

Literaturservice

aus dem Institut für Suchtforschung
mit Sitz am Krankenhaus Maria Ebene/Frastanz

Vorstand: Univ-Prof Dr Hartmann Hinterhuber

Vorstand-Stv: Univ-Prof Dr Reinhard Haller

Bearbeitet von MMag Dr Isabel Dittrich und Margit Halbeisen

März 2005**Ausgabe 1/2005**

In dieser Ausgabe	auf Seite
1 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und Alkoholabhängigkeit: Eine Risikokonstellation	1
2 Zunahme der Amphetamin- und Methamphetamin-induzierten Psychosen 1998 - 2000	2
3 Kokaininduzierte Trichotillomanie – Ein Fallbeispiel	2
4 Neueste Ergebnisse zum indikativen Einsatz von Anti-Cravingsubstanzen in der Rückfallprävention bei Alkoholabhängigen	3
5 Differentielle Indikation und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnung	4
6 Deutsche Suchthilfestatistik 2003 für ambulante Einrichtungen	5
7 Psychiatrische Begutachtung bei problematischem Spielverhalten	6
8 Pathologisches Kaufes – eine Literaturübersicht	7

Johann, M., Bobbe, G., Laufkötter, R., Lange, K., Wadarz, N.:

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) und Alkoholabhängigkeit: Eine Risikokonstellation

Zusammenfassung:

Die Prävalenzrate des in der Kindheit beginnenden Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) wird auf 5-10% geschätzt. 30-60% weisen auch im Erwachsenenalter Symptome auf. Alkoholabhängigkeit soll zu 30% mit ADHS assoziiert sein. Alkoholabhängige mit ADHS weisen einen früheren Trinkbeginn und häufigere Detoxikationsbehandlungen auf. Ziel vorliegender Studie war die Aufklärung spezifischer pathophysiologischer Mechanismen im Zusammenhang mit ADHS, die zu Vulnerabilität, Schwere und Komplikationen im Verlauf der Alkoholabhängigkeit betragen können.

Insgesamt konnten nach Aufklärung und schriftlichem Einverständnis 314 Alkoholabhängige, 52 Frauen und 262 Männer, im Rahmen einer stationären Entgiftung am Bezirksklinikum Regensburg untersucht werden. Von den 314 erfassten Personen erfüllten 21,3% die Kriterien für ADHS im Erwachsenenalter (22,1% der Männer, 17,3% der Frauen). Ein statistischer Vergleich von Alkoholabhängigen mit bzw ohne ADHS ergab signifikant höhere täglich konsumierte Alkoholmengen und auch monatliche Rekordmengen für die ADHS positive Gruppe.

Auch zeigte sich für diese Patienten ein signifikant früherer lebenszeitlicher Beginn spezifischer Abhängigkeitssymptome wie Kontrollverlust, Toleranzentwicklung sowie Entzugssymptome.

Die in der Untersuchung ermittelte Persistenz ADHS-assoziierter Symptome bei erwachsenen Alkoholabhängigen von 21% liegt zwar über der Prävalenz für Gesunde (2-6%), jedoch unter den in verschiedenen Studien ermittelten Daten von 30% bei Alkoholabhängigkeit. Im Vergleich zur ADHS-negativen Gruppe zeigte die ADHS-positive Gruppe ein spezifisches Risikoprofil mit früherem Beginn, dispositionellen Faktoren und schwerem Verlauf der Suchterkrankung und erhöhtem Auftreten einer zusätzlichen antisozialen Persönlichkeitsstörung.

In: **Psychiatrische Praxis**, 2004, 31, Suppl. 1, S. 102-104.

Korrespondenzadresse: Dr Monika Johann, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstr. 84, 93035 Regensburg.

E-Mail: monika.johann@bzk.uni-regensburg.de

Zunahme der Amphetamin- und Methamphetamin-induzierten Psychosen 1998-2000

Zusammenfassung:

Als Folge der Zunahme des Stimulanzienmissbrauchs in Deutschland häufen sich auch die psychiatrischen Komplikationen mit Amphetaminderivaten. Vor allem psychotische Störungen sind bei Methamphetaminabhängigen deutlich häufiger als z.B. bei Kokainabhängigen. Zu klassifizieren ist nach ICD-10 bei akuten substanzinduzierten psychotischen Störungen (F1x.5) die auslösende Substanz, differenzialdiagnostisch ist neben der klassischen paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie (F20.0) vor allem die Intoxikation mit diesen Substanzen auszuschließen. Wenn paranoide Zustände nach bis zu zwei Tagen spontan abklingen, sollte bei der langen Wirkdauer des Methamphetamins ebenfalls eher eine Intoxikationspsychose diagnostiziert werden. Auch Flashbacks, die regelmäßig durch psychosoziale Stresssituationen ausgelöst werden können, sowie das entsprechende Alter der meist jungen Patienten, verleiten bei Unkenntnis der Vorgeschichte zur Differenzialdiagnose „Schizophrenie“.

Über den Beobachtungszeitraum 1998 bis 2000 wurden prospektiv die Verteilungen der Entlassungsdiagnosen aller mit einem paranoid-psychotischen Bild eingewiesenen Patienten am Bezirkskrankenhaus Bayreuth hinsichtlich Häufigkeit und möglicher Zunahme der drogeninduzierten Psychosen untersucht. Die Diagnose Amphetaminpsychose (F15.5x) wurde nur bei eindeutigen anamnestischen Angaben über die regelmäßige Meth- bzw. Amphetamineinnahme unmittelbar vor Auftreten der psychotischen Symptomatik diagnos-

tiziert. Für Amphetamine fallen bei Nachweiszeiten von <72h und Aufnahmezeitpunkten von 1-36 Tage nach Konsumende Urintests meist negativ aus.

Während des Beobachtungszeitraums nahm der Anteil der Stimulanzienabhängigen deutlich zu. Ebenso stieg die Anzahl der drogeninduzierten Psychosen und der gesicherten Amphetaminpsychosen. Es zeigte sich, dass Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung signifikant älter waren als Patienten mit Drogenpsychosen. Diese wiederum waren signifikant kürzer in Behandlung als Schizophrenie.

Psychiatrische Akutstationen und klassisch rehabilitativ orientierte Stationen sind meist nicht auf drogenkonsumierende Patienten ausgerichtet. Suchteinrichtungen hingegen wehren sich meist gegen Patienten mit Doppeldiagnosen. Der Bedarf an derart spezialisierten Doppeldiagnoseeinrichtungen wird in Zukunft weiter ansteigen, denn nur die Fokussierung beider Symptombereiche, des psychotischen Erlebens und des Suchtverhaltens, kann langfristig zu einer Wiedereingliederung in die Gesellschaft führen.

In: **Psychiatrische Praxis**, 2005, 32, 13-17.

Kontaktadresse:

Dr Roland Härtel-Petri, Abteilung für Klinische Suchtmedizin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Nordring 2, 65445 Bayreuth. E-Mail: Roland.Haertel-Petri@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Sanju George & Hamdy Moselhy:

Kokaininduzierte Trichotillomanie - Ein Fallbeispiel

Zusammenfassung:

Trichotillomanie wird als Störung definiert, die durch einen sichtbaren Haarverlust infolge der Unfähigkeit, ständigen Impulsen zum Haarausreißen zu widerstehen, charakterisiert ist. Sie zählt zu den Impulskontrollstörungen, vor dem Haarausreißen besteht meist eine zunehmende Spannung, danach folgt ein Gefühl von Entspannung oder Befriedigung. Frauen scheinen von der Störung häufiger betroffen zu sein, in der Allgemeinbevölkerung wird von einer Prävalenzrate von 0,5% ausgegangen. Trichotillomanie geht häufig mit affektiven

Erkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen einher. Die Therapie setzt sich aus einer pharmakologischen Behandlung, insbesondere mit SSRI's und/oder Antipsychotika, sowie psychologischen Ansätzen wie kognitiver Verhaltenstherapie zusammen.

Kokainkonsumenten beschreiben häufig taktile Halluzinationen, ein Gefühl, als ob Käfer unter der Haut krabbeln. Trichotillomanie wurde bislang nicht mit Kokainabhängigkeit in Verbindung gebracht. Die Autoren beschrieben einen Einzelfall von ko-



kaininduzierter Trichotillomanie, welche erfolgreich mit Buprenorphin behandelt werden konnte:

Frau C., eine 24-jährige, arbeitslose Inderin, welche in 2. Generation in England lebte, begann im Alter von 14 Jahren regelmäßig Cannabis zu rauchen. Mit 17 Jahren kam dann Crack dazu. In den folgenden zwei Jahren steigerte sie Häufigkeit und Menge des Kokainkonsums bis zu einem Gramm am Tag. Im Alter von 21 begann Frau C., täglich Heroin zu abundieren, ausschließlich zu rauchen. In der Folge führte ihre Heroin- und Kokainabhängigkeit zu gesundheitlichen Problemen und deutlichem Gewichtsverlust. Ihren Drogenkonsum finanzierte sie durch Prostitution.

Anamnestisch wurde Frau C. in England geboren, die kindliche Entwicklung verlief unauffällig. Ihre Kindheit beurteilte sie als glücklich. Psychiatrische Erkrankungen, einschließlich Alkohol- und Drogenabhängigkeit in der Familie lagen nicht vor. Im Alter von 13 Jahren schied sie aus der Schule aus. Sie war in der Folge nie berufstätig oder ging eine stabile Beziehung ein. Zusätzlich zu ihrer Drogenabhängigkeit begann sie sich die Haare von Kopf, Augenbrauen, Armen, Achselhöhlen und dem Schambereich auszureißen. Es zeigte sich, dass sie diesen Drang, sich die Haare auszureißen, nur unter Kokaineinfluss verspürte. Ca. 30 Minuten nach dem Rauchen von Kokain setzte der starke Wunsch ein und dauerte zwischen 10 Minuten und 4 Stunden an. Sie beschrieb ein Gefühl von steigender Spannung und Angst vor dem Haarausreißen und Erleichterung nach der Handlung. Wahnvorstellungen oder Halluzinationen traten in diesem Zusammenhang nicht auf. Das Symptom verschwand,

wenn sie den Kokainkonsum auch nur einen Tag einstellte. Eine depressive Erkrankung sowie eine Angst- oder Zwangsstörung konnten bei der Patientin ausgeschlossen werden.

Als Teil der Behandlung ihrer Abhängigkeitserkrankung wurde sie auf 6 mg Buprenorphin täglich eingestellt. Wöchentlich erhielt sie zusätzlich Akupunktur und Beratungsgespräche. Es gelang ihr, den Heroinkonsum innerhalb von drei Monaten völlig einzustellen, was auch mit Harntests nachgewiesen werden konnte. Den Konsum von Kokain setzte sie allerdings fort, und auch die Trichotillomanie blieb manifest. Nach wie vor traten die Symptome unmittelbar nach der Kokaineinnahme auf. Nach weiteren drei Monaten Behandlung mit Buprenorphin hörte das Haarausreißen völlig auf, obwohl es ihr nicht gelang, den Kokainkonsum einzustellen. Nach weiteren zwei Monaten lebte sie gänzlich abstinent, die Symptome der Trichotillomanie traten nicht weiter auf.

Aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs zwischen dem Kokainkonsum und dem Auftreten der Symptome der Trichotillomanie und dem Verschwinden bei Abstinenz gehen die Autoren von einem kokaininduzierten Haarausreißen aus. Die Ergebnisse sprechen für den Einsatz von Opiatantagonisten bei der Behandlung dieser Impulskontrollstörung.

In: **Addiction**, 2005, 100, 255-256.

Korrespondenzadresse:

Dr Sanju George, Sandwell Outreach Team, The Cottage, 6-6A Simpson Street, Oldbury, West Midlands B69 4AL, UK.

E-Mail: sanju.george@talk21.com

Alexander Diehl, Karl Mann:

Neueste Ergebnisse zum indikativen Einsatz von Anti-Cravingsubstanzen in der Rückfallprävention bei Alkoholabhängigen

Zusammenfassung:

Ziel der Behandlung Alkoholabhängiger ist die Motivation und Befähigung zu einer dauerhaften Abstinenz. Auch die Verlängerung von abstinenten Phasen bzw. die Reduktion der Rückfallhäufigkeit kann als Behandlungserfolg gewertet werden. Dem Craving, dem Verlangen nach Alkohol wird im Zusammenhang mit Rückfällen eine große Bedeutung beigemessen.

Craving meint nicht nur den subjektiv wahrgenommenen Wunsch oder Druck nach Alkohol, sondern auch neurobiologische/neurochemische Hirnveränderungen nach langfristigem Alkoholkonsum. Man unterscheidet allgemein zwischen Reward-Craving sowie Withdrawal Relief Craving.

Reward-Craving: Durch alkohol-assoziierte positive Zustände induziertes Alkoholverlangen, Erwartung

der erwünschten angenehmen Wirkungen des Alkohols (z.B. Entspannung, Erholung).

Withdrawal-Craving: Alkoholverlangen durch alkohol-assoziierte negative Zustände wie z.B. ein erwartetes Entzugssyndrom.

Seit einiger Zeit werden Substanzen eingesetzt, um die Abstinenzfähigkeit und damit die Prognose bei Alkoholabhängigkeit zu verbessern. Neben dem aversiv wirkenden Disulfiram (Bsp.: Antabus®), welches nicht zur generellen Anwendung empfohlen wird, allerdings unter strenger Indikationsstellung und Abwägung der potenziellen Risiken und kontrollierten Rahmenbedingungen einen Platz in der medikamentösen Unterstützung der Abstinenz haben kann, stehen in zwischen sogenannte Anti-Craving-Substanzen zur Verfügung.



Naltrexon (Revia®) ist ein μ -Opiat-Antagonist, der dem Alkohol-Craving entgegenwirken soll. Man geht davon aus, dass die endorphinvermittelten, subjektiv angenehmen und positiv verstärkenden Effekte von Alkohol gehemmt werden. In Studien erwies sich Naltrexon als Rückfallprophylaxe besonders in Kombination mit begleitenden psychotherapeutischen Maßnahmen wirksam. Übelkeit, gastrointestinale Beschwerden und Kopfschmerzen stellen die häufigsten unerwünschten Arzneimittelwirkungen der insgesamt gut verträglichen Substanz dar.

Aktueller sowie kurz zurückliegender Opiatkonsum, eingenommen als Suchtmittel oder zur Schmerzbehandlung, stellt ein Ausschlusskriterium für die Gabe von Naltrexon dar.

Acamprosat (Campral®), ein Kalzium-Bis-Acetyl-Homotaurinat, ist in Österreich ebenso zur Rückfallprophylaxe zugelassen. In klinischen Studien zeigte sich neben der Abstinenzrate auch die Anzahl der trinkfreien Tage unter Acamprosat signifikant höher als unter Placebo.

Andere Möglichkeiten zur medikamentösen Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit wurden bislang noch nicht ausreichend untersucht. Nalmefene ist ein Opiat-Antagonist, ähnlich dem Naltrexon, und konnte in kleineren Studien die Rate schwerer Rückfälle reduzieren. Von den Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wurde Fluoxetin in einzelnen Untersuchungen eine höhere

Abstinenzrate oder zumindest eine Reduktion des subjektiv erlebten Alkohol-Cravings gegenüber Placebos nachgewiesen. Odansetron, ein 5-HT₃ Rezeptorantagonist, zeigte einen Effekt auf Trinkmenge und Häufigkeit. Carbamazepin als antimanisch wirksame Substanz führte in einer Studie mit kleiner Fallzahl zu einer Reduktion des Alkoholkonsums. Für die Kombination von Naltrexon mit Acamprosat konnte eine signifikante weitere Steigerung der Abstinenzrate gegenüber den Einzelsubstanzen nachgewiesen werden.

Die aktuelle Datenlage spricht für den Einsatz einer medikamentösen Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit, welche jedoch in ein suchtmedizinisches Behandlungskonzept, einschließlich psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen der Entwöhnungsbehandlung, eingebettet sein sollte. Die Behandlungsdauer sollte zumindest einen Zeitraum der statistisch größten Rückfallgefährdung abdecken und ca. 12 Monate betragen.

In: **abhängigkeiten**, 2004, 3, 90-98.

Kontaktadresse:

Dr Alexander Diehl, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Universität Heidelberg, J5, D-68159 Mannheim. E-Mail: dieh@zi-mannheim.de

Funke, W., & Scheller, R.:

Differentielle Indikation und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnung

Zusammenfassung:

Es existieren nur wenige empirische Befunde zur Bedeutung des Geschlechts für die Entwicklung substanzbezogener Abhängigkeitsstörungen und demzufolge stehen kaum empirisch fundierte und überprüfte geschlechtsspezifische Interventionsstrategien zur Verfügung. Frauen unterscheiden sich insofern in ihrer Abhängigkeitsentwicklung von Männern, als dass sie

- ❖ häufiger alleine trinken (Angst vor sozialer Stigmatisierung),
- ❖ im Durchschnitt über geringe Trinkmengen berichten,
- ❖ im Mittel ein bis zwei Jahre später im Lebensverlauf mit dem problematischen Trinken beginnen als Männer,
- ❖ statistisch auf eine kürzere Krankheitsdauer bis zur Inanspruchnahme von Hilfen verweisen können,
- ❖ sich in der Regel bei Beginn der Behandlung in einer psychosozial ungünstigeren Ausgangslage befinden, d.h. häufiger ohne oder mit geringer sozialer Unterstützung auskommen müssen,

- ❖ häufiger an komorbiden Erkrankungen leiden und
- ❖ bei relativ kürzerer Dauer übermäßigen Alkoholkonsums schwerwiegendere körperliche Schäden aufweisen.

Interne Barrieren, eine Entwöhnungsbehandlung zu beginnen, stellen für Frauen Verleugnung von Problemen, die durch Trinken entstanden sind, Angst vor Stigmatisierung als „trinkende Frau“, Sorge, die Kinder zurückzulassen oder zu verlieren sowie Schuld- und Schamgefühle dar. Zu den äußeren Faktoren zählen interpersonale Hemmnisse (z.B. Widerstand des Partners bzw. der Familie gegen eine Behandlung, „soziale Kosten“ der Behandlung) und strukturelle Faktoren (z.B. fehlende Kenntnisse professionell Tätiger über frauenspezifische Problemzusammenhänge, Fehlen frauenspezifischer Behandlungseinrichtungen, Fehlen von Kinderbetreuungsangeboten). Bei der Inanspruchnahme von Hilfen lassen sich ebenso Gender-Unterschiede beobachten. Frauen gehen nach Störungsbeginn schneller in Behandlung, geben dafür andere externe Gründe an, sind stärkeren emotionalen Belastungen ausgesetzt, weisen ein höheres Maß an psychiatrischer



Komorbidität auf und erleben häufiger Gewalt- und Missbrauchserfahrungen. Ein relativ früher Behandlungsbeginn bei Frauen lässt sich durch das schnellere Auftreten somatischer Schäden aufgrund der höheren Bioverfügbarkeit des Alkohols im weiblichen Körper, durch einen anderen Umgang von Frauen mit Krankheit und durch weniger tragfähige bzw. kompensierende soziale Beziehungen im Umfeld alkoholabhängiger Frauen erklären. Die Voraussetzungen, mit denen Frauen und Männer eine Behandlung beginnen, sind unterschiedlich. Alkoholabhängige Frauen weisen häufig

- ❖ ein niedriges Selbstwertgefühl,
- ❖ fehlende Abgrenzungsmöglichkeiten gegenüber anderen Personen,
- ❖ Erfahrungen von sexueller, körperlicher und psychischer Gewalt in der Familie und/oder Partnerschaft,
- ❖ abhängige Interaktionsmuster sowie
- ❖ Identitätsprobleme in ihren Rollen als Frau auf.

Männer hingegen fallen vielmehr auf durch

- ❖ Unfähigkeit oder mangelnde Erfahrung, Gefühle wahrzunehmen und/oder auszudrücken (in Prinzipien verankert wie „Zeige keine Schwäche“ oder „Sei nicht emotional“),
- ❖ eine Lerngeschichte, in der Gewalt und aggressives Verhalten belohnt wurden,
- ❖ das Vorhandensein eines eher dichotomen Weltbildes („stark – schwach“ oder „Gewinner – Verlierer“),
- ❖ mangelnde Erfahrung im Hinblick auf emotional stützende Kontakte mit Männern und
- ❖ Nähe-Distanz-Konflikte mit Männern und Frauen.

In einer deutschen Studie an 1.064 Alkoholabhängigen in einer stationären Entwöhnungsbehandlung zeigte sich, dass Frauen signifikant häufiger einen konkreten Auslöser für den Beginn ihres problematischen Trinkens angaben als Männer, häufiger mit einem substanzabhängigen Partner zusammenleben, und öfter von aktuellen oder früheren Suchtproblemen ihrer Mütter berichteten.

Therapiestudien ergaben, dass alkoholabhängige Männer in gemischtgeschlechtlichen Gruppen den Gruppenprozess und die ablaufenden Interaktionen häufig dominieren. Frauen profitieren auch in pädagogischen Kontexten stärker von geschlechtshomogenen Gruppen als Männer. Im Hinblick auf eine geschlechtsbezogene Behandlung stehen Therapieeinrichtungen vor der Heraus-

forderung, dafür zu sorgen, dass vor allem Frauen in gemischtgeschlechtlichen Programmen nicht chronisch unterrepräsentiert sind. Darüber hinaus sollten frauenspezifische Themen in Settings zur Sprache kommen, deren Zuschnitt weiblichen Bedürfnissen Rechnung trägt. Genderübergreifende Behandlungsansätze sind dann optimal, wenn spezifische, auf das jeweilige Geschlecht zugeschnittene, förderliche Behandlungskomponenten präsentiert und angenommen werden. Für Frauen sind daher folgende Kriterien bedeutsam:

- ❖ umfassende Betreuung,
- ❖ spezielle Behandlungsangebote für Inzestopfer, Opfer von sexuellen Übergriffen sowie sexueller oder körperlicher Gewalt, Frauen mit sexuellen Dysfunktionen, multiplem Substanzmissbrauch oder anderen psychischen Problemen,
- ❖ weitreichende Gesundheits- und Familienberatung,
- ❖ Angebote zur Entwicklung von Elternkompetenz, zur Differenzierung sozialer Rollen und zum Aufbau der Fähigkeit, soziale Unterstützung einzufordern,
- ❖ Unterstützung bei der Stabilisierung eines positiven Selbstwertgefühls und beim Ausbau adaptiver Bewältigungsfertigkeiten,
- ❖ Berufs- und Arbeitsplatzberatung,
- ❖ rechtliche Beratung,
- ❖ Hinführung zur Nutzung von Frauengruppen in der Nachsorge.

Katamnestic Studien sprechen für keine großen Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen alkoholabhängigen Frauen und Männern. Unabhängig vom Geschlecht tragen folgende Faktoren zu einer ungünstigeren Prognose bei:

- ❖ Länger dauernde Suchtkarriere,
- ❖ höhere durchschnittliche Konsummenge,
- ❖ weniger und kürzere Abstinenzphasen im letzten halben Jahr vor der Behandlung,
- ❖ höherer Schweregrad der Alkoholabhängigkeit und
- ❖ geringer ausgeprägte „coping skills“ zur Bewältigung der Abhängigkeit.

In: **abhängigkeiten**, 2004, 3, 63-77

Korrespondenzadresse:

Dr Wilma Funke, Kliniken Wied, Facheinrichtung für psychosomatische Medizin, D- 57629 Wied bei Hachenburg. E-Mail: wilma.funke@kliniken-wied.de

Sonntag, D., Welsch, K.:

Deutsche Suchthilfestatistik 2003 für ambulante Einrichtungen

Zusammenfassung:

In der Suchthilfestatistik 2003 konnten die Daten von 242.225 Klienten aus 707 ambulanten Spezialeinrichtungen für Personen mit substanzbezogenen Stö-

rungen Berücksichtigung finden. Sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern erwies sich Alkohol wiederum als Problemsubstanz Num-



mer 1. Im Bundesdurchschnitt erhielten etwa 60% der in den Beratungsstellen neu aufgenommenen Patienten eine alkoholbezogene, knapp 20% eine opiat- und weitere 10% eine cannabisbezogene Diagnose.

Aufgrund der Ergebnisse der Deutschen Suchthilfe-statistik lassen sich die Klienten der ambulanten Suchtberatungsstellen nach folgenden Typen beschreiben:

- ❖ Klienten mit alkoholbezogener Hauptdiagnose sind überwiegend männlich, Anfang 40, konsumieren Alkohol seit ihrem 16. Lebensjahr, sind eher verheiratet, wohnen selbständig und haben größtenteils einen Arbeitsplatz.
- ❖ Klienten mit Missbrauch oder Abhängigkeit von Opiaten sind überwiegend männlich, Ende 20, abundieren Heroin seit ihrem 18. Lebensjahr, sind ledig und überwiegend arbeitslos, wohnen selbständig oder bei anderen.
- ❖ Klienten mit cannabisbezogener Hauptdiagnose erweisen sich ebenso als überwiegend männlich, sind Anfang 20 und ledig, rauchen seit ihrem 16. Lebensjahr Cannabis, sind größtenteils in Ausbildung oder haben einen Arbeitsplatz und wohnen häufig bei den Eltern oder bei anderen.
- ❖ Der typische Kokainist ist wiederum männlich, ledig, Ende 20, häufig arbeitslos, konsumiert seit seinem 19. Lebensjahr Kokain, lebt selbständig oder befindet sich in einer Justizvollzugsanstalt.
- ❖ Klienten mit Stimulanzienmissbrauch bzw -abhängigkeit sind überwiegend männlich, ledig, Anfang bis Mitte 20, abundieren seit ihrem 18. Lebensjahr Stimulanzien, leben bei den Eltern oder bei anderen, sind berufstätig oder noch Schüler.
- ❖ Essstörungen betreffen nach wie vor überwiegend Frauen. Die Patientinnen sind durch-

schnittlich 28 Jahre alt, ledig, wohnen selbständig und sind berufstätig.

- ❖ Patienten mit pathologischem Glücksspiel sind männlich und durchschnittlich 36 Jahre alt. Die Hälfte lebt in Partnerschaft. Die Wohnverhältnisse erweisen sich als mäßig gesichert, die Erwerbssituation mit einem Arbeitslosenanteil von 40% als kritisch.

Insgesamt zeigte sich, dass ein Viertel aller Klientinnen mit ihren Kindern alleine wohnten. Zu der ohnehin schon belastenden Situation als allein erziehende Mutter kamen Probleme im Zusammenhang mit der substanzbezogenen Störung hinzu. Einerseits müssen spezielle Angebote für allein erziehende Frauen mit Suchtproblemen, andererseits präventive Maßnahmen für die Risikogruppe der Kinder in großem Umfang bereitgestellt werden.

Bezüglich der Betreuungssituation konnte festgestellt werden, dass insbesondere Opiatabhängige häufig wiederholt, Personen mit Cannabisproblemen eher selten ambulant behandelt wurden. Es wird davon ausgegangen, dass die Beratungsstellen angesichts der in den letzten Jahren angestiegenen Prävalenzraten mit einem erhöhten Zulauf von Cannabiskonsumenten rechnen müssen.

Eine Zertifizierung der zur Datenerhebung eingesetzten Programme sollte in Zukunft zu einer Reduktion von Fehlern und damit zur Erhöhung der Reliabilität und Validität der erfassten Daten beitragen.

In: Sucht, 2004, 20, Sonderheft1, 6-31

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych Dilek Sonntag, IFT Institut für Therapiefor-schung, Parzivalstr. 25,
D - 80804 München. Tel.: +49-89-360804-60;
E-Mail: sonntag@ift.de

Bork, S., Foerster, K.:

Psychiatrische Begutachtung bei proble-matischem Spielverhalten

Zusammenfassung:

Spielen gehört zum normalen Verhaltensrepertoire nicht nur des Kindes, sondern auch des Erwachsenen. Bei auffälligen Personen oder in Krisensituationen bzw. einer Kombination aus beidem kann jedoch das Spielen um Geld ein problematisches Verhalten mit negativen Konsequenzen sowohl für den Betroffenen als auch die Gesellschaft entwickeln.

Gemäß dem Klassifikationsschema ICD-10 wird das pathologische Glücksspiel gemeinsam mit der pathologischen Brandstiftung (Pyromanie), dem pathologischen Stehlen (Kleptomanie) sowie der Trichotillomanie zu den „abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ gezählt. Pathologisches Spielen ist definiert als „häufig wiederholtes episodenhaftes Glücksspiel, welches die Lebens-

führung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt“. Als Hauptmerkmal dieser Störung wird beharrliches, wiederholtes Glücksspiel genannt, das anhält und sich oft noch trotz negativer sozialer Konsequenzen steigert.

Im Diagnostischen und Statistischen Manual der Amerikanischen Psychiatervereinigung DSM-IV-TR sind neben dem Ausschluss einer manischen Episode fünf der folgenden zehn Kriterien zu erfüllen:

- ❖ Starkes Eingenommensein vom Glücksspiel
- ❖ Immer höhere Einsätze, um die gewünschte Erregung zu erreichen
- ❖ Wiederholte, erfolglose Versuche, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben.



- ❖ Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben.
- ❖ Spielen, um Problemen zu entkommen oder um eine dysphorische Stimmung zu erleichtern.
- ❖ Zurückkehren, nachdem beim Glücksspiel Geld verloren wurde, um am nächsten Tag Verluste auszugleichen.
- ❖ Belügen von Familienmitgliedern, von Therapeuten oder anderen, um das Ausmaß der Verstrickung in das Spiel zu vertuschen.
- ❖ Illegale Handlungen wie Fälschung, Betrug, Diebstahl oder Unterschlagung, um das Spielen zu finanzieren.
- ❖ Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, des Arbeitsplatzes, Ausbildungs- oder Aufstiegschancen.
- ❖ Vertrauen darauf, dass andere Geld bereitstellen, um die durch das Spielen verursachte hoffnungslose finanzielle Situation zu überwinden.

Die Zuordnung der Erkrankung zu den Impulskontrollstörungen ist - wie diese selbst - allerdings nicht unumstritten. Manche Krankheitsverläufe mit Kontrollverlust, Dosissteigerung, Entzugserscheinungen und gescheiterten eigenmotivierten Abstinenzversuchen legen eine Zuordnung zu den Suchterkrankungen nahe. Außerdem kann das repetitive und als Ich-dyston erlebte Spielverhalten psychopathologisch an Zwangserkrankungen erinnern. Alternativ kann pathologisches Glücksspiel auch als unspezifisches neurotisches Belastungssymptom verstanden werden.

Die Kontroversen um die nosologische Zuordnung und die Konzeptualisierung der Störung sind für die forensisch-psychiatrische Beurteilung nicht entscheidend. Basis der Beurteilung sind die konkrete psychopathologische Symptomatik, die Einschätzung des Schweregrades und die psychosozialen Folgen in Bezug auf die Tatsituation. Problematisches Spielverhalten nimmt nicht automatisch eine psychische Störung von Krankheitswert an. Zu beurteilen ist in der Regel nicht die Steuerungsfähigkeit bezüglich des problematischen Spielverhaltens, sondern die Frage der Steuerungsfähigkeit bezieht sich auf delinquente Handlungen, die in mehr oder weniger engem Zusammenhang mit problematischem Spielverhalten gesehen werden. Nach der Zuordnung der Symptomatik zu einer juristischen Merkmalskategorie (krankhafte seelische Störung bzw. schwere andere seelische Abartigkeit) ist zu prüfen, ob konkrete Hinweise dafür vorliegen, dass die Steuerungsfähigkeit durch den zuvor dargelegten Krankheitsprozess bezüglich des delinquenten

Verhaltens eingeschränkt erscheint. Eine aufgehobene Steuerungsfähigkeit bzw. eine Störung der grundsätzlich zuerst zu prüfenden Einsichtsfähigkeit ist nicht anzunehmen. Für eine erheblich eingeschränkte Steuerungsfähigkeit spricht, wenn sich beim Probanden Hinweise für eine strukturell verformte Persönlichkeit mit fehlenden Lösungsstrategien zur Lebensbewältigung ergeben und das problematische Spielverhalten Symptom eines nicht lösbaren Grundkonfliktes ist. Des Weiteren ist der Zusammenhang zwischen dem Delikt und dem Spielverhalten zu prüfen:

- ❖ Bestand eine konkretisierbare, inhaltliche Beziehung zwischen beiden?
- ❖ Ist ein enger Zusammenhang zwischen dem Delikt und dem Spielen nachweisbar?
- ❖ Erfolgte das Delikt spontan, oder war es Ergebnis eines längeren, abwägenden Entscheidungsprozesses?
- ❖ Lagen zusätzliche äußere Bedingungen vor, die aktuell zu einer erheblichen Erschütterung der Ich-Funktion geführt haben?

Lassen sich diese Punkte im Wesentlichen bejahen, kann eine erhebliche eingeschränkte Steuerungsfähigkeit angenommen werden. Für die mit der Beurteilung der Schuldfähigkeit regelmäßig verbundenen prognostischen Einschätzung ist Kenntnis der grundsätzlich vorhandenen Therapiemöglichkeiten und deren Erfolgsaussichten erforderlich. In der Praxis orientiert sich das Behandlungsangebot weitgehend am Suchtparadigma. In der eigentlichen Entwöhnungsbehandlung werden in der Regel verschiedene Therapiemethoden wie soziales Kompetenztraining, Erarbeitung von Coping-Strategien für private und berufliche Problemsituationen, Erkennen von Rückfallsituationen und Erarbeitung von alternativen Verhaltensstrategien, aber auch sozialtherapeutische Interventionen wie Schuldenmanagement angewandt. Zur pharmakologischen Behandlung liegen positive Ergebnisse über den Einsatz von Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Phasenprophylaktika, Opiatantagonisten und atypischen Neuroleptika vor.

In: **Sucht**, 2004, 50(6), 368-373.

Kontaktadresse:

Dr Stephan Bork, Sektion Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstr. 24, 72026 Tübingen.
E-Mail: stephan.bork@med.uni-tuebingen.de .

Müller, A., Reinecker, H., Jacobi, C., Reisch, L, de Zwaan, M.:

Pathologisches Kaufen – eine Literaturübersicht

Zusammenfassung:

Bereits Kraepelin verstand Anfang des letzten Jahrhunderts unter dem Begriff „Oniomanie“ „... die krankhafte Kauflust, die den Kranken veranlasst,

sobald sich ihm dazu Gelegenheit bietet, ohne jedes wirkliche Bedürfnis in großen Mengen einzukaufen, Hunderte von Halsbinden oder Handschu-



hen, Dutzende von Anzügen, Hüten, Überrocken, Schmucksachen, Spazierstöcken, Uhren“.

Das Phänomen des pathologischen Kaufens weist ein breites Spektrum auf. Es wird von täglichen und episodischen Kaufattacken, vom Kauf spezieller und multiplen Käufen gleicher Waren, vom Kauf unnötiger und sinnloser Dinge sowie vom Kauf von Geschenken für andere Personen sowie von Selbstgeschenken berichtet. Beschrieben wird auch das Kaufen und anschließende Horten von Waren, die Rückgabe des Kaufgutes oder seine Weitergabe an andere Personen. Oftmals werden die Artikel überhaupt nicht ausgepackt oder verwendet. Viele Betroffene genießen v.a. die durch die Kaufsituation entstandenen Sozialkontakte mit dem Verkaufspersonal.

Nach ICD-10 kann das pathologische Kaufen als „nicht näher bezeichnete abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“ (F63.9) diagnostiziert werden. Im DSM-IV werden folgende Kriterien angewendet:

- | |
|--|
| <p>A Fehlangepasste starke Beschäftigung mit Erwerben bzw Kaufen oder fehlangepasste Erwerbs- bzw Kaufimpulse bzw Kaufverhaltensweisen, auf die mindestens eine der folgenden Beschreibungen zutrifft:</p> <p>a) häufige starke Beschäftigung mit Kaufen oder Kaufimpulsen, welche als unwiderstehlich, sich aufdrängend, intrusiv und/oder sinnlos wahrgenommen wird,</p> <p>b) häufiges Kaufen von mehr als man sich leisten kann/häufiges Kaufen von Dingen, die nicht benötigt werden /Kaufen über längere Zeitperioden als geplant.</p> <p>B Der Kaufdrang, die Kaufimpulse oder Kaufverhaltensweisen verursachen erhebliches Leiden. Sie sind zeitaufwändig, beeinträchtigen deutlich die sozialen und beruflichen Funktionen oder haben finanzielle Probleme zur Folge (Verschuldung oder Konkurs).</p> <p>C Die exzessiven Erwerbs- oder Kaufverhaltensweisen treten nicht ausschließlich in Phasen einer Manie oder Hypomanie auf.</p> |
|--|

Das pathologische Kaufen gehört zu den „heimlichen Leiden“ und bleibt meist lange Zeit un bemerkt. Eine Erhebung zeigte, dass ca. 7% der Verschuldungsfälle auf suchtartiges Kaufen zurückzuführen sind. In größeren klinischen Studien schwankte der Frauenanteil zwischen 80 und 95%. Es wird jedoch angeführt, dass Messinstrumente Geschlechtsrollen und unterschiedliches Einkaufsverhalten von Frauen und Männern nicht berücksichtigen. Zudem wird angenommen, dass sich Frauen in höherem Maß betroffen fühlen und eher zur Teil-

nahme an Studien bereit sind als betroffene Männer.

Personen mit pathologischem Kaufverhalten weisen eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf. Häufig beschrieben wird das gleichzeitige Auftreten von pathologischem Kaufen und Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch- und -abhängigkeit, Essstörungen, Störungen der Impulskontrolle, Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Zur Pathogenese werden verschiedene Aspekte angenommen. Pathologisches Kaufen scheint der Affektsteuerung zu dienen. Negative Emotionen provozieren das extreme Kaufverhalten, welches kurzfristig durchaus eine Verbesserung der Gefühls lage herbeiführt. Längerfristig stabilisiert sich jedoch die negative Verstimmung. Schuldgefühle, Depressionen und das Gefühl des Kontrollverlustes belasten die Betroffenen. Der Großteil bisheriger theoretischer Arbeiten stellt Persönlichkeitsfaktoren als mögliche Ursachen in den Vordergrund. Einige Wissenschaftler gehen bei pathologischem Kaufen von einem abhängigen und suchtartigen Verhalten aus. Eine eindeutige Klassifikation der Störung ist bislang offensichtlich noch nicht gelungen.

Was die medikamentöse Therapie anbelangt, wurden bisher nur Untersuchungen mit vergleichsweise kleinen Stichprobenzahlen durchgeführt. Gute Erfolge wurden mit der Gabe von Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI's), z.T. in Kombination mit Phasenprophylaktika, erzielt. Zudem wurden erfolgreiche Behandlungsversuche auch mit dem Opiatantagonisten Naltrexon und dem Antidepressivum Citalopram durchgeführt. Auch zu psychotherapeutischen Methoden existieren kaum aufschlussreiche Studien an größeren Stichproben. Der verhaltenstherapeutische Ansatz mit Interventionen wie graduierte Exposition mit Reaktionsverhinderung, Erlernen von Selbstkontrolltechniken und Stimuluskontrolle sowie Techniken der kognitiven Umstrukturierung erweist sich als erfolgsversprechend.

Beim pathologischen Kaufen handelt es sich um ein Phänomen mit hoher Prävalenz, breiter Komorbidität und weit reichenden negativen Konsequenzen. Die Klassifikation der Störung bleibt noch unklar, nach gegenwärtigem Forschungsstand kann sie am ehesten innerhalb der Zwangs-Spektrumsstörungen den Störungen der Impulskontrolle zugeordnet werden. Die Entwicklung von störungsspezifischen Behandlungsansätzen und deren Validierung wird weiterhin von großer Bedeutung sein.

In: Psychiatrische Praxis, 2005, 32, 3-12.

Korrespondenzadresse:

Dr Astrid Müller, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Erlangen, Schabachanlage 6, 91054 Erlangen.

E-Mail: astrid.mueller@psych.imed.uni-erlangen.de



