

FACHTAGUNG TELEFONSEELSORGE

„SUBSTANZGEBUNDENE SÜCHTE“

ERKENNEN, VERSTEHEN, HILFE ANBIETEN

NIKOLAS W. GERSTGRASSER

SUCHTABTEILUNG NEUROMED CAMPUS LINZ

OUVERTÜRE

***„Nothing in Biology Makes
Sense Except in the Light of
Evolution.“***

Theodosius G. Dobzhansky
(1973)

SUCHT-THEORIEN (1)

- „**Sucht**“ (germ. *suhti-*, ahd. *suht*, *suft*, mhd. *suht*) „siechen“ (ahd. *siuchan*, mhd. *siechen*) Leiden an einer Krankheit bzw. Funktionsstörung
- 1888 *Meyers Konversationslexikon* „Sucht“ veraltetes Wort ganz allgemein für Krankheit
- 1785 Benjamin Rush, exzessives Trinken
- 1819 Carl v. Brühl-Cramer, Trunksucht
- 1829 Christoph Wilhelm Hufeland, Opiumsucht
- 1964 WHO Definition von „Sucht“ - „...*ist ein Zustand periodischer oder chronischer **Intoxikation**, verursacht durch **wiederholten Gebrauch** einer natürlichen oder synthetischen Substanz, der für das **Individuum** und für die **Gemeinschaft** schädlich ist.*“
- 1968 WHO ersetzt „Sucht“ durch „Abhängigkeit“

SUCHT-THEORIEN (2)

„...Abstinenzkuren, die solange nur scheinbar gelingen werden, solange der Arzt sich damit begnügt, dem Kranken das narkotische Mittel zu entziehen, ohne sich um die Quelle zu kümmern, aus welcher das imperative Bedürfnis nach einem solchen entspringt. Gewöhnung ist eine bloße Redensart ohne aufklärenden Wert...und wo sich normales Sexualleben nicht mehr herstellen lässt, da darf man den Rückfall des Entwöhnten mit Sicherheit erwarten.“

Freud 1898; GW über die Sexualität, S.17

SUCHT-THEORIEN (3)

Phasenlehre

1. Voralkoholische Phase
2. Prodromalphase
3. Kritische Phase
(Kontrollverlust)
4. Chronische Phase

Elvin Morton „Bunky“
Jellinek (1951)

SUCHT-THEORIEN (4)

Alcohol Dependence Syndrome (ADS)

1. Einengung des Trinkrepertoirs
2. immer stärker werdendes Suchen nach Trinkgelegenheiten
3. Erhöhung der Alkoholtoleranz
4. wiederholte Entzugssymptome
5. Konsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen
6. eigene Wahrnehmung des Trinkzwanges
7. Rückfälle nach Abstinenzperioden

James Griffith Edwards (1976)

SUCHTKRITERIEN – ICD-10

Suchtkriterien

1. Verlangen (Craving)
2. Kontrollverlust
3. Körperliche Entzugszeichen
4. Toleranzentwicklung
5. Einengung auf Substanzgebrauch
6. Weitermachen trotz Schäden

ALKOHOLBEHANDLUNG - SUCHT-THEORIEN (7)

Rat Park experiments

Bruce K. Alexander (1978)

EPIDEMIOLOGIE - ALKOHOL

- typischerweise chronisch-rezidivierend
- häufige und kostenintensive Erkrankung in Industrieländern
- integraler Bestandteil unserer Kultur
- Zusammenhang zwischen permissiver Grundhaltung und relativ hohem Pro-Kopf-Konsum (Room et al. 2005)
- mit steigendem Konsum auch Zunahme von:
 - alkoholassozierten Folgeerkrankungen
 - Alkoholmissbrauch
 - Alkoholabhängigkeit
 - allgemeiner Mortalität

Therapie psychischer Erkrankungen, Voderholzer 2017

Oktober 9, 2020

Substanzgebundene Süchte - Gerstgrasser

FRÜHINTERVENTION

- geringer zeitlicher & finanzieller Aufwand
- Kurzinterventionen (4 Einheiten, gesamt max. 60min), günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis (Moyer et al. 2002)
- Zielgruppe Betroffene mit riskantem Konsum/schädlichen Gebrauch, frühe Abhängigkeitsphase bzw. geringer Veränderungsmotivation (Smedslund et al. 2011)
- überwiegend beratender Charakter
- „Motivational Interviewing“ von Miller et Rollnick 1991, hohe Effektivität (Rubak et al. 2005)
- „Behavior Change Counseling“ (Rollnick et al. 1999)
- „Medical Management“ nichtspezialisierte klinische Einrichtungen - Adhärenz, Information, Pharmakotherapie, Veränderungsunterstützung
- S3-Leitlinie: Empfehlungsgrad A

Therapie psychischer Erkrankungen, Voderholzer 2017

HARM REDUCTION

- USA & Kanada weniger als 15% Betroffene fachliche Hilfe innerhalb der ersten 15 Jahren (Olfson et al. 1998)
- Deutschland über 70% der Alkoholabhängigen kein Kontakt zu suchtspezifischer Hilfe (Rumpf et al. 2000)
- Simulationsstudie Deutschland Erhöhung Behandlungsquote von 10% auf 40% führt zu Reduktion der jährlichen alkoholbedingten Todesfälle um 13% m bzw. 11% w (Rehm et al. 2013b)

OPIATE - LEITLINIEN (1)

Störungen durch Opiate

- in D Heroin häufigstes illegales Opioid, i.v. Konsum
- ca. 180.000 (Pabst et al. 2013)
- plus andere Substanzen
- affektive Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- somatische Komorbiditäten
- USA problematischer

Konsum von Opioidanalgetika (Fischer et al. 2013)

- keine Differentialindikation (Abstinenz vs. Substitution) aus kontrollierten Untersuchungen ableitbar
- Schwangerschaft

OPIATE - LEITLINIEN (2)

Substanzcharakteristika

- Opioid
 - heterogene Gruppe
 - endogen (z. B. β -Endorphin)
 - exogen (z. B. Diacetylmorphin)
 - binden an Opioid-Rezeptor
 - Opiat
 - Alkaloide aus Opium
 - vier unterschiedliche Rezeptortypen
 - euphorisierend,
- tranquilisierend und analgetisch
 - Atem- und Hustenzentrum
 - Obstipation
 - peripher parasymphomimetisch
 - starkes Abhängigkeitspotential
 - Kreuztoleranz mit Hauptwirkung am gleichen Rezeptor

OPIATE - LEITLINIEN (3)

abstinenzorientierte Behandlung

- häufig Voraussetzung zur Langzeitentwöhnungsbehandlung
- nicht-opiatgestützte Entwzugsbehandlung
 - Clonidin (Ia)
 - Doxepin, Trimipramin
 - Diclofenac
 - PPI
- opiat-gestützte Entwzugsbehandlung
- Strategien für Abstinenz
- stationäre Entwöhnungsbehandlung, 30-40% mittelfristig abstinent (Evidenzgrad III; Havemann-Reinecke et al. 2004)
- Kurzentzug in Narkose
- Naltrexon (Ia)

KOKAIN - LEITLINIEN (1)

Störungen durch Kokain

- regionale Unterschiede
- Mischkonsum
- sympathische Hyperreaktivität
- Behandlung
 - Intoxikationspsychose
 - Kokainentzug
 - Abstinenzorientierte Behandlung
 - PT und Soziotherapie

KOKAIN - LEITLINIEN (2)

Kokain - Klinik & Diagnostik

- suchtmittelübergreifende Symptome der Abhängigkeit (Craving)
- i.v., inhalativ und nasal
- Komplikationen
 - psychiatrisch (Psychose)
 - neurologisch (Krampfanfälle, zerebrale Ischämie)
- Intoxikation
 - Euphorie
 - übersteigerte Selbsteinschätzung
 - gesteigerte Libido
 - sympathische Hyperreaktivität
- Kokainentzug
 - dysphorisch
 - müde
 - depressiv (**Suizidalität**)

STIMULANZIEN - LEITLINIEN (1)

Stimulanzien

- Amphetamin
- Methamphetamin
- nasal, inhalativ, i.v.
- Potential mittel bis stark
- dopaminerg
- Entzug
 - ängstlich-depressiv
 - suizidal

Ecstasy

(Methylenedioxyamphetamine)

- stimulierend
- entspannend-angstlösend
- wahrnehmungsverändernd-halluzinogen
- MDMA, MDA, MDE, MBDB
- oral
- Potential gering
- Entzug (Serotonin-Depletion)

AMPHETAMINE - PSYCHIATRISCHE KOMPLIKATIONEN

Komplikation	Code ICD-10	Phänomenologie	Zeitachse
Intoxikationspsychose	F15.03/F15.04 (akute Intox mit Delir/mit Wahrnehmungsstörungen)	psychotischer Rauschverlauf mit Wahn und Halluzinationen; „Verfolger“	unmittelbarer zeitl. Zusammenhang mit Konsum; Dauer mehrere Stunden
Induzierte Psychose	F15.50/F15.51/F15.52/F15.53/F15.55 (psychotische Störung schizophre nieform/wahnhalt/halluzinatorisch/polymorph/manisch)	amentie ll-delirante oder paranoid-halluzinatorische Symptomatik (optische, akustische und Körperhalluzinationen)	enger zeitl. Zusammenhang: bis innerhalb v. 2 Wochen; Abklingen in Abstinenz nach Tagen bis Wochen (seltener Monate)

ECSTASY - PSYCHIATRISCHE KOMPLIKATIONEN

Komplikation	Code ICD-10	Phänomenologie	Zeitachse
Atypischer Rauschverlauf mit Unruhe-/Panikzustand	F16.8 (sonstige)	Agitiertheit, Ängstlichkeit, Unruhe	unmittelbarer zeitl. Zusammenhang mit Konsum; Dauer wenige Stunden
Intoxikationspsychose	F16.03/F16.04 (Intox mit Delir/mit Wahrnehmungsstörungen)	psychotischer Verlauf mit Verlust ICH-Kontrolle, ev. Halluzinationen und Wahn	unmittelbarer zeitl. Zusammenhang mit Konsum; Dauer wenige Stunden
Postintoxikationssyndrom	F16.8 (sonstige) ev. Entzugssyndrom	Angst, SST, Reizbarkeit, Kopfschmerzen, Frösteln, depressiv	innerhalb weniger Stunden nach Abklingen der akuten Wirkung; Dauer 1-7 Tage
Induzierte depressive und Angststörung	F16.54 (psychotische Störung, vorwiegend depressiv)	depressive Auslenkungen, Antriebsarmut, Angst, SST, Reizbarkeit; Suizidalität	enger zeitl. Zusammenhang: meist innerhalb weniger Tage nach Letztkonsum; Dauer Wochen bis Monate
Induzierte Psychose	F16.50/F16.51/F16.52/F16.53 (psychotische Störung schizophrenieform/wahnhaf/halluzinatorisch/poly morph)	oft schizoaffektive Prägung	enger zeitl. Zusammenhang: bis innerhalb v. 2 Wochen; Abklingen in Abstinenz nach Tagen bis Wochen (seltener Monate)

STIMULANZIEN - LEITLINIEN (2)

Substanzcharakteristika

- Stimulanzien
 - hemmen Wiederaufnahme Dopamin (DA) und Noradrenalin (NA)
- Amphetamine
 - zusätzlich Freisetzung NT aus synaptischer Vesikel
- Methamphetamin
 - lipophil
 - starker DA-Wiederaufnahmehemmer
- verstärkte Aktivität in mesolimbischen und mesokortikalen Projektionen des DA-Systems („reward system“)
- postsynaptische DA-D₂-R „down regulation“ (je nach Applikationsart)
- glutamaterge Exzitabilität v.a. präfrontal -> Aktivierung DA im Ncl. accumbens -> massive kognitive Ausrichtung

STIMULANZIEN - LEITLINIEN (3)

Substanzcharakteristika

- Ecstasy (MDMA)
- Eve (MDA)
- Entactogene
- präsynaptisch
 - 5-HT aus Vesikel
 - 5-HT-Wiederaufnahmehemmung
 - DA Ausschüttung
 - MAO-A Hemmung
- sympathomimetisch
- chronisch
 - neurotoxisch
 - degenerative Veränderungen
 - Neokortex & Hippocampus
- „liquid ecstasy“ (GHB)
 - andere Substanzgruppe
 - GABAerg
 - DA Ausschüttung

CANNABINOIDE - LEITLINIEN (1)

Störungen durch Cannabis

- Δ -9-THC
 - oral, inhalativ
 - entspannend, leicht
„bewusstseinserweiternd“
 - Derealisation, halluzinogen
 - psychischen UND
körperlichen
Abhängigkeitskriterien
 - Entzugssymptomatik
- Beginn ca. 12h nach
Letztkonsum
 - Dauer bis zu 3 Wochen

CANNABINOIDE - LEITLINIEN (2)

Substanzcharakteristika (1)

- ~ 400 chem. Substanzen
- Δ -9-THC
- Cannabidiol (CBD)
- Cannabinol
- THC-Derivate
 - Nabilon (volsynthetisch)
 - Dronabinol (teilsynthetisch)
- Anandamid (endogen)
- Endocannabinoid-System
 - CB1-Rezeptor
 - ZNS („reward system“)
 - PNS (GI Trakt)
 - CB2-Rezeptor
 - Immunsystem

CANNABINOIDE - LEITLINIEN (3)

Substanzcharakteristika (2)

- Endocannabinoide
 - wichtige Regulation synaptische Neurotransmission
- THC (Ncl. accumbens)
 - präsynaptisch DA Neuron
 - GABAerg (hemmendes) Interneuron mit präsynaptisch CB1-Rezeptor
 - postsynaptisch DA-R
- cAMP Anstieg
- -> verstärkte Impulse an präfrontalen Kortex
- Interaktionen auch mit Glutamat-, Monoamin- und Opioid-System
- Informationsspeicherung im Hippocampus behindert
- Kleinhirn Bewegungssteuerung beeinträchtigt

CANNABIS - PSYCHIATRISCHE KOMPLIKATIONEN

Komplikation	Code ICD-10	Phänomenologie	Zeitachse
Intoxikationspsychose (auch bei vereinzelt Konsum)	F12.03/F12.04 (Intox mit Delir/mit Wahrnehmungsstörungen)	psychotischer Verlauf mit Verlust ICH-Kontrolle, mit Halluzinationen und Wahn, seltener Verwirrtheit und partielle Amnesie	unmittelbarer zeitl. Zusammenhang mit Konsum; Dauer bis 2 Tage
Induzierte Psychose (meist bei chronischem Konsum)	F12.50/F12.51/F12.52/F12.53 (psychotische Störung schizophrenieform/wahnhaf/halluzinatorisch/poly morph)	oft paranoid-halluzinatorisch, schizoaffektive Prägung, individuelle Vulnerabilität für Psychosen	enger zeitl. Zusammenhang: innerhalb 2 Wochen; Dauer Tage bis Wochen, selten bis 6 Monate
Chronische Persönlichkeitsveränderung (nach längerem regelmäßigem Konsum)	F12.71 (Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung)	„amotivationales Syndrom“ (DD: ev. chron. Intox, negativ Symptomatik, PD)	chronisch bei starken Konsumenten, meist Besserung nach mehrwöchiger Abstinenz
Kognitive Störungen (meist chronischer Konsum und Beginn in Adoleszenz)	F12.74 (sonstige anhaltende kogn. Beeinträchtigung)	Konzentration, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit über Intox hinaus gestört, „amotivationales Sydnrom“ vs. neurotoxischer Effekte	chronisch bei starken Konsumenten, nach mehrwöchiger Abstinenz (teil)reversibel

CANNABIS - BEHANDLUNG

Code ICD-10	Pharmakotherapie	Psychotherapie etc.
Abhängigkeit	keine spezifische	keine spezifische Programme; in D gute Ergebnisse mit manualisierten Programmen (CANDIS)
Entzugssyndrom	niedrig potente AP, BZD, ev. Gabapentin	ambulant, supportiv; stat. qualifizierter Entzug nur bei schwerem Entzugssyndrom und/oder Komorbidität
Intox Psychose	ev. BZD	“talking down“, abschirmende Umgebung
Induzierte Psychose	AAP (schlechtes Ansprechen), BZD	supportive Maßnahmen, Psychoedukation
Amotivationales Syndrom	keine spezifische	supportive und soziotherapeutische Maßnahmen (Reintegration)
Kognitive Störungen	Abstinenz	Abstinenz, keine spezifischen Maßnahmen

HALLUZINOGENE - LEITLINIEN (1)

Störungen durch Halluzinogene

- LSD
- psilocybinhaltige Pilze
- Probierverhalten
- kein physisches
Abhängigkeitspotential
- psychisches gering

HALLUZINOGENE - LEITLINIEN (2)

Substanzcharakteristika - Halluzinogene

- zentral-serotonerg
 - - u.a. dorsaler Raphekern
- partiell 5-HT-Rezeptoren antagonistisch
 - - 5-HT₂- und 5-HT_{1A}
- schnelle Toleranzentwicklung
- Kreuztoleranz gegen verwandte serotonerge Substanzen

HALLUZINOGENE - PSYCHIATRISCHE KOMPLIKATIONEN

Komplikation	Code ICD-10	Phänomenologie	Zeitachse
Intoxikationspsychose (auch bei vereinzelt Konsum)	F16.03/F16.04 (Intox mit Delir/mit Wahrnehmungsstörungen)	psychotischer Verlauf mit Halluzinationen und Wahn, Unterform: Horrortrip	unmittelbarer zeitl. Zusammenhang mit Konsum; Dauer unterschiedlich (Pilze 3-4h, LSD bis 24h)
Induzierte Psychose (meist bei chronischem Konsum)	F16.50/F16.51/F16.52/F16.53 (psychotische Störung schizophrenieform/wahnhaf/halluzinatorisch/polymorph)	oft paranoid-halluzinatorisch, schizoaffektive Prägung, individuelle Vulnerabilität für Psychosen	enger zeitl. Zusammenhang: innerhalb 2 Wochen; Dauer Tage bis Wochen, selten Monate
Flashback=Echopsychose	F16.01 (Nachhallzustand)	wie im Halluzinogenrausch	nach freiem Intervall von Wochen bis Monate ohne neuerliche Substanzeinnahme; wiederholt Sekunden bis Minuten; Dauer Wochen bis Monate, auch therapieresistente Form mit chronischer psychosenaher Symptomatik

**VIELEN DANK FÜR
IHRE
AUFMERKSAMKEIT**