

BASISWISSEN SUCHT

Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis

Opioide
Kokain
Amphetamine
Medikamente
Cannabinoide
Glücksspiel
Alkohol
Tabak

LPK Landes
Psychotherapeuten
Kammer
Rheinland-Pfalz



Psychotherapeuten
Kammer NRW

Herausgeber

Psychotherapeutenkammer NRW
 Kammer für Psychologische Psychotherapeuten
 und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
 Nordrhein-Westfalen
 Willstätterstraße 10, 40549 Düsseldorf
 Tel.: 02 11 - 52 28 47 - 0
 Fax: 02 11 - 52 28 47 - 15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de

LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz
 Körperschaft des öffentlichen Rechts
 Diether-von-Isenburg-Str. 9-11, 55116 Mainz
 Tel.: 061 31 - 930 55 - 0
 Fax: 061 31 - 930 55 - 20
service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Gestaltung

Hannspeter Möller Dipl. Des., Paderborn

Druck

Druckhaus Fischer + Hammesfahr PrintPerfection

Bilder

E. Jux-Hiltrop, www.elisabeth-jux-hiltrop.de

© PTK NRW, LPK Rheinland-Pfalz;

1. überarbeitete Auflage November 2017

Die gemeinsame Fachkommission Sucht der Psychotherapeutenkammern NRW und Rheinland-Pfalz berät zur Bedeutung von Psychotherapie in der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen und darüber, wie ihr Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Versorgung erleichtert werden kann. Die Mitglieder der Fachkommission kommen aus verschiedenen mit dem Thema Sucht verbundenen Arbeitsbereichen, z.B. psychotherapeutischen Einzelpraxen, Forschung, Rehabilitationskliniken oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Diese Broschüre wurde von den Mitgliedern der Fachkommission erarbeitet und beinhaltet eine an der täglichen Praxis orientierte Auswahl an Themen und Informationen.

Vorwort	Seite 4
Sucht – ein wichtiges Thema in der psychotherapeutischen Praxis	6
Diagnosekriterien nach ICD-10	9
Das Suchthilfesystem – ein komplexes Netz mit vielen Potenzialen	10
Behandlungsrelevante Leitlinien	12
Aufbau des Suchthilfesystems	13
Alkohol	14
Amphetamine	18
Cannabinoide	22
Glücksspiel	26
Kokain	30
Medikamente	34
Opioide	38
Abstinenznachweise	42
Laborparameter	46
Tabak	48
Informationsquellen	50

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Suchtstörungen¹ gehören zu den unterschätzten Erkrankungen des deutschen Gesundheitssystems. Sie sind weit verbreitet und ziehen einen komplexen Behandlungsbedarf nach sich. Häufig gehen Suchtstörungen mit komorbiden psychischen Erkrankungen einher. Um so frühzeitig und zielgenau wie möglich Hilfe anbieten zu können, sollte die Suchtanamnese daher zu der Routine einer jeden Praxis gehören.

Psychotherapie ist die Kerndisziplin der Suchtbehandlung. Nur wenn eine Sucht erkannt ist, können Patientinnen und Patienten gezielt darauf angesprochen und ermutigt werden, etwas zu ändern. Insbesondere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten² sind qualifiziert, eine Suchtstörung zu diagnostizieren und Patientinnen und Patienten entsprechend zu motivieren.

In Deutschland existiert ein differenziertes Beratungs- und Behandlungssystem für suchtkranke Menschen. Ziel sollte es sein, für jeden Erkrankten möglichst rasch das geeignete Hilfsangebot zu finden und es ohne Verzögerungen und bürokratische Hürden zur Verfügung zu stellen.

Doch wie gut funktioniert das bisherige Suchthilfesystem tatsächlich? Welche Veränderungen sind nötig, um zum Beispiel mehr Menschen mit gestörtem Alkoholgebrauch zu erreichen? Wie lassen sich Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirken, bevor die körperlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen verheerend werden? Wie können Routinen der Suchtanamnese so in das Gesundheitssystem integriert werden, dass Probleme im heilberuflichen Kontext erkenn- und ansprechbar sind und Hilfsangebote frühzeitiger genutzt werden?

Diese Fragen haben auch die Kolleginnen und Kollegen der gemeinsamen Fachkommission Sucht der Psychotherapeutenkammern Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz beschäftigt. Ihrer Initiative und ihrer Expertise ist es zu verdanken, dass Ihnen diese Broschüre zur Verfügung gestellt werden kann. Sie komprimiert wertvolle Informationen für die Suchtanamnese in der Praxis.

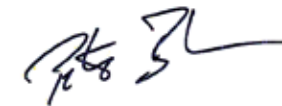
Ebenso bietet sie begleitend zu der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Suchtstörungen schnell verfügbares Hintergrundwissen.

Es freut uns, wenn unsere Broschüre Sie unterstützt, Patientinnen und Patienten frühzeitig zu erreichen und sie anzuregen, ihre Einstellung und ihr Verhalten zu ändern. Für Ihre Arbeit in der Praxis wünschen wir Ihnen viel Erfolg.

Gerd Höhner
Präsident der Psychotherapeutenkammer NRW



Peter Brettle
Präsident der LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz



¹ Der Begriff Sucht wird in dieser Broschüre gemäß des neuen Suchtbegriffs des DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bewusst gewählt.

² Im folgenden Text wird die Bezeichnung „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ durchgängig als Berufsbezeichnung verwendet und bezieht Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte ein.

Ein wichtiges Thema in der psychotherapeutischen Praxis

Unter den psychischen Erkrankungen spielen Suchtstörungen eine herausragende Rolle. Das betrifft sowohl ihre Prävalenz, ihre Schwere, ihre Vergesellschaftung mit anderen körperlichen oder psychischen Erkrankungen, ihren Verlauf sowie ihren Einfluss auf die Betroffenen und ihr soziales Umfeld. Die Behandlungsraten im Rahmen der ambulanten Psychotherapie weisen dagegen mit in der Regel unter einem Prozent eher ein Randthema aus (vgl. Veröffentlichungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu den 100 häufigsten ICD-10-Schlüsseln nach Fachgruppen). Im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen sind Suchtstörungen als Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung derzeit damit noch deutlich unterrepräsentiert behandlungsauslösend. Wie erklärt sich das?

Vielleicht wirkt hier unter anderem weiterhin ein Vorbehalt gegenüber der Psychotherapie suchtkranker Menschen. Es ist daher sehr zu begrüßen, dass Suchtstörungen seit 2011 gemäß der Psychotherapie-Richtlinie eine Indikation für ambulante Psychotherapie sind. Das ist gleichzeitig eine Chance, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Betroffene nutzen können und sollen. Sucht und Suchtmittelkonsum sind oft „nicht gerne gesehene Gäste“ im ambulanten Versorgungssystem. Doch das macht sie nicht weniger präsent. Sicherheit im Umgang mit Suchtstörungen und Wissen über das Wesen von Abhängigkeit und davon betroffenen Menschen kann die Gastfreundschaft und die Behandlungsbereitschaft erhöhen. In jedem Fall ist eine individuelle diagnostische – möglichst an Ressourcen orientierte – Abklärung als Basis für die Behandlungsplanung erforderlich.

Suchtstörungen werden durch psychologische, biologische und Umgebungsfaktoren beeinflusst und wirken auf solche Faktoren zurück. Bei schweren Verläufen beeinträchtigt die Erkrankung nahezu alle Lebensbereiche. Dann ist ein Behandlungsprogramm gefragt, mit dem die Betroffenen wieder Fertigkeiten für die unterschiedlichen Lebensbereiche erlernen: „Leben lernen“ ist neben der Änderung der Konsumgewohnheiten ein zentraler Therapieauftrag.

Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Bereich Sucht ist immer Teil einer Gesamtbehandlungsstrategie. Weitere wichtige Bausteine sind unter anderem die ärztlich-somatische Betreuung, eine unterstützende Suchtberatung, Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation, teilweise auch aufsuchende sozialpsychiatrische Dienste. Sie wirken äußerst spannend und gewinnbringend zusammen.

Hilfreich kann für Betroffene und/oder Angehörige auch das vielfältige Angebot der Sucht-Selbsthilfe sein. Sie wird als flankierende Nachsorgemaßnahme während und nach einer professionellen therapeutischen und medizinischen Behandlung sehr empfohlen und gilt als abstinenzunterstützend. Betroffene finden dort häufig auch schon Hilfe und Wissen, wenn eine erste Veränderungsabsicht aufkommt und sie nach Behandlungsmöglichkeiten suchen. Die Sucht-Selbsthilfe ist eine eigenständige Hilfeform im direkten Lebensumfeld mit vielfältigen Verknüpfungspunkten zur professionellen Suchthilfe.

„Psychotherapie der Sucht“ oder „Suchtpsychotherapie“ ist ein Bestandteil der professionellen „Suchttherapie“: Dieser Sammelbegriff vereint verschiedenste Professionen, Behandlungsangebote und Haltungen. Er ist in dem, was er bezeichnet, jeweils zu hinterfragen. Eine gelungene Netzwerkarbeit setzt zudem die Kenntnis der Netzwerkpartner voraus. Das folgende Kapitel gibt daher eine kurze Übersicht über das Suchthilfesystem.

Abhängigkeit hat viele Gesichter. Sie sind bestimmt durch die betroffenen Menschen, aber auch durch ihre Wahl der Suchtmittel und die Besonderheiten dieser Suchtmittel. Suchtmittelkonsum ist eine ungeheuer schnell wirksame und zunächst vermeintlich sehr potente Problemlösestrategie. Es ist eine spannende Herausforderung, aber auch eine Kernkompetenz der Psychotherapie, mit den Betroffenen Verhaltensalternativen zu erarbeiten und zu erproben und ihren Umgang mit dem Suchtverlangen durch psychotherapeutische Methoden zu unterstützen. Diese Broschüre gibt in Form von übersichtlich gegliederten Checklisten einen Einblick in dafür notwendiges Wissen – bezogen auf spezifische Suchtmittel und Abhängigkeitsmerkmale.

Nach der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie ist eine ambulante Psychotherapie im Kontext Sucht (Alkohol, Drogen und Medikamente) dann indiziert, wenn Suchtmittelfreiheit, also Abstinenz, in einem Zeitraum von bis zu zehn Sitzungen erreicht werden kann. Die Abstinenz ist durch eine entsprechende ärztliche Bescheinigung festzustellen.

Bei psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Opiode und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung beschränkt sich die Abstinenz auf die Beigebrauchsfreiheit. Psychotherapie ist dann aber nur zulässig bei regelmäßiger Zusammenarbeit mit substituierenden Ärztinnen und Ärzten sowie etwaigen psychosozialen Betreuungs- und Behandlungsstellen. Auch wenn das Abstinenzziel nicht unumstritten ist, eröffnet es die besondere Möglichkeit, sehr grundlegende Änderungen in wichtigen Lebensbereichen anzustreben. Das psychotherapeutische Behandlungsrepertoire wirkt hier unterstützend; zum Beispiel, indem Betroffene eine veränderte Tagesstruktur einüben, Bewältigungskompetenzen und Attributionsstile ändern oder hinsichtlich Selbstfürsorge, Nachreifung und Alltagsfertigkeiten andere soziale Interaktionsmuster erwerben. Durchweg bringen suchtkranke Patientinnen und Patienten Talente mit in die Therapie, die sehr gewinnbringend nutzbar sind.

Das Kapitel „Abstinenznachweise“ auf Seite 42 in dieser Broschüre blickt aus psychotherapeutischer Perspektive auf den Bereich der Abstinenzkontrollen: Was müssen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Blick auf die Vorgabe von Abstinenzkontrollen in der Psychotherapie-Richtlinie wissen?

Angesichts der Aufgaben, die suchtkranke Patientinnen und Patienten auf dem Weg zurück in ein selbstkontrolliertes Leben vor sich haben, ist Psychotherapie ein unverzichtbarer Baustein. Bei einem guten Verlauf berichten Betroffene regelmäßig, dass sie es wie eine „zweite Geburt“ erleben, wieder unabhängig von Konsum zu sein und sich in funktionierenden Lebensbereichen gestärkt zu sehen. Sie könnten einen ganz neuen Blick auf sich selbst und die Welt werfen und wollen das Erreichte mit großer Energie bewahren.

Gibt es Schöneres für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, als Menschen auf einem solchen Weg begleiten zu dürfen? Dass dieser Weg steinig ist, dass Rückfälle ein natürlicher Teil der Erkrankung sind und Betroffene selbst der Veränderung hohe Hürden in den Weg stellen, ist die belastende Seite von Suchtstörungen. Dass Hilfe aber

so deutlich sichtbar wirkt, das Leben eine wirklich neue Qualität erhalten kann und Menschen sich neue Lebenschancen erarbeiten können, das ist die unendlich schöne Seite der Psychotherapie mit abhängigkeiterkrankten Menschen.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in unterschiedlichsten Kontexten mit suchtkranken Menschen gearbeitet haben, verlieren nicht selten ihr Herz an diese Zielgruppe. Das hat viele Gründe. Ganz sicher aber liegt das auch an dem besonderen Charme und der Ressourcenvielfalt von Sucht betroffener Menschen. Am Ende steht für unsere Profession die Aufgabe, „fit für die Sucht“ als wichtiges Thema anzugehen und sich einer Zielgruppe mit Psychotherapiewunsch zu öffnen.

Diagnosekriterien nach ICD-10: Abhängigkeitssyndrom (F 1x.2)

Das Hauptmerkmal des Abhängigkeitssyndroms ist der starke Wunsch oder Zwang, die Substanz zu konsumieren.

Leitlinien:

Mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres:

1. Starker Wunsch oder Zwang, die Substanz zu konsumieren.
2. Mangelnde Kontrolle, was Beginn, Beendigung und Menge des Gebrauchs angeht.
3. Körperliches Entzugssyndrom: Entweder substanzspezifische Entzugssymptome bei Verringerung oder Beendigung des Konsums oder Einnahme der Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu verhindern.
4. Toleranz: Dosissteigerungen sind nötig, um die ursprüngliche Wirkung zu erleben.
5. Vernachlässigung anderer Interessen und mehr Zeitaufwand für die Beschaffung und den Konsum der Substanz und die Erholung von den Folgen.
6. Der Substanzgebrauch hält an, obwohl schädliche Folgen eintreten, derer sich der Konsument bewusst ist, z.B. Leberschaden durch Alkohol.

Ein komplexes Netz mit vielen Potenzialen

Bei der Behandlung von Suchstörungen müssen unterschiedliche Akteurinnen und Akteure des Suchthilfesystems zusammenarbeiten. Für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich nicht originär darin bewegen, wirkt der Blick auf das Gesamtsuchthilfesystem vielleicht ähnlich wie die Erkrankung selbst: komplex und so besonders, dass er eher Rückzug als Zuwendung auslöst. Im Suchthilfesystem verbirgt sich jedoch eine ungeheure Kompetenz. Auch darin sind Ähnlichkeiten zur Zielgruppe erkennbar.

Ziel dieses Kapitels ist, Ihnen das Suchthilfesystem soweit vorzustellen, dass es sich erschließt und nutzbar wird. „Informierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ sind die Basis für „informierte Patientinnen und Patienten“.

Im Sinne der Patientenrechte ist unsere Profession verpflichtet, Patientinnen und Patienten anzuleiten und sie darin zu unterstützen, zwischen verschiedenen Hilfemöglichkeiten abzuwägen. Nicht zuletzt erleichtert die Zusammenarbeit im Suchthilfesystem die Behandlung suchtkranker Menschen.

Mit Blick auf das Suchthilfesystem erscheint es sinnvoll, das Ziel der Maßnahme als Ausgangspunkt für die Einordnung der ambulanten Psychotherapie zu definieren. Hinsichtlich des Spektrums von „Sicherung des Überlebens“ bis „dauerhafte Abstinenz“ ist die abstinenzorientierte Psychotherapie ein hochschwelliges Angebot.

Daraus ergibt sich, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer Arbeit oftmals nicht kontinuierlich mit der gesamten Bandbreite des Suchthilfesystems in Kontakt stehen beziehungsweise stehen müssen. In der Regel werden sich kaum Überschneidungen zum Beispiel zu Akteurinnen und Akteuren der Wohnungslosenhilfe oder des Justizvollzugs ergeben. Niedrigschwellig besteht kein psychotherapeutischer Auftrag. Dieser Bereich wird daher in der Abbildung des Suchthilfesystems auf Seite 13 dargestellt, aber nicht weitergehend erläutert.

Für die ambulante Psychotherapie sind die wichtigsten Partner des Suchthilfesystems Ärztinnen und Ärzte, Suchtberatungsstellen,

stationäre, ganztägig ambulante und ambulante Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation mit Angeboten zur abstinenzorientierten Entwöhnungsbehandlung, die betriebliche Suchthilfe und Arbeitsförderung sowie Selbsthilfegruppen.

Eine direkte Zusammenarbeit ergibt sich mit Ärztinnen und Ärzten – insbesondere mit Blick auf die notwendigen Abstinenznachweise als Basis von Psychotherapie. Detailliertere Informationen zu Abstinenznachweisen und Laborparametern finden Sie in dieser Broschüre ab Seite 42.

Eine Besonderheit ist die Psychotherapie unter Substitution. Sie ist bei stabiler Beikonsumfreiheit und entsprechenden Nachweisen möglich und erfordert einen engen psychotherapeutisch-ärztlichen Austausch. Angebote zur medizinischen Rehabilitation bei Sucht wurden bisher entweder über qualifizierte Entzugsbehandlungen initiiert oder durch Drogenberatungsstellen in Kooperation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten beantragt. Sollte eine Rehabilitation aus einer ambulanten Psychotherapie heraus veranlasst werden, erfolgte das also über eine stationäre Akutbehandlung oder durch die Kontaktaufnahme mit den Beratungsstellen.

Das am 23. Juli 2015 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) erweitert die Befugnisse von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Sie können zukünftig unter anderem auch Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation verordnen (§73 SGB V). Im Suchthilfesystem müsste sich damit ein neuer Zugang zur Rehabilitation ergeben.

Eine entscheidende Schnittstelle in der Behandlungskette ist die Entlassung aus der Rehabilitation. Die Psychotherapie sollte hier Angebote machen. Betroffene Patientinnen und Patienten haben psychotherapeutische Interventionen kennengelernt und können eine fundierte Entscheidung für Psychotherapie treffen. Sie sind durch die Einrichtungen vorbereitet und die Indikation einer Psychotherapie ist in der Regel abgeklärt. Der Entlassbericht enthält wertvolle Informationen und diagnostische Einschätzungen und die Psychotherapie kann einen begonnenen Prozess nahtlos fortführen. Informierte, vorbereitete und in Abstinenz

geübte Patienten, die therapiemotiviert sind, Veränderungsbereitschaft und ein Informationsbündel mitbringen, lassen Chancen für Psychotherapie erkennen.

Idealtypisch sind Behandlungsketten in folgender Abfolge wirksam: initiale Unterstützung der Veränderungsmotivation, körperliche Entgiftung im Akutkrankenhaus, ambulante, ganztägig-ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, ambulante Psychotherapie. Nachweislich positiv für die Abstinentaufrechterhaltung ist parallel der Besuch einer Selbsthilfegruppe.

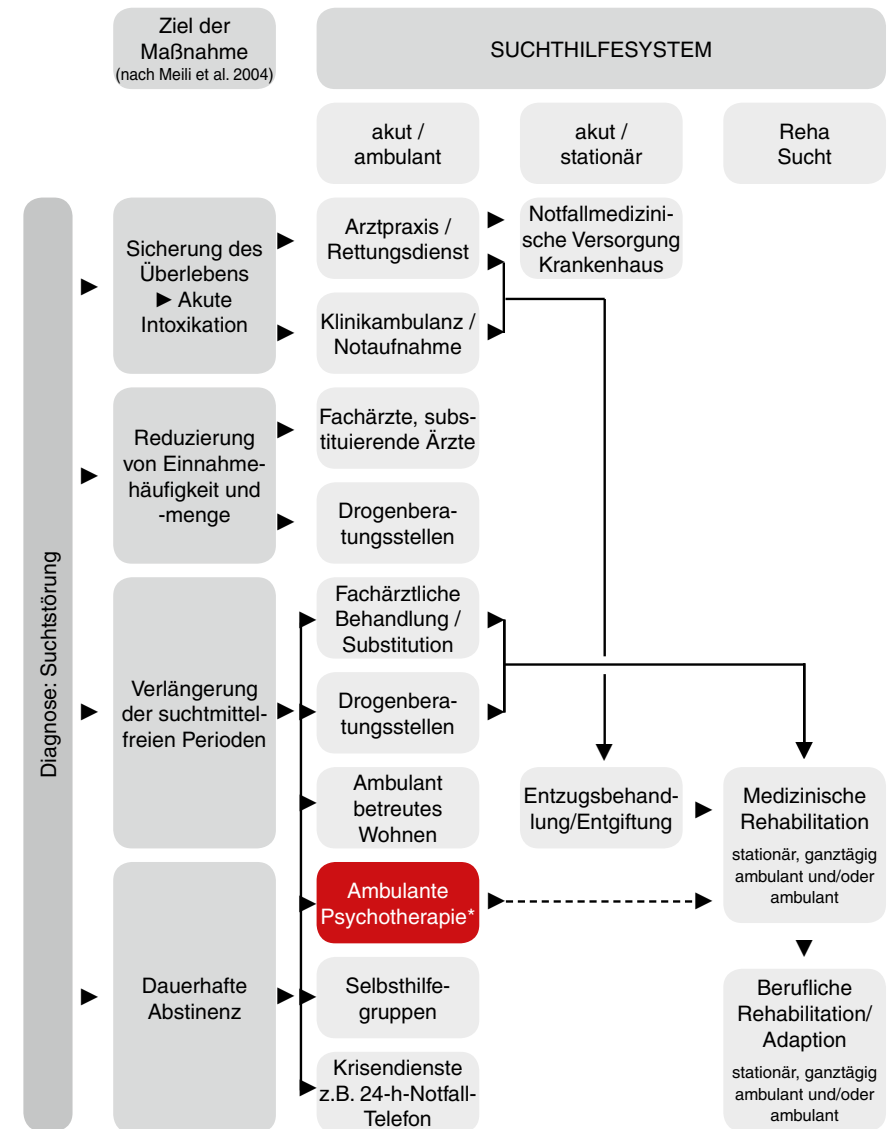
Hätte die Psychotherapie ohne dieses Hilfesystem im Rücken überhaupt eine Chance? Nach der aktuellen Psychotherapie-Richtlinie bleiben ihr zehn Sitzungen, bis die Patientin oder der Patient abstinent ist. Wird das Suchthilfesystem einbezogen, ist das eine gute Sache. Bleibt es außen vor, ist dieses Ziel wahrscheinlich eher eine Selbstüberschätzung. „Zusammen stark“, so kann das Fazit bezogen auf das Suchthilfesystem lauten.

Einen Überblick über die aktuelle Versorgungssituation im Bereich Sucht in Deutschland stellte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) im Jahr 2014 mit ihrer Publikation „Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland“ zur Verfügung.

Behandlungsrelevante Leitlinien im Bereich Sucht (www.awmf.org)

- Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnostik und Behandlung
Stand 31.07.2014
- Tabakkonsum (Rauchen), abhängiger und schädlicher: Screening, Diagnostik und Behandlung
Stand 31.07.2014
- Methamphetamin bezogene Störungen
Stand 21.11.2016

Aufbau des Suchthilfesystems



*Psychotherapie-Richtlinie: 10 Sitzungen bis zur Erreichung der Abstinenz. Die Abstinenz muss regelmäßig nachgewiesen werden (z.B. Urinkontrollen). Psychotherapie bei Substitution möglich, enge Kooperation zum substituierenden Arzt erforderlich.

Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen trinken gut 96 Prozent der Menschen zwischen 18 und 64 Jahren hierzulande Alkohol. Im Jahr 2014 lag der Pro-Kopf-Konsum alkoholhaltiger Getränke bei 137,2 Litern. Das entspricht 9,7 Litern reinen Alkohols. Dieser Wert hat sich seit zehn Jahren kaum verändert.

Der Fachverband Sucht gibt für 2012 an: Etwa 3,4 Millionen Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren trinken in missbräuchlicher (1,6 Mio.) oder abhängiger (1,8 Mio.) Weise Alkohol. Männer konsumieren durchschnittlich deutlich mehr als Frauen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2012 ist die Krankheitsdiagnoseklasse „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ bei Männern der häufigste Behandlungsanlass in Akutkrankenhäusern.

In der Öffentlichkeit wird das Thema allerdings vielfach verharmlost. Bei vielen Anlässen gehört Alkohol ganz selbstverständlich dazu. Dass jemand zu häufig oder zu viel trinkt, fällt daher oft gar nicht oder erst sehr spät auf. Riskante Konsummuster können jedoch schleichend in die Abhängigkeit führen.

Wirkung

Alkohol wirkt zweiphasig: anfänglich enthemmend/lockernd, später beruhigend/sedierend. Er wird hauptsächlich über die Schleimhäute und den Magen aufgenommen. Die erste Wirkung tritt nach wenigen Minuten ein.

Als Zellgift bewirkt Alkohol auf verschiedenen körperlichen Ebenen Schäden. Belegt sind zum Beispiel Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und einigen Krebserkrankungsarten sowie eine toxische Wirkung auf die afferenten und efferenten Nervenendigungen (Polyneuropathien). Alkohol schwächt auch nachweislich das Immunsystem und schädigt den Fötus im Mutterleib.

Risikoarmer Konsum

Die Grenzwerte für einen risikoarmen Alkoholkonsum sind bei Männern und Frauen unterschiedlich:

Männer: 24g pro Tag (0,6 l Bier oder 0,2 l Wein/Sekt oder 0,08 l Spirituosen)

Frauen: 12g pro Tag (0,3 l Bier oder 0,1 l Wein/Sekt oder 0,04 l Spirituosen)

Um sich nicht an den Konsum von Alkohol zu gewöhnen, sollten mindestens zwei konsumfreie Tage in der Woche eingehalten werden.

Die Alkoholkonzentration im Blut kann mit der Widmark-Formel geschätzt werden:
Alkohol [g] / (Körpergewicht [kg] x Verteilungsfaktor) (= 0,7 für Männer/0,6 für Frauen)

Höchstens in risikoarmer Menge angezeigt ist Alkohol bei bestehenden Stoffwechselerkrankungen (insbesondere von Leber, Magen und Bauchspeicheldrüse), Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Krebserkrankungen. Besser ist Abstinenz oder ein risikoarmer Konsum an maximal ein bis zwei Tagen in der Woche.

Problematischer Konsum

Die Kriterien für einen problematischen Konsum beziehen sich auf Menge und Häufigkeit, bestimmte Situationen und den Gesundheitszustand im Zusammenspiel mit Alkohol:

Menge-Häufigkeit: Der Konsum übersteigt im Schnitt an mehr als fünf Tagen in der Woche die Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum – oder es werden pro Trinkgelegenheit (mehr als viermal pro Quartal) Mengen konsumiert, die einem schädlichen Konsum entsprechen. (Laut ICD-10 erfordert die Diagnose eines schädlichen Konsums die tatsächliche Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit, z.B. Weiterkonsum trotz Leberschädigung oder bestehender depressiver Symptomatik.)

Situationen: In der Schwangerschaft ist der Konsum von Alkohol grundsätzlich in jeder Phase problematisch. Auch kleinste Mengen können riskant/schädlich für das Ungeborene sein. Bei der Teilnahme am Straßenverkehr gilt Abstinenz als geboten. Ab 0,3 Promille sind Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsgeschwindigkeit bereits negativ beeinflusst. Ein Alkoholgehalt von 1,6 Promille oder mehr im Blut gilt als Indikator für einen gewohnheitsmäßigen schädlichen Konsum mit Verdacht auf eine Abhängigkeitsstörung. Der Führerschein kann in diesem Fall für längere Zeit entzogen werden. Er wird in der Regel erst dann wieder erteilt, wenn eine dauerhafte Abstinenz und eine erfolgreiche medizinisch-psychologische Untersuchung nachgewiesen werden. Auf einen problematischen Konsum weisen auch Ermahnungen und Abmahnungen am Arbeitsplatz hin (auch Restalkohol spielt hier eine Rolle).

Gesundheitszustand: Es liegen chronische Krankheiten vor, die durch Alkohol mitbedingt oder ungünstig beeinflusst werden. Beispiele sind Leber- und Bauch-

speicheldrüsenerkrankungen, Magen- und Speiseröhren- bzw. Mundschleimhautveränderungen, Bluthochdruck und Adipositas.

Klinische Zeichen

Ein problematischer Alkoholkonsum kann sich über verschiedene klinische Zeichen zeigen, zum Beispiel: nach Alkohol riechender Atem, ein feinschlägiger Tremor (intentionsbetont), Teleangiectasien (sichtbare Blutgefäßerweiterungen, vor allem im Gesicht/Nasenbereich), Lebervergrößerung, ins Depressive ausgelesene Stimmungslage, Durchschlafstörungen sowie häufige Befindlichkeitsstörungen wie eine Anfälligkeit für Infekte oder Erschöpfung.

Auffällige Laborbefunde

Leberwerte

- γ -GT (Gamma-Glutamyltransferase). Achtung: Hepatitiden, Hyperthyreose, Medikamenteneinfluss etc. müssen ausgeschlossen werden. Der Wert reguliert sich erst im Verlauf von etwa sechs Wochen Abstinenz.
- MCV (Mittleres Erythrozytenvolumen). Achtung: Auch Besonderheiten wie Hypothyreose, Menopause bei Frauen, Rauchen und Lebererkrankungen erhöhen diesen Wert.
- CDT (Kohlenhydrat-defizientes Transferrin): Bei länger andauerndem erhöhten Konsum (mindestens drei Wochen).

Urinwert

Ethylglucuronid wird für den Nachweis eines kurzfristigen Alkoholkonsums gemessen. Das Nachweisfenster umfasst bei hoher Konsummenge bis zu 36 Stunden.

Besonderheiten in der Psychotherapie

- Für mehr Transparenz und Verbindlichkeit sollten medizinische Kontrolluntersuchungen in regelhaftem Abstand durchgeführt werden, zum Beispiel einmal monatlich über den Hausarzt.
- Im Behandlungsvertrag sollte ein Screening auf Atemalkoholgehalt als mögliche Maßnahme festgehalten werden.
- Es ist zu klären, ob eine Entgiftung, eine Entzugsbehandlung oder eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme bei Abhängigkeitsstörung erforderlich sind.
- Besonders zu beachten sind eine latente und akute Suizidalität aufgrund der depressiogenen Wirkung des Alkohols sowie die Verstärkung vorbestehender

oder komorbider psychischer Erkrankungen. Hier sind insbesondere affektive Erkrankungen (F3) und neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) zu nennen.

- Auf einen Mit- oder Beikonsum psychotroper Substanzen oder ein „Umsteigen“ auf solche Substanzen muss besonders geachtet werden.
- Cave: Die kognitive Verarbeitungskapazität sowie die Gedächtnisfunktionen (insbesondere das Kurzzeitgedächtnis und das Arbeitsgedächtnis) können beeinträchtigt sein.

Standardfragen

- Wie viel Alkohol trinken Sie etwa (pro Woche/pro Tag)?
- Trinken Sie Alkohol zu den Mahlzeiten?
- Trinken Sie Alkohol zur Entspannung/am Feierabend?
- Trinken Sie mit Freunden, Bekannten, Familienangehörigen?
- Trinken Sie allein?
- Trinken Sie zu besonderen Anlässen (Feiern, Feste)?

Fakultative Fragen

- Bei der Einnahme von stimmungs- oder antriebsverändernden Medikamenten (zum Beispiel Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel, angstlösende Medikamente, Antipsychotika): Sind Sie über die Wechselwirkungen mit Alkohol informiert?
- Bei Teilnahme am Straßenverkehr (als Autofahrer, Fußgänger etc.), der Bedienung von Maschinen oder bei Aufgaben, die eine besondere Aufmerksamkeit erfordern (zum Beispiel Überwachungstätigkeiten, bestimmte Dienstleistungen): Wissen Sie, dass bereits geringe Blutalkoholkonzentrationen ab 0,3 Promille die Aufmerksamkeit und die Konzentration negativ beeinflussen?
- In bestimmten Lebensphasen (zum Beispiel Schwangerschaft, Jugendalter, höheres Lebensalter) und Situationen (Teilnahme am Straßenverkehr, vor Operationen oder anderen medizinischen Eingriffen): Sind Sie über die besonderen Vorsichtsmaßnahmen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum informiert?

Literatur

Kienast, T., Lindenmeyer, J., Löb, M., Löber, S., Heinz, A. (2007): Alkoholabhängigkeit. Ein Leitfaden zur Gruppentherapie. Stuttgart: Kohlhammer (mit vielen Materialien)

AMPHETAMINE

Amphetamine (synthetisch hergestellte Drogen, kurz ATS für englisch Amphetamin-Type Stimulants) werden in Amphetamine, MDMA, Methylphenidat (MPH) und Methamphetamine (Crystal Meth) unterschieden.

Amphetamine

Amphetamine (auch bekannt als „Speed“ oder „Pepp“) werden häufig zur Leistungssteigerung genutzt. Sie sollen wach machen und Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit, Gedächtnisleistung und Lernprozesse sowie die Fähigkeit zur sozialen Anpassung verbessern. Die Halbwertszeit beträgt 4-12 Stunden. Die geschätzte letale Mindestdosis bei nicht abhängigen Erwachsenen liegt bei 200 mg.

Wirkung: Wachheit, weniger Müdigkeit, verringertes Schlafbedürfnis, Verminderung und Unterdrückung von Hunger und Durst, erhöhter Bewegungsdrang, erhöhte Risikobereitschaft, verringerte Aggressionsschwelle, vermindertes Schmerzempfinden, erhöhte Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit.

MDMA (XTC, Ecstasy)

MDMA steht für die chemische Verbindung 3,4-Methylenedioxy-N-methylamphetamin, bekannt als XTC/Ecstasy. Eng verwandt sind MDA (3,4-Methylenedioxyamphetamin, MDEA (3,4-Methylenedioxyethylamphetamin) und MBDB (2-Methylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)butan). Die Halbwertszeit liegt bei 4-6 Stunden.

Wirkung: Euphorie, erleichterte Kontaktaufnahme (empathogene Wirkung), Verständnis der eigenen inneren Gefühle (entaktogene Wirkung).

Methylphenidat (MPH)

Methylphenidat gehört zu den Derivaten des Amphetamins. Es wirkt stimulierend und darf Kinder- und Jugendlichen zur medikamentösen Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ärztlich verordnet werden. Bekannt ist MPH unter anderem unter dem Handelsnamen **Ritalin**. Auch in der Narkolepsie wird es angewendet.

Wirkung: Verbesserung der Wahrnehmung und der Aufmerksamkeitsfunktionen. Die Wirkdauer liegt bei 3-5 Stunden.

Methamphetamine/Crystal Meth

Methamphetamin oder N-Methylamphetamin wirkt je nach Reinheit und Dosis 4-48 Stunden. Aktuell wird in Deutschland eine Reinheit von 80 Prozent vorausgesetzt. Nasal und inhalativ konsumiert setzt die Wirkung nach 3-10 Minuten ein, oral nach 30-40 Minuten, intravenös nach wenigen Sekunden. Die Halbwertszeit im Plasma beträgt 9 Stunden, die Nachweisbarkeit im Blut 24-36 Stunden, im Urin 48 Stunden bis zu einer Woche.

Wirkung: gesteigerter Sexualtrieb, Euphorie, gehobenes Selbstwertgefühl, gesteigerter Rededrang, Enthemmung, erhöhte Risikobereitschaft, unangenehme innere und motorische Unruhe, Nervosität, Aggressivität und Gewaltausbrüche, Panikattacken, Konzentrationsstörungen, starke körperliche Erregung, Unterdrückung von Hunger und Schlafbedürfnis. Puls, Herzfrequenz und Blutdruck sind erhöht, die Atmung ist beschleunigt, die Pupillen sind erweitert. Es kommt zu Sehstörungen wie Doppelbildern (besonders bei hohen Dosierungen), Kopfschmerzen, Mundtrockenheit und Übelkeit.

Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum

Als Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum amphetaminartiger Stimulanzien gelten ein einmaliger Probierkonsum und ein Konsum einmal in 12 Monaten. Eine Abhängigkeit besteht, wenn trotz körperlicher und/oder psychischer Schäden und/oder sozialen Problemen (Partnerschaft, Beruf, Freundeskreis) weiterhin konsumiert wird.

Schädlicher Gebrauch

Ein schädlicher Gebrauch ist hinsichtlich Menge und Häufigkeit gegeben, wenn seit mindestens einem Monat oder wiederholt in den letzten 12 Monaten konsumiert wurde. Zudem wird ein schädlicher Gebrauch mit Blick auf konkrete Situationen definiert:

Schwangerschaft: Auch kleinste Mengen an Amphetaminen sind riskant/schädlich. Crystal Meth steigert den Blutdruck der Mutter, was die Gefahr für eine Fehlgeburt erhöht. Es reduziert den Blutfluss im Mutterkuchen. Das Ungeborene wird mit Nährstoffen und Sauerstoff unterversorgt, was zu Wachstumsstörungen führt. Crystal Meth ist plazentagängig – der Embryo konsumiert auch kleinste Mengen mit. Mögliche Folgen sind Herzfehler, Lippen- und Gaumenspalten, Hirnentwicklungsstörungen, Hirninfarkte und -blutungen. Drei Viertel aller Kinder haben Entwicklungsdefizite. Mögliche Folgeschäden sind ADHS und Intelligenzminderung.

Teilnahme am Straßenverkehr: Da es sich bei Amphetaminen um „harte Drogen“ handelt, rechtfertigt nach überwiegender Auffassung in der Rechtsprechung bereits der einmalige Konsum den Rückschluss auf die Ungeeignetheit zum Führen von Kraftfahrzeugen. Der Führerschein kann entzogen werden.

Amphetamin auf Rezept: Amphetamin darf Kindern und Jugendlichen mit ADHS ärztlich verordnet werden.

Auffällige Laborbefunde

Eine weitverbreitete Methode, um Medikamente und illegale Rauschdrogen wie Amphetamine im Harn nachzuweisen, ist das Drogenscreening. Als Untersuchungsmethode werden in medizinischen Labors dafür üblicherweise sogenannte „Immunoassays“ eingesetzt. Diese Tests arbeiten mit Antikörpern, die allerdings auch unerwünschte Reaktionen mit nicht relevanten Substanzen zeigen können.

Ein positiver Amphetamintest bedeutet, dass in der untersuchten Harnprobe eine Substanz aus der Gruppe der Amphetamine bzw. eine andere miterfasste Substanz oberhalb des Schwellenwertes („Cut-off“) des Testsystems nachweisbar ist. Amphetamintests sind üblicherweise auf einen Cut-off von 500 bzw. 1.000 ng/ml eingestellt, wobei Amphetamin, Methamphetamin, Chloramphetamin etc. erfasst werden.

Besonderheiten in der Therapie

Eine Entgiftung VOR Therapie ist nötig! Methamphetamin ist stärker und schädlicher als Amphetamin. Cristal Meth macht sehr schnell abhängig. Methamphetamin hat eine hohe Neurotoxizität, ergibt meist Probleme mit dem „Wörter-Gedächtnis“, der Impulsivität und beim Filtern wichtiger Informationen. Am Besten sind eine niederschwellige Behandlung, eine motivierende Gesprächsführung, kurze Gesprächseinheiten und eine klare Struktur. Belohnung und Strukturgebung helfen. Kognitive Überforderung ist zu vermeiden. Symptome können noch Jahre nach Absetzen einer Substanz nachwirken.

Standardfragen

- Hatten Sie jemals Kontakt (Probierkonsum) mit amphetaminartigen Stimulanzien wie Amphetaminen, Methamphetaminen oder MDMA/Ecstasy?
- Haben Sie es dabei belassen?

- Bei „Ja“: Ende
- Bei „Nein“ weiter mit: Wie oft konsumieren Sie? Ging es Ihnen danach jeweils schlecht?
- Setzen Sie die Stimulanzien gezielt ein? (Sporadisch, bei Doppelschichten, einmal in zwölf Monaten etc. Eine sporadische Nutzung ist ein schädlicher Gebrauch.)

Fragen bei regelmäßigem Gebrauch als Hinweis auf eine Abhängigkeit

- Wie viel Amphetamine/Meth-Amphetamine konsumieren Sie ungefähr (pro Woche/pro Tag)?
- Zu welchen Gelegenheiten nehmen Sie Amphetamine/Meth-Amphetamine?
- Konsumieren Sie gemeinsam mit Freunden, Bekannten, Familienangehörigen oder alleine?
- Konsumieren Sie zu besonderen Anlässen? (Arbeit, Feiern, Feste, Sexpartys)
- Konsumieren Sie zur (pharmakologischen) Leistungssteigerung? (Neurodoping)
- In welcher Form konsumieren Sie? (Kapseln, Partydroge/Pillen, Pulver über die Nasenschleimhaut geschnieft, Injektion in die Vene, Rauchen)
- Wie lange hält die Wirkung bei Ihnen an?

Fakultative Fragen

- Sind Sie über die Wechselwirkungen mit Alkohol informiert?
- Sind Sie über die Wechselwirkung mit anderen Medikamenten informiert?
- Wissen Sie, dass bereits geringe Mengen die Aufmerksamkeit und die Konzentration beeinflussen – was Gewicht hat bei der Teilnahme am Straßenverkehr (Autofahrer, Fußgänger etc.), der Bedienung von Maschinen und bei Aufgaben, die eine besondere Aufmerksamkeit erfordern (wie Überwachungstätigkeiten, bestimmte Dienstleistungen)?
- Sind Sie informiert über die Risiken in bestimmten Lebensphasen (Jugendalter, höheres Alter, Schwangerschaft etc.) und Situationen (zum Beispiel Teilnahme am Straßenverkehr)?

Literatur

Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Sachbericht 2014

Cannabis- bzw. Hanfpflanzen enthalten verschiedene Cannabinoide, von denen THC (Delta-9-Hydrocannabinol) die stärkste psychoaktive und berauschende Wirkung aufweist. Verbreitete Cannabisprodukte sind Marihuana (Gras), das aus getrockneten Blüten und Blättern besteht, und Haschisch (Dope, Shit), das aus dem Harz der Pflanze gewonnen wird. Der Wirkstoffgehalt von Haschisch übersteigt den von Marihuana deutlich. Seltener wird auch stark konzentriertes Haschischöl konsumiert.

Cannabinoide bzw. Cannabis wird vor allem geraucht (Kiffen) – in Form von Joints mit oder ohne Tabak oder über (Wasser-)Pfeifen (bekannt unter anderem als Bongs, Chillums etc.). Es kann aber auch verzehrt werden, zum Beispiel in Gebäck oder im Tee. Eine neuere Applikationsform sind Verdampfer (Vaporizer).

Wirkung von THC

Inhaliert setzt die volle Wirkung nach etwa 20 Minuten ein. Nach zwei bis drei Stunden klingt sie ab. Die Wirkung von verzehrtem Cannabis setzt zeitversetzt ein und ist schwer zu dosieren.

Subjektiv als angenehm erlebt werden eine körperliche und psychische Entspannung, intensivierte Sinneswahrnehmungen und Euphorie bei gleichzeitiger Gelassenheit, Appetitsteigerung sowie Angst- und Schmerzreduktion. Der Herzschlag steigt häufig an, die Motorik ist verlangsamt, das Kurzzeitgedächtnis eingeschränkt. Es kann zu Gedankenabreißen, Verwirrung, Erinnerungslücken, Panik und paranoiden Vorstellungen sowie zu Übelkeit und Schwindel kommen. Auch visuelle Halluzinationen sind möglich.

Schädliche Folgen des Konsums

Wird Cannabis inhaliert, schädigt das langfristig die Atemwege – vor allem, aber nicht nur, wenn Tabak mitkonsumiert wird. Ein anhaltender Konsum schränkt die kognitive Leistungsfähigkeit, das Gedächtnis und die Lernfähigkeit ein. Es besteht ein Risiko, psychisch abhängig zu werden – mit negativen Auswirkungen auf die schulische, berufliche und soziale Motivation (amotivationales Syndrom). Neben akuten psychotischen Symptomen sind auch mehrtägige drogeninduzierte Psychosen möglich.

Ob der Konsum von Cannabinoiden bleibende Hirnschäden verursacht, ist derzeit nicht eindeutig belegt. Diskutiert wird der Konsum im Zusammenhang mit einem Risiko bleibender psychotischer Störungen. Dabei ist die Art der Zusammenhänge noch unklar: Erfolgt eine missbräuchliche Selbstmedikation im Prodromalstadium einer bereits beginnenden Psychose? Ist der Konsum ein Risikofaktor für ihre Entstehung? Oder gibt es gemeinsame ätiologische Faktoren von Suchtentwicklungen und psychotischen Störungen?

Menschen mit einem familiären Risiko für Schizophrenie oder andere psychotische Störungen wird vom Cannabiskonsum dringend abgeraten. Konsumieren schwangere Frauen Cannabis, scheint das mit einem niedrigen Geburtsgewichts des Kindes einherzugehen. Allerdings wurden Tabak- und Cannabiskonsum in entsprechenden Studien bislang nicht eindeutig getrennt.

Entzugssymptome

Sie sind vor allem psychischer Natur und zeigen sich über Anspannung, Gereiztheit, Depressivität oder Schlafstörungen. Ein körperliches Entzugssyndrom ist nicht belegt.

Nachweis eines Konsums

Die meisten Drogen-Screenings beinhalten einen THC-Nachweis. Im Urin sind Abbauprodukte von Cannabinoiden bis zu 30 Tage nachweisbar, bei regelmäßigem Konsum sogar bis zu drei Monate nach dem letzten Gebrauch. Einen akuten Konsum nachzuweisen, etwa im Rahmen einer Straßenverkehrskontrolle, erfordert in der Regel einen Bluttest. Während hohe Werte von THC-COOH im Blut eher auf einen chronischen Konsum hindeuten, zeigt THC-OH einen kürzlich zurückliegenden Konsum an.

Genauere Kennwerte, die auf Ausmaß, Regelmäßigkeit und Zeitpunkt des Konsums schließen lassen, sind aufgrund zahlreicher Einflussfaktoren auf das Testergebnis (Passivrauchen, Gewichtsveränderungen etc.) nicht sicher anzugeben.

Therapeutischer Einsatz von THC

Bei schweren Krankheitsbildern wie AIDS, Krebs und Multipler Sklerose können THC-haltige Arzneipräparate im Rahmen einer ärztlich begleiteten

Selbsttherapie unter strengen Auflagen legal eingesetzt werden. Das Ziel ist, darüber zum Beispiel chronische Schmerzen, Spasmen oder Appetitmangel zu lindern.

Zu den verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln gehört Nabiximols, in Deutschland zugelassen als Mundspray unter dem Handelsnamen Sativex. Die alternativen teil- und vollsynthetischen Wirkstoffe Dronabinol und Nabinol sind in Deutschland aktuell nicht als Fertigarznei erhältlich. Sie können als Rezepturarzneimittel oder aus dem Ausland bezogen werden. Die Kosten der Präparate werden häufig nicht von Krankenkassen erstattet. Cannabidiol (CBD), ein kaum psychoaktiver Bestandteil von Hanf, wird gelegentlich ebenfalls zu entkrampfenden und entzündungshemmenden Zwecken eingenommen und ist rezeptfrei über das Internet zu beziehen. Medizinische Cannabisblüten aus den Niederlanden sind seit 2009 mit behördlicher Ausnahmegenehmigung über deutsche Apotheken erhältlich.

Das Bundesverwaltungsgericht Leipzig urteilte im Frühjahr 2016 erstmals, dass es einem Patienten mit Multipler Sklerose erlaubt ist, unter Auflagen Cannabis zum Eigenbedarf anzubauen, da in diesem Einzelfall kein gleich wirksames und bezahlbares Medikament zur Verfügung steht.

Seit März 2017 werden die Kosten für Cannabisblüten und -extrakte für Schwerkranke von deutschen Krankenkassen übernommen und die bislang notwendige Beantragung von Ausnahmegenehmigungen für den Bezug von medizinisch indiziertem Cannabis entfällt.

Für Psychotherapeuten zu beachten

Da nicht mit ernsthaften körperlichen Entzugssymptomen zu rechnen ist, kann von einer stationären Entgiftungsbehandlung unter ärztlicher Begleitung abgesehen werden – sofern sichergestellt ist, dass keine zusätzliche Abhängigkeit von anderen Substanzen besteht.

Standardfragen

- Haben Sie jemals Marihuana oder Haschisch ausprobiert/gekiffert?
- Wenn ja: Wann und in welcher Form war das?
- Hatten Sie unerwünschte Nebenwirkungen?

Fragen zur Abklärung eines missbräuchlichen oder abhängigen Konsums

- Gibt oder gab es Zeiten, in denen Sie regelmäßig oder täglich Cannabis konsumiert haben?
- Haben Sie Cannabis schon einmal als Einschlafhilfe genutzt, um Ängste zu reduzieren oder Ihre Stimmung zu verbessern? (Selbstmedikation)
- Haben Sie schon einmal vergeblich probiert, seltener oder weniger zu konsumieren?
- Wie geht es Ihnen, wenn Sie eine Zeit lang nicht konsumieren können oder wollen?
- Hatten Sie durch den Cannabiskonsum schon einmal Auseinandersetzungen mit anderen Personen?
- Gab es durch Cannabis Probleme mit der Polizei oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz/in der Schule?
- Konsumieren Sie, obwohl es sich möglicherweise ungünstig auf Sie auswirkt oder bestehende Probleme verschlimmert? (zum Beispiel Ängste, Depression, Psychosen)

Literatur

Cannabis Basisinformationen.

Hrsg. von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Auflage 14.70.03.17
www.dhs.de, Menüpunkt Informationsmaterial,
Unterpunkt Broschüren und Faltblätter

Gouzoulis-Mayfrank, E., Schnell, T. (2007): Komorbidität Psychose und Sucht - Grundlagen und Praxis: Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie. Dresden: Steinkopff

Grotenhermen, F., Reckendrees, B. (2014): Die Behandlung mit Cannabis und THC: Medizinische Möglichkeiten, rechtliche Lage, Rezepte, Praxistipps. Solothurn: Nachtschatten Verlag

Scherbaum, N. (2016): Das Drogentaschenbuch. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme

Im ICD-10 findet sich das pathologische Glücksspiel unter den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ als „Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle (F 63.0). Glücksspiel kommt in unterschiedlichen Formen in der Gesellschaft vor. Unterscheiden lassen sich zwei Durchführungsarten: das terrestrische Glücksspiel vor Ort in den Räumlichkeiten des Anbieters und das Online-Glücksspiel.

Terrestrische Glücksspiele beinhalten die Möglichkeit der sozialen Kontrolle durch das Spielumfeld, etwa durch andere Kunden. Andererseits ist ihr Potenzial für eine soziale Verstärkung größer, zum Beispiel wenn andere Anwesende Anerkennung für Gewinne zeigen. Beim Online-Glücksspiel hingegen ist ein zeitgleiches Mehrfachspiel leichter. Die verschiedenen Formen wie Automatenspiel, Tischspiele (Black Jack, Roulette, Poker...), Sportwetten, Würfel- und Kartenspiele, Rubbellose, Lotterien, Bingo, Geschicklichkeitsspiele (Bowling, Billard, Golf etc. um Geld) und Glücksspiel durch risikoreiches Handeln an der Börse sind meistens terrestrisch und online möglich.

Wirkung

Die Wirkung eines Glücksspiels wird über die körpereigenen Neurotransmittersysteme (Belohnungssystem) und die damit verbundenen Botenstoffe (zum Beispiel Dopamin) vermittelt.

Es kann anregend wirken und Nervenkitzel, Spannung, Ärger, Unterhaltung und Freude hervorrufen. Es kann auch dämpfende Wirkung entfalten und beispielsweise entspannen, Selbstvergessenheit hervorrufen und ein Problemdenken betäuben.

Entscheidend für das Ausmaß an anregender und dämpfender Wirkung sind neben den personenbezogenen Dispositionen die unterschiedlichen Ausgestaltungsmerkmale des jeweiligen Glücksspiels. Dazu gehören unter anderem die Ereignisfrequenz, Gewinn- und Auszahlquoten, Einsatzmöglichkeiten, Fastgewinne oder Jackpots.

Übermäßiges Glücksspiel

Eine Störung ist bei allen Formen des Glücksspiels möglich. Sie zeigt sich jedoch in unterschiedlicher Häufigkeit. In der Reihenfolge von häufiger bis seltener findet sie sich beim Automatenspiel, bei Casino-

Tischspielen und Sportwetten, dem Spiel mit Rubbellosen und Lotterien.

Die negativen Auswirkungen von übermäßigem Glücksspiel äußern sich in entstehenden finanziellen und zeitlichen Verlusten sowie in der Vernachlässigung der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten.

Klinische Symptomatik

Eine Störung durch Glücksspiel zeigt sich mit Ruhelosigkeit und Reizbarkeit sowie einer dysphorisch-depressiven Stimmungslage. Die Konzentrationsfähigkeit ist gestört, die Gedanken kreisen um Glücksspielmöglichkeiten, Schulden und soziale Konflikte. Aufgrund von entstandenen Schulden, Lügen hinsichtlich der eigenen Glücksspielaktivitäten und nicht eingehaltenen persönlichen Verpflichtungen (beispielsweise Aufgaben am Arbeitsplatz, Versorgung der Familie) erwachsen Schuldgefühle.

Es besteht ein hohes Suizidrisiko – über 20 Prozent der in Behandlung befindlichen Betroffenen haben bereits einen Suizidversuch unternommen.

Risikofaktoren und Verlauf

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Störung sind ein früher Beginn von Glücksspielaktivitäten in Kindheit oder Jugend. Männliche Jugendliche und Männer haben ein größeres Risiko als weibliche Jugendliche und Frauen.

Eine Störung kann erst später im Leben entstehen; häufig beginnt sie jedoch in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Meistens sind ein bis zwei Glücksspielformen problematisch. Die Störung kann kontinuierlich oder episodenhaft mit Zeiten völliger Abstinenz verlaufen. Bei dem Online-Glücksspiel ist das Risiko der Verwahrlosung größer. Mit Blick auf einen alltäglichen Internetgebrauch ist zudem eine Abstinenz gegebenenfalls schwieriger zu erreichen.

Zu häufigen komorbiden Störungen zählen Depression, Persönlichkeitsstörungen (Narzisstische Persönlichkeitsstörung, Borderline Persönlichkeitsstörung, Antisoziale Persönlichkeitsstörung), Tabakabhängigkeit (>70 Prozent) und Alkoholabhängigkeit.

Differenzialdiagnosen sind: Vermehrtes Glücksspielverhalten in einer manischen Episode (Bipolare Störung); soziales Glücksspiel (typischerweise im

Freundes- und Kollegenkreis mit zeitlich begrenztem Rahmen und vorher festgelegten annehmbaren Verlusten) und professionelles Glücksspiel (die Risiken werden begrenzt, Disziplin steht im Vordergrund, ein Beispiel ist professionelles Pokern).

Therapeutische Besonderheiten

Die hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen bedarf einer eingehenden Berücksichtigung bei dem Aufbau der therapeutischen Allianz. Insbesondere eine wertschätzend-anerkennde Haltung fördert den Vertrauensaufbau.

Selbsthilfemaßnahmen zur Überwindung von Craving-Situationen erstrecken sich von Aufbewahrung der Bank-, EC- und Kreditkarten durch Angehörige, dem Mitführen von geringen Bargeldmengen bis hin zu Anti-Craving-Skills.

Zudem können Informationen über Anträge zur Selbstsperrung bei Glücksspielanbietern einen bestehenden Abstinenzwillen der Betroffenen unterstützen. Die Verfahren zur Selbstsperrung variieren in den einzelnen Bundesländern. In Nordrhein-Westfalen werden sie über Hausverbote und in Rheinland-Pfalz über Selbstsperranträge (s. www.gluecksspielsucht.de) umgesetzt. Online lassen sich Zugangssperren ebenfalls über Selbstsperranträge bei Anbietern oder über Schutzsoftware vor Glücksspielseiten einrichten.

Bei bestehenden Schulden ist zu berücksichtigen, dass Betroffene parallel zu einer Psychotherapie an eine Schuldnerberatung vermittelt werden.

Einstiegsfragen

- Nutzen Sie irgendwelche Glücksspiele wie Automaten, Rubbellose, Lotto, Börse, Sportwetten, Poker, ...?
- Welche Glücksspiele nutzen Sie?
- Seit wann spielen Sie die verschiedenen Glücksspiele?
- Welche Glücksspiele nutzen Sie regelmäßig (fast wöchentlich)?
- Wie oft und wie lange nutzen Sie die regelmäßig getätigten Glücksspiele (auf eine Woche bezogen)?
- Wie viel Geld geben Sie pro Monat für Glücksspiele aus?
- Wie viel Prozent sind das von dem Ihnen frei zur Verfügung stehenden Einkommen (nach Abzug aller regulären Kosten)?

Fragen zur Abklärung einer Störung durch Glücksspiele

- Was sind für Sie Anlässe, spielen zu gehen? (Konflikte, Misserfolge, Symptome einer anderen Störung beseitigen etc.)
- Spielen Sie meistens länger oder häufiger als beabsichtigt?
- Versuchen Sie Ihre Verluste durch weiteres Spielen wieder auszugleichen? (Chasing)
- Machen Sie sich häufiger Gedanken darüber, woher Sie Geld zum Spielen bekommen, wie Sie das Spielen in den Alltag einbauen können, wie Sie es verbergen können?
- Sind Sie gereizt, gestresst oder angespannt, wenn Sie nicht spielen können?
- Welche (weiteren) negativen Auswirkungen hat Ihr Spielen? (Konflikte, Ärger auf der Arbeit, Arbeitsplatzverlust, finanzielle Notlagen)
- Haben Sie schon einmal probiert, das Spielen aufzugeben?
- Wie haben sich Ihre monatlichen Ausgaben für das Spielen über Ihre Lebenszeit entwickelt?
- Haben Sie Schulden aufgrund des Spielens? Wie hoch ist der Gesamtbetrag?

Literatur

Meyer, G., Bachmann, M. (2011): Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von glücksspielbezogenem Suchtverhalten (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer

Kokain wird ausschließlich aus Cocablättern gewonnen, wobei nur das Hauptalkaloid (Kokain) extrahiert wird. Kokainhydrochlorid, die am häufigsten gehandelte Form von Kokain, wird über die Nasenschleimhaut aufgenommen (gesnief). Gebräuchliche Szenenamen im deutschsprachigen Raum sind: Schnee, Weißes Gold, Koks, Coca, Coke, Cola, Charlie, Persil, Schönes, Schubi, Toni, Marschierpulver (Österreich).

Der Wirkstoff Kokain kann über unterschiedliche Wege in mehreren Formen konsumiert werden. Die Verabreichungsweisen unterscheiden sich in der Zeit bis zum Wirkungseintritt, der Dauer des Rauschgefühls, der mittleren akuten Dosis, der Wirkstoffhöchstwerte im Plasma, dem Wirkstoffgehalt im konsumierten Material und der Bioverfügbarkeit.

Kokain-Hydrochlorid kann peroral, intranasal (Schnupfen, „Ziehen“) oder intravenös konsumiert werden. Cocapaste, die freie Base des Kokains (Freebase), und Crack werden geraucht.

Wirkung

Bei intravenösem Konsum von Kokain-Hydrochlorid liegen 30-45 Sekunden zwischen Aufnahme und Wirkungseintritt. Die Wirkung hält 10-20 Minuten an. Der orale oder intranasale Konsum wirkt deutlich schwächer, dafür aber 30-45 Minuten lang. Der Wirkungseintritt erfolgt beim oralen Konsum nach 10-30 Minuten, intranasal nach 2-3 Minuten.

Kokain hat verschiedene Effekte auf das Zentralnervensystem. Es wirkt euphorisierend und ruft eine verstärkte emotionale Erregung mit Flucht- oder Kampfreaktionen hervor. Das führt zu einer gesteigerten Herzfrequenz und lässt den Blutdruck ansteigen. Die Pupillen erweitern sich, die Blutzuckerkonzentration nimmt zu. Die Atmung wird stimuliert und es kommt zu einer allgemeinen Aktivierung zentralnervöser Effekte. Die Körpertemperatur steigt, Gehirn und Muskulatur werden vermehrt durchblutet, das Verdauungssystem wird herabgesetzt.

Es kommt zu starker Euphorie und allgemeiner Unruhe, zu vermehrten körperlichen Aktivitäten, Ruhelosigkeit und der Unfähigkeit, ruhig sitzen zu können. Der Grad der Aufmerksamkeit für äußere Reize, die Vigilanz, ist erhöht, gleiches gilt für die kognitive Aufnahmefähigkeit und die Weckreaktion. Die Kreativität ist subjektiv gesteigert.

Beobachtet werden Stereotypen wie Glattdstreichen, Nesteln, Zähneknirschen und Gesichtstics. Müdigkeitserscheinungen und Erregung werden weniger wahrgenommen, das Schlafbedürfnis ist vermindert. Ebenso sind Durst- und Hungergefühle vermindert. Der sexuelle Drang ist erhöht. Einhergehend mit anderen Auswirkungen der zentralen Stimulanzien zeigt sich eine anorektische Wirkung. Cocabauer nutzen diesen Effekt, um Hunger- und Durstgefühle zu unterdrücken. Hohe Dosen Kokain führen zu Hyperreflexie und Tremor.

„Free-base“-Kokain (Crack)

Beim Rauchen von Crack wird Kokain-Hydrochlorid chemisch umgewandelt beziehungsweise zurückgewandelt. Es überwinden nun mehr Moleküle die physiologische Barriere zum Gehirn (Blut-Hirn-Schranke). Dadurch wirkt Crack schneller und ausgeprägter als Kokain.

Gerauchtes Kokain wirkt innerhalb von 8–10 Sekunden für 5–10 Minuten und hat eine deutlich höhere Wirkstoffkonzentration als andere Konsumformen.

Psychische Abhängigkeitsentwicklung

Bei langfristigem Kokaingebrauch treten paranoide Symptome gepaart mit Aggressivität auf. Es entstehen taktile und visuelle Halluzinationen sowie auditorische, olfaktorische oder gustatorische Pseudohalluzinationen. Es formt sich eine anhedonistische Gefühlswelt bis hin zu Depressionen und einem manisch-depressiven Selbstkonzept.

Weitere Folgen sind Schlaflosigkeit, sexuelle Indifferenz sowie ein Gewichtsverlust bis zur Unterernährung. Es kann zu Tremor, grippeähnlichen Gliederschmerzen, chronischer Rhinitis, einem Nasenseptumdefekt, Lungenemphysem und Myokardnekrose kommen.

Entzugssymptome

In den ersten 48 Stunden kann es zu paranoiden Vorstellungen, zu tiefem und langanhaltendem Schlaf („Crash“) sowie suizidalen Gedanken kommen.

In den folgenden 2-10 Wochen können Depressionen, innere Unruhe und zwanghaftes Verlangen nach der Droge auftreten.

In den anschließenden 3-12 Monaten können sich suizidale Tendenzen und ein zwanghaftes Verlangen nach der Droge entwickeln.

Therapeutische Maßnahmen

Zentral sind Entgiftung und eine kokainfreie Umgebung.

Kokainmissbrauch prägt die Lebensführung, den Lifestyle und das Beziehungsumfeld. Abhängig von den verschiedenen psychologischen, physischen, umgebungsbedingten und wirtschaftlichen Faktoren muss daher darüber hinaus individuell über weitere geeignete Maßnahmen entschieden werden.

Kokain führt schnell zu psychischer Abhängigkeit. Schwierigkeiten in der Arbeit mit den Patienten basieren darauf, dass ihnen in der Therapie das Hochgefühl, der Erfolg, die scheinbare „Größe“ und die Potenz genommen werden und ihnen im Gegenzug der normale Alltag angeboten wird. Das führt zu Beginn der Behandlung zu hoher Frustration. Therapieabbrüche sind nicht selten.

Standardfragen

- Hatten Sie jemals Kontakt (Probierkonsum) mit Kokain oder anderen stimulierenden oder schmerzstillenden Substanzen?
- Haben Sie es dabei belassen?
- Bei „Ja“: Ende
- Bei „Nein“ weiter mit: Wie oft konsumieren Sie? Ging es Ihnen danach jeweils schlecht?
- Haben Sie chronische Schmerzen?
- Setzen Sie Kokain gezielt ein? (Zum Beispiel zur Leistungssteigerung, bei Feiern, gegen Schmerzen, einmal in zwölf Monaten etc. Eine sporadische Nutzung ist ein schädlicher Gebrauch.)
- Wie/wodurch wird der Kokainkonsum finanziert?

Fragen bei regelmäßigem Gebrauch

Regelmäßiger Gebrauch als Hinweis auf Abhängigkeit

- Wie viel Kokain konsumieren Sie ungefähr (pro Woche/pro Tag)?
- Zu welchen Gelegenheiten nehmen Sie Kokain?
- Konsumieren Sie gemeinsam mit Freunden, Bekannten, Familienangehörigen oder alleine?

- Konsumieren Sie zu besonderen Anlässen (Arbeit, Feiern, Feste, Sexpartys)?
- Konsumieren Sie zur (pharmakologischen) Leistungssteigerung (Neurodoping)?
- In welcher Form konsumieren Sie? („Line“ = Schnupfen/Ziehen = Pulver über die Nasenschleimhaut geschnieft, Injektion in die Vene, Rauchen)?
- Wie lange hält die Wirkung bei Ihnen an?

Fragen zur Abklärung eines missbräuchlichen Konsums

- Nehmen Sie gelegentlich Kokain auch ein, um vielleicht einen anderen Zweck zu erreichen (gesteigerte Wachheit und Aufmerksamkeit, euphorische gehobene Stimmung, erhöhtes Selbstwertgefühl, sinkende soziale und sexuelle Hemmungen)?
- Sorgen Sie dafür, dass Sie immer ausreichend Kokain verfügbar haben?
- Haben Sie schon einmal festgestellt, dass die gleiche Dosis nicht mehr den gleichen Effekt bewirkt?
- Haben Sie Entzugserscheinungen wie Schlafstörungen, Depressionen, innere Unruhe, verstärkte Schmerzen, Zittern, Angst, Stimmungseinbrüche, Gereiztheit, motorische Unruhe, Schwitzen und Gänsehaut oder Blutdruckkrisen?
- Beobachten Sie sexuelle Funktionsstörungen bei Verzicht auf Kokain?
- Verursacht der Kokainkonsum Konflikte mit Partner und/oder Familie?
- Hatten Sie schon einmal Probleme mit den Nebenhöhlen oder Nasenbluten aufgrund von Kokainkonsum?
- Erleben Sie Brustschmerzen oder erhöhten oder unregelmäßigen Herzschlag bei der Kokaineinnahme?
- Haben Sie finanzielle Schwierigkeiten durch den Kokainkonsum?

Literatur

Freye, E. (2014): Kokain, Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen: Pharmakologie, Wirkmechanismen, Vorgehen bei Intoxikationen. Lengerich: Pabst Science Publishers

Die Neurobiologie der Kokainabhängigkeit:
www.spektrum.de, Stichwort „Kokainabhängigkeit“

Warnzeichen problematischer Kokaingebrauch:
www.sucht.bs.ch, Stichwort „Kokaingebrauch“

www.sucht.de

www.drugcom.de

Sedativa und Hypnotika

Sedativa und Hypnotika werden auch als Tranquillizer bezeichnet. Zu der Gruppe der Beruhigungs- und Schlafmittel gehören Benzodiazepine sowie die sogenannten „Z-Drugs“ und Barbiturate. Sie wirken muskelentspannend, angstlösend, sedierend und schlaffördernd. Diese Medikamente sind psychotrop hoch wirksam und verfügen über ein sehr hohes Suchtpotential. Barbiturate fallen unter das Betäubungsmittelgesetz (BtMG).

Analgetika

Zur Gruppe der Schmerzmittel gehören sogenannte peripher wirksame Präparate, Mischpräparate und Opiate oder Opioide. Peripher wirksame Schmerzmittel sind häufig frei verkäuflich. Mischanalgetika bestehen aus verschiedenen Substanzen und enthalten auch Bestandteile wie Koffein oder Codein, die unmittelbar auf das zentrale Nervensystem einwirken. Opiat- und opioidhaltige Medikamente sind stark wirksame Schmerzmittel mit unmittelbarer Wirkung auf den Hirnstoffwechsel. Sie unterliegen in der Regel dem Betäubungsmittelgesetz (siehe auch Kapitel Opiate).

Psychostimulanzien

Der Versuch der pharmakologisch initiierten Leistungssteigerung führt immer häufiger zum Konsum verschiedenster Psychopharmaka. Genutzt werden Antidepressiva, Beta-Blocker, Antiparkinsonmedikamente und vor allem amphetaminähnliche Substanzen, die zur ADHS-Behandlung dienen, zum Beispiel Ritalin.

Problematischer oder missbräuchlicher Konsum

Bei Medikamenten, insbesondere bei Benzodiazepinen, kann bereits bei niedriger Dosierung und ohne Dosissteigerung eine schwere körperliche Abhängigkeit bestehen. Diese Low-Dose-Abhängigkeit zeigt sich erst bei Absetzen der Medikamente durch auftretende Entzugerscheinungen.

Kriterien für einen problematischen oder missbräuchlichen Konsum

- Einnahme von Medikamenten länger als vier Wochen.
- Dosiserhöhung ohne Absprache mit dem verschreibenden Arzt.
- Ergänzender Konsum von Alkohol oder anderen Medikamenten.
- Arztwechsel zur Beschaffung des Medikamentes.
- Beschaffung durch Dritte oder auf illegalem Weg.

Klinische Symptomatik

Ein problematischer oder missbräuchlicher Konsum führt zu Veränderungen der psychischen und physischen Befindlichkeit und der sozialen Lebensgestaltung.

Auf psycho-physischer Ebene zeigt sich eine reduzierte affektive Schwingung, kritiklose Euphorie oder eine dysphorisch-depressive Stimmungslage. Angst, Müdigkeit oder Schlafstörungen nehmen zu, die Konzentrationsfähigkeit ist gestört, es treten Gedächtnislücken und Verwirrheitszustände auf. Bei älteren Menschen kommt es zu einer „Scheindemenz“. Weitere Symptome sind Bewegungsstörungen, häufige Verletzungen oder Frakturen durch Stürze, Sprechstörungen, Nystagmus („Augenzittern“) sowie Anzeichen äußerer Verwahrlosung.

Ein anhaltender Schmerzmittelkonsum kann zu einem Dauerkopfschmerz führen. Je nach Präparatzusammensetzung entstehen Euphorie und Hyperaktivität oder Schläfrigkeit und Antriebslosigkeit. Ein lang andauernder Schmerzmittelmissbrauch kann zu gravierenden Organschäden führen, insbesondere hinsichtlich der Nieren.

Häufig entwickelt sich ein sozialer Rückzug mit einer Einengung der Interessen und einem Verlust von Freizeitaktivitäten. Der anhaltende Konsum von aktivierenden Psychostimulanzien kann eine übersteigerte Erregbarkeit auslösen. Auch psychotische Phänomene sind nicht selten. Ein mangelndes Müdigkeitsgefühl und die folgende körperliche Überanstrengung führen zur körperlichen Auszehrung und Entkräftung.

Die Betroffenen horten „ihre“ Medikamente und führen ständig Medikamente mit sich.

Entzugssymptome

Der klinische Nachweis eines anhaltenden Konsums von Medikamenten erfolgt in der Regel über den Substanznachweis im Urin oder im Blut.

Therapeutische Maßnahmen

Der Konsum von Medikamenten ist gesellschaftlich akzeptiert, weit verbreitet und wird häufig durch Verschreibung oder Empfehlung initiiert. Die Entwicklung eines süchtigen Konsums verläuft meist schleichend und unauffällig. Der Konsum wird verheimlicht oder als medizinisch begründet deklariert. Daher sind Diagnosestellung und Einleitung einer Behandlung oft schwierig. Rückfälle während einer psychotherapeutischen Behandlung können leicht unbemerkt bleiben.

Patienten klagen häufig über subjektiv unüberwindbare Beeinträchtigungen durch Schmerzen, Schwächeerleben, Schlaflosigkeit, Unruhe, depressive Befindlichkeiten und/oder andere, eher somatische Belastungen. Sie benötigen daher anhaltende Motivationshilfen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz und individuell ausgerichtete therapeutische Interventionen für die jeweils im Fokus stehende psychosomatische Belastung.

Einstiegsfragen zum Konsum

- Nehmen Sie Medikamente zur Beruhigung oder zum Schlafen ein?
- Sind diese Medikamente rezeptpflichtig oder rezeptfrei?
- Wie heißen diese Medikamente?
- Seit wann nehmen Sie diese Medikamente ein?
- In welcher Dosierung nehmen Sie die Medikamente ein?
- Woher beziehen Sie diese Medikamente?

Abklärung eines missbräuchlichen Konsums

- Nehmen Sie gelegentlich Medikamente zur Verbesserung Ihres Wohlbefindens oder Ihrer Stimmung ein?
- Nehmen Sie gelegentlich mehr Medikamente als vorgesehen?
- Sorgen Sie dafür, dass Sie diese Medikamente immer bei sich haben?
- Haben Sie schon einmal festgestellt, dass die Wirkung der Medikamente nachgelassen hat?

- Haben Sie schon einmal den Arzt gewechselt oder versucht, die Medikamente anderweitig zu beschaffen?
- Haben Sie Entzugerscheinungen wie Schlafstörungen, Zittern, innere Unruhe oder Angst festgestellt, wenn Sie die Medikamente reduziert oder abgesetzt haben?
- Nehmen Sie das Medikament weiterhin ein, obwohl Sie von schädlichen Folgen gehört haben oder selbst negative Erfahrungen gemacht haben?
- Ist es schon vorgekommen, dass Sie nicht mehr genau wussten, wie viele Medikamente Sie eingenommen hatten?

Literatur

Medikamentenabhängigkeit. Hrsg. von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Hamm, 2013 (Suchtmedizinische Reihe; Bd. 5)

Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmitteln: Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte. Hrsg. von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Hamm, 2013

Glaeske, Gerd: Medikamentenabhängigkeit: Die verheimlichte Sucht. In: Psychotherapie im Dialog: Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapie, Jg. 13 (2012), Nr. 4 Thema: Sucht. Hrsg. von Michael Broda, Bettina Wilms und Hans Lieb, S. 39-43

Glaeske, Gerd: Ritalin und Co ohne Rezept - Gefahren aus dem Internet. In: 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015. Hrsg. von akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (2015). Lengerich: Pabst, S. 111-116

Opioide sind natürliche, aus dem Opium gewonnene oder (halb)synthetisch hergestellte Arzneimittel mit schmerzlindernden, dämpfenden, beruhigenden und psychotropen Eigenschaften. Die Effekte beruhen auf der Bindung an endogene Opioid-Rezeptoren.

Opioide werden unter anderem in Form von Tabletten, Tropfen, als Injektion und als transdermales Pflaster verabreicht. Es handelt sich um potente Wirkstoffe, die mit Vorsicht angewandt werden müssen. Eine Überdosis ist lebensgefährlich, besonders gefürchtet ist die mögliche Atemlähmung. Opioide können als Rauschmittel missbraucht werden und zu Abhängigkeit und Sucht führen.

Einsatz von Opioiden

Opioide sollten bei einer fortschreitenden Grunderkrankung eingesetzt werden, die eine Dosissteigerung der Analgetikamedikation notwendig macht. Sie sind angezeigt bei chronischen Schmerzen, die sich mit anderen Mitteln nicht mehr lindern lassen, sowie bei opioidpflichtigen Schmerzen. Opioide werden auch angewendet bei zeitweiser Schmerzsteigerung, bei der Nichtopioidanalgetika nicht ausreichen, sowie bei Kontraindikationen gegen Nichtopioidanalgetika. Weitere Indikationsfelder sind Unverträglichkeit oder übermäßige Nebenwirkungen von Nichtopioidanalgetika, peripher wirksamen Analgetika oder NSAR. Auch bei analgetischer Therapielücke und unzureichender Schmerzlinderung von NSAR bei noch vertretbarer Dosierung werden Opioide gegeben.

Unerwünschte Wirkungen

Opioide müssen mit Vorsicht verabreicht werden. Eine Überdosis ist lebensgefährlich und äußert sich in Atemlähmung, tiefem Blutdruck, tiefem Puls, Kreislaufversagen und Koma. Zu den möglichen Nebenwirkungen, die auch bei therapeutischen Dosen auftreten, gehören:

- Verstopfung, Übelkeit, Erbrechen, Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit
- Zentrale und psychiatrische Störungen wie Schwindel, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schläfrigkeit, Verwirrung, Angst, Euphorie, Dysphorie
- Kleine Pupillen (Miosis)
- Atemdepression

- Juckreiz, Hautausschlag, Hautrötung, Schwitzen
- Harnverhaltung
- Hyperalgesie (paradox erhöhte Schmerzempfindlichkeit)
- Herzkreislauf-Störungen wie tiefer Blutdruck, langsamer Herzschlag
- Entwicklung einer Toleranz, Abhängigkeit und Sucht, Entzugssyndrom nach dem Absetzen

Von Vorteil ist, dass Opioide anders als weitere Schmerzmittel keine Organschäden hervorrufen.

Problematischer oder missbräuchlicher Konsum

Zentrale Kriterien sind:

- Einnahme von Opiaten länger als vier Wochen.
- Dosiserhöhung ohne Absprache mit dem verschreibenden Arzt.
- Ergänzender Konsum von Alkohol oder anderen Medikamenten.
- Arztwechsel zur Beschaffung des Opiats, Beschaffung durch Dritte oder illegal.

Klinische Symptomatik

Ein problematischer oder missbräuchlicher Opiatkonsum zeigt sich über schlechte Stimmung (affektive Nivellierung), geringe Schwingungsfähigkeit, kritiklose Euphorie und depressive Stimmung. Es kommt zu Konzentrationsstörungen, Gedächtnisproblemen und Verwirrtheit. Weitere Symptome sind Seh- und Sprechstörungen, Gehstörungen, z.B. ein Schwanken, häufige „Unfälle“, Stürze und Verletzungen sowie Zeichen der Verwahrlosung.

Entzugssymptome

Werden Opiate plötzlich abgesetzt, kommt es zu einer massiven Entzugssymptomatik (CAVE). Daher ist eine sukzessive Reduktion der Opiate unter ärztlicher Kontrolle nötig, möglichst stationär.

Nachweis eines Konsums

Der klinische Nachweis eines anhaltenden Opiatkonsums erfolgt in der Regel über den Substanznachweis im Urin.

Besonderheiten in der Therapie

Das National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) 2011 ergab, dass sich unter allen Personen, die Schmerzmittel verschrieben bekamen, bei 80,6 Prozent ein missbräuchlicher oder abhängiger Konsum dieser Schmerzmittel oder auch Heroin fand. In Deutschland zeigte sich ein Missbrauch von Opioiden bei etwa 11 von 10.000 Personen (Shi et al, 2015). Für das Vereinigte Königreich gilt: Im Vergleich zu 2004 wurden 60 Prozent mehr Opiode in 2010 verschrieben. Dieser Trend wird auch in Amerika berichtet. In Deutschland stieg der Anteil der Verschreibungen von Opioiden von 3,31 Prozent in 2000 auf 4,53 Prozent in 2010. Ebenso wurde eine erhöhte Mortalität beschrieben (Deutsches Ärzteblatt, Schubert, 2013). Daher sollte nicht nur die Opiatabhängigkeit durch illegale Beschaffung, sondern auch der missbräuchliche Konsum in der Schmerztherapie erfragt werden.

Bei chronischem, jahrelangem Opiatkonsum ohne vollständige Abstinenzfähigkeit, aber mit sozialer Verlässlichkeit und Anbindung, ist die Substitutionsbehandlung (welche nur durch hierfür legitimierte Ärzte durchgeführt werden darf) indiziert (Deutsche Gesellschaft für Suchttherapie, 2014).

Ein Entzug, beziehungsweise im Falle der Substitution ein Beikonsumentzug in einer dafür konzipierten Abteilung, ist ratsam.

Die Basisvariablen der Therapie von Opiatabhängigkeit decken sich mit den Variablen der Therapie anderer Süchte: solide Diagnose über DIMDI oder SKID, Motivation zum Beispiel über das Motivational Interview oder den Sokratischen Dialog, regelmäßige Urinkontrollen, Psychotherapiegruppen und Einzelgespräche mit folgenden Schwerpunktthemen:

- Aufbau einer komplementären und tragfähigen therapeutischen Beziehung, hier in Bezug auf die Persönlichkeitsstruktur.
- Erarbeiten/Vertiefen eines individuellen Störungsmodells der Suchtmittelabhängigkeit (zum Beispiel nach Lindemeyer).
- Erarbeiten eines individuellen Störungsmodells bezüglich des Zusammenhangs von Persönlichkeitsvariablen und Suchtentwicklung und deren Aufrechterhaltung (zum Beispiel nach Sachse).
- Erlernen angemessener Sozialkompetenzen mithilfe von Elementen des sozialen Kompetenztrainings (zum Beispiel nach Ullrich und Hinsch).
- Erkennen und Nutzen von Fähigkeiten und Ressourcenaktivierung für die Erarbeitung einer Perspektive (nach Flückiger).
- Rückfallprävention und Erstellung eines Notfallplans (zum Beispiel nach Schindler und Körkel).

Einstiegsfragen zum Konsum

- Leiden Sie unter chronischen und/oder starken Schmerzen?
- Nehmen Sie Opiate?
- Wenn ja: In welcher Dosis und welches Präparat in welcher Form?
- Seit wann nehmen Sie die Medikamente ein?
- Woher beziehen Sie die Medikamente?

Fragen zur Abklärung eines missbräuchlichen Konsums

- Nehmen Sie gelegentlich Opiate auch ein, um vielleicht einen anderen Zweck zu erreichen (schlafen können, zur Ruhe kommen etc.)?
- Nehmen Sie gelegentlich eine höhere Dosis Opiate ein als verordnet?
- Sorgen Sie dafür, dass Sie immer ausreichend Opiate verfügbar haben?
- Haben Sie schon einmal festgestellt, dass die gleiche Dosis nicht mehr den gleichen Effekt bewirkt?
- Haben Sie schon einmal oder auch mehrmals den Arzt gewechselt?
- Haben Sie sich schon mal woanders die Opiate besorgt (zum Beispiel Tabletten von Freunden eingenommen)?
- Haben Sie Entzugserscheinungen wie Schlafstörungen, Übelkeit, innere Unruhe, verstärkte Schmerzen, Zittern, Angst, Stimmungseinbrüche, Gereiztheit, motorische Unruhe, Schwitzen und Gänsehaut, Erbrechen, Durchfall, Muskelkrämpfe, Niesen, Tränenfluss, Schmerzen im Bauchraum oder Blutdruckkrisen?
- Nehmen Sie das Medikament weiterhin ein, obwohl Sie von schädlichen Folgen gehört haben oder selbst schon negative Erfahrungen damit gemacht haben?
- Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie nicht mehr genau wussten, ob Sie Opiate und welche Dosis Sie eingenommen haben?
- Haben Sie schon einmal eine höhere Dosis eingenommen als Sie sollten oder ursprünglich geplant hatten?

Literatur

Opiode in der Schmerztherapie: www.medizininfo.de, Stichwort „Opiode“
Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis. Hrsg. von der Bundesärztekammer. Köln, 2007
Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter (2011). Hrsg. von Batra, A., Bilke-Hentsch, O. Stuttgart: Thieme
Sachse, R., Schlebusch, P. (2002): Psychologische Psychotherapie des Alkoholismus (Berichte aus der Psychologie). Aachen: Shaker

Die Psychotherapie-Richtlinie fordert für die Psychotherapie bei Sucht Abstinenznachweise. Das ist sinnvoll und notwendig, denn als Bestandteil des Behandlungsvertrags bei Sucht sind Abstinenznachweise wertvoll und abstinentenunterstützend. Sie sind an keiner Stelle als „Detektivarbeit gegen die Patientin oder den Patienten“ zu verstehen. Vielmehr sind sie eine Aufgabe mit den betroffenen Menschen zusammen; es geht immer um das Miteinander und ein gutes Arbeitsbündnis. In der Umsetzung sind zudem Kooperationen zu niedergelassenen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen gefragt.

Dieses Kapitel gibt aus psychotherapeutischer Perspektive Einblicke in Wissenswertes zum Thema Abstinenzkontrollen. Dabei erhebt die Darstellung keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit. Vielmehr folgt sie der Frage der Nützlichkeit der Information im Kontext von Psychotherapie.

Arbeiten Sie für die Ermittlung von Abstinenznachweisen mit forensisch akkreditierten Laboren zusammen – sie bieten die notwendige analytische Qualität für ausreichend aussagekräftige Ergebnisse.

Laborparameter

In der Regel werden direkte Marker nachgewiesen, also Substanzen, die durch Aufnahme oder Metabolismus einer Substanz entstehen. Bei Methadon wird zum Nachweis des Metaboliten EDDP anstelle von Methadon geraten.

Bei Alkoholkonsum gibt es direkte, aber auch indirekte Marker. Als gebräuchlichster direkter Alkoholmarker gilt Ethylglucuronid (ETG) als Metabolit von Ethanol. Indirekte Marker sind CDT und γ -GT, GOT, GPT und MCV. Allerdings sind sie wenig spezifisch und sensitiv. CDT gilt dabei als noch spezifischster indirekter biochemischer Marker für Alkoholmissbrauch.

Analysetechniken

Im Bereich der Suchtmittelanalytik werden verschiedene Analysetechniken angewendet. Das im Rahmen einer psychotherapeutischen

Behandlung für die Abstinenznachweise relevanteste Untersuchungsmaterial ist Urin.

Untersuchungsmaterial Urin

Die hier geschilderten Verfahren sind anfällig für Manipulationen, etwa durch Verdünnung des Urins oder die Zugabe von Störsubstanzen. Auch wird häufig Fremdurin abgegeben – insbesondere dann, wenn positive Nachweise unangenehme Konsequenzen haben. Urinkontrollen sind daher unter Sicht abzunehmen. Das stellt in der ambulanten Psychotherapie eine Hürde dar und ist nur in Kooperation mit einer Arztpraxis oder einem Labor denkbar.

Zur Untersuchung des Urins ist der Streifenschnelltest günstig und schnell. Seine analytische Qualität ist jedoch sehr eingeschränkt; in der Regel ist er nur als sogenannter „Ausschlusstest“ hilfreich. Geringfügig teurer, aber mit etwas höherer analytischer Qualität als „Nachweistest“ gebräuchlich sind Immunoassays. Hierbei handelt es sich um ein im Labor durchgeführtes Verfahren. Zeigt der Nachweistest einen positiven Befund, verneint die Patientin oder der Patient aber einen Suchtmittelkonsum, ist eine Bestätigungsanalyse unbedingt erforderlich. Hierbei werden chromatographische/massenspektrometrische Verfahren (GC-MS/LC-MS/HPLC) angewendet. Erst diese Verfahren, die entscheidend teurer sind, haben aufgrund ihrer analytischen Qualität forensische Aussagekraft. In der Regel reichen Immunoassays für den klinischen Kontext aus. Bei fragwürdig positiven oder zweifelhaften Befunden ist allerdings immer eine Bestätigungsanalyse durchzuführen. Als Grundlage für die Psychotherapie sind Laboranalysen den Schnelltests vorzuziehen.

Kapillarblut- und Speichelproben

Alternativ können Blut- oder Speichelproben analysiert werden. Die Blutentnahme ist invasiv und für wiederholte Tests im Rahmen einer Behandlung ungeeignet. Die minimal invasive Kapillarblutentnahme und damit verbundene Analysemethoden erscheinen hier zunehmend interessant. Sie können eine sinnvolle Ergänzung sein, etwa bei Verdacht auf Manipulation bei der Urintestung. Die Blutabnahme können medizinische Laien durchführen; die Analysekosten sind im Vergleich zur Urintestung noch höher. Aus psychotherapeutischer Perspektive kann sich hier eine Methode zum Abstinenznachweis ergeben, die Behandlerinnen und Behandler selbst durchführen können.

Atemalkohol

Die Atemalkoholkontrolle ist leicht, schnell durchführbar und im Vergleich zu anderen Analyseverfahren preiswert. Ein Nachweis ist aber nur innerhalb eines sehr begrenzten Zeitraums möglich.

Nachweisfenster

Das geringste Nachweisfenster von nur wenigen Stunden hat die Atemalkoholkontrolle. Der Nachweis von ETG (Ethylglucuronid) als Abbauprodukt von Alkohol ist in einem Zeitraum von bis zu drei Tagen möglich. Der bei Abstinenzuntersuchungen mittels Urin geltende ETG-Grenzwert von 0,1 mg/L setzt voraus, dass Patientinnen und Patienten über Alkohol in Lebensmitteln informiert sind. Mit einem ETG-Grenzwert von 0,5 mg/L ist hingegen ein Wochenendkonsum unter Umständen am Montag nicht mehr nachweisbar.

Das Nachweisfenster variiert in Abhängigkeit von der Substanz, dem Nachweisverfahren und dem zugrunde gelegten Grenzwert stark. In der Regel liegt es bei circa drei Tagen. Das zur Detektion von Cannabiskonsum überwiegend genutzte Hauptabbauprodukt THC-Carbonsäure ist noch bis zu Wochen nach dem letzten Konsum nachweisbar. Aufgrund eines positiven Testwertes kann daher nicht zwangsläufig auf einen gerade erfolgten Konsum geschlossen werden.

Neue Drogen

Der Konsum neuer Drogen nimmt deutlich zu. Dazu gehören unter anderem synthetische Cannabinoide, Designer-Stimulanzien (zum Beispiel „Badesalze“) und Designer-Benzodiazepine. Ihre Verfügbarkeit und Marktrelevanz ist jeweils sehr unterschiedlich. Mithilfe von Verfahren wie Immunoassays lässt sich die Strukturbreite der neu entstehenden Substanzen nicht abbilden. Ein Konsum kann damit nicht festgestellt werden. Die Testentwicklung kostet Zeit. Bis eine neue Struktur schließlich erfasst werden kann, ist bereits wieder eine andere auf dem Markt. Immunoassays werden damit als Methode der Wahl auf die „klassischen Rauschmittel“ eingegrenzt.

Fazit

Die im Rahmen der Psychotherapie geforderten Abstinenznachweise können abhängig von der nachzuweisenden Substanzgruppe und dem Verfahren

Laborkosten in unterschiedlicher Höhe verursachen. Aus der Substitution ist bekannt, dass die hierfür vorgesehene Kostenpauschale für zuverlässige und lückenlose Nachweise nicht ausreicht. Eine Verringerung der Manipulationsmöglichkeiten bedeutet darüber hinaus viel Aufwand. Es überrascht nicht, wenn niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sich bei der Übernahme von Kontrollen nicht gerne engagieren. Bei langen Wartelisten für Psychotherapieplätze ist die Ablehnung der Zielgruppe vor dem Hintergrund auch der „besonderen Anforderungen“ eine häufige Konsequenz. Diese Problematik ist den meisten Krankenkassen nicht bekannt.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben die Aufgabe, das Thema Abstinenzkontrollen als Bestandteil von Psychotherapie zu betrachten und sich hier gemeinsam mit der Arztpraxis zu positionieren. Dies kann durch einen individuellen Einzelantrag für die Kostenübernahme von Laborleistungen an die jeweilige Krankenkasse erfolgen. Grundlage für den Antrag sollten zunächst zwei Urinkontrollen pro Woche sein. Bei gutem Behandlungsverlauf und stabil nachgewiesener Abstinenz sind später stichprobenhafte Nachweise möglich.

Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS):
Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland, 2014
www.dhs.de, Menüpunkt DHS Stellungnahmen

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein:
Die 100 häufigsten ICD-10-Schlüssel und Kurztexte (nach Fachgruppen).
3. Quartal 2010
www.kvno.de, Stichwortsuche „ICD-10-Schlüssel“

LABORPARAMETER

Substanz	Nachweiszeitraum Besonderheiten	Material	Normwert
Alkohol			
Blutalkohol			negativ
Atemalkohol			negativ
GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase AST)		S	Frauen <35 U/l Männer <50 U/l
GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase ALT)		S	Frauen <35 U/l Männer <50 U/l
γ-GT (γ-Glutamyl-Transpeptidase)		S	Frauen <40 U/l Männer <60 U/l
ETG (Ethylglucuronid)	Konsum in den letzten 3-4 Tagen, Einzeldosis von min. 10g	S U	negativ
CDT (Carbohydrat deficient transferrin)	Chronischer Konsum Zwei Wochen min. 60g/Tag	S	>2,5% positiv 1,75-2,5% Graubereich <1,75% normal
Amphetamine			
Amphetamin	Ca. 48 Stunden nach Einnahme noch nachweisbar	U	>0,2
Metamphetamin			>02,-1,0 µg/ml
MDA (MDMA)			negativ
„Liquid Ecstasy“ GHBA (γ-Hydroxybuttersäure)	Abbau über Atemluft innerhalb weniger Stunden	S U	negativ
Cannabis			
Δ9- THC (Tetrahydrocannabinol)	Einmaliger Konsum 24-96 Stunden nachweisbar, chronischer Konsum bis zu 3 Monate	U	negativ
Kokain			
Kokain	6-12 Stunden, bei exzessivem Konsum bis zu 2 Wochen	S U H	negativ
Benzoylcegonin	Metabolit, ca. 3 Tage nachweisbar	S U H	negativ
Nachweis von CRACK-Konsum über Kokainscreening und Bestätigungstest			
Medikamente			
Sedativa			
<i>Benzodiazepine</i>			
Klassische Benzodiazepine, z.B. Diazepam	Ca. 3 Tage nachweisbar	U S	200-500 µg/ml therapeutischer Bereich bei med. Verordnung
Langzeiteinnahme bei langsamer Eliminationsgeschwindigkeit, z.B. Flunitrazepam	28-43 Tage nachweisbar	U S	5-15 µg/ml therapeutischer Bereich bei med. Verordnung

Substanz	Nachweiszeitraum Besonderheiten	Material	Normwert
Langzeiteinnahme bei rascher Eliminationsgeschwindigkeit, z.B. Triazolam	<1 Tag nachweisbar	U S	2-20 µg/ml therapeutischer Bereich bei med. Verordnung
Ein reaktiver Screeningtest sollte zum Ausschluss möglicher unspezifischer Kreuzreaktionen und zum Nachweis der Einzelsubstanzen durch ein spezifisches Verfahren (chromatographisch) bestätigt werden. Die Konzentration der Substanz im Blut spiegelt die aktuelle Situation besser wider als im Urin. Jedoch ist der Nachweis einer Substanz aufgrund der hohen Konzentration und des größeren Volumens im Urin länger als im Blut möglich.			
<i>Barbiturate</i>			>200 ng/ml bei med. Verordnung
z.B. Secobarbital	24 Std. nachweisbar	S	1-5 µg/ml therapeutischer Bereich bei med. Verordnung
z.B. Phenobarbital	2-3 Wochen wirksam	S	20-40 µg/ml therapeutischer Bereich bei med. Verordnung
Analgetika			
z.B. Paracetamol		S	10-20 µg/ml therapeutischer Bereich bei med. Verordnung
z.B. Salizylate		S	20-200 µg/ml therapeutischer Bereich bei med. Verordnung
z.B. Morphin		S	10-100 µg/ml therapeutischer Bereich bei med. Verordnung
z.B. Oxycodon		S	5-50 µg/ml therapeutischer Bereich bei med. Verordnung
Stimulanzien			
z.B. Methylphenidat		SU	40-238 µg/24 h Normwert bei med. Verordnung
Opiate			
6-MAM (6-Monoacetylmorphin)		SU	<5 ng/ml nicht nachweisbar
EDDP	Nachweis einer Methadon-Applikation	U	negativ
Codein	2-3 Tage nachweisbar (dosisabhängig)	SU	30-250 µg/ml therapeutischer Bereich
Heroin (Diacetylmorphin)		SUH	negativ
Hinweise auf Probenmanipulation			
Kreatinin	Verfälschung der Proben z.B. durch erhöhte Flüssigkeitszufuhr	S U	Frauen 0,5-1,1 mg/dl Männer 0,7-1,3 mg/dl Frauen 0,7-1,3 mg/dl Männer 1,0-2,5 mg/dl
pH-Wert			4-10 schwach positiv
S = Serum, U = Urin, H = Haare			
Quellen: Themenheft „Drogen und Medikamentenscreening“ der Laborärztlichen Arbeitsgemeinschaft für Diagnostik und Rationalisierung; LabInfo des Hygiene-Institutes Ruhrgebiet; Medizinisches Versorgungszentrum Labor Saar GmbH			

Etwa 25 Prozent der erwachsenen Deutschen rauchen Tabak, meist in Form von Zigaretten (Statistisches Bundesamt, 2014). Etwa die Hälfte der Raucher weist eine psychische und/oder physische Abhängigkeit auf. Die Störungsdiagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ (F17.1 als schädlicher Tabakkonsum, F17.2 als Abhängigkeitsdiagnose) der ICD löst per se keine spezifische Behandlung aus. Die Krankenkassen finanzieren Nichtrauchertrainings jedoch (mit), da Missbrauch und Abhängigkeit von Tabak als mitverursachend bzw. verschlimmernd für eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen erwiesen sind. In der Bahnung für andere suchtmittelbedingte Abhängigkeitsstörungen ist Tabak als Einstiegsdroge risikoe erhöhend. Ebenso sind Tabakkonsum oder -abhängigkeit als komorbide Störungen weitverbreitet und tragen zur Chronifizierung anderer psychischer Störungen bei. Die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften haben eine S3-Leitlinie (www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-006.html) für Diagnostik und Behandlung herausgegeben.

Wirkung

Tabak wirkt kurzfristig positiv auf Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen. Beim abhängigen Raucher werden körperliche, psychische und kognitive Entzugserscheinungen durch die erneute Zufuhr von Nikotin als psychotrope Hauptwirkungssubstanz nur ausgeglichen. Die Wirkung tritt innerhalb der ersten 10 bis 20 Sekunden ein. Bei der E-Zigarette ist die Wirkung vergleichbar schnell. Als entscheidende Mechanismen werden die Beeinflussung der Dopaminfreisetzung sowie GABA- und glutamaterge Effekte angesehen. Die Halbwertszeit von Nikotin im Körper beträgt etwa zwei Stunden, die des Abbauproduktes Cotinin etwa 17-19 Stunden. Ein Nachweis – auch über die Menge des Konsums – kann über Blut-, Urin- oder Speichelanalysen erfolgen. Jeglicher Tabakkonsum ist gesundheitsschädlich und wirkt sich negativ auf die psychische Befindlichkeit aus. Das Abhängigkeitspotential (körperlich wie psychisch) ist aufgrund der schnellen Bioverfügbarkeit enorm.

Klinische Zeichen

Konsumfreie Phasen von ein bis zwei Stunden können bereits Entzugserscheinungen wie Unruhe, kognitive Leistungseinschränkungen, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme begünstigen.

Anzeichen des Konsums sind Tabakgeruch in Kleidung und Atemluft, fahle Haut, Gelbverfärbungen an den Fingern, Appetitlosigkeit und Verlust differenzierter Geschmacks- und Geruchswahrnehmungen. Oft werden Durchschlafstörungen (nächtliches Rauchen) und im Entzug ins Depressive oder Ängstliche ausgelagerte Stimmung, Unruhe und erhöhte Ablenkbarkeit geschildert.

Besonderheiten in der Psychotherapie

Die Leitlinien empfehlen, jeden Patienten nach seinem Rauchverhalten – aktuell und anamnestisch – zu befragen und die Angaben zu dokumentieren. Eine differenzierte Diagnostik bei Rauchern soll über den Fagerström-Test erfolgen. Gemäß den Behandlungsleitlinien sollen in der Psychotherapie bei Tabakabhängigkeit verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppeninterventionen angeboten werden, eventuell unterstützt durch Pharmakotherapie. Darüber hinaus kann Hypnotherapie angeboten werden (Datenlage zur Wirksamkeit uneinheitlich). Keine Wirksamkeitsbelege liegen laut Behandlungsleitlinie für eine psychodynamische Therapie vor. Akupunktur hat keinen spezifischen Effekt auf die langfristige Abstinenz und kann nicht empfohlen werden. Nicht empfohlen werden sollten E-Zigaretten (auch nicht als „harm reduction“- Ansatz) und Aversionstherapie.

Standardfragen

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel und wie oft?
- Rauchen Sie beim Autofahren, in Pausen, während der Arbeit, morgens früh?
- Zu welchen Zeiten am Tag rauchen Sie gar nicht?
- Gibt es rauchfreie Tage?
- Rauchen Sie, um sich besser konzentrieren zu können, kreativer, leistungsfähiger zu sein oder um Stress abzubauen und ruhiger zu sein?
- Rauchen Sie alleine und/oder mit Freunden?

Literatur

Deutsches Krebsforschungszentrum (2015)

www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Fakten_zum_Rauchen.html.

Batra, A., Petersen, K.U., Hoch, E. et al. (2016): S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. Kurzfassung. Sucht, 62 (3), S. 125-138.

Bücher

- Bachmann, Meinolf; El-Akhras, Andrada
Lust auf Abstinenz: Ein Therapiemanual bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Heidelberg: Springer, 2009
- Bachmann, Meinolf; El-Akhras, Andrada
Glückspielfrei. Ein Therapiemanual bei Spielsucht. Heidelberg: Springer, 2014
- Batra, Anil; Oliver Bilke-Hentsch (Hrsg.)
Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart; New York: Thieme, 2012
- Bowen, Sarah; Chawla, Neha; Marlatt, Gordon
Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm. Mit Online-Materialien. Weinheim: Beltz, 2012
- Gouzoulis-Mayfrank, E. & Schnell, T.
Komorbidität Psychose und Sucht - Grundlagen und Praxis: Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie. Dresden: Steinkopff, 2007
- Klos, Hartmut; Görge, Wilfried
Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit: Ein Trainingsprogramm (Therapeutische Praxis). Göttingen: Hogrefe 2009
- Körkel, Joachim; Schindler, Christine: Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Heidelberg: Springer, 2016
- Lindenmeyer, Johannes: Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (mit CD-ROM). Weinheim; Basel: Beltz, PUV, 2010
- Lindenmeyer, Johannes: Ich bin kein Alkoholiker! Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen. Mit Online-Material. Berlin; Heidelberg: Springer, 2013
- Lüdecke, Christel; Sachsse, Ulrich; Faure, Hendrik
Sucht - Bindung - Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schottauer, 2010
- Miller, William R.; Rollnick, Stephen: Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing. Düsseldorf: Lambertus, 2015
- Najavits, Lisa M.; Schäfer, Ingo; Stubenvoll, Martina; Dilling, Anne
Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Düsseldorf: Hogrefe, 2008
- Schneider, Ralf: Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren, 2015
- Schober, Franziska; Peukert, Peter
Psychoedukatives Training bei Abhängigkeitserkrankungen (Störungsspezifische Psychotherapie). Stuttgart: Kohlhammer, 2013
- Jahrbuch Sucht. Hrsg. von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (wird jährlich elektronisch herausgegeben)

Zeitschriften, Themenhefte und Artikel

Psychotherapie im Dialog: Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapie. Hrsg. Michael Broda, Bettina Wilms und Hans Lieb. Jg. 13 (2012), Nr. 4 Themenheft Sucht

Behrendt, Silke; Jürgen Hoyer: Einsatzfelder ambulanter Psychotherapie bei Substanzstörungen. In: Psychotherapeutenjournal, H. 1/2010, S. 4-13
[www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/DD6D12F06B49CD41412579F700309295/\\$file/ptj_2010-1.pdf](http://www.psychotherapeutenjournal.de/ptk/web.nsf/gfx/DD6D12F06B49CD41412579F700309295/$file/ptj_2010-1.pdf)

Bilitza, Klaus W.: Praxis der ambulanten Psychotherapie der Sucht. In: Sucht aktuell, Jg. 16 (2009), H. 1, S. 57-62

Bundespsychotherapeutenkammer; Fachverband Sucht
Psychotherapie und Suchtbehandlung: Möglichkeiten der Kooperation. Gemeinsames Positionspapier. In: Sucht aktuell, Jg. 16 (2009), H. 1, S. 38-41

Daig, Isolde; Felix Bermpohl; Thorsten Kienast
Psychotherapie von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jg. 57 (2011), H. 5, S. 363-71

Links

Allgemeine Informationen zu Sucht und Suchtstoffen:

www.dhs.de | www.bzga.de | www.medikamente-und-sucht.de
www.drugcom.de | www.mindzone.info | www.gluecksspielsucht.de
<https://gluecksspiel.uni-hohenheim.de>

Suchtfachverbände:

www.sucht.de | www.suchthilfe.de | <https://fdr-online.info>
www.sucht.org | www.caritas-suchthilfe.de

Selbsthilfe:

www.anonyme-alkoholiker.de | www.blaues-kreuz.de | www.guttempler.de
www.freundeskreise-sucht.de | www.kreuzbund.de
www.narcotics-anonymous.de | www.spielsucht-therapie.de/selbsthilfegruppen

Diese Liste stellt nur eine Auswahl dar.



Psychotherapeuten Kammer NRW

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf

Tel.: 02 11-52 28 47-0
Fax: 02 11-52 28 47-15

www.ptk-nrw.de
info@ptk-nrw.de

LPK Landes
Psychotherapeuten
Kammer
Rheinland-Pfalz

LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz

Tel.: 061 31-93055-0
Fax: 061 31-93055-20

www.lpk-rlp.de
service@lpk-rlp.de