

F1

**Psychische und Verhaltensstörungen
durch psychotrope Substanzen**

- **Psychische und Verhaltensstörung durch:**
 - **F10** Alkohol
 - **F11** Opioide
 - **F12** Cannabinoide
 - **F13** Sedativa oder Hypnotika
 - **F14** Kokain
 - **F15** andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
 - **F16** Halluzinogene
 - **F17** Tabak
 - **F18** flüchtige Lösungsmittel
 - **F19** multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

- **Psychotrope Substanz**
 - Stoff, der auf das **zentrale Nervensystem** wirkt und dadurch Erleben, Verhalten, Stimmung, Denken, Wahrnehmung, Bewusstsein oder körperliche Funktionen verändern kann
 - kann **lebensbedrohliche Auswirkungen** haben, insbesondere bei Überdosierung, Entzug, Mischkonsum

- **Akute Intoxikation (.0)**
 - vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme einer psychotropen Substanz
 - es kommt zu Störungen von Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Affekt, Verhalten oder körperlichen Funktionen
 - Symptome sind meist dosisabhängig & klingen mit der Zeit wieder ab (sofern keine schweren Komplikationen auftreten)
 - harmlos bis **medizinischer Notfall**

- **Schädlicher Gebrauch (.1)**
 - liegt vor, wenn Konsum bereits zu körperlicher / psychischer Gesundheitsschädigung geführt hat (z.B. depressive Symptome, Leberschädigung)
 - evtl. zusätzlich soziale Folgen (alleine nicht ausreichend)
 - es fehlen typische Abhängigkeitsmerkmale

- **Abhängigkeitssyndrom (.2)**
 - min. 3 $\geq$ 1 Monat / wiederholt innerhalb von 12 Monaten
 - **A** nhaltender Substanzgebrauch
 - **Z** wang (Craving)
 - **T** oleranzentwicklung
 - **E** ntzugerscheinungen
 - **K** ontrollverlust
 - **E** inengung auf Substanzgebrauch

- **Entzugssyndrom (.3)**
 - bei Reduktion oder Absetzen der Substanz nach längerem oder regelmäßigem Konsum
 - individuell je nach Substanz (häufig Unruhe, Schwitzen, Zittern, Schlafstörungen, Reizbarkeit)
 - besonders gefährlich bei:
 - Alkohol
 - Benzodiazepinen
 - Barbituraten
 - kann ärztlich oder stationär behandlungsbedürftig sein

- **Entzugssyndrom mit Delir (.4)**
 - besonders schwere Form des Entzugssyndroms
 - zusätzliche **akute Bewusstseins- & Orientierungsstörung**
(häufig verbunden mit Halluzinationen, starker Unruhe, Tremor, vegetativer Entgleisung, Schlafstörungen)
 - besonders bekannt: **Alkoholentzugsdelir** (Delirium tremens)
→ **potenziell lebensbedrohlicher Notfall**

- **Psychotische Störung (.5)**
 - immer differenzialdiagnostisch im Hinterkopf behalten!

- **Amnestisches Syndrom (.6)**
 - anhaltende Gedächtnisstörung aufgrund des Substanzkonsums (v.a. Störungen des Kurzzeitgedächtnisses & Merkfähigkeit)
 - typisch: **Korsakow-Syndrom** bei chron. Alkoholkonsum

- **Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (.7)**
 - psychische oder kognitive Folgezustände mit evtl. zeitverzögertem Auftreten
 - z.B. Persönlichkeitsveränderungen, anhaltende kognitive Einschränkungen, wiederkehrende psychotische Symptome, Flashbacks (v. a. bei Halluzinogenen)

- meist nicht durch einen einzelnen Auslöser
- entscheidend ist das **Zusammenspiel** von:
 - **Biologische Faktoren**
 - Aktivierung des Belohnungssystems (Dopamin vermittelt Belohnung)
 - Wiederholter Konsum → Anpassung des Nervensystems → Toleranzentwicklung, evtl. Entzugssymptome
 - **Psychische Faktoren**
 - Anxiolyse, Betäubung depressiver Gefühle, Schlaf ermöglichen
 - Wichtiger Mechanismus: **negative Verstärkung**

- **Soziale Faktoren**
 - Einfluss durch Familie, Freundeskreis, Lebensbedingungen
 - Belastungen (z. B. Einsamkeit, Arbeitslosigkeit, Konflikte)
 - Verfügbarkeit & gesellschaftliche Akzeptanz
- **Eigenschaften der Substanz**
 - hohes Risiko v. a. bei schneller, intensiver, stark belohnender Wirkung
 - z. B. Alkohol, Opioide, Kokain, Nikotin, Sedativa
 - entscheidend:
 - Wirkungseintritt, -stärke, -dauer
 - Konsumform
 - Entzugssymptome
- **Individuelle Vulnerabilität**

- gelegentlicher Konsum
→ regelmäßiger Konsum
→ Kontrollverlust
- zunehmender Konsum zur Regulation von Stress, Angst, Schlaf oder Selbstwert
- **Craving:** Starkes Verlangen nach der Substanz
 - **Auslöser:** Orte, Personen, Stress, Einsamkeit, Scham, Schmerzen, Schlaflosigkeit
- Kurzfristige Entlastung → Langfristige Probleme → erneuter Konsum

- **mehrschrittig**
 - Anamnese
 - klinische Beobachtung
 - psychopathologischer Befund
 - ggf. körperliche / laborchemische Befunde
- Kern: **Substanzanamnese** (auch verordnete Medikamente!)
 - Welche Substanzen?
 - Menge, Häufigkeit, Konsumform
 - Seit wann?
 - Letzter Konsum?
 - Phasen von Eskalation, Reduktion oder Abstinenz
 - Hinweise auf Abhängigkeitssymptome

- **Folgen des Konsums erfassen**
 - **Psychisch**
 - Stimmung, Antrieb, Angst, Schlaf, Konzentration/Gedächtnis, Wahrnehmung
 - **Psychosozial**
 - Arbeit
 - Familie / Partnerschaft
 - Finanzen
 - Rechtliche Situation
 - Soziale Teilhabe

- **Klinische Beobachtung**
 - **Mögliche Hinweise:**
 - verwaschene Sprache
 - Gangunsicherheit
 - Tremor, Schwitzen
 - Pupillenveränderungen
 - Sedierung oder Unruhe
 - Misstrauen, Halluzinationen
 - Bewusstseinsstörungen

- **Hilfsmittel**
 - **Screeninginstrumente**
(ersetzen keine Diagnose, strukturieren aber die Einschätzung)
 - **CAGE-Test**
 - **Cut-Down** „Hatten Sie je das Gefühl, sie sollten weniger Trinken?“
 - **Annoyed** „Hat es Sie gekränkt, wenn man ihr Trinken kritisiert hat?“
 - **Guilty** „Hatten Sie schon Schuldgefühle bezüglich des Trinkens?“
 - **Eye opener** „Mussten Sie schon mal morgens trinken, um sich zu beruhigen oder um in Gang zu kommen?“
 - **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test)
 - **DUDIT** (Drug Use Disorders Identification Test)

AUDIT-Fragebogen Auswertungsschema

Ein Glas Alkohol entspricht:

0,33 Liter Bier
0,25 Liter Wein oder Sekt
0,02 Liter Spirituosen

a) Wie oft trinken Sie Alkohol?

0 Nie 1 Etwa 1 mal pro Monat 2 2-4 mal pro Monat 3 2-3 mal pro Woche 4 4 mal oder öfter pro Woche

b) Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viel alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?

0 1 oder 2 1 3 oder 4 2 5 oder 6 3 7 oder 8 4 10 oder mehr

c) Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke getrunken? 0 1 2 3 4

d) Wie oft haben Sie im letzten Jahr festgestellt, dass Sie mehr getrunken haben, als Sie eigentlich wollten? 0 1 2 3 4

e) Wie oft haben Sie im letzten Jahr im Zusammenhang mit dem Alkoholtrinken eine Aufgabe nicht erledigt, die man eigentlich von Ihnen erwartet hatte? 0 1 2 3 4

f) Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Alkohol getrunken, um in Schwung zu kommen? 0 1 2 3 4

g) Wie oft fühlten Sie sich im letzten Jahr schuldig oder hatten ein schlechtes Gewissen aufgrund Ihres Alkoholtrinkens? 0 1 2 3 4

h) Wie oft im letzten Jahr waren Sie aufgrund des Alkoholtrinkens nicht in der Lage, sich an Ereignisse der letzten Nacht zu erinnern? 0 1 2 3 4

i) Wurden Sie oder jemand anders schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten? 0 2 4

j) Hat sich schon einmal ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder jemand anders über Ihr Alkoholtrinken Sorgen gemacht oder Ihnen vorgeschlagen, weniger zu trinken? 0 2 4

Auswertung: a.) + b.) + c.) + d.) + e.) + f.) + g.) + h.) + i.) + j.) = GESAMTSKORE

Verdacht auf alkoholbezogene Störung bei einem Scorewert ab 8

Mit höherem Scorewert steigt Wahrscheinlichkeit der Abhängigkeit, kritischer Wert. 15 - 20

Id. nr.

DUDIT Drug Use Disorders Identification Test

Hier sind ein paar Fragen zu Ihrem Umgang mit Drogen. Bitte antworten Sie so genau und ehrlich wie möglich und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an.

	☐ Männlich	☐ Weiblich	Alter		
1. Wie oft nehmen Sie Drogen (andere als Alkohol)? (Siehe Drogenliste auf der Rückseite.)	Nie ☐	Einmal im Monat oder seltener ☐	Zwei- bis viermal im Monat ☐	Zwei- bis dreimal die Woche ☐	Viermal die Woche oder öfter ☐
2. Wie oft nehmen Sie mehr als eine Droge gleichzeitig / bei einer Gelegenheit?	Nie ☐	Einmal im Monat oder seltener ☐	Zwei- bis viermal im Monat ☐	Zwei- bis dreimal die Woche ☐	Viermal die Woche oder öfter ☐
3. Wie häufig nehmen Sie Drogen üblicherweise an einem Tag, an dem Sie konsumieren?	0 ☐	1-2 ☐	3-4 ☐	5-6 ☐	7 oder mehr ☐
4. Wie oft fühlen Sie sich durch Drogen stark berauscht?	Nie ☐	Seltener als einmal im Monat ☐	Jeden Monat ☐	Jede Woche ☐	Jeden Tag oder fast jeden Tag ☐
5. Haben Sie im letzten Jahr erlebt, dass Ihr Drang, Drogen zu nehmen, so stark war, dass Sie nicht widerstehen konnten?	Nie ☐	Seltener als einmal im Monat ☐	Jeden Monat ☐	Jede Woche ☐	Jeden Tag oder fast jeden Tag ☐
6. Ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass Sie nicht mehr aufhören konnten, Drogen zu nehmen, nachdem Sie angefangen hatten?	Nie ☐	Seltener als einmal im Monat ☐	Jeden Monat ☐	Jede Woche ☐	Jeden Tag oder fast jeden Tag ☐
7. Wie oft haben Sie im letzten Jahr Drogen genommen und dann versäumt, etwas zu tun, was Sie hätten tun müssen?	Nie ☐	Seltener als einmal im Monat ☐	Jeden Monat ☐	Jede Woche ☐	Jeden Tag oder fast jeden Tag ☐
8. Wie oft haben Sie im letzten Jahr morgens Drogen nehmen müssen, nachdem Sie am Vortag stark konsumiert hatten?	Nie ☐	Seltener als einmal im Monat ☐	Jeden Monat ☐	Jede Woche ☐	Jeden Tag oder fast jeden Tag ☐
9. Wie oft haben Sie im letzten Jahr Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen gehabt, weil Sie Drogen genommen hatten?	Nie ☐	Seltener als einmal im Monat ☐	Jeden Monat ☐	Jede Woche ☐	Jeden Tag oder fast jeden Tag ☐
10. Sind Sie oder ein anderer schon einmal verletzt worden (seelisch oder körperlich), weil Sie Drogen genommen hatten?	Nein ☐	Ja, aber nicht im Laufe des letzten Jahres ☐	Ja, im Laufe des letzten Jahres ☐		
11. War ein Verwandter, ein Freund, ein Arzt oder irgendjemand anderes schon einmal besorgt, weil Sie Drogen nehmen, oder hat er Ihnen gesagt, dass Sie aufhören sollten, Drogen zu nehmen.	Nein ☐	Ja, aber nicht im Laufe des letzten Jahres ☐	Ja, im Laufe des letzten Jahres ☐		

- **Substanzkonsum kann andere Störungen:**
 - auslösen
 - imitieren
 - verstärken
 - verschleiern
- evtl. als „**Selbstmedikation**“ bei anderen psychischen Störungen
- häufig: **Komorbiditäten / Doppeldiagnosen**

- **Akute Intoxikation**
 - v. a. Mischkonsum
 - z. B. durch Bewusstseinsstörungen, Atemdepression
- **Entzugssyndrom**
 - v. a. bei Alkohol, Benzodiazepinen und Barbituraten
 - v.a. mit Delir (z. B. Delirium tremens)
- **Substanzinduzierte Psychosen und schwere Erregungszustände**
- **Suizidalität und Fremdgefährdung**

- **Grundprinzipien**
 - Erstes Ziel: **Motivation und Krankheitseinsicht fördern**
 - Typisch: **Ambivalent**
 - Veränderungswunsch & Festhalten am Konsum
(therapeutisch ernst nehmen, keine Konfrontation!)
 - Bewährte Methoden:
 - **Motivierende Gesprächsführung**
(Motivational Interviewing nach Miller und Rollnick)
 - **Transtheoretisches Modell** (Stages of change)

- **Motivierende Gesprächsführung**
 - Klientenzentrierter, zielorientierter Beratungsansatz, der Veränderungsmotivation aus dem Patienten selbst heraus entwickelt, statt sie durch Druck oder Konfrontation von außen zu erzeugen
 - **Zentrale Haltungen:**
 - Empathie
 - Herausarbeiten von Diskrepanz zwischen Ist-Zustand und persönlichen Zielen
 - Flexibler Umgang mit Widerstand
 - Stärkung der Selbstwirksamkeit

- **Transtheoretisches Modell**
 - 1. Absichtslosigkeit**
(kein Veränderungswunsch)
 - 2. Absichtsbildung**
(Patient ist ambivalent (gleichzeitig Vor- & Nachteile))
 - 3. Vorbereitung**
(Entschluss zur Veränderung)
 - 4. Handlung**
(Aktive Umsetzung)
 - 5. Aufrechterhaltung**
(Stabilisierung & Alltagsintegration – ab c.a. 6 Wochen)
 - 6. Rückfall**
(kein Scheitern, sondern möglicher Bestandteil des Prozesses)

1. Kontakt- / Motivationsphase

- Beziehungsgestaltung, Diagnostik, Aufbau von Veränderungsbereitschaft
- Ziel: **Patient soll Konsum & Folgen realistisch einschätzen können**

2. Entgiftung

- **Körperliche Entzugsbehandlung nach Absetzen / Reduktion**
- meist **stationär** (evtl. lebensbedrohlich)
- moderne Variante: **Qualifizierter Entzug**
 - Von Anfang an Motivationsarbeit, Psychoedukation, Vorbereitung auf die Entwöhnung

3. Entwöhnung

- psychotherapeutisch-rehabilitativer Schwerpunkt
- meist **stationär** in spezialisierten Fachkliniken
- Dauer: **i. d. R. mehrere Wochen bis Monate**
- Bearbeitung von Konsummuster, Auslöser, Craving, Rückfallrisiken
- Ziel: **Grundlegende Veränderung im Umgang mit Belastungen und Suchtdruck**

4. Nachsorge

- **Unterstützung beim Aufbau eines stabilen Lebens**
- soziale Integration, berufliche Wiedereingliederung, Tagesstruktur, Notfallpläne, Selbsthilfegruppen, regelmäßige therapeutische Kontakte, der Umgang mit Risikosituationen sowie die Behandlung komorbider Störungen
- Ziel: **Langfristige Stabilisierung**



- Übers.**
- Mit Abstand häufigste konsumierte psychotrope Substanz
 - Gesellschaftlich am stärksten akzeptierte Droge

- Epi.**
- Häufigste psychische Störung
 - Deutschland: etwa 1,6 mio. alkoholabhängig
 - **M** > **F** (in jüngeren Generationen teilweise Angleichung)

- Wirk.**
- Ethanol ist ein **zentral dämpfendes Mittel**
 - verstärkt GABA-Wirkung
 - hemmt Glutamat-Wirkung
 - Enthemmung, Anxiolyse, Euphorie / Dysphorie u. a.
 - **höhere Dosen:** Sedierung, Koordinationsstörungen, Bewusstseinstrübung bis **Koma, Atemlähmung**



- **Stadien der Alkoholintoxikation** (grobe Orientierung):
 - 1. Exzitationsstadium** (0,5 – 1,5 ‰)
 - z. B. Enthemmung, Euphorie (evtl. Reizbarkeit, Aggressivität, Dysphorie), Rededrang, gesteigerte Geselligkeit, Selbstüberschätzung
 - 2. Hypnotisches / Rauschstadium** (1,5 – 2,5 ‰)
 - z. B. deutliche Sprachstörung, Gangunsicherheit, Koordinationsstörungen, Doppelbilder, zunehmende Bewusstseinstrübung



- **Stadien der Alkoholintoxikation** (grobe Orientierung):

3. Narkotisches Stadium (2,5 – 4 ‰)

- schwere Bewusstseinsstörungen
bis Somnolenz oder Sopor, Erbrechen mit
Aspirationsgefahr, Inkontinenz
→ **medizinisch behandlungsbedürftig**

4. Asphyktisches Stadium (≥ 4 ‰)

- lebensbedrohliches Koma mit Atemdepression,
Kreislaufversagen, Hypothermie,
Aspirationspneumonie
→ **tödlich ohne medizinische Hilfe**



- **Pathologischer Rausch** (selten)
 - geringe Mengen Alkohol
 - abrupt schwerer psychischer Ausnahmezustand (Erregung, Aggressivität, Desorientierung u. a.)
 - begünstigend: **z. B. hirnorganische Vorschädigungen**



- **Alkohol kann nahezu jedes Organsystem schädigen**
(teils durch direkte Ethanol- und Abbauprodukte-Wirkung, teils durch Begleitfaktoren (z. B. Mangelernährung))
- **Körperliche Folgen**, z. B.
 - v. a. Leberschäden
→ Fettleber → Hepatitis → Leberzirrhose
 - Gastritis, Reflux, Geschwüre, Blutungen
 - Pankreatitis
 - Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen
 - Polyneuropathien, Kleinhirnatrophie
 - Stürze, Unfälle
 - Deutlich erhöhtes Krebsrisiko
 - Mangelzustände (v. a. Vitamin B1) → Wernicke-Korsakow-Syndrom
 - Fetales Alkoholsyndrom



- **Psychische Folgen**, z. B.
 - Schlafstörungen
 - depressive Symptome → depressive Episoden
 - Angst-, Panikstörungen
 - Reizbarkeit, Affektlabilität, Antriebsstörungen
 - vermindertes Selbstwertgefühl, sozialer Rückzug
 - Konzentration ↓, Gedächtnis ↓, Aufmerksamkeit ↓
 - **erhöhtes Suizidrisiko**
- **Soziale Folgen**, z. B.
 - Konflikte (Partner, Familie, Kinder, Beruf)
 - Leistungsabfall, Konzentrationsprobleme, Fehlzeiten, Arbeitsunfälle
 - Verschuldung
 - Verkehrs-, Gewaltdelikte, Ordnungswidrigkeiten
 - Extremfall: **Wohnungslosigkeit und Verwahrlosung**



- **Phasen der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek:**

- 1. Präalkoholische Phasen** (symptomatische Phase)

- Konsum dient zunehmend Spannungs- & Stressbewältigung („Erleichterungstrinken“)
 - erste langsame Toleranzentwicklung
 - nach außen noch unauffällig

- 2. Prodromalphase** (Vorläuferphase)

- erste deutliche Warnzeichen (v. a. Erinnerungslücken)
 - Beginn des heimlichen Trinkens, Horten von Alkohol, Schuldgefühle, Vermeidungsverhalten bei Gesprächen über Konsum
 - Zunehmende gedankliche Beschäftigung



- **Phasen der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek:**

3. Kritische Phase

- Kontrollverlust
- Abstinenzversuche mit Scheitern
- Abnehmendes Selbstwertgefühl

4. Chronische Phase

- Tagelange Räusche
- Morgendliches Trinken zur Linderung von Entzugssymptomen
- Körperliche, psychische und deutliche soziale Folgeschäden
- meist abnehmende Toleranz



- **Alkoholikertypologie nach Jellinek:**

- **Alpha-Trinker** (Konflikt- / Erleichterungstrinker)
 - Konsum zur Bewältigung psychischer Belastungen (Selbstmedikation)
 - **Psychische Abhängigkeit**
 - **keine** körperliche Abhängigkeit
 - **kein** Kontrollverlust
 - Konsum kann gesteuert & unterbrochen werden
 - „Vorstufe“



- **Beta-Trinker** (Gelegenheitstrinker)
 - v. a. bei sozialen / kulturellen Anlässen
 - **keine** psychische & körperliche Abhängigkeit
 - **kein** Kontrollverlust
 - evtl. erste ernsthafte körperliche Folgeschäden
 - nicht abhängig; evtl. schädlicher Gebrauch





- **Alkoholikertypologie nach Jellinek:**

- **Gamma-Trinker** (Süchtiger Trinker)

- Klassisches Bild des „**Alkoholikers**“ – **häufigster Typ**
- **Toleranzentwicklung, deutlicher Kontrollverlust, ausgeprägte körperliche Abhängigkeit mit Entzugssymptomen**
- Längere Abstinenzphasen sind möglich (bis getrunken wird → dann Rausch)
- **starke** psychische Abhängigkeit mit ausgeprägtem Craving
- unbehandelt meist progredient



- **Delta-Trinker** (Spiegeltrinker)

- über den Tag verteilt immer wieder kleinere Mengen Alkohol
→ für einen möglichst konstanten Blutspiegel
- kaum auffällige Rausche
- **Ausgeprägte körperliche Abhängigkeit**
- Abstinenz ist **nicht** möglich





- **Alkoholikertypologie nach Jellinek:**

- **Epsilon-Trinker** (Episodischer Trinker, „Quartalssäufer“)
 - mehrtägige bis mehrwöchige Trinkexzesse mit ausgeprägtem Kontrollverlust; gefolgt von längeren (oft monatelangen) abstinenten Phasen
 - Während der Exzesse:
 - evtl. **erhebliche körperliche, psychische und soziale Schäden**
 - deutliche **psychische Abhängigkeit**
 - meist **keine** körperliche Abhängigkeit





Typ	Bezeichnung	Konsum- muster	Psych. abhängig	Körperl. abhängig	Kontroll- verlust	Abstinenz- fähig
α	Konflikt- / Erleichterungs- trinker	Trinken zur Bewältigung psychischer Belastung	Ja	Nein	Nein	Ja
β	Gelegenheits- / Gewohnheits- trinker	Sozial/kulturell bedingter Konsum, körperliche Schäden möglich	Nein	Nein	Nein	Ja
γ	Süchtiger Trinker	Klassische Abhängigkeit, Rauschtrinken	Ja	Ja	Ja	Ja (mit Rückfall- risiko)
δ	Spiegeltrinker	Kontinuierliche r Konsum, konstanter Blutalkoholspie- gel	Ja	Ja	Nein (im engeren Sinne)	Nein
ε	Episodischer Trinker („Quartals- säufer“)	Trinkexzesse im Wechsel mit längeren abstinenten Phasen	Ja	Meist nein	Ja (im Exzess)	Ja (zwischen Episoden)





- **Alkoholbedingte hirnorganische Folgeschäden**
 - **Wernicke-Enzephalopathie**
 - Folge eines schweren Vitamin-B1-Mangels
 - akut auftretend, **lebensbedrohlich**
 - **Trias:**
 1. Bewusstseins- & Orientierungsstörungen
 2. Augenmuskelstörungen
(Nystagmus, Doppelbilder u. a.)
 3. Gangataxie
 - **Therapie:** hochdosiert i.v. Vit.-B1
 - **Unbehandelt oft tödlich** / Übergang in Korsakow-Syndrom



- **Alkoholbedingte hirnorganische Folgeschäden**
 - **Korsakow-Syndrom**
 - chronisches amnestisches Syndrom
 - oft nach einer nicht / unzureichend behandelten Wernicke-Enzephalopathie
 - **Trias:**
 1. Orientierungsstörungen
(v. a. zeitlich, evtl. örtlich, situativ)
 2. Merkfähigkeitsstörungen
(kaum bis gar keine Speicherung neuer Informationen im Langzeitgedächtnis – Vergessen in wenigen Minuten)
 3. Konfabulationen
 - **Therapie:** hochdosiert i.v. Vit.-B1
 - **Prognose deutlich schlechter als Wernicke-Enzephalopathie:**
50% dauerhafte Defizite, 25% deutliche Besserungen, 25% weitgehende Erholung



- **Alkoholbedingte hirnorganische Folgeschäden**
 - **Alkoholhalluzinose**
 - typischerweise bei langjähriger Abhängigkeit (während Konsum / in ersten Tagen nach Konsumreduktion)
 - Akut über Tage bis Wochen
 - i. d. R. vollständige Remission unter Abstinenz & Antipsychotika (10 – 20% Chronifizierung)
 - v. a. **akustische Halluzinationen** (meist dialogische / kommentierende Stimmen
 - oft beschimpfend / bedrohlich
 - Angst, Unruhe, Verfolgungs- / Beziehungswahn
 - **Bewusstsein & Orientierung bleiben erhalten**
 - **erhöhtes Suizidrisiko**



- **Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD)**
 - **Oberbegriff** für alle pränatalen Schädigungen durch Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft
 - **Häufigste nicht-genetische Ursache für angeborene geistige Behinderung in DE!** (ca. 1 von 100 Neugeborenen – Vollbild FAS: 1 von 500 Neugeborenen)
 - Alkoholkonsum ist besonders kritisch im ersten Trimenon
 - Keine Untergrenze bekannt
 - **FAS** = Fetales Alkoholsyndrom
 - schwerste Vollaussprägung
 - 1. **Wachstumsstörungen**
 - 2. **Kraniofaziale Auffälligkeiten** (typische Gesichtsmarkmale)
 - Kurze Lidspalten, verstrichenes Philtrum, schmale Oberlippe
 - 3. **ZNS-Schädigungen**
 - 4. **Verhaltens- & soziale Probleme**

- Hintergrund: **Neurobiologische Gegenregulation**
 - ZNS gewöhnt sich an dämpfende Alkoholwirkung (GABA-Systeme ↓, Glutamat-Systeme ↑)
 - Alkohol-Wegfall → Übererregung des Nervensystems
- Symptome typischerweise **6 – 12 Stunden** nach letztem Konsum
- Höhepunkt meist zwischen **1. und 3. Tag**
- Bei unkompliziertem Verlauf Abklingen nach **5 – 7 Tagen** (schwere Verläufe evtl. deutlich länger)
- evtl. „protrahierte Entzugssymptome“ (z. B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Craving) über **Wochen bis Monate** (wichtiger Rückfallrisikofaktor)

- **Unterscheidung in:**
 - **Leicht** (z. B. vegetative Symptome, innere Unruhe, Schlafstörungen)
 - **Mittelschwer** (z. B. ausgeprägter Tremor, deutliche Kreislaufreaktionen, stärkere psychische Symptome)
 - **Schwer** (z. B. Krampfanfälle und / oder Delirium tremens)
- **Vegetative (autonome) Symptome:**
 - Tremor (v. a. Hände, grobschlägig)
 - Schwitzen (evtl. Kaltschweißigkeit)
 - Tachykardie
 - Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Durchfall
 - Mundtrockenheit
 - Mydriasis
 - Erhöhte Körpertemperatur

- **Psychische Symptome:**

- innere Unruhe, Nervosität, Angst
- Reizbarkeit, Dysphorie, depressive Verstimmung
- ausgeprägtes Craving
- Schlafstörungen mit Albträumen
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen
- In schweren Fällen Halluzinationen (typisch: optisch (oft „kleine, sich bewegende Tiere“ – „weiße Mäuse“), Verfolgungserleben, Wahn

- **Neurologische Symptome:**

- generalisierter Tremor
- Hyperreflexie (gesteigerte Muskeleigenreflexe)
- Gangunsicherheit, Koordinationsstörungen
- in schweren Fällen Entzugskrampfanfälle
(generalisierte tonisch-klonische Anfälle, oft am 1. oder 2. Entzugstag)



- **Entzugskrampfanfälle**
 - ca. 5 – 15 % der Patienten im Alkoholentzug
 - meist innerhalb der ersten 48 Stunden
 - einzeln oder Übergang in **Status epilepticus**
 - Warnzeichen für drohenden schweren Verlauf (v. a. Delirium tremens)
- **Delirium tremens**
 - schwerste & gefährlichste Form des Alkoholentzugs
 - meist zwischen 2. und 4. Tag
 - **Mortalität:** 25 % unbehandelt, 1 – 5 % behandelt
 - **Trias:**
 1. Bewusstseins- & Orientierungsstörungen
 2. Halluzinationen & Wahn („weiße Mäuse“, Verfolgungserleben, Wahn)
 3. Ausgeprägte vegetative Entgleisung
(massives Schwitzen, hohes Fieber, Tachykardie, Blutdruckkrisen, Tremor, Exsikkose)
 - oft „Nesteln“, Schlaflosigkeit, ausgeprägte Angst

Merkmale	Alkoholhalluzinose	Delirium tremens
Bewusstsein	Klar	Getrübt, fluktuierend
Orientierung	Erhalten	Gestört
Halluzinationen	Akustisch (Stimmen)	Optisch („weiße Mäuse“)
Vegetativum	Gering	Massiv entgleist
Gefährlichkeit	Suizidrisiko	Lebensbedrohlich



- **Akutsituation**

- Medizinische Stabilisierung (→ **(Not-)Arzt**), v. a. bei:
 - **akute Alkoholintoxikation**
 - **akutes Alkoholentzugssyndrom**
 - **alkoholassozierte Notfälle**
- Erstkontakt mit motivierten / hilfesuchenden Patienten

- **Entgiftung (Arzt)**

- i. d. R. **stationär in suchtmmedizinischer / internistischer / psychiatrischer Klinik**
- ambulant nur bei leichten Verläufen, stabilen sozialen Verhältnissen und enger ärztlicher Begleitung
- Medikamente: **Benzodiazepine / Clomethiazol, Vitamin-B1**



- **Entwöhnung**

- schließt Entgiftung an
- i. d. R. **stationär in spezialisierten Suchtfachkliniken**
- i. d. R. über mehrere Wochen bis Monate
- ambulant / teilstationär bei stabilen Patienten und stabilem sozialen Umfeld
- Ziel: Nicht allein Abstinenz, sondern **grundlegende Veränderung** im Umgang mit Belastungen, Konflikten und Suchtdruck
- **Typische Bausteine:**
 - Einzel- & Gruppenpsychotherapie (v. a. verhaltenstherapeutisch / tiefenpsychologisch)
 - Psychoedukation
 - Individuelle Bewältigungsstrategien
 - Behandlung komorbider Störungen
 - Sozial-, Ergo-, Arbeitstherapie, körperliche Aktivierung
 - Einbezug von Angehörigen
 - Vorbereitung der Nachsorge & Rückfallprophylaxe



- **Nachsorge**
 - Identifikation individueller Risikosituationen
 - Craving-Management mit konkreten Strategien
 - Notfallpläne mit klaren Handlungsschritten und Telefonnummern für Krisenmomente
 - soziale Stabilisierung
 - **Selbsthilfegruppen**
 - regelmäßige therapeutische Kontakte, ggf. ambulante Weiterbehandlung
 - Behandlung komorbider Störungen
 - Umgang mit Rückfällen (kein Scheitern!)

- Kurzer Überblick



- z. B. **Heroin, Morphin, Oxycodon, Tilidin, Tramadol, Fentanyl**
- **sehr hohes Abhängigkeitspotenzial;**
körperliche Abhängigkeit oft stark ausgeprägt
- medizinisch wichtig als Analgetika
– Missbrauch/Abhängigkeit dennoch hochriskant

- **Wichtigste Wirkung / akute Intoxikation**

- Analgesie, Euphorie, Sedierung, Anxiolyse, Obstipation

- **Intoxikations-Trias**

1. Bewusstseinsstörung
2. Atemdepression
3. Miosis



- **Haupttodesursache:** Atemdepression; besonders gefährlich bei Mischkonsum mit Alkohol/Benzodiazepinen

- **Antidot:** Naloxon – ärztlich/notärztlich; wegen kürzerer Wirkdauer Überwachung nötig

- **Entzugssymptome**



- meist nicht unmittelbar lebensbedrohlich, aber **extrem quälend**
- Mydriasis, Schwitzen, Gänsehaut, Tränen-/Nasenfluss, Tachykardie
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchkrämpfe
- Muskel-/Gliederschmerzen, innere Unruhe, Angst, Dysphorie, Schlafstörungen, Craving
- **Hauptgefahr:**
Rückfall nach Toleranzverlust
→ **Überdosierung** mit alter Dosis

- Therapie



- **Intoxikation:**
112, Atemwege sichern, stabile Seitenlage
- Entgiftung **ärztlich/stationär**
(alleinige Entgiftung ohne Anschlussbehandlung sehr rückfallgefährdet)
- **zentral: Substitution** mit Methadon/Levomethadon/Buprenorphin
- psychosoziale Stabilisierung, Rückfallprophylaxe, Behandlung von Komorbiditäten

- Kurzer Überblick

- **pflanzliches Cannabis:**
THC/CBD;
- **synthetische Cannabinoide:** z. B. Spice/K2
- nach Alkohol/Nikotin häufig konsumiert;
Risiken werden oft unterschätzt
- **Riskant:** früher Beginn, täglicher Konsum, hoher THC-Gehalt,
niedriger CBD-Anteil





- **Wichtigste Wirkung / akute Intoxikation**

- Euphorie, Entspannung, veränderte Sinnes- und Zeitwahrnehmung
- Kurzzeitgedächtnis ↓, Konzentration ↓, Reaktionsvermögen ↓
- **Körperlich:**
rote Augen, Mundtrockenheit, Appetitsteigerung, Tachykardie
- **höhere Dosen:**
Angst, Panik, Derealisation/Depersonalisation, paranoides Erleben
- Reine THC-Intoxikation selten lebensbedrohlich
– synthetische Cannabinoide deutlich gefährlicher



- **Kurzer Überblick**

- v. a. Benzodiazepine und Z-Substanzen; historisch Barbiturate
- beruhigend, angstlösend, schlafanstoßend, muskelrelaxierend, antikonvulsiv
- **Wichtig:**
Low-Dose-Dependency auch bei therapeutischer Dosis über Monate/Jahre

- Wichtigste Wirkung / akute Intoxikation
 - **ähnelte Alkoholintoxikation:**
Sedierung, Ataxie, verwaschene Sprache, Bewusstseinsstrübung
 - Gedächtnisstörungen/anterograde Amnesie;
gelegentlich paradoxe Erregung
 - **Atemdepression** v. a. bei hohen Dosen oder Mischkonsum
 - Mischkonsum mit Alkohol/Opioiden/GHB: besonders gefährlich





- **Entzugssymptome**

- **potenziell lebensbedrohlich** – ähnlich Alkoholentzug
- Tremor, Schwitzen, Tachykardie, Blutdruckanstieg
- massive Angst/Panik, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, depressive Verstimmung
- **Typisch:**
Überempfindlichkeit für Geräusche, Licht, Gerüche; Parästhesien
- **Gefährlich:** Krampfanfälle, Delir, vegetative Entgleisung, Suizidalität



- Therapie

- schwere Intoxikation/komplizierter Entzug: Notarzt bzw. stationär
- **Kein abruptes Absetzen**; ärztlich kontrollierte langsame Reduktion, oft über langwirksames **Diazepam**
- **Psychotherapie**: Angst-/Schlafregulation ohne Suchtmittel, Schlafhygiene, Entspannung, KVT
- Enge Abstimmung mit Arzt/Apotheke zur Vermeidung erneuter Verordnungsdynamik

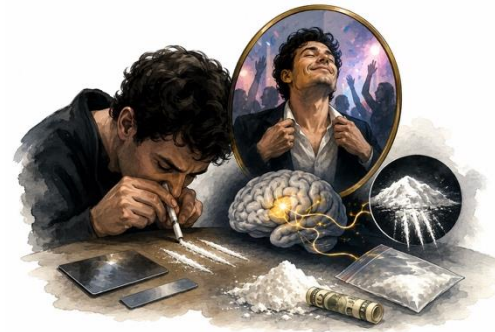
- Kurzer Überblick



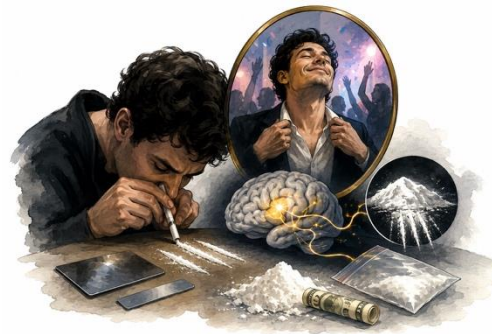
- **starkes Stimulans**; Kokainhydrochlorid meist nasal, Crack/Freebase geraucht
- sehr hohes **psychisches Abhängigkeitspotenzial** durch kurzen intensiven Kick + Crash
- Konsum oft verdeckt;
häufig Komorbiditäten wie Depression, Angst, ADHS, PTBS

- Wichtigste Wirkung / akute Intoxikation

- Dopamin/Noradrenalin/Serotonin ↑
→ Euphorie, Selbstvertrauen, Wachheit, Rededrang
- **sympathikoton:**
Mydriasis, Tachykardie, Hypertonie, Schwitzen, Hyperthermie
- **psychisch:** Größenideen, Enthemmung, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität, Verfolgungserleben
- **Komplikationen:** Myokardinfarkt, Rhythmusstörungen, Schlaganfall, Krampfanfälle, plötzlicher Herztod
- Kokain + Alkohol → **Cocaethylen:** besonders kardiotoxisch

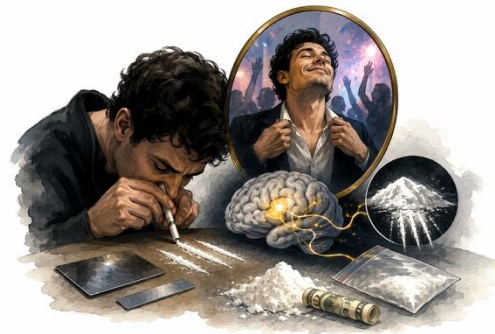


- Entzugssymptome



- meist nicht körperlich lebensbedrohlich, aber **psychisch hochriskant**
- **Crash:**
Erschöpfung, Schlafbedürfnis, Heißhunger, Dysphorie, Anhedonie
- **Tage/Wochen:** depressive Verstimmung, Reizbarkeit, Craving in Wellen, Schlafstörungen
- Suizidalität besonders im Crash aktiv erfragen

- Therapie



- schwere Intoxikation/komplizierter Entzug: Notarzt bzw. stationär
- **Kein abruptes Absetzen**; ärztlich kontrollierte langsame Reduktion, oft über langwirksames **Diazepam**
- **Psychotherapie**: Angst-/Schlafregulation ohne Suchtmittel, Schlafhygiene, Entspannung, KVT
- Enge Abstimmung mit Arzt/Apotheke zur Vermeidung erneuter Verordnungsdynamik



- **Kurzer Überblick, z.B.:**
 - **Amphetamin** („Speed“, „Pep“)
Weißes bis gelblich-bräunliches Pulver, meist geschnupft oder oral konsumiert, seltener gespritzt oder geraucht.
 - **Methamphetamin** („Crystal Meth“, „Crystal“, „Meth“, „Ice“)
Kristalline Form, deutlich potenter als Amphetamin, häufig geraucht, geschnupft oder gespritzt; extrem hohes Abhängigkeitspotenzial.
 - **MDMA** (3,4-Methylenedioxyamphetamin, „Ecstasy“, „XTC“, „Molly“):
Überwiegend in Tablettenform, kombinierte stimulierende und entaktogene/empathogene Wirkung mit milden halluzinogenen Komponenten.
 - **Synthetische Cathinone** („Badesalze“, Mephedron)
Chemisch verwandt mit Amphetamin, ursprünglich als „Legal Highs“ verbreitet, mit hoher Variabilität und teils sehr starken Wirkungen.



- **Kurzer Überblick, z.B.:**
 - **LSD** (Lysergsäurediethylamid)
Synthetische Substanz, meist auf kleinen Papierstücken („Trips“, „Pappen“) oder in Tropfenform, sehr potent (Mikrogramm-Bereich)
 - **Psilocybin / Psilocin**
Wirkstoffe psilocybinhaltiger Pilze („Magic Mushrooms“, „Psilos“)
 - **DMT** (Dimethyltryptamin)
Sehr kurze, extrem intensive Wirkung; Hauptwirkstoff von Ayahuasca (südamerikanisches Ritualgetränk mit DMT + MAO-Hemmer)
 - **Ketamin**
Medizinisch eingesetztes Narkose- und Notfallmedikament; in der Drogenszene als „K“, „Special K“ bekannt; in den letzten Jahren auch in der Behandlung therapieresistenter Depressionen eingesetzt (Esketamin)

- Kurzer Überblick

- z. B. **Klebstoffe, Lacke, Lösungsmittel, Benzin, Gase/Aerosole**
- meist inhalativer Konsum; besonders bei Jugendlichen/sozial belasteten Gruppen relevant
- leicht verfügbar, billig, schwer zu kontrollieren
 - **hohe somatische Risiken**

