

# 1 Krankheitsbilder und Syndrome von A–Z

## 1.1 Abhängigkeit

### Synonym

Sucht

### Definition

- **Psychische Abhängigkeit:** unwiderstehliches Verlangen nach (Wieder-)Einnahme einer psychotropen Substanz, „Nicht-aufhören-Können“, Suchtdruck („Craving“), Kontrollverlust
- **Physische Abhängigkeit:** Toleranzentwicklung (Dosissteigerung), Entzugerscheinungen
- **Abusus/Missbrauch:** Einnahme ohne Indikation (z. B. Medikamente), in übermäßiger Menge bzw. entgegen den gesellschaftlichen Normen (z. B. Alkohol)
- **Schädlicher Gebrauch:** Suchtmittel wird eingenommen, obwohl bereits körperliche, psychische oder soziale Schäden durch den Konsum eingetreten sind.
- **Polytoxikomanie** = Mehrfachabhängigkeit, multipler Substanzmissbrauch, polyvalente Sucht

### Epidemiologie

- Anteil der Abhängigen in der Bevölkerung (BRD) ca. 5–7%
- Alkohol: ca. 10 Millionen risikanter Konsum, ca. 2 Millionen abhängig
- Medikamente: ca. 1,4 Millionen
- Cannabis: Ca. 2 Millionen Deutsche konsumieren Cannabis.
- Harte Drogen (Heroin, Kokain, Amphetamine): ca. 275.000 Konsumenten, 175.000 Abhängige
- Nikotin: ca. 10 Millionen
- Nikotin- und Alkoholkonsum nehmen Platz 1 und 3 bei den zu Behinderung und vorzeitigem Tod führenden Krankheitsursachen ein!

### Ätiopathogenese

- **Dreifaktorielles Bedingungsgefüge** (s. Abb. 1.1)
  - Droge: Angebot, Wirkung, Potenz,
  - Person/Persönlichkeit: Empfänglichkeit, Vulnerabilität (Genetik, Lernfaktoren)
  - Soziale Faktoren: Erziehungsstil, „Broken home“, Ideologie, Vorbilder
- **Prämorbidie Persönlichkeit:** verminderte Frustrationstoleranz

**Merke:** Es gibt keine typische Sucht-Persönlichkeitsstruktur. Sucht-Präventionsprogramme verbessern das Wissen, haben aber keinen oder nur minimalen Einfluss auf den Substanzgebrauch!

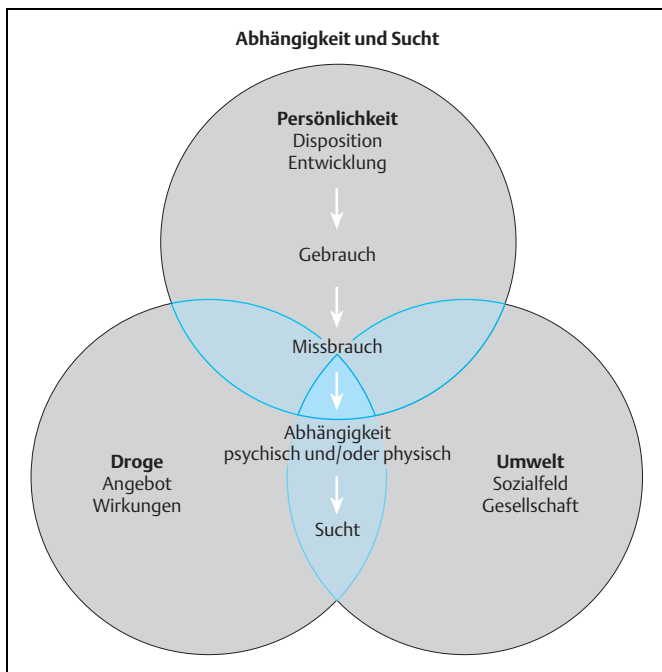


Abb. 1.1 Bedingungsgefüge der Entstehung einer Abhängigkeit.

• **Biochemisches Modell des Suchtverhaltens**

- Verhaltensmotivation: Septohippokampales dopaminerges Belohnungssystem („Reward-System“, Wohlbefindlichkeitssystem, Suchtgedächtnis)
- Aufrechterhalten der Sucht: möglicherweise Beteiligung spezieller Neuromodulatoren (z. B. Beta-Carbolase)

**Einteilung/Klassifikation** (vgl. Tab. 1.1.1)

- Legale Suchtmittel
  - Genussmittel (Kaffee, Alkohol, Tabak)
- Illegale Suchtmittel

Tabelle 1.1.1 Arzneimittel mit Suchtpotenzial und Hauptgruppen der Missbraucher nach pharmakologisch/medizinischer und WHO-Einteilung

Wirkgruppen Pharmakologisch/medizinische Einteilung	Vornehmlich missbraucht von			WHO-Einteilung
	A	M	D	
● Betäubungsmittel, Narkotika				<b>1. Opiat-Typ</b>
– Opiate, Analgetika/Antitussiva		X	XX	
– Andere Schmerzmittel				
– „Kleine“ Analgetika	X	X		
● Schlafmittel				<b>2. Barbiturat-/ Alkohol-Typ</b>
● Sedativa/Hypnotika	X	XX	X	
● Lösungsmittel und Alkohole				
– Äthylalkohol, alkoholhaltige Arzneimittel	XX	X		
– Schnüffelstoffe			X	
● Beruhigungsmittel				
– Tranquilizer	X	XX	X	
● Stimulanzen				<b>3. Amphetamin-/ Khat-Typ</b>
– Psychoanaleptika	X	XX		
– Amphetaminartige				
– Anorektika				
– Sympathomimetika				

Tabelle 1.1.1 Fortsetzung

Wirkgruppen Pharmakologisch/medizinische Einteilung	Vornehmlich missbraucht von			WHO-Einteilung
	A	M	D	
● Lokalanästhetika Tetrahydrocannabinol-(THC-) Derivate			X	4. Kokain-Typ 5. Cannabis-Typ 6. Halluzinogen-Typ
● Halluzinogene				
– Halluzinogenoide		X	X	
– Anticholinergika				
– Asthmamittel				
– Anti-Parkinsonmittel				
– Andere Halluzinogene				
● Verschiedene Wirkgruppen		X		
– Laxanzien				
– Kortikosteroide		X		
– Ätherische Öle, Kampfer			X	
● „Genussmittel“				
– Nikotin, Koffein	X	X	X	

A = Alkoholranke, M = Medikamentenabhängige, D = Drogenabhängige

- Nichtstoffgebundene Sucht: abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (z. B. Spielsucht, Online-/Internet-Abhängigkeit/-Sucht/pathologische Internetnutzung)
- Stoffgebundene Sucht:  
**Klassische Suchtstoffe:** Opium, Morphin, Kokain, Halluzinogene, Cannabispräparate, Alkohol, Tabak  
s. Kap. 1.27 **Drogenabhängigkeit**  
s. Kap. 1.77 **Tabakabhängigkeit**  
**Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial:** Opioid-Analgetika, Tranquilizer/Hypnotika, Psychostimulanzien, Weckamine  
s. Kap. 1.53 **Medikamentenabhängigkeit**
- **Suchtstoffe der zweiten Generation:** „Designer-Drogen“, vollsynthetisch: Amphetamine, Phencyclidine, Fentanyl, Proline, Tryptamine

## Leitsymptomatik

Abhängig von Substanz treten u. a. auf

- Intoxikationssymptome
- Entzugssyndrome
- Psychotische Symptome, s. **entsprechende Kapitel**

## Diagnosekriterien – Diagnostik (vgl. Tab. 1.1.2)

- Körperliche Untersuchungsbefunde
- Fremdanamnese wichtig !
- Laborwerte (Urin-Screening, Leberwerte)

Tabelle 1.1.2 Diagnostische Kriterien der Störungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
<p><b>Schädlicher Gebrauch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Schädigung der psychischen und physischen Gesundheit des Konsumenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fehlangepasstes Muster von wiederholtem Substanzgebrauch, auch in Situationen, in denen es zur körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. beim Autofahren) und trotz ständiger durch die Auswirkung des Gebrauchs hervorgerufener sozialer und zwischenmenschlicher Probleme</li> </ul>
<p><b>Abhängigkeit</b> Mindestens drei der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Starker Wunsch/Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren</li> <li>● Reduzierte Kontrollfähigkeit</li> <li>● Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu mildern</li> <li>● Körperliches Entzugssyndrom</li> <li>● Toleranzentwicklung (Dosissteigerung)</li> <li>● Eingeengtes Verhaltensmuster</li> <li>● Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen</li> <li>● Fortgesetzter Substanz- oder Alkoholgebrauch trotz Nachweis schädlicher körperlicher, psychischer und sozialer Folgen</li> </ul>	<p>Mindestens drei der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Substanzeinnahme länger und in größeren Mengen als beabsichtigt</li> <li>● Anhaltender Wunsch/erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu kontrollieren/verringern</li> <li>● Charakteristische Entzugssymptome</li> <li>● Toleranzentwicklung (verminderte Wirkung bei gleichbleibender Dosis, Dosissteigerung)</li> <li>● Viel Zeitaufwand für die Beschaffung der Substanz</li> <li>● Aufgabe/Einschränkung wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten</li> <li>● Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Problembewusstsein</li> </ul>

Tabelle 1.1.2 Fortsetzung

ICD-10	DSM-IV
<b>Dauer</b>	> 1 Monat
<b>Entzugssyndrom</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Symptomkomplex bei absolutem oder relativem Entzug einer Substanz, die wiederholt und über einen längeren Zeitraum u./o. in hoher Dosis konsumiert wurde</li> <li>● Erscheinungsbild ist so schwer, dass Konsultation bzw. medizinische Behandlung notwendig ist</li> <li>● Besserung durch erneute Zufuhr der Substanz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Substanzspezifisches Syndrom nach Beendigung oder Reduktion eines längeren und übermäßigen Substanzmissbrauchs</li> <li>● Subjektives Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen Funktionen</li> <li>● Keine andere Verursachung der Beschwerden kann gefunden werden</li> </ul>

## Differenzialdiagnosen

- Andere somatische Krankheiten (evtl. Komorbidität!)
- Affektive und schizophrene Psychosen (z.B. drogeninduzierte Psychose)
- Psychogene Reaktionen/Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- Somatoforme Störungen

## Therapie

### Primärziel: Abstinenz!

Die Suchttherapie gliedert sich in vier Abschnitte

- Kontakt- und Motivationsphase
- Entgiftungsphase (körperlicher Entzug)
- Entwöhnungsphase („Therapie“)
- Rehabilitationsphase (Nachsorge, Rezidivprophylaxe).

**Merke:** Von entscheidender Bedeutung sind die primäre (Information und Aufklärung der Bevölkerung) und sekundäre Prävention (Früherkennung und Frühbehandlung).

## Verlauf/Prognose

- Stark abhängig von Abhängigkeitsobjekt/Substanz und Motivierbarkeit des Patienten
- Prognose im Allgemeinen nicht günstig – Rückfallrate für Alkoholabhängigkeit binnen 5 Jahren ca. 50%, für Heroinabhängigkeit ca. 80%
- Neue, auch medikamentös-biologische, Therapieansätze geben Anlass für hoffnungsvollere Zukunft.

## 1.2 Affektive Störungen

### Synonyme/verwandte Begriffe

Gemütskrankheiten; affektive Psychose = manisch-depressive Erkrankung, Zykllothymie

### Definition

- Gruppe von Störungen und Krankheiten – charakterisiert durch eine krankhafte Veränderung der Stimmung (Affektivität) meist in Richtung Depression oder (Hypo-)Manie
- Der Übergang normal – abnorm kann fließend sein und differenzialdiagnostische Probleme aufwerfen (s. Abb. 1.2.1a u. b).

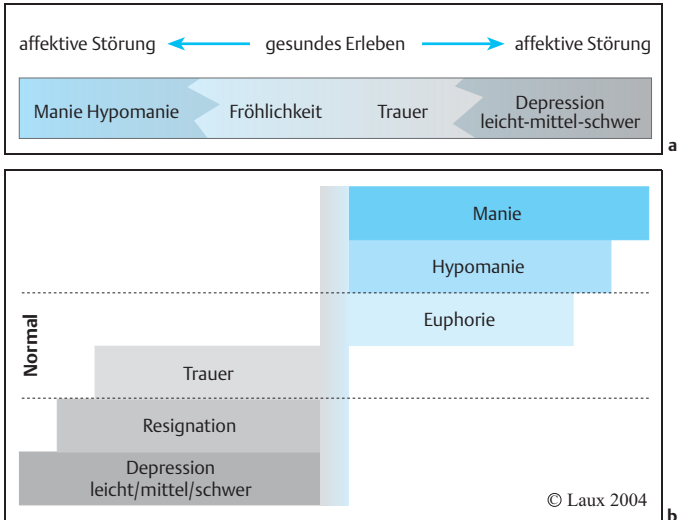


Abb. 1.2.1a u. b Übergang affektive Störungen normal – abnorm.

## Epidemiologie

- größte Bedeutung, s. Kap. **1.25 Depressive Störungen**, Prävalenz ca. 5–10%
- Lebenszeitprävalenz s. Kap. **1.15 Bipolare affektive Störungen**, ca. 1–3%

## Ätiopathogenese

multifaktoriell im Sinne des Stress-Vulnerabilitätskonzepts (s. Abb. 1.2.2)

## Einteilung/Klassifikation

Die verschiedenen Störungen/Krankheiten werden nach Schweregrad und Verlauf (rezidivierend, uni-/bipolar, chronisch) unterschieden (s. Abb. 1.2.3).

- Manische Episode s. Kap. **1.52 Manie**
- Bipolare affektive Störung (Affektive Psychosen, manisch-depressive Erkrankung/ Zyklothymie) s. Kap. **1.15 Bipolare affektive Störung** (vgl. Abb. 1.2.4)
- (Rezidivierende) Depression s. Kap. **1.25 Depressionen**
- Anhaltende affektive Störung s. Kap. **1.29 Dysthymia, 1.85 Zyklothymia**
- Sonstige affektive Störungen (z. B. minore Depressionen)

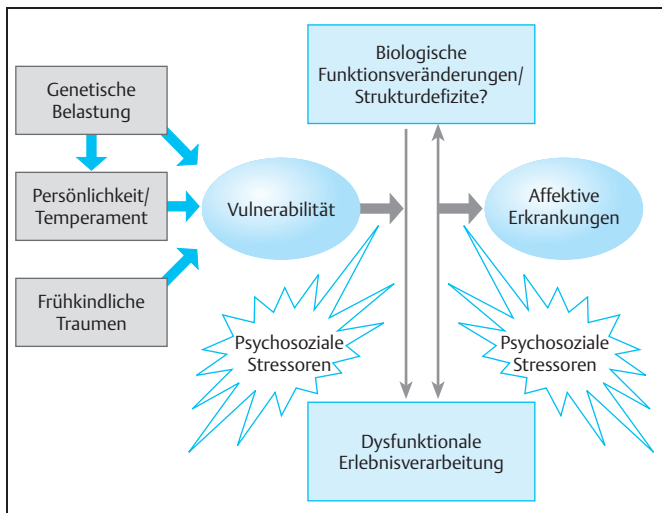


Abb. 1.2.2 Ätiopathogenese affektiver Störungen.

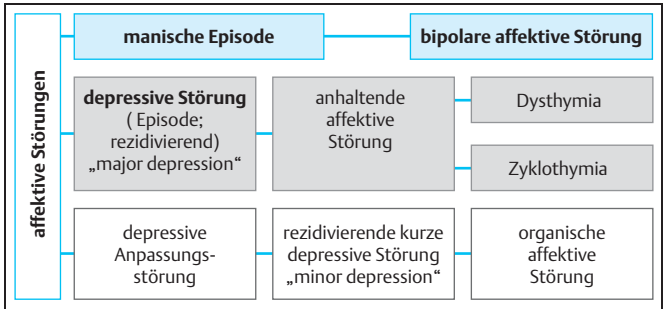


Abb. 1.2.3 Einteilung affektiver Störungen.

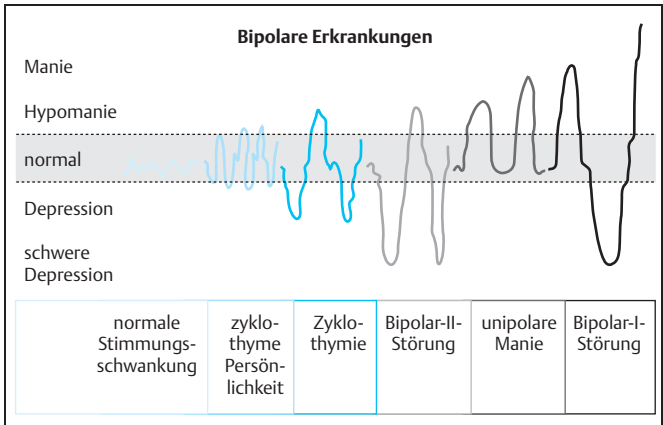


Abb. 1.2.4 Schema bipolarer Störungen.

### Leitsymptomatik

Dominierend ist entweder eine depressive oder eine (hypo-)manische Symptomatik, seltener liegt ein symptomatisches Mischbild vor (s. Abb. 1.2.5 und 1.2.6).

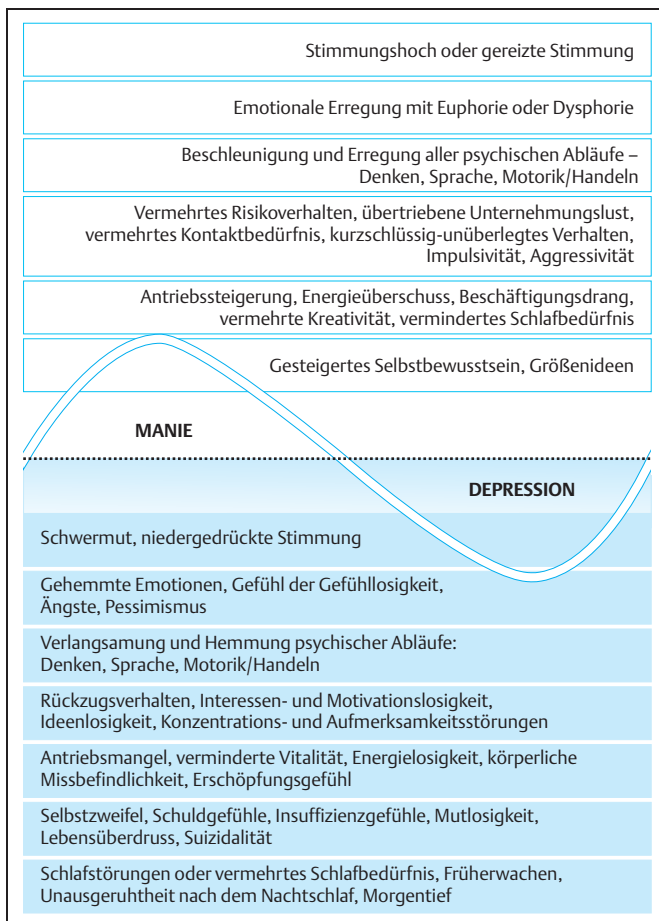


Abb. 1.2.5 Symptome der Manie und Depression.

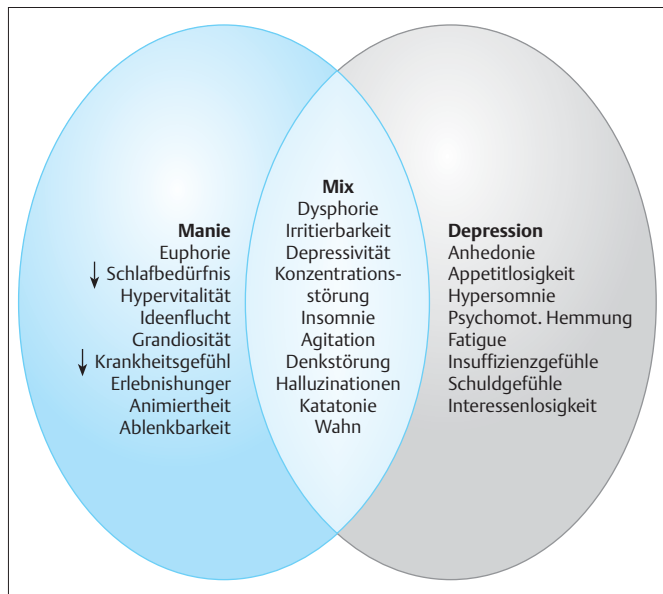


Abb. 1.2.6 Mischsymptomatik der Manie und Depression.

## Diagnosekriterien – Diagnostik/Differenzialdiagnose/Therapie

s. Kap. 1.25 Depressionen

s. Kap. 1.52 Manie

s. Kap. 1.15 Bipolare affektive Störungen

## Verlauf/Prognose

Verlauf und Prognose affektiver Störungen sind sehr unterschiedlich, typische Formen sind in Abbildung 1.2.7 wiedergegeben.

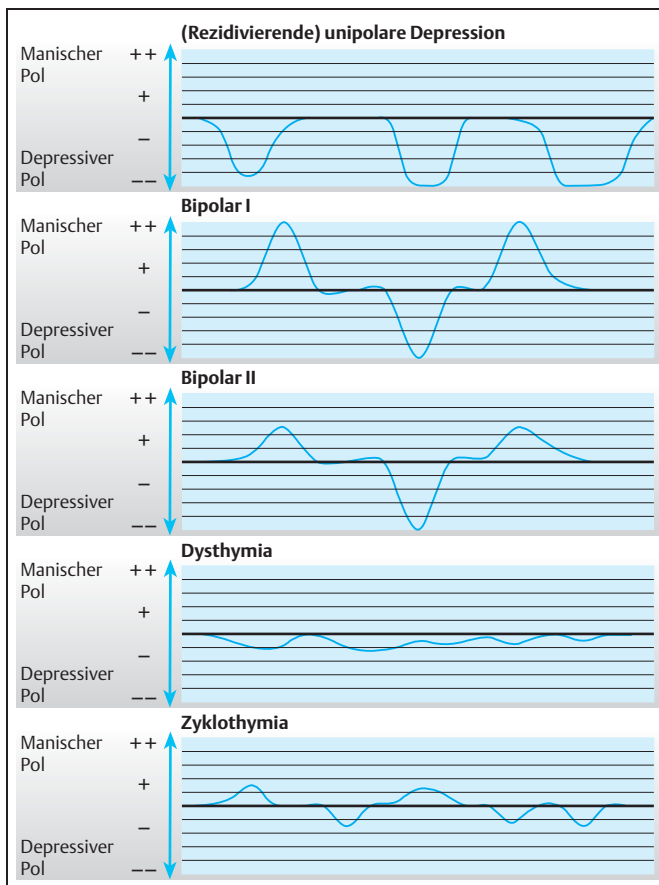


Abb. 1.2.7 Verläufe affektiver Störungen.