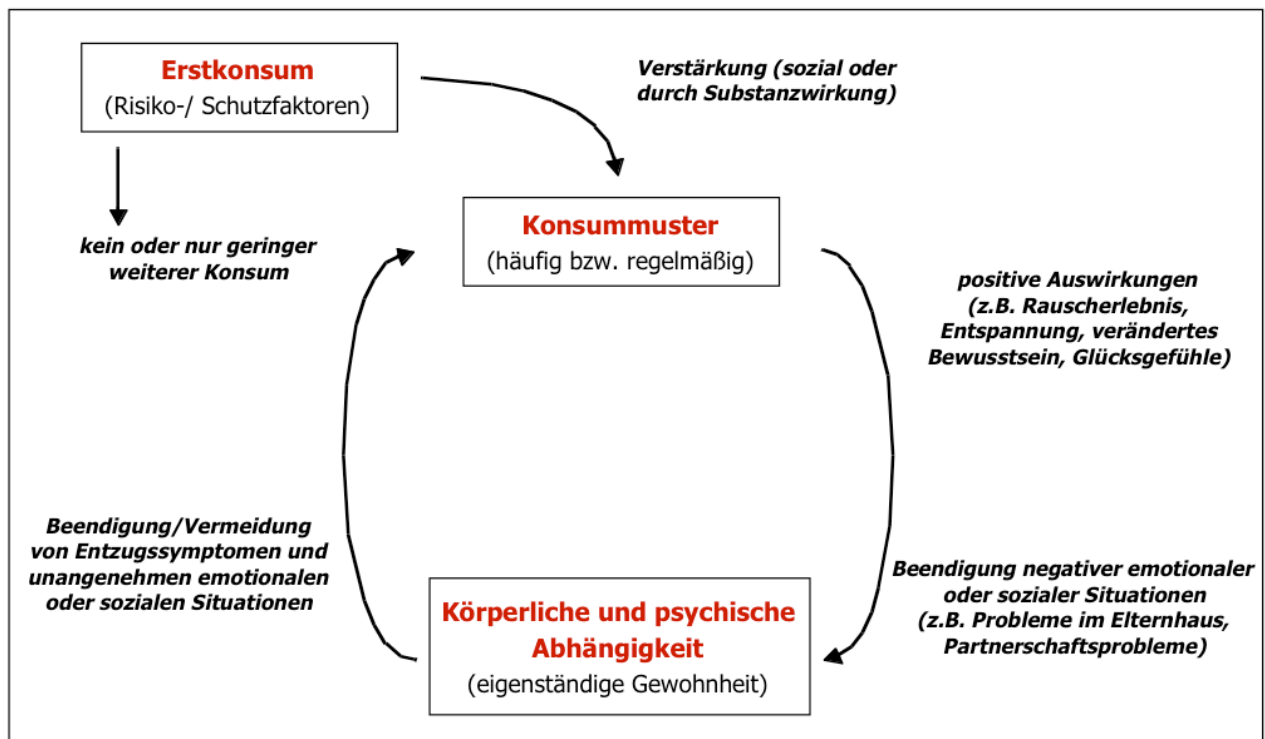
Psychologische Modelle

- Motivation zum Konsum/ Erwartungen an die Wirkung
- Kognitiv-soziale Lernprozesse
- Konditionierungsprozesse
- Persönlichkeitsfaktoren (z.B. Suchtpersönlichkeit)

Motivation/Erwartungen: Substanzwirkungen



Entwicklung einer Substanzabhängigkeit (vereinfacht nach Bühringer, 1996)



Konditionierungsmodell des Rückfalls

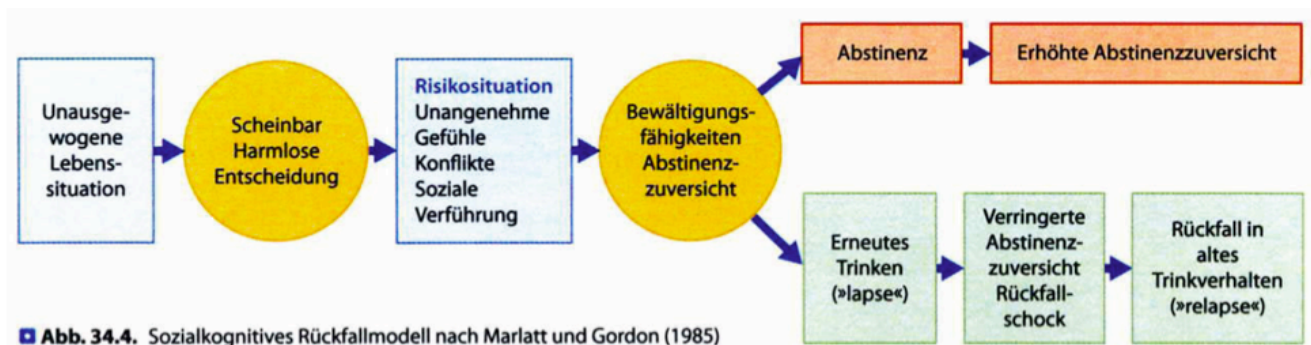
- Konditionierte Auslöser für den Substanzkonsum
- Konditionierte Entzugserscheinungen

Neutrale Reize werden im Laufe der Abhängigkeitsentwicklung konditioniert

=> lösen Rückfälle aus

Sozialkognitives Modell (Marlatt & Gordon, 1985):

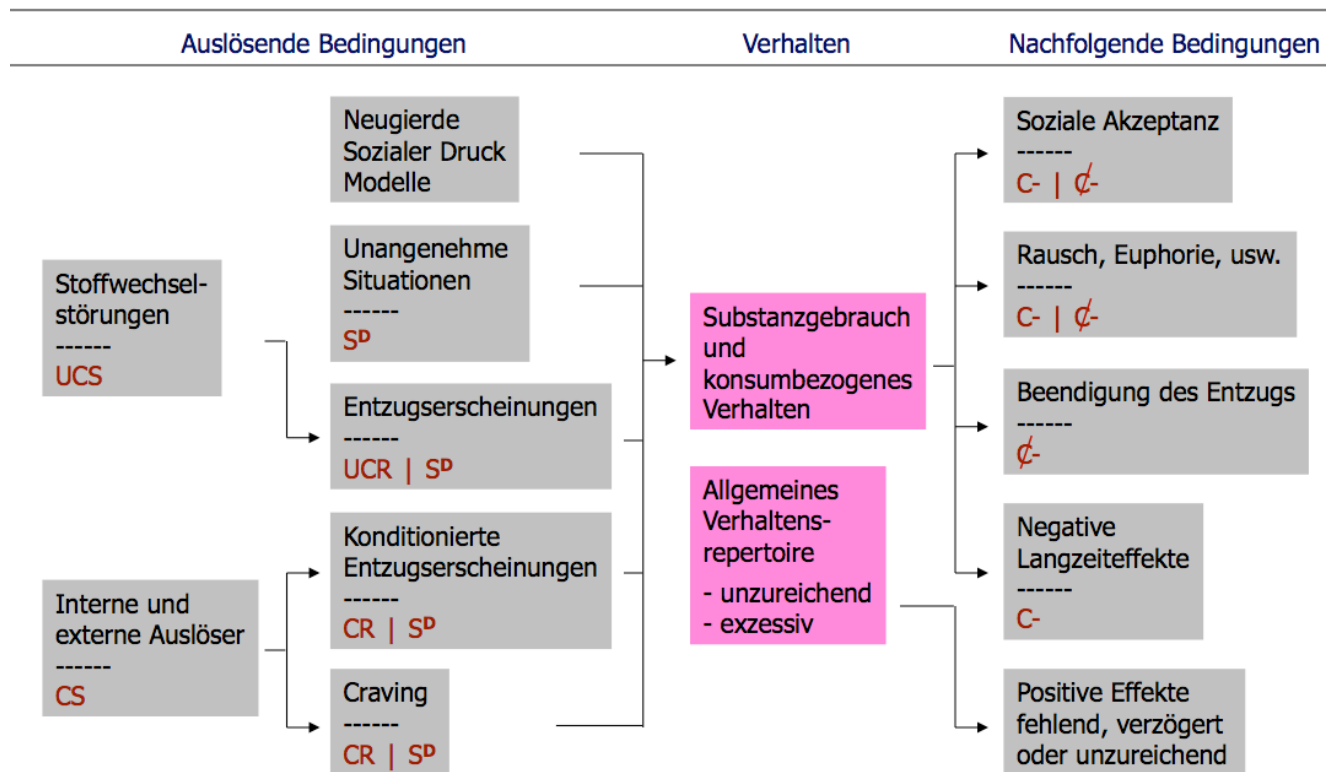
- Rückfall kündigt sich in kleinen Schritten an, erfolgt nicht plötzlich
- 3 kritische Bedingungen: (a) problematische Lebenssituation, (b) Konfrontation mit einer Risikosituation, (c) fehlende Bewältigungsstrategie für Umgang mit der Risikosituation
- erneuter Konsum muss nicht zwangsläufig Rückfall in das frühere Konsummuster nach sich ziehen; dies hängt von 2 Bedingungen ab: (a) Grad der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten zur Bewältigung der Situation (self-efficacy), (b) Grad der negativen oder positiven Erwartungen an einen fortgesetzten Substanzkonsum



Konzept der "Suchtpersönlichkeit"

- in der Vergangenheit immer wieder vermutet, dass sich eine Abhängigkeit auf dem Boden einer spezifischen Persönlichkeit entwickelt
- Beispiel: «Wir nehmen an, dass die Entwicklung eines späteren Alkoholikers auf der oralen Stufe fixiert bleibt. Diese Fixierung erklärt die infantilen und abhängigen Charakterzüge wie z.B. Narzissmus, egoistisches Verhalten, Passivität und Abhängigkeit» (Zimberg 1985)
- gilt in dieser allgemeinen Form als unbestätigt und spekulativ
- einzigste Ausnahme: Zusammenhang zwischen Substanzabhängigkeit und antisozialer Persönlichkeitsstörung gut belegt (impulsives und aggressives Verhalten mit mangelnder Fähigkeit, sich in soziale Strukturen einzuordnen)

Gesamtmodell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Substanzabhängigkeit



Sozialwissenschaftliche Modelle

- Form devianten Verhaltens innerhalb den kulturellen Normen einer Gesellschaft
- Verfügbarkeit (z.B. Preis, Steuern)
- Konzept der Schutz- und Risikofaktoren des Erstkonsums

Erstkonsum psychotroper Substanzen

Risikofaktoren:

- Verfügbarkeit bzw. leichte Erreichbarkeit der Substanz
- starke Bindung an eine soziale Bezugsgruppe ("peer group")
- starke Beeinflussbarkeit der Person durch sozialen Druck in der Bezugsgruppe
- positive Bewertung des Substanzgebrauchs in der Bezugsgruppe und hoher Druck der Mitglieder zum Konsum
- Erwartung von Vorteilen durch den Konsum (Kontakterleichterung, Zugehörigkeitsgefühl usw.)
- Erwartungen an die Wirkung der Substanz
- Beobachtung positiver Konsequenzen des Konsums

Schutzfaktoren:

- bestimmte allgemeine Lebenskompetenzen wie Stressbewältigung, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen sowie Kommunikationsfähigkeit
- kritische Einstellungen und kritischer Umgang mit (legalen) psychoaktiven Substanzen
- Fähigkeit, Konsumangebote trotz sozialen Drucks ablehnen zu können

Biologische Modelle

- Neurotransmittersysteme (v.a. Dopamin)
- Mesolimbisches Belohnungssystem
- Genetische und Veranlagungsfaktoren

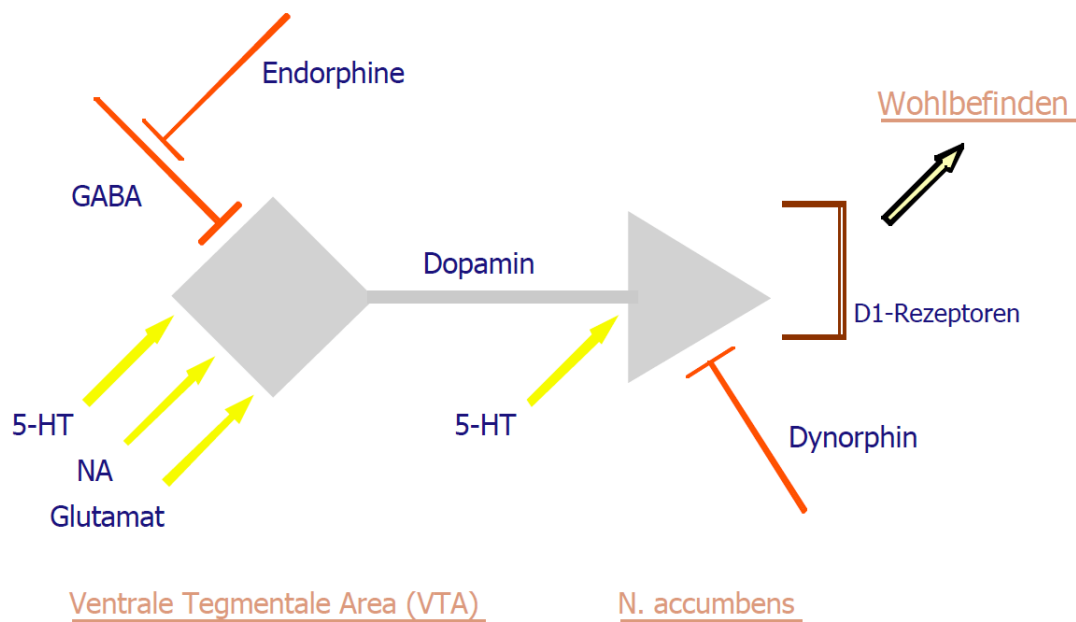
Beteiligte Neurotransmittersysteme

Es wirken ...	auf die Transmittersysteme ...
Opiate, Kokain	Dopamin, Endorphine
Amphetamine	Noradrenalin, Serotonin, Dopamin
Halluzinogene, Cannabis	Dopamin
Alkohol	Glutamat, GABA, Dopamin, Endorphine

Das Belohnungssystem

Mesolimbisches Dopaminsystem:

- Ventrale Tegmentale Area (VTA)
- Nucleus accumbens
- Präfrontaler Cortex



Therapie der Substanzabhängigkeit

Phasen der Therapiemotivation

Veränderungsbereitschaft

Bausteine der Therapie

Rückfallprophylaxe

Phasen der Therapiemotivation (nach Prochaska & DiClemente 1986)

I Vorbesinnung (Pre-Contemplation)

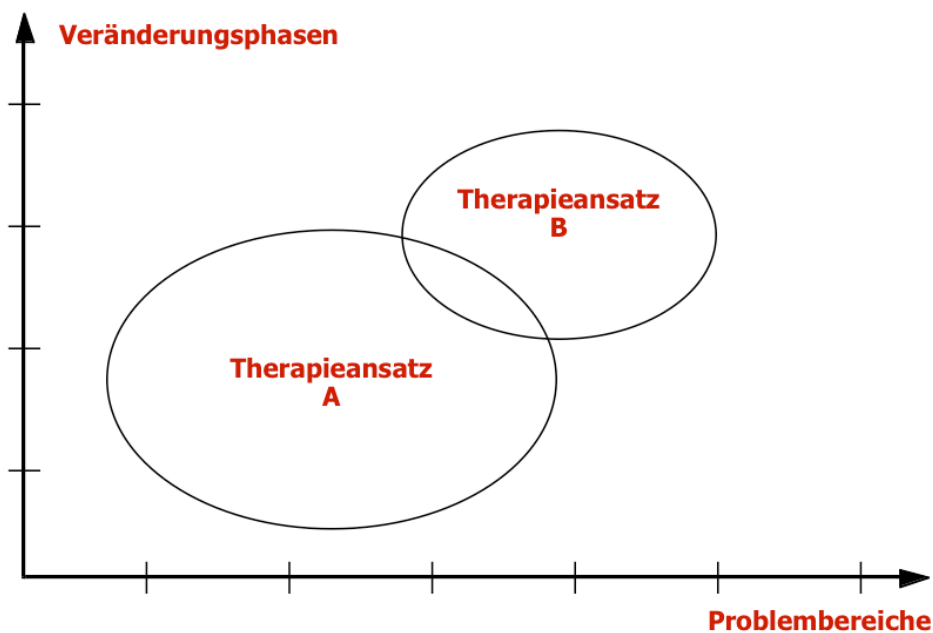
II Besinnung (Contemplation)

III Vorbereitung (Preparation)

IV Handlungsbereitschaft (Action)

V Aufrechterhaltung (Maintenance)

Relevanz der Veränderungsphasen für das therapeutische Setting und Vorgehen



Therapiemotivation: Faktoren für die Entwicklung einer Veränderungsbereitschaft

- Zunahme der negativen Konsequenzen des Substanzkonsums (emotionale Probleme, körperliche Erkrankungen, sozialer Druck)
- ausreichende Kompetenzen zur Verhaltensänderung
- subjektive Erwartung, die Verhaltensänderung auch meistern zu können (Self-Efficacy-Erwartung)
- Kenntnis ausreichender Lebensalternativen ohne Substanzkonsum
- Kenntnis von Hilfsangeboten

[nach Bühringer, 1996)

Maßnahmen zur Motivierung

- zwischen äußeren Faktoren (z.B. Justiz, Arbeitsplatz, Gesundheit) und eigener Motivation unterscheiden
- Entscheidungsmatrix über Vor- und Nachteile des Konsums bzw. der Abstinenz erarbeiten
- positive Erwartungen an die Therapie und Verhaltensänderungen bekräftigen (Aufbau eines positiven Selbstkonzepts)
- Eigenverantwortung verdeutlichen
- Verhaltensverträge abschließen

Drehtürschema der Loslösung vom Suchtmittelmissbrauch (aus Petry, 1987)



Therapiebausteine bei Substanzabhängigkeit

- I.** Therapeutischen Kontakt aufbauen und halten
- II.** Basale gesundheitliche Situation verbessern, körperliche Störungen behandeln und Gesundheitsverhalten verbessern
- III.** Basale Lebensbedingungen verbessern
- IV.** Selbstmanagement des Drogenkonsums fördern
- V.** Änderungsbereitschaft für Abstinenzorientierung aufbauen
- VI.** Selbstvertrauen in die eigene Änderungskompetenz fördern (self-efficacy)
- VII.** Körperlichen Entzug (Teilentzug) erleichtern und Drogenabstinenz erreichen
- VIII.** Rückfallkritische Situationen bewältigen
- IX.** Lebenskompetenzen verbessern, Alltagsstrukturierung
- X.** Folgestörungen im sozialen Bereich abbauen, Entwicklung psychischer und sozialer Kompetenzen fördern
- XI.** Soziale Beziehungen aufbauen, neue Lebensplanung entwickeln

Behandlung begleitender somatischer, emotionaler und sozialer Probleme

1. Störungen mit Auslöserfunktion für Rückfälle
 - depressive Verstimmungen
 - soziale Isolation
 - Ängste u. a.
2. Probleme, die das generelle Risiko für Rückfälle erhöhen («unbalanced lifestyle»)
 - Arbeits- /Schulbereich
 - Wohnsituation
 - Freizeit
 - Partnerschaft/ Sexualität
3. Behandlungsbedürftige sonstige Störungen
 - somatische Erkrankungen
 - primäre Delinquenz
 - andere psychische Störungen
4. Prävention von Erkrankungen nach etwaigem Rückfall (Drogenabhängige)
 - HIV-/ Hepatitisprävention (Sexual- und Spritzenhygiene)

Maßnahmen zur Rückfallprävention

- Identifikation kritischer Rückfallsituationen:
 - ☞ konditionierte Entzugserscheinungen, ☞ konditioniertes Craving, ☞ Erwartungen an einen erneuten Konsum, ☞ Kontrolleinschätzung
- Vermeidung kritischer Situationen oder Umkonditionierung bzw. Löschung von Auslösern:
 - ☞ Veränderung von Lebensabläufen, ☞ Neutralisierung von rückfallkritischen Auslösern
- Aufbau von inkompatiblen Verhaltensweisen:
 - ☞ Aufbau alternativer Reaktionen in kritischen Auslösesituationen
- Kognitive Umbewertung der rückfallkritischen Situationen:
 - ☞ Bewertung von Vor- und Nachteilen eines Rückfalls, ☞ Verbesserung der Self-Efficacy (Bewältigungskompetenz)
- Schadensminimierung nach Rückfällen:
 - ☞ kein kompletter Rückfall in das alte Muster, ☞ Notfallplan, ☞ rasches Aufsuchen von Hilfe

Therapeutisches Setting in der Therapie Substanzabhängiger

(1) Entgiftung

(2) Entwöhnung: (a) einmalige Beratungsgespräche, Selbsthilfegruppen, Manuale für die Selbstinstruktion; (b) ambulante Psychotherapie; (c) stationäre Psychotherapie

Therapeutische Strategien

Förderung der Therapiemotivation

Rückfallprävention

Behandlung der somatischen, emotionalen und sozialen Störungen

Therapieergebnisse bei der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen (Abstinenzorientierung; ambulant auch kontrolliertes Trinken) [nach Bühringer, 1996]

Alkoholabhängige (Jung & Bühringer 1989; Vollmer & Kremer 1982)

	Haltequote	Katamnese Alle Aufgenommenen		Katamnese Planmäßig Entlassene	
		2 Jahre	4 Jahre	2 Jahre	4 Jahre
stationär:	77% (n=491)	41% (51%)	41% (57%)	51% (56%)	50% (61%)
ambulant:	69% (n=58)	33% (40%)	---	---	---

Drogenabhängige (de Jong & Bühringer 1978; Klett 1987; Spies et al. 1982; Vollmer et al. 1992)

	Haltequote	Katamnese Alle Aufgenommenen		Katamnese Planmäßig Entlassene	
		2 Jahre	5-10 Jahre	2 Jahre	5-10 Jahre
stationär:	24% (n=89)	32%	24% (31%)	80%	29% (43%)
ambulant:	33% (n=78)	18% (6 Monate)	---	45% (6 Monate)	---

Prozentangaben in Klammern für weniger konservative Berechnungen

[konservativ = Ausschluss von Personen, die in der Katamnese nicht erreichbar sind, Verifizierung der Patientenangaben durch Dritte und objektive Laboruntersuchungen]

Empfohlene Literatur zu Störungen mit psychotropen Substanzen

Marlatt G, Gordon J (1985). Relapse Prevention. New York, Guilford.

Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim, Psychologie Verlags Union.

Miller WR, Rollnick S (1999). Motivierende Gesprächsführung - Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg, Lambertus.

Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (Hrsg) (1999). Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart, Thieme.

Tretter F, Müller A (2001). Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen, Hogrefe.

Geschwinde T (2006). Rauschdrogen - Marktformen und Wirkungsweisen (6. Aufl). Berlin, Springer.

[Stand: SS 2011]