

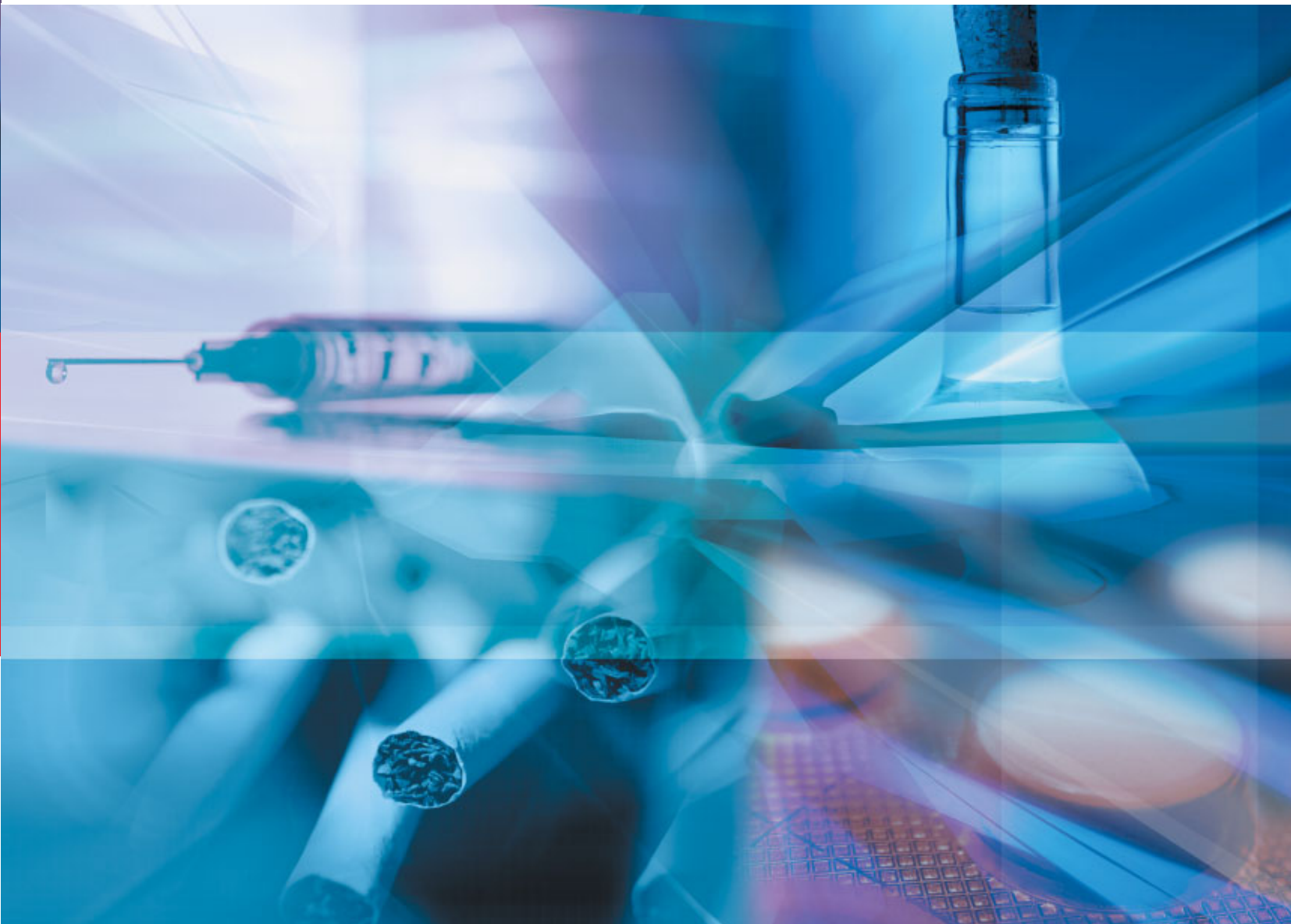


Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen

Suchtforschung heute: Gemeinsam gegen Missbrauch und Abhängigkeit

BMBF PUBLIK



Inhalt

Suchtforschung im nationalen und internationalen Rahmen Einführung Prof. Dr. Karl F. Mann	1
Verhaltensbiologische Grundlagen der Suchtentstehung im Tiermodell Prof. Dr. Jochen Wolffgramm	2
Alkoholismus: Auf der Suche nach neuen Therapieansätzen Prof. Dr. Rainer Spanagel	3
Komorbidität und Mehrfachabhängigkeit bei Opiatabhängigen Prof. Dr. Markus Gastpar	4
Psychologische und medikamentöse Therapieansätze Prof. Dr. Karl F. Mann	5
Suchtbegriff und Suchtforschung aus historischer Perspektive Prof. Dr. Claudia Wiesemann	6
Soziale und psychologische Determinanten des Drogengebrauchs und -missbrauchs in Deutschland Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen	7
Risikogruppen für Substanzmissbrauch Dr. Gerhard Bühringer	8
Präventionsstrategien Prof. Dr. Ulrich John	9
Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung – Prinzipien, Methoden und Erfolge Workshop PD Dr. Anil Batra	10
Förderung der Suchtforschung durch das BMBF	11
SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis Themenschwerpunkt: BMBF-Forschungsverbände für die Suchtforschung	12

Suchtforschung im nationalen und internationalen Rahmen Einführung

Prof. Dr. med. Karl F. Mann

Suchtforschung im nationalen und internationalen Rahmen Einführung

Prof. Dr. med. Karl F. Mann

Rund 25 Prozent aller Todesfälle und durch Behinderung „verlorenen Lebensjahre“ sind mittelbar oder unmittelbar auf die Einnahme psychotroper Substanzen zurückzuführen. Diese Zahlen stellen konservative Schätzungen dar, die übereinstimmend in zwei großen internationalen Studien gefunden und von einer deutschen Arbeitsgruppe im Wesentlichen auch für Deutschland bestätigt wurden. Die Abhängigkeit, der schädliche Gebrauch und der riskante Konsum von Nikotin, Alkohol, bestimmten Medikamenten und illegalen Drogen ist demnach ein Gesundheitsproblem erster Ordnung. Innerhalb der psychiatrischen Krankheiten machen zum Beispiel die direkten Kosten für Alkoholismus fast 50 Prozent aus.

Angesichts dieser Zahlen sollte erwartet werden, dass Suchtprobleme sowohl in der Ausbildung von Medizin- und Psychologiestudenten als auch in der Gesundheitsforschung einen vorrangigen Stellenwert haben. Das Gegenteil war lange Zeit der Fall. Bei den Ausgaben für Alkoholismusforschung nahm Deutschland Mitte der 80er Jahre weit abgeschlagen einen hinteren Platz ein – nicht nur gegenüber den USA sondern auch innerhalb Europas. Dieser Umstand hat sich in den letzten Jahren allmählich gebessert. Es wurden eine C4- und mehrerer C3-Positionen eingerichtet. Durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) wurden Suchtprojekte zunächst im Schwerpunkt Psychische Erkrankungen des Gesundheitsforschungsprogramms gefördert. Später wurden zwei aufeinander folgende eigene Suchtforschungsprogramme aufgelegt. Das erste war sehr breit ausgeschrieben: von der Grundlagenforschung bis zu bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Studien. Basierend hierauf wurde im jetzt laufenden zweiten Programm die Versorgungsforschung stärker betont. Sie wird in vier regionalen Suchtforschungsverbänden organisiert und widmet sich vor allem dem Transfer von Forschungsergebnissen in die therapeutische Praxis. Hierbei stehen alkohol- und nikotinbedingte Störungen im Vordergrund. Es gibt jedoch auch einige Projekte zur Verbesserung der Therapiemöglichkeiten bei Heroinabhängigen. Momentan fördert das BMBF die Suchtforschung insgesamt mit etwa drei Millionen Euro pro Jahr.

Betrachtet man im Vergleich die internationale Suchtforschung, fällt der enorme Vorsprung der USA auf. Suchtforschung wird dort im Rahmen des National Institutes on Drug Abuse (NIDA) oder des National Institutes on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) organisiert. Beide gehören zu den National Institutes of Health (NIH). Ihr Budget wird unmittelbar vom Kongress festgelegt. Dabei wurde zum Beispiel der Etat des NIAAA während der letzten sechs Jahre verdoppelt. Heute beträgt die Fördersumme für Suchtforschung mehr als eine Milliarde Dollar pro Jahr. Diese Zahlen können allerdings nicht einfach auf deutsche Verhältnisse übertragen werden, da auch so genannte „Overheadkosten“ wie Administration und Infrastruktur eingehen. Dennoch verbleibt eine enorme Mehrinvestition in den USA, so dass für die deutsche und europäische Suchtforschung eine methodisch enge Orientierung und unter Umständen auch eine Anbindung an US-amerikanische Studien wichtig ist. Damit wird nicht nur die bessere Vergleichbarkeit gesichert, sondern zugleich Anschluss an den jeweils am höchsten entwickelten Standard gefunden. Erste Zusammenschlüsse von Suchtforschern innerhalb der Europäischen Union mit entsprechenden Anträgen für das 5. und 6. Rahmenprogramm der EU stimmen allerdings auch vorsichtig optimistisch für eine stärkere Euro-Zentrierung und – daraus resultierend – Emanzipation der Suchtforschung auf dem alten Kontinent.

Verhaltensbiologische Grundlagen der Suchtentstehung im Tiermodell

Prof. Dr. rer. nat. Jochen Wolffgramm

Verhaltensbiologische Grundlagen der Suchtentstehung im Tiermodell

Prof. Dr. rer. nat. Jochen Wolffgramm

Die Selbstverabreichung einer suchterzeugenden Substanz ist zunächst noch nicht gleichbedeutend mit Sucht. So können zum Beispiel viele Menschen Alkohol trinken, Zigaretten rauchen oder sich sogar Heroin injizieren, ohne jemals von der Suchtdroge psychisch abhängig zu werden. Sie sind „kontrollierte“ Konsumenten, die ihre Droge gezielt einsetzen, um erwünschte psychische Wirkungen auszulösen. Der süchtige Konsument hat dagegen seine Kontrolle über den Drogenkonsum verloren. Er ist nicht mehr in der Lage, seine Drogeneinnahme gegenüber anderen Verhaltensoptionen abzuwägen und nimmt auch unangenehme Begleitumstände und Konsequenzen in Kauf. Das zwanghafte Bedürfnis nach dem Suchtstoff endet auch nach Abschluss eines Entzugs nicht. Selbst nach langer Abstinenz bleibt ein „cleaner“ Süchtiger immer noch ein Süchtiger. Sucht ist eine Krankheit, die bis heute nur therapierbar, aber nicht wirklich heilbar ist.

Die Forschungen unserer Arbeitsgruppe konzentrieren sich auf zwei wichtige Fragenkomplexe: (1) Wie und wann entsteht Suchtverhalten, welche neuronalen Prozesse sind daran beteiligt? und (2) Kann man die einmal entstandene Sucht heilen, das heißt dem Suchtkranken seine verloren gegangene Kontrolle wieder zurückgeben? Dazu bedienen wir uns verschiedener Tiermodelle zur Entwicklung von Alkohol-, Opiat-, Amphetamin- und seit kurzem auch Nikotinsucht. Wir konnten zeigen, dass manche Ratten oder Mäuse ebenso wie Menschen nach längerer Substanzerfahrung einen Kontrollverlust entwickeln, der spontan nicht mehr verschwindet. Daran sind stammesgeschichtlich uralte „subcorticale“, also unterhalb der Großhirnrinde gelegene, Gehirnareale beteiligt.

Die Frage, auf welche Weise Sucht entsteht, ist bis heute nicht restlos geklärt. Es stehen sich zwei Auffassungen gegenüber: Viele neurochemisch ausgerichtete Forscher favorisieren das Konzept einer *neuroadaptiven Regulation*. Demnach passen sich die Nervenzellen des Gehirns an die Gegenwart der Droge durch regulative Veränderungen der Genexpression an. Solche Vorgänge sind mehrfach beschrieben worden, sie können den Drogenentzug langfristig überdauern und kommen damit als Verursacher einer Sucht in Frage. Demgegenüber gehen die Verfechter eines *Suchtgedächtnisses* davon aus, dass das Gehirn den Umgang mit der jeweiligen Droge erlernt. Dazu gehören nicht allein die pharmakologischen Effekte der Substanz, sondern drogenspezifische Reize, Drogensuchverhalten, Wirkerverwartungen etc. Alle diese Faktoren sind im Suchtgedächtnis miteinander verknüpft.

Mit Hilfe der Tiermodelle zur Suchtentstehung kann man beide Hypothesen überprüfen. Eine erste Versuchsgruppe erhält den Wirkstoff (Alkohol, Opiat, Amphetamin, Nikotin) zur freien Wahl. Diese Tiere können zwischen vier Trinkflüssigkeiten auswählen. Eine davon besteht aus Wasser, die restlichen drei aus unterschiedlich konzentrierten Substanzlösungen (im Falle des Alkohols je eine 5-prozentige, 10-prozentige und 20-prozentige Lösung). Eine zweite Versuchsgruppe erhält als einzige Trinkflüssigkeit eine niedrig konzentrierte Substanzlösung (z. B. eine 5-prozentige Alkohollösung). Diese Tiere nehmen den Wirkstoff „forciert“ zu sich, sie können ihm nicht ausweichen. Eine dritte Gruppe dient als Kontrolle, diese Tiere haben nur Zugriff auf Wasser. Diese Angebotssituation wird über einen langen Zeitraum aufrecht erhalten (je nach Substanz zwischen sieben und 13 Monaten, die mittlere Lebenserwartung einer Ratte liegt bei etwa 30 Monaten). Danach wird den Tieren die Substanz für mehrere Monate entzogen. Nach der Abstinenz erfolgt ein „Retest“, bei dem alle Gruppen, also auch „forciert“ behandelte Tiere und Kontrollgruppen, Wasser und Wirkstofflösungen zur freien Wahl erhalten. Im Anschluss daran wird geprüft, ob die Tiere einen Kontroll-

verlust erlitten haben. Hierzu werden alle Substanzlösungen, nicht aber das Wasser, mit einem Bitterstoff geschmacklich vergällt. Unter diesen Bedingungen brechen alle kontrollierten Konsumenten ihre Substanz-einnahme ab, nur die süchtigen Tiere setzen sie fort.

Vergleicht man die drei Versuchsgruppen, so stellt man zunächst fest, dass sowohl bei freier Wahl als auch bei „forcierter“ Einnahme eine körperliche Abhängigkeit entsteht, die man an der Entzugssymptomatik erkennt. Im Gehirn sind sowohl vorübergehende als auch entzugsübergreifende Anpassungsreaktionen nachweisbar. Testet man dagegen die Tiere nach langer Abstinenz im Retest, so stellt man überraschenderweise fest, dass sich Tiere der „forcierten“ Versuchsgruppe kaum von den Kontrollen unterscheiden. Im Retest stellt sich schnell ein moderates Konsummuster ein, unter Vergällungsbedingungen gehen die Verbrauchswerte dann fast auf Null zurück. Keines der betreffenden Tiere ist süchtig geworden. Dagegen entwickelt ein Teil der Tiere aus der Wahlgruppe eine Sucht. Diese Tiere zeigen einen exzessiven Konsum, der auch bei Zugabe des Bitterstoffes unverändert hoch bleibt. Tiere, die einmal süchtig geworden sind, bleiben es ihr Leben lang – selbst nach monatelangen Abstinenzzeiten.

Die Resultate dieser Versuche sind immer gleichartig, unabhängig davon, ob der Wirkstoff Alkohol, Opiat, Amphetamin oder Nikotin ist. Auch beim Menschen mehren sich die Indizien dafür, dass ein „forciertes“ Muster der Substanzzufuhr nicht zur Sucht führt, sondern dass ein aktiver, selbstbestimmter Zugriff mit freier Wahl die unabdingbare Voraussetzung einer Suchtentstehung ist. Dies spricht eindeutig für die Hypothese einer Suchtgedächtnisbildung. Neuroadaptive Vorgänge auf der Ebene einzelner Nervenzellen sind für sich allein nicht zur Erklärung der Suchtentstehung geeignet.

Wann entsteht das Suchtgedächtnis?

Die heute meistdiskutierte Hypothese nimmt so genannte „Sensitierungs“-Vorgänge im Gehirn als mitentscheidend an. Unter Sensitisierung versteht man eine schrittweise Steigerung der Antwort des Gehirns und nachfolgend des Verhaltens bei wiederholter Verabreichung. Sensitisierung erfolgt rasch. Bereits nach wenigen Verabreichungen (die nicht unbedingt Selbstverabreichungen sein müssen) stellt sich eine Empfindlichkeitssteigerung ein, welche über lange Zeiträume anhält.

Wir haben mit unseren Tiermodellen der Opiat- und Amphetaminsucht überprüft, ob späteres Suchtverhalten tatsächlich schon zu einem derart frühen Zeitpunkt determiniert wird. Dazu haben wir rückblickend das Einnahmeverhalten derjenigen Tiere, die später süchtig geworden waren, mit dem ihrer dauerhaft nichtsüchtigen Artgenossen verglichen. Beide zeigten in den ersten Wochen Anzeichen von Sensitisierung. Unterschiede ergaben sich nicht. Das Einnahmeverhalten der später süchtigen und nichtsüchtigen Tiere zeigte auch in den Monaten danach keinerlei erkennbare Unterschiede. Dann, von einer Woche auf die andere, ging bei den später süchtigen Tieren der kontrollierte Substanzkonsum in eine „kritische“ Übergangsphase über. Diese Tiere konsumierten ein Mehrfaches der früheren Verbrauchswerte. Ihr Einnahmeverhalten war zwar hochgradig labil, aber noch nicht süchtig. Erhielten sie weiterhin Zugriff auf den Wirkstoff, so kehrten sie nach einigen Wochen zum kontrollierten Konsummuster zurück. Entzog man ihnen dagegen während der kritischen Phase die Substanz, so wurden die Tiere süchtig.

Der beschriebene Vorgang ähnelt in verschiedenen Aspekten dem seit langem bekannten Phänomen einer „Prägung“ (z. B. Sexualprägung). Innerhalb einer „sensiblen“ Phase begrenzter Dauer wird durch eine bestimmte Reizsituation eine Gedächtnisbildung ausgelöst. Der geprägte Gedächtnisinhalt ist hochgradig lösungsresistent. Ein Opiat- oder Amphetamin-Suchtgedächtnis scheint somit durch einen prägnungsartigen Lernvorgang gebildet zu werden. Im Falle der Alkoholsucht gibt es gewisse Unterschiede. Im Tier-

modell ist keine zeitlich scharf umrissene sensible Phase mit abrupt gesteigertem Alkoholverbrauch zu erkennen. Mit indirekter Vorgehensweise lässt sich aber auch hier eine zeitlich abgegrenzte Phase der Suchtgedächtnisentstehung nachweisen. Diese Ergebnisse könnten aus therapeutischer Sicht bedeutsam sein. Die bisherigen Behandlungsansätze, die das Suchtgedächtnis nicht verändern, sind als symptomatisch anzusehen. Der Suchtpatient wird in seinem Bemühen unterstützt, mit seiner latenten Sucht umzugehen, geheilt wird er nicht. Dies würde eine Löschung oder Überschreibung des Suchtgedächtnisses erfordern. Durch Erzeugung einer neuen sensiblen Phase mittels eines therapeutischen Eingriffs ist uns inzwischen eine solche Löschung bei opiatsüchtigen Ratten gelungen.



Prof. Dr. rer. nat. Jochen Wolffgramm

Universitätsklinikum Tübingen
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Sektion Suchtforschung
Osianderstraße 24
72076 Tübingen

Tel.: 07071/29-8 61 38

Fax: 07071/29-53 84

E-Mail: jochen.wolffgramm@med.uni-tuebingen.de

Geboren 1947, verheiratet

Hochschulausbildung

- 1966–1971 Diplomstudiengang Biologie, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg i. Br., Diplomprüfungen in den Fächern Zoologie, Zellbiologie, Genetik, angewandte Mathematik und Informatik, Diplomarbeit in der Gruppe von Prof. Dietmar Todt am Institut für Zoologie der Universität Freiburg i. Br.
- 1971 Diplom in Biologie
- 1971–1975 Doktorarbeit in der Gruppe von Prof. Dietmar Todt am Institut für Zoologie der Universität Freiburg i. Br.
- 1975 Promotion zum Doktor der Naturwissenschaften
- 1991 Habilitation an der Freien Universität Berlin, Fachbereich Biologie und Venia legendi für die Fächer Neurobiologie, Verhalten, Tierphysiologie und Humanbiologie, Titel der Habilitationsschrift: „Die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit im Tiermodell. Wechselwirkungen zwischen sozialen Faktoren und Substanzeffekten.“

Beruflicher Werdegang

- 1975–1977 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe von Prof. Dietmar Todt, Institut für Zoologie, Universität Freiburg i. Br. (Sonderforschungsbereich 70: „Hirnforschung“ und DFG-Schwerpunkt „Biokommunikation“)
- 1977–1984 Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Physiologie, Universität Essen (Neurophysiologie der Blicksteuerung, rechnergesteuerte Analyse physiologischer Zeitreihen)
- 1985–1988 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut für Neuropsychopharmakologie, Fachbereich Humanmedizin, Freie Universität Berlin (Leiter: Prof. Dr. H. Coper)
- 1988–1998 Wissenschaftlicher Assistent am gleichen Institut (später: Abteilung für Klinische Neurobiologie), Leiter einer überwiegend drittmittelfinanzierten Arbeitsgruppe
- 1998 Gründung der medimod GmbH zusammen mit Frau Dr. Andrea Heyne
- 1998–2000 Geschäftsführer der medimod GmbH
- 2000 Berufung zum Universitätsprofessor auf die C3-Professur für Suchtforschung am Universitätsklinikum Tübingen, Leitung der Sektion Suchtforschung
- 2001 Wahl zum Sprecher des Forschungsschwerpunktes Suchtforschung an der Universität Tübingen
- 2002 Wahl in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)

Alkoholismus: Auf der Suche nach neuen Therapieansätzen

Prof. Dr. rer. nat. Rainer Spanagel

Alkoholismus: Auf der Suche nach neuen Therapieansätzen

Prof. Dr. rer. nat. Rainer Spanagel

In den letzten Jahren ist es uns gelungen, ein neues Tiermodell zu entwickeln, das viele Aspekte von Alkoholismus darstellt. Mit Hilfe dieses Modells konnte die Wirksamkeit von Medikamenten zur Rückfallprophylaxe wie Acamprosat (Campral®) und Naltrexon nachgewiesen werden. Auch konnten wir weitere klinisch potenziell interessante Rückfallprophylaxen untersuchen. Hierzu gehören insbesondere niedrig-affine, nicht kompetitive NMDA-Rezeptorantagonisten. Eine dieser Testsubstanzen befindet sich bereits in klinischer Prüfung (Neramexane). Mit weiteren Untersuchungen konnten wir den Wirkmechanismus dieser Substanzen weitgehend aufklären: Naltrexon blockiert Opiatrezeptoren und hemmt dabei die akuten wie auch konditionierten Wirkungen von Alkohol, während Acamprosat vorwiegend mit dem glutamatergen System interagiert und dabei das Auftreten sowohl von akuten als auch konditionierten Entzugssymptomen verhindert. Zurzeit arbeiten wir an dem Projekt PREDICT, welches uns ermöglichen soll, Acamprosat und Naltrexon „responder“ von „non-responder“ zu unterscheiden. Unsere neuesten Erkenntnisse tragen maßgeblich zu einem bessern Verständnis von Sucht auf neuronaler Ebene bei. Der direkte Bezug unserer präklinischen Forschung zum klinischen Alltag führt zu einer effizienten Pharmakotherapie für suchtkranke Patienten.



Prof. Dr. rer. nat. Rainer Spanagel
Universität Heidelberg
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Abteilung Psychopharmakologie
J5
68159 Mannheim

Tel.: 0621/17 03-8 33 oder -8 36
Fax: 0621/17 03-8 37
E-Mail: spanagel@zi-mannheim.de

Geboren am 24.6.1961 in Reutlingen, ledig

Wissenschaftliche Laufbahn

- 1982–1984 Eberhard-Karls-Universität Tübingen/Vordiplom in Biologie
- 1985–1989 Technische Universität München/Diplom in Biologie
- 1988–1989 Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Abt. Neuropharmakologie, Martinsried/Diplomarbeit
- 1989–1991 Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Abt. Neuropharmakologie, Martinsried/Doktorarbeit bei Prof. Albert Herz
- 1991–1995 Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut, München/wissenschaftlicher Angestellter bei Prof. Florian Holsboer
- 1995 Forschungskurzaufenthalte in den USA im Rahmen des INVEST-Programms
- 1996 Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut, München/Leiter der Arbeitsgruppe Suchtforschung
- 1996–1997 Ludwig-Maximilians-Universität, München/Habilitation in Pharmakologie und Toxikologie
- 1999 Ruf auf eine C3-Professur für Psychopharmakologie an die Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Mannheim
- 2000 Abteilungsleiter der Psychopharmakologie am ZI
- 2001 Leiter des Zentrums für Grundlagenforschung am ZI

Wissenschaftliche Preise

- 1995 INVEST Travel-Award/NIDA
- 1998 Wilhelm-Fuerlein-Forschungspreis

Diplomarbeit ➤ Mikrodialyseuntersuchungen an der frei beweglichen Ratte

Doktorarbeit ➤ Modulation des mesolimbischen dopaminergen Systems von Ratten durch Opioide

Habilitationsschrift ➤ Alkoholsucht im Tiermodell: Neuropharmakologische Untersuchungen des Verhaltens

Komorbidität und Mehrfachabhängigkeit bei Opiatabhängigen

Prof. Dr. med. Markus Gastpar

Komorbidität und Mehrfachabhängigkeit bei Opiatabhängigen

Prof. Dr. med. Markus Gastpar

Unter Komorbidität versteht man bei einer Abhängigkeitserkrankung das Vorhandensein von einer oder mehreren zusätzlichen Krankheiten, die klar diagnostizierbar und behandlungsbedürftig sind. Dabei handelt es sich bei einer zusätzlichen psychischen Störung zum Beispiel um eine Angststörung oder eine Persönlichkeitsstörung. Besteht eine zweite Abhängigkeitserkrankung, zum Beispiel neben einer Opiatabhängigkeit auch eine Alkoholabhängigkeit, dann spricht man von mehrfacher Abhängigkeit; bei drei und mehr involvierten Substanzen gemäß DSM 4 von Polysubstance Dependence oder Polytoxikomanie.

Die zahlenmäßig wichtigsten Störungen sind die affektiven und die Angststörungen. Die Häufigkeiten von aktuellen psychischen Störungen bei Opiatabhängigen variieren in größeren Studien zwischen acht und 60 Prozent, wobei beim zusätzlichen Einschluss von Persönlichkeitsstörungen die Zahlen noch etwas höher sind. Ebenfalls höher und im Vergleich konsistenter sind die Lebenszeitprävalenzen von komorbiden psychischen Störungen mit 50 bis 70 Prozent. Im Vergleich zur Normalbevölkerung ist die Rate dieser psychischen Störungen um das drei- bis fünffache erhöht. Dabei ist bei Alkoholabhängigkeit die Frequenz etwa verdoppelt, bei anderen Abhängigkeiten verdreifacht und bei Heroinabhängigkeit verfünffacht.

Die meisten opiatabhängigen Patienten in Deutschland sind heute auch von verschiedenen Substanzen abhängig oder sind mindestens Polysubstanzgebraucher. Ob lediglich ein zusätzlicher Missbrauch anderer Substanzen oder auch eine zweite und dritte Abhängigkeit bestehen, ist oft schwer zu unterscheiden. Denn die Abstinenzsymptomatik bei den verschiedenen Abhängigkeitstypen weist ein gemeinsames Kernsyndrom mit Unruhe, Angst, Schlafstörung, Irritierbarkeit und Craving auf. Dass die Behandlung solcher Mehrfachabhängigkeiten zusätzlich ein schwieriges klinisches Problem ist, wird rasch verständlich, wenn man bedenkt, dass zum Beispiel die Halbwertszeiten von Heroin (vier bis sechs Stunden) und von Diazepam (20 bis 60 Stunden) deutlich unterschiedlich sind und damit auch kein einheitliches Vorgehen erlauben.

Hinzu kommen körperliche Erkrankungen, die meistens Folgeerkrankungen der Abhängigkeit und insbesondere des durch die Abhängigkeit veränderten Lebensstils und -verhaltens sind. Über die typischen Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C oder HIV-Infektion hinaus spielen dabei auch toxische Schädigungen im Zentralen Nervensystem oder im Herzmuskel eine gewisse Rolle.

Interessant ist, dass bisher die Nikotinabhängigkeit vollständig aus der Diskussion herausgehalten wird, obwohl experimentelle Befunde vorliegen, die nahe legen, dass ein Weiterbestehen der Nikotinabhängigkeit die Behandlung der abhängigen Persönlichkeiten erschwert. Gerade dieser Frage geht auch ein Projekt des Suchtforschungsverbundes Nordrhein-Westfalen nach.

Bei der Entstehung einer Mehrfachabhängigkeit spielen zwei Faktoren eine wichtige Rolle: zum einen der zeitweise Mangel des Suchtmittels bei den illegalen Drogen, zum anderen der untaugliche Versuch, das Suchtmittel vorübergehend zu ersetzen, zum Beispiel bei Alkohol und Benzodiazepinen. Daneben scheint aber jede Abhängigkeit auch andere mit zu induzieren, wie das hohe gleichzeitige Vorkommen von Alkohol- und Nikotinabhängigkeit zeigt.

Auch die Entstehung der psychiatrischen Komorbidität lässt sich durch verschiedene Modelle beschreiben. Dabei besteht den bisherigen Untersuchungen zufolge der größere Teil dieser Erkrankungen schon vorher und die Abhängigkeit erhält eher den Charakter einer insuffizienten Selbstbehandlung. Bei den depressiven Erkrankungen spielen aber auch Folgezustände eine größere Rolle.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Komorbidität und Mehrfachabhängigkeit häufige Phänomene bei Suchterkrankten in unserer Gesellschaft sind. Daher sind die Behandlungskonzepte komplexer und stellen größere Anforderungen an die therapeutischen Teams.



Prof. Dr. med. Markus Gastpar
Sprecher des BMBF-Suchtforschungsverbundes
Nordrhein-Westfalen

Rheinische Kliniken Essen
– Kliniken/Institut der Universität Essen –
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Postfach 10 30 43
45030 Essen

Tel.: 0201/72 27-2 01
Fax: 0201/72 27-3 03
E-Mail: m.gastpar@uni-essen.de

Geboren am 17.6.1941 in Rheinfelden/AG Schweiz

Medizinstudium an der Universität Basel, Promotionsarbeit über „Arzt und Heilkunde bei Plato“ während der Assistenzzeit am Anatomischen Institut, anschließend Facharztausbildung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel mit einem Jahr an der Zweiten Medizinischen Universitätsklinik Basel

- | | |
|-----------|---|
| 1974 | Forschungsaufenthalt an der State University of New York bei Prof. Max Fink |
| 1975–1986 | Oberarzt und später Leitender Arzt der Depressions-Forschungs-Abteilung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel |
| 1979 | Habilitation in Basel mit dem Thema „Diagnose und Therapie depressiver Patienten in der Praxis“ |
| seit 1987 | Ärztlicher Direktor der Rheinischen Kliniken Essen und Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Essen |
| 1985–1989 | Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie (SGP) |
| 1991–1995 | Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP) |
| 1997–1999 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) |
| seit 1999 | Co-Chairman der „Section on Drug Dependency and Alcoholism Addiction“ der World Psychiatric Association (WPA) |
| seit 2000 | Korrespondierendes Mitglied der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften |
| seit 2001 | Chairman des Komitees „Leitlinien Substanzbezogene Störungen“ (AMWF) |

Ausgewählte Publikationen

Gastpar, M., Rösinger, C.: Substitutionsgestützte Behandlung der Opiatabhängigkeit, Erste Essener Erklärung, Deutsches Ärzteblatt, 1999, 90 (23), S. 1742–1743.

Schall, U., Bender, S., Lodemann, E., Lutz, K.-H., Rösinger, C., Gastpar, M.: Drogen- und Medikamentenmissbrauch im Verlauf einer ambulanten substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen mit Levomethadon. Sucht 5 (40), 1994, S. 315–324.

Gastpar, M.: Methadone substitution: Results of a trial in the German state of North-Rhine-Westphalia. In: Stefanis, C., Hippus, H., Naber, D. (Hg.): Research in Addiction. Psychiatry in Progress Vol. 2. Hogrefe & Huber Publishers, Seattle-Toronto-Bern-Göttingen, 1995, S. 105–115.

Gastpar, M., Rösinger, C.: Therapie der Opiatabhängigkeit, Zweite Essener Erklärung, Deutsches Ärzteblatt, 5 (93), 1996, S. 249–251.

Schall, U., Pries, E., Katta, T., Klöppel, A., Gastpar, M.: Pharmacokinetic and pharmacodynamic interactions in an outpatient maintenance therapy of intravenous heroin users with levomethadone. Addiction Biology 1, 1996, S. 105–113.

Schall, U., Katta, T., Pries, E., Klöppel, A., Gastpar, M.: Pain Perception of intravenous Heroin Users on Maintenance Therapy with Levomethadone. Pharmacopsychiatry 29, 1996, S. 176–179.

Scherbaum, N., Klein, S., Kaube, H., Kienbaum, P., Peters, J., Gastpar, M.: Alternative Strategies of Opiate Detoxification: Evaluation of the So-called Ultra-Rapid Detoxification. Pharmacopsychiatry 31, 1998, S. 205–209.

Gastpar, M.: Moderne Therapie der Opiatabhängigkeit, Z Allg Med 2001; 77: S. 124–129.

Reymann, G., Gastpar, M., Tretter, F., Hähnchen, A., Köhler, W., Poehlke, T., Wolstein, J.: AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von substanzbezogenen Störungen, Kapitel 3.2: Akutbehandlung bei Störungen durch Opioid, S. 245–264.

Gastpar, M.: Die Akutbehandlung opioidabhängiger Patienten im Jahre 2001, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, 2002, im Druck.

Ausgewählte Bücher

Gastpar, M. (Hg.): Antidepressiva: Eigenschaften, Indikationen und praktische Anwendung. Thieme Stuttgart-New York, 1998.

Gastpar, M., Heinz, W., Poehlke, T., Raschke, P. (Hg.): Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 1998.

Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H. (Hg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Thieme Stuttgart-New York, 1999.

Gastpar, M., Banger, M. (Hg.): Laboruntersuchungen in der psychiatrischen Routine. Thieme Stuttgart-New York, 2000.

Gastpar, M., Remschmidt, H., Senf, W. (Hg.): Essstörungen. Neue Erkenntnisse und Perspektiven. Verlag Wissenschaft & Praxis Sternenfels, 2000.

Gastpar, M., Müller, W. E. (Hg.): Depressionen, Versorgungsstrukturen und Behandlungsperspektiven. Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York, 2002.

Psychologische und medikamentöse Therapieansätze

Prof. Dr. med. Karl F. Mann

Psychologische und medikamentöse Therapieansätze

Prof. Dr. med. Karl F. Mann

Nach dem Zweiten Weltkrieg stieg der Alkoholkonsum in allen westlichen Ländern massiv an. Entsprechend nahmen auch die alkoholbedingten Gesundheitsprobleme zu. Als Reaktion darauf entwickelten sich in den einzelnen Ländern zum Teil sehr unterschiedliche Therapiemodelle. In Deutschland wurde eine Trennung in Akutbehandlung und Rehabilitation mit unterschiedlichen finanziellen Trägern vorgenommen. Es entstanden flächendeckend Fachkrankenhäuser, die so genannte „Halbjahreskuren“ mit Alkoholabhängigen durchführen. Ihre Arbeit wurde in einer großen Studie evaluiert. Danach sind etwa zwei Drittel der Behandelten sechs Monate nach Entlassung noch abstinent. Vier Jahre später lag diese Zahl bei etwa 40 Prozent. Therapiert wurde überwiegend mit einer Mischung aus tiefenpsychologisch orientierten Einzel- und Gruppengesprächen und in geringerem Umfang auch verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien. Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit einzelner Therapieverfahren wurden in Deutschland nicht durchgeführt. Für alle gängigen Psychotherapieverfahren liegen aber inzwischen Studienergebnisse aus den USA, zum Teil auch aus England und Skandinavien vor. Nach neueren Meta-Analysen sind eine Reihe verhaltenstherapeutischer und klientenorientierter Verfahren wirksam, insbesondere wenn sie mit spezifischen Elementen der Selbsthilfegruppen (z. B. Anonyme Alkoholiker) verbunden werden. Eine orientierende Übersicht hierüber wird vorgelegt. Allerdings ist sie aufgrund des hierzulande historisch anders gewachsenen Therapiesystems nur eingeschränkt auf Deutschland zu übertragen. Auch ohne eigene empirische Studien hat sich in den letzten Jahren in Deutschland jedoch ein Konsens entwickelt, wonach die Behandlung von Menschen mit Alkoholproblemen sehr früh ansetzen und sich nach den individuellen Bedürfnissen des Einzelnen richten sollte. Dies bedeutet unter anderem, dass „Intervalltherapien“ mit Auffrischungssitzungen auch nach der Hauptbehandlungsphase möglich sind und dass eventuell therapeutische „Zwischenziele“ vereinbart werden. Ebenso diversifizieren sich die Behandlungs-Settings, das heißt zu den Fachkliniken kommen auch spezialisierte Akutkliniken in der Psychiatrie eventuell auch in der Inneren Medizin oder in der Psychosomatischen Medizin hinzu.

Bis vor etwa zehn Jahren erschien es fast utopisch, Rückfälle durch pharmakologische Möglichkeiten zu verhüten. Inzwischen hat sich dieses Bild grundlegend gewandelt. Heute kann die Frage gestellt werden, ob wir uns bezüglich der Rückfallprophylaktika (Anticraving-Substanzen) in einem Stadium befinden, wie sie die 50er Jahre für die Entdeckung und Einführung der Neuroleptika, die 60er für die Antidepressiva und die 70er Jahre für die Benzodiazepine darstellten. Zahlreiche internationale, randomisierte, doppelblinde und placebo-kontrollierte Studien wurden zur Untersuchung unterschiedlicher Substanzgruppen bei dieser Indikation durchgeführt. Parallel wurden Tiermodelle süchtigen Alkoholtrinkverhaltens entwickelt, die ebenfalls zur Prüfung neuer Anticraving-Substanzen herangezogen werden konnten. Es kann festgehalten werden, dass im Wesentlichen zwei Substanzen (Acamprosat und Naltrexon) als wirksam und sicher bei dieser Indikation betrachtet werden können. Mit ihrem Einsatz lassen sich die Therapiechancen von Alkoholabhängigen gegenüber Placebo etwa verdoppeln. Die momentane Forschung verfolgt in den USA die Frage nach der Wirksamkeit einer Kombination beider Präparate (Projekt COMBINE) und in Deutschland die Frage nach bestimmten Merkmalen zur Vorhersage für das Ansprechen der einen oder anderen Substanz (Project PREDICT). Beide Projekte werden abschließend skizziert.



Prof. Dr. med. Karl F. Mann
Sprecher der BMBF-Suchtforschungsverbände

Lehrstuhl für Suchtforschung
Universität Heidelberg
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin
J5
68159 Mannheim

Tel.: 0621/17 03-9 43
Fax: 0621/17 03-9 45
E-Mail: mann@zi-mannheim.de

Geboren am 29.10.1948

- | | |
|----------------|--|
| 1971/1972 | Studium der Humanmedizin an der Universität Mainz,
Vorphysikum und Physikum nach 2 bzw. 5 Semestern |
| 1973/1974 | Auslandssemester in Innsbruck und Wien |
| 1974/1975 | 2 Studienaufenthalte in den USA
(Dartmouth, Prof. G. Tucker, Prof. P. Whybrow) |
| 2/1977 | Medizinisches Staatsexamen |
| 1978 | Promotion und Approbation |
| 10/1978–6/1979 | Auslandsaufenthalt in Paris
(Hôpital St. Anne, Direktor: Prof. Dr. P. Pichot) |
| 7/1979–11/1980 | Wissenschaftlicher Assistent an der Universitätsklinik für Psychotherapie Mainz
(Direktor: Prof. Dr. D. Langen) |
| 1/1981–2/1999 | Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
(Direktor Prof. Dr. H. Heimann bis 1990, danach Prof. Dr. G. Buchkremer) |
| 1985 | Arzt für Neurologie und Psychiatrie |
| 1986 | Zusattitel „Psychotherapie“ |
| 1988 | Ernennung zum Oberarzt |
| 1990 | Habilitation für das Fach „Psychiatrie“ |
| 1996 | Fachkunde Suchttherapie |
| 1996 | Außerplanmäßiger Professor |
| 1996 | Wahl zum Sprecher des „Forschungsschwerpunkts Suchtforschung“
der Universität Tübingen |
| 1996 | Platz 3 der Berufungsliste für die C4-Professur für Psychiatrie III
der Universität Ulm |
| 1998 | Ruf auf die C4-Professur für Suchtforschung der Universität Heidelberg |
| 3/1999 | Direktor der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin
am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim |
| seit 1983 | verheiratet mit Prof. Dr. med. Ingeborg Krägeloh-Mann,
Ärztliche Direktorin der Abtl. Neuropädiatrie und Entwicklungsneurologie der
Universität Tübingen |

Wissenschaftliche Preise

- 1992 Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie für die Monographie:
Alkohol und Gehirn – über strukturelle und funktionelle Verbesserungen nach erfolgreicher
Therapie. Springer Heidelberg 1992

Mitgliedschaft in nationalen und internationalen Fachgesellschaften

- Arbeitsgemeinschaft Europäischer Psychiater (AEP)
(1988 in den Vorstand gewählt, 1994 für 6 Jahre wiedergewählt)
- AEP-Sektion „Alcoholism and Drug Addictions“
(seit 1998 Präsident)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)
(Präsident der 10. Wissenschaftlichen Tagung in Tübingen 1994)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA)
- International Society for Biomedical Research on Alcoholism (ISBRA)
(vice-president, 2002 als erster Deutscher ins Board of Directors gewählt)

Associate Editor (Europe)

- Alcoholism: Clinical and Experimental Research

Mitglied im Editorial Board folgender Zeitschriften

- European Psychiatry (Paris)
- Addiction (früher Brit. Journal of Addiction, London)
- European Journal of Addiction Research (Hamburg)
- SUCHT (Hamm)
- Alcoologie (Paris)
- Journal of Studies on Alcohol (San Diego)

Suchtbegriff und Suchtforschung aus historischer Perspektive

Prof. Dr. med. Claudia Wieseemann

Suchtbegriff und Suchtforschung aus historischer Perspektive

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann

Die beunruhigende und faszinierende Krankheit Sucht zählt erst seit kurzer Zeit zum Wissensbestand der modernen Medizin. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts war das erste Mal in der Geschichte der Medizin von Krankheiten namens „Trunksucht“ (Constantin von Brühl-Cramer, 1819) und „Opiumsucht“ (Christoph Wilhelm Hufeland, 1829) die Rede. Bis dahin scheinen sich Ärzte für das Phänomen der Abhängigkeit von Suchtmitteln nicht interessiert zu haben. Im Verlauf des 19. Jahrhunderts jedoch schlägt diese scheinbare Gleichgültigkeit in ein stetig wachsendes Interesse um. Inzwischen zählen Süchte jeder Art zu den gefährdeten Krankheiten der modernen Zivilisation, und nach ihren Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten wird intensiv geforscht.

Die sozialhistorische Forschung konnte die Voraussetzungen und Bedingungen einer zunehmenden gesellschaftlichen Kontrolle von Alkohol- und Opiumkonsum in vieler Hinsicht befriedigend klären. Dagegen besteht unter Historikern noch Uneinigkeit darüber, wann genau und unter welchen Umständen die Krankheit Sucht in den Wissensbestand der modernen Medizin aufgenommen wurde. Die Differenzen darüber, wie die Entdeckung der Krankheit Sucht zu bewerten ist, resultieren aus unterschiedlichen Krankheitsmodellen, die – zum Teil unausgesprochen – den historischen Analysen zugrunde gelegt wurden. Man kann die Krankheit Sucht als einen anatomischen, genetischen, biochemischen, psychischen oder sozialen Defekt verstehen. Aber – so ist zu fragen – wie kann ein so häufig verwendeter und in der ärztlichen Praxis inzwischen so etablierter Begriff derart unterschiedliche Deutungen zulassen? Lassen sich bei allen widersprüchlichen Interpretationen noch Gemeinsamkeiten finden? Kann man überhaupt von der Krankheit Sucht sprechen, oder gibt es nur eine Reihe von unterschiedlichen, miteinander nicht verwandten Syndromen pharmakologischer Abhängigkeit?

Die Entstehungsgeschichte der Begriffe „Trunksucht“ und „Opiumsucht“ im Deutschland des späten 18. und frühen 19. Jahrhundert kann helfen, einige dieser Fragen zu beantworten.



Prof. Dr. med. Claudia Wieseemann
Universität Göttingen
Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin
Humboldtallee 36
37073 Göttingen

Tel.: 0551/39-90 06
Fax: 0551/39-95 54
E-Mail: cwiesem@gwdg.de

Geboren am 13.10.1958

Ausbildung

- 1977–1984 Studium der Humanmedizin an der Universität Münster
1988–1990 Studium der Philosophie, Neueren Geschichte und Geschichte der Medizin an den Universitäten Münster und Erlangen-Nürnberg
1990 Promotion in Medizingeschichte zum Thema „Josef Dietl und der therapeutische Nihilismus. Zum politischen und sozialen Hintergrund einer medizinischen These“ an der Universität Münster

Berufliche Tätigkeit

- 1985–1988 Weiterbildung als Assistenzärztin in der Inneren Medizin (Kardiologie, Angiologie, Intensivmedizin)

Wissenschaftliche Tätigkeit

- 1990–1998 Assistentin (C1) und Oberassistentin (C2) am Institut für Geschichte der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg
1990, 1991 Forschungsaufenthalte am Kennedy Institute of Ethics der Georgetown University, Washington D.C. und am Hastings Center, NJ
12/1995 Habilitation für das Fach „Geschichte und Ethik der Medizin“, Universität Erlangen- Nürnberg
seit 1998 Direktorin (C4) der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin, Bereich Humanmedizin, Universität Göttingen

Tätigkeit in wissenschaftlichen Gremien

- Secretary im Scientific Board der „European Association for the History of Medicine and Health“
- Mitglied der Zentralen Ethikkommission für Stammzellforschung
- Stellvertretende Vorsitzende der Ethikkommission für Forschung am Menschen der Universität Göttingen
- Sachverständige der Kommission für Medizinische Forschung der Akademie der Wissenschaften und der Literatur Mainz

- ▶ Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Zeitschriften „Ethik in der Medizin“, „Wiener Medizinische Wochenschrift“, „Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin“, „Fundamenta Psychiatrica“ und „Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe“

Aktuelle Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte

- ▶ Geschichte der Sucht
- ▶ Geschichte des Hirntodbegriffs
- ▶ Ethik in der Kinder- und Jugendmedizin
- ▶ Errichtung eines Europäischen Datenbanknetzwerks „Ethik in Medizin und Biotechnologie“ (als Koordinatorin eines Projekts der Europäischen Kommission)

Publikationen (Auswahl)

Wiesemann, C.: Die heimliche Krankheit. Zur Geschichte des Suchtbegriffs. frommann-holzboog, Stuttgart-Bad Canstatt 2000.

Wiesemann, C.: Zur Geschichte des Suchtbegriffs – Auf den Spuren eines medizinischen Chamäleons. In: Kaufmann, M. (Hg.): Recht auf Rausch – Selbstverlust durch Sucht. Vom Umgang mit Drogen in der liberalen Gesellschaft (in Vorbereitung).

Schlich, T., Wiesemann, C. (Hg.): Hirntod. Kulturgeschichte der Todesfeststellung. Suhrkamp, Frankfurt/M. 2001.

Wiesemann, C.: Defining Brain Death: The German Debate in Historical Perspective. In: Woodward, J., Jütte, R. (Hg.): Coping With Sickness: Medicine, Law and Human Rights – Historical Perspectives. Sheffield 2000, S. 149–169.

Wiesemann, C.: Individuelles Leiden: Sterben – Tod. In: Van Dülmen, R. (Hg.): Die Entdeckung des Ich. Die Geschichte der Individualisierung vom Mittelalter bis zur Gegenwart. Köln/Weimar 2001, S. 541–556.

Dahl, M., Wiesemann, C.: Forschung an Minderjährigen im internationalen Vergleich. Bilanz und Zukunftsperspektiven. Ethik in der Medizin 13/1 (2001), S. 87–110.

Soziale und psychologische Determinanten des Drogengebrauchs und -missbrauchs in Deutschland

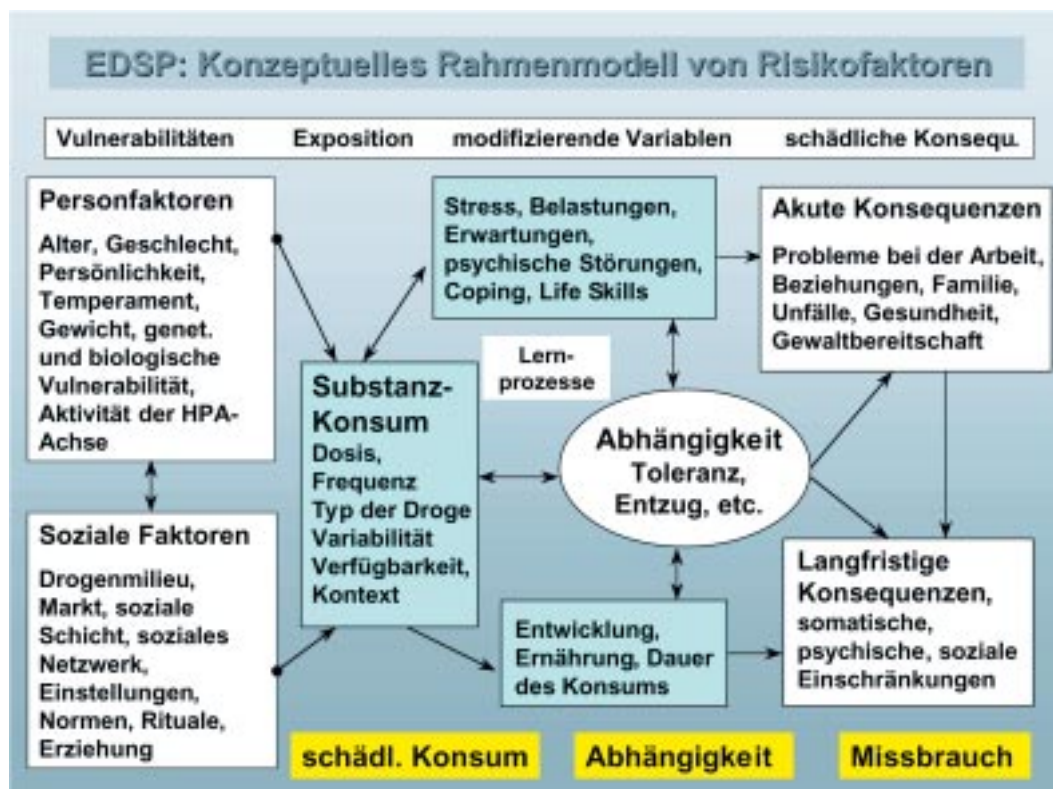
Prof. Dr. phil. habil. Hans-Ulrich Wittchen

Soziale und psychologische Determinanten des Drogengebrauchs und -missbrauchs in Deutschland

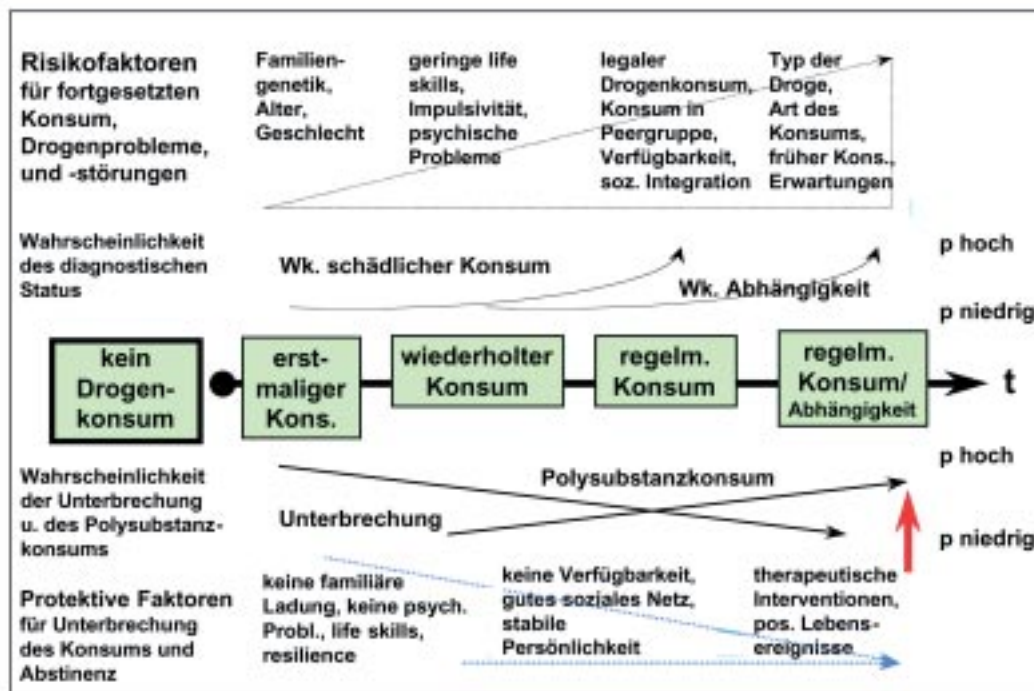
Prof. Dr. phil. habil. Hans-Ulrich Wittchen

Drogengebrauch und Missbrauch ist ein so genanntes multifaktorielles Geschehen, das heißt es gibt keinen Einzelfaktor, der alleine hinreichend den Beginn der Problematik erklären könnte. Entscheidend ist vielmehr, wie viele Risiko- und Auslösbedingungen in welcher Kombination vor dem Hintergrund entsprechender Vulnerabilitäten kritisch zusammenwirken. Dabei ist erschwerend zu beachten, dass zum einen die Mechanismen des Beginns und des weiteren Verlaufs unterschiedlich sein können und zum anderen entwicklungspsychologische und entwicklungsbiologische Einflüsse eine Rolle spielen (z. B. ein Risikofaktor hat bei 14-jährigen Mädchen eine andere Bedeutung als bei 16-jährigen Jungen).

Eine Vielzahl von Studien, zumeist an klinischen Gruppen mit Drogengebrauch, haben eine kaum mehr überschaubare Anzahl an relevanten Einflussgrößen ermittelt und in heuristisch wertvollen Modellen zusammengefasst. Neue epidemiologische Langzeitstudien (z. B. EDSP) haben begonnen an großen und repräsentativen Stichproben von Probanden in allen Entwicklungsstadien (kein Gebrauch, Probieren, gelegentlicher vs. regelmäßiger Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit) die Schlüsselprozesse und Dynamiken genauer zu prüfen, um neue interventions- und versorgungsrelevante Aussagen und wissenschaftlich gestützte Modelle abzuleiten.



Konzeptuelles Rahmenmodell für Übergangsanalysen



Der Vortrag versucht, an ausgewählten Beispielen den derzeitigen Erkenntnisstand zu verdeutlichen und weist insbesondere auf die kritische und bislang vernachlässigte Rolle von psychischen Störungen im Vorfeld und der weiteren Progression von Drogengebrauch, sowie die Relevanz von substanzspezifischen Interaktionen bei einer verbesserten Vorhersage von Substanzstörungen hin.

Literatur

Lieb, R., Schuster, P., Pfister, H., Fuetsch, M., Höfler, M., Isensee, B., Müller, N., Sonntag, H., & Wittchen, H.-U. (2000): Epidemiologie des Konsums, Mißbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *SUCHT*, 46 (1), 18–31.

Sydow, K. von, Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., & Wittchen, H.-U. (2002): Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults – a transient phenomenon? Results from a longitudinal community study. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, 147–159.

Wittchen, H.-U., Lieb, R., & Perkonig, A. (1999): Early developmental stages of substance abuse and dependence: examples from a prospective longitudinal study. In: D. Ladewig (Ed.), *Basic and clinical science of substance related disorders*. *Bibl. Psychiatr* (pp. 7–22). Basel: Karger.



Prof. Dr. phil. habil. Hans-Ulrich Wittchen

Sprecher des BMBF-Suchtforschungsverbundes Bayern/Dresden

Technische Universität Dresden
Institut für Klinische Psychologie
und Psychotherapie
Chemnitzer Straße 46
01187 Dresden

Tel.: 0351/4 63-3 69 83
Fax: 0351/4 63-3 69 84

E-Mail: wittchen@psychologie.tu-dresden.de

Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Klinische Psychologie und
Epidemiologie
Kraepelinstraße 2-10
80804 München

Tel.: 089/3 06 22-5 46 44
Fax: 089/3 06 22-5

E-Mail: wittchen@mpipsykl.mpg.de

Geboren 1951 in Bad Salzuflen

Ausbildung und Ausbildungs-/Weiterbildungsabschlüsse

- 1970–1975 Studium der Psychologie und Medizin, Universität Wien (Österreich),
Hauptfach: Psychologie, Nebenfächer: Psychiatrie, Physiologie, Kunstgeschichte
- 1974 Vordiplom/Dissertationsprüfung
- 1975 Promotion zum Dr. phil. in Psychologie, Nebenfächer: Psychiatrie, Physiologie und Kunstgeschichte, Dissertation: „Biofeedback und Alkoholismus“
- 1984 Habilitation (Dr. phil. habil.), Fakultät für Psychologie und Pädagogik der Ludwig-Maximilians-Universität München: „Verlauf und Ausgang behandelter und unbehandelter affektiver Störungen unter psychopathologischen, sozialen und psychologischen Aspekten“

Beruflicher Werdegang

- 1973–1976 Wissenschaftlicher Assistent am Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung, Wien und Klinischer Psychologe, Anton-Proksch-Institut für Alkohol- und Drogenabhängige, Wien (Leiter: Prof. Dr. med. Kryspin-Exner)
- 1976–1977 Wissenschaftlicher Assistent und Klinischer Psych., Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Abt. Klinische Psychologie (Prof. Dr. Dr. H. Häfner, Prof. Dr. E.-R. Rey)
- 1977–1979 Wissenschaftlicher Assistent und Klinischer Psychologe, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinisches Institut, München (Prof. Dr. D. von Zerssen, Prof. Dr. D. Ploog)
- 1979–1990 Leiter der Arbeitsgruppe „Verlaufs- und Evaluationsforschung“ am Max-Planck-Institut für Psychiatrie
- 1981–1983 Vertretung der Professur für Klinische Psychologie, Universität Mannheim
- 1984–1989 Professur Klinische Psychologie, Universität Mannheim, verantwortlich für die Lehre im Fach Klinische und Physiologische Psychologie, Leiter psychophysiologisches Labor und klinisch-psychologische Ambulanz
- 1989–1990 Consultant, Division of Mental Health der WHO (Genf)
- 1990–2000 Berufung Leiter Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Epidemiologie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie – Klinisches Institut (Direktor: Prof. Dr. Dr. F. Holsboer)
- seit 1992 Ausbilder und Supervisor in Verhaltenstherapie, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

- seit 2000 Berufung (C-4) Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden, Direktor der Ambulanz und Tagesklinik sowie des Aufbaustudienganges „Psychologischer Psychotherapeut@ (PTG)“
- seit 2000 Consultant (PI), Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Forschungsschwerpunkte

- Klassifikation, Diagnostik und Indikationsmodelle bei psychischen Störungen
- Ätiologie, Pathogenese und Schlüsselprozesse psychischer und Substanz-Störungen
- Therapie und klinisch-epidemiologische Verlaufs- und Versorgungsforschung
- Sucht-, Angst- und depressive Erkrankungen

Mitgliedschaften (u. a.)

- Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Fachgruppe Biologische und Klinische Psychologie
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin (DGVM), Society of Behavioral Medicine
- Arbeitsgemeinschaft Europäischer Psychiater (AEP)
- American Psychological Association (APA)
- World Psychiatric Association (WPA), Sektion für Diagnostik und Klassifikation
- Royal College of Physicians, Section for Psychiatry
- Bayerische Akademie für Psychotherapie (BAP)
- Bayerische Akademie für Suchtforschung
- European College of Neuropharmacology (ECNP)

Herausgeber

- (Gründer und Hg.) VERHALTENSTHERAPIE – Forschung, Praxis, Perspektiven, Karger-Verlag Freiburg (1989–1998)
- (Gründer und Hg.) International Journal of Methods in Psychiatric Research, John Wiley, seit 1994 C. Whurr Publ., London (seit 1993)
- Buchreihe: Klinische Psychologie und Psychotherapie, Roderer-Verlag Regensburg (seit 1987)
Psychologie Verlags Union (PVU, Weinheim, Beltz) Mitglied des wissenschaftlichen Beirats (1994–2000)

Editorial Board

- Behavioural Psychotherapy (seit 1991)
- Psychological Medicine (seit 1995)
- Diagnostica (seit 1996)
- Acta Psychiatrica Scandinavica (seit 1998)
- Addiction (seit 1998)
- SUCHT
- Suchtmedizin
- Suchtforschung
- Drug and Alcohol Dependence (seit 2001)
- Archives of Womens Mental Health

- Neuro-Psy (Frankreich)
- Psychiatria et Epidemiologia (Italien)

Publikationen

- über 300 Peer review-Artikel
- Autor, Co-Autor und Herausgeber zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen und über 15 Patientenratgeber

Risikogruppen für Substanzmissbrauch

Dr. rer. soc. Gerhard Bühringer

Risikogruppen für Substanzmissbrauch

Dr. rer. soc. Gerhard Bühringer

Störungen durch den Missbrauch von psychoaktiven Substanzen wie Alkohol, Heroin oder Tabak stellen ein ernstes Gesundheitsproblem in unserer Gesellschaft dar: Zum Beispiel haben etwa 20 Prozent der erwachsenen Männer einen riskanten Alkoholkonsum bzw. sind bereits alkoholabhängig. Etwa 100.000 Personen sterben jährlich an den Folgen des Tabakkonsums. Neben der Verbesserung der Behandlung wird seit Jahren versucht, solche Störungen durch präventive Maßnahmen im Umfang bzw. im Schweregrad zu reduzieren. Eine effektive Prävention setzt Kenntnisse darüber voraus, welche Faktoren die Wahrscheinlichkeit für ein zukünftiges Missbrauchsverhalten senken (Schutzfaktoren) bzw. erhöhen (Risikofaktoren). Das können Merkmale der Person sein (z. B. Hyperaktivität), Faktoren aus der unmittelbaren Umwelt (z. B. Erziehungsstile der Eltern, Modellwirkung der Bezugsgruppe) oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z. B. Verfügbarkeit der Substanzen).

Wegen der großen Zielgruppe sind präventive Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung *in intensiver Form* sehr aufwändig. Deshalb wird mit einem abgestuften System von Maßnahmen gearbeitet:

- an die Bevölkerung richten sich allgemeine Aufklärungshinweise
- für Eltern oder Kindergärten gibt es spezifische Erziehungsratschläge
- für Schulkinder ab etwa dem zehnten Lebensjahr wurden intensive Präventionsprogramme entwickelt (ab diesem Zeitpunkt bis etwa zum 20. Lebensjahr besteht für die meisten Substanzen das höchste Risiko für die Entwicklung eines Substanzmissbrauchsverhaltens)

Ziel der Forschung ist es seit einigen Jahren, möglichst frühzeitig solche Personen bzw. Gruppen zu identifizieren, die überdurchschnittlich hohe Risiken tragen („Hochrisikoträger“). Diese Zielsetzung verlangt großen zeitlichen und finanziellen Aufwand. So sind Längsschnittstudien über Jahre und Jahrzehnte nötig, um zu überprüfen, ob zum Beispiel ein bestimmter Erziehungsstil in der frühen Kindheit die Entwicklung eines Drogenmissbrauchs im Alter von 15 bis 20 Jahren begünstigt (Risikofaktor) oder verhindert (Schutzfaktor).

In den letzten Jahren wurden folgende Risikokonstellationen als besonders kritisch identifiziert:

- genetische Faktoren (Kinder alkoholabhängiger Eltern haben ein höheres Risiko)
- Erziehungsstile der Eltern (insbesondere inkonsistenter Erziehungsstil, Überbehütung, fehlende emotionale Wärme)
- frühe Aufmerksamkeitsdefizite und Symptome der Hyperaktivität/Impulsivität
- frühes deviantes Verhalten (Aggressivität, Diebstahl, Vandalismus, Schulschwänzen)
- früher Beginn eines Probierkonsums
- problematische Vorbilder für Missbrauchsverhalten in der Familie und in der altersgleichen Bezugsgruppe (ab Pubertät)
- leichte Verfügbarkeit von legalen und illegalen Substanzen



Dr. rer. soc. Gerhard Bühringer
IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
80804 München

Tel.: 089/36 08 04-10 oder -11
Fax: 089/36 08 04-19
E-Mail: buehringer@ift.de

Geboren am 23.9.1947 in Waiblingen, verheiratet, drei Kinder

Akademischer Werdegang

1966–1971	Universität Mannheim
1971–1973	Ludwig-Maximilians-Universität München
1973	Diplom Psychologie
1978–1980	Universität Tübingen
1981	Promotion zum Dr. rer. soc.
2002	Universität Konstanz, Honorarprofessur

Tätigkeit

1973–1987	Leiter der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München
seit 1973	Leiter des IFT Institut für Therapieforschung, München

Therapeutische Qualifikation

1971–1975	Verhaltenstherapeutische Grundbildung (LMU München, MPIP München)
1982	Klinischer Psychologe BDP
1995	Supervisor BDP
1999	Approbation als Psychotherapeut

Lehrtätigkeit

1973–1975	Durchführung von Seminaren zur Planung und Evaluation von therapeutischen Programmen für Drogenabhängige, Max-Planck-Institut für Psychiatrie
1975–1980	Durchführung von verhaltenstherapeutischen Seminaren zur Therapie von Drogenabhängigen anlässlich der Verhaltenstherapie-Wochen
1975–1981	Durchführung von dreijährigen Weiterbildungsmaßnahmen für Diplom-Psychologen, Ärzte und Sozialarbeiter über verhaltenstherapeutische Programme zur Behandlung von Abhängigkeiten
1977	Lehrauftrag an der Fachhochschule München über die Entstehung und Behandlung abhängigen Verhaltens
1982–1986	Durchführung von Seminaren für Führungskräfte therapeutischer Einrichtungen im Abhängigkeitsbereich

Mitgliedschaften

seit 1978	Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP)
seit 1981	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)
seit 1984	Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)
seit 1984	Society of Psychologists in Addictive Behaviours (SPAB)
seit 1985	Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGfPs)
seit 1993	European Association of Substance Abuse Research (EASAR)
seit 1997	Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol
seit 1997	Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e. V.

Aktuelle Ernennungen

seit 1993	Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)
seit 1994	Mitglied des Beirats der Zeitschrift „European Addiction Research“
seit 1997	Vorstandsmitglied der Bayerischen Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e. V.
seit 1998	Mitglied des Wissenschaftlichen Komitees des Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool
2000–2002	Präsident der European Association of Substance Abuse Research (EASAR)
seit 2002	Mitglied der Expertenkommission zum Bundesmodellprojekt „Wissenschaftliches Erprobungsprogramm zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“

Herausgebortätigkeit

1973–1987	Herausgeber der Reihe „Forschungsberichte der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit“ am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, Herausgabe von 51 Forschungsberichten
seit 1973	Herausgeber der Reihe „Forschungsberichte des IFT Institut für Therapieforchung, München“, Herausgabe von 116 Forschungsberichten
1981–1998	Mitglied des Herausbergremiums für die jährlichen Berichte zur „Jahresstatistik der ambulanten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland“, EBIS-Arbeitsgemeinschaft, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Herausgabe von 29 Forschungsberichten
1978–1995	Vorsitzender des Herausbergremiums für drei wissenschaftliche Monographie-Reihen im Röttger Verlag, München, Herausgabe von 40 Monographien
seit 1990	Mitglied der Schriftleitung der Zeitschrift „Verhaltenstherapie“
seit 1991	Mitglied der Redaktion der Zeitschrift „SUCHT“
seit 1993	Mitherausgeber der Zeitschrift „Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin“, (seit 1997: „Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin“)
seit 1994	Assistant editor der Zeitschrift „Addiction“
seit 2001	Chefredakteur der Zeitschrift „SUCHT“
seit 2001	Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Zeitschrift „Trastornos Adictivos“

Vorträge und Publikationen

- etwa 190 Vorträge
- etwa 250 Publikationen, davon 17 Buchveröffentlichungen als Autor oder Herausgeber

Präventionsstrategien

Prof. Dr. phil. Ulrich John

Präventionsstrategien

Prof. Dr. phil. Ulrich John

Die Prävention von Erkrankungen und Todesfällen, die mit der Einnahme von Suchtmitteln zusammenhängen, muss wirksam und kosteneffizient sein und zu messbaren Ergebnissen führen. Daher sind Maßnahmen (Input) von Ergebnis-Merkmalen (Outcome) zu unterscheiden. Zu den Maßnahmen gehören Gesetzesänderungen, individuelle Interventionen und Ressourcen (z. B. Personal und Geld). Zu den Ergebnis-Merkmalen zählen die Motivation zur Verhaltensänderung, das Verhalten selber (z. B. Tabakrauchen), sowie die suchtmittel-assoziierten Gesundheitsschäden und Todesursachen. In Deutschland ist keines der notwendigen Elemente entwickelt. Zwar wurde in § 20 des Sozialgesetzbuches 5 die Prävention als Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung vorgegeben, und Prävention hat durch den Sachverständigenrat im Gesundheitswesen mehr Gewicht als zuvor erhalten. Bei der Umsetzung von Präventionskonzepten nach Grundsätzen evidenzbasierter Medizin herrscht jedoch Hilflosigkeit. Dabei wird in Diskussionen immer wieder aufgeworfen, dass sich ein Viertel der Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden ließen. Da eine bevölkerungswirksame Prävention fehlt, wurde der Forschungsverbund zur Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen (Research Collaboration in **E**arly Substance Use **I**ntervention, EARLINT) gegründet. Er konzentriert sich auf die Entwicklung ausschließlich individueller Strategien und deren Umsetzung in die Praxis. Im Suchtforschungsverbund EARLINT arbeiten die Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald und die Medizinische Universität zu Lübeck zusammen. Das Ziel: Entwicklung neuartiger Kurzinterventionsansätze bei tabak- oder alkohol-assoziierten Störungen für den Einsatz in Einrichtungen der medizinischen Versorgung und der Allgemeinbevölkerung. Die theoretischen Grundlagen bilden das Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente und die Motivierende Beratung nach Miller & Rollnick.

EARLINT umfasst zurzeit sechs Forschungsprojekte, die alle die Wirksamkeit von Interventionen mittels experimenteller Felduntersuchungen prüfen. Die erste Studie untersucht die Implementierung von Frühintervention für Patienten mit riskantem Konsum, Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol im Allgemeinkrankenhaus. Ziel dieser Studie ist es, die Wirksamkeit und Effizienz verschiedener Implementierungswege eines proaktiven Behandlungsansatzes in einer repräsentativen Stichprobe von Allgemeinkrankenhauspatienten zu überprüfen. Die zweite Studie befasst sich mit der Frühintervention bei Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Arztpraxen. Hier wird die Wirksamkeit eines besonders kostensparenden, gestuften Ansatzes geprüft. Es wird mit dem Interventionsverfahren begonnen, das den geringsten Aufwand verursacht und erst bei fehlendem Erfolg auf ein aufwändigeres übergegangen. In der dritten Studie geht es um die Rauchentwöhnung und Rückfallprophylaxe bei Frauen nach der Entbindung. Dabei sollen unter anderem motivationssteigernde Interventionen für die Mütter entwickelt und evaluiert werden. In der vierten Studie werden Raucherinterventionen mit günstigen Voraussetzungen für die Implementierung in der allgemeinärztlichen Praxis bezüglich Wirksamkeit, Kosteneffizienz und Bevölkerungsimpact untersucht. Die fünfte Studie beinhaltet direkt bevölkerungsbezogene Interventionen bei Rauchern. Das Ziel ist die Bereitstellung empirischer Daten zu proaktiven Interventionsansätzen für bisher unterversorgte Gruppen bei Abhängigkeitserkrankungen. Das sechste Projekt beinhaltet gesundheitsökonomische Analysen ausgewählter EARLINT-Projekte.

EARLINT wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und das Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern für drei Jahre gefördert.



Prof. Dr. phil. Ulrich John

Sprecher des BMBF-Suchtforschungsverbundes Nord-Ost (EARLINT)

Universität Greifswald
Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Walther-Rathenau-Straße 48
17487 Greifswald

Tel.: 03834/86-77 00
Fax: 03834/86-77 01
E-Mail: ujohn@uni-greifswald.de

Geboren am 20.8.1951

- 1973–1979 Studium der Psychologie an der Technischen Universität Berlin, Diplom 1979
1979 Assistent am Institut für Sozialpsychologie der Technischen Universität Berlin
1980 Leiter einer Abteilung zur Behandlung von Alkoholismus im Psychiatrischen Krankenhaus Wünsdorf
1981–1986 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Psychiatrischen und Nervenambulanz des Universitätskrankenhauses Eppendorf in Hamburg, Sonderforschungsbereich 115, im Forschungsprojekt zur Epidemiologie psychiatrischer Erkrankungen
1985 Promotion zu methodischen Fragen sozialwissenschaftlicher Untersuchungen der Rehabilitation Alkoholabhängiger
1986–1997 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck, Leiter einer Forschungsgruppe zu Epidemiologie und Sekundärprävention bei Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen
1991 Habilitation an der Medizinischen Universität zu Lübeck
1992–1996 Privatdozent
1996–1997 Außerplanmäßiger Professor
seit 1.11.1997 Universitätsprofessor und Direktor des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Auswahl deutschsprachiger überblicksartiger Literatur

Bischof, G. & John, U. (2002): Suchtmittelabhängigkeit bei Männern und Frauen. In: Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Hurrelmann, K. & Kolip, P. eds, pp. 342–358. Bern: Huber.

Hapke, U., Rumpf, H.-J. & John, U. (2001): Alkohol: Frühintervention und Frühmotivation im Betrieb. In: Tagungsbericht 2000 des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. – Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner, Harwerth, A. ed, pp. 87–98. Stuttgart: Gentner.

John, U. (2002a): Prävention des Alkoholmißbrauchs. In: Lehrbuch der Umweltmedizin, Dott, W., Merk, H. F., Neuser, J. & Osieka, R. eds, pp. 717–718. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

John, U. (2002b): Suchtmittelassoziierte Gesundheitsstörungen – Tabakrauchen und Alkoholkonsum. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 127, 69–70.

John, U. & Hanke, M. (2001): Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Das Gesundheitswesen*, 63, 363–369.

John, U., Hapke, U. & Rumpf, H. J. (2001): Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol. Frühdiagnostik und Frühintervention in der Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, A2438–A2442.

John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.-J. (2001): Häufigkeit alkoholbezogener Störungen in der Krankenversorgung und Konsequenzen für die Behandlung alkoholabhängiger Patienten. In: *Suchtforschung für die Suchtkranken*, Stetter, F. ed, pp. 31–43. Geesthacht: Neuland.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Meyer, C. & Bischof, G. (2001): Suchtkranke in der somatischen Medizin. *Suchttherapie*, 2, S15–S19.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Meyer, C., Bischof, G., Hanke, M., Schumann, A., Riedel, J., Hannöver, W., Thyrian, R., Bott, K. & Michael, A. (2002a): Prävention von Gesundheitsstörungen aufgrund von Tabakrauchen und Alkoholkonsum – der Beitrag zur Gesundheitsversorgung mit besonderer Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung. *Sucht*, 48, 284–295.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Meyer, C., Bischof, G., Schumann, A., Hannöver, W., Thyrian, R., Bott, K., Freyberger, H. J., Möllmann, R., Fusch, C., Hessel, F., Wasem, J. & Hohagen, F. (2002b): Der Suchtforschungsverbund: Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen (EARLINT). *Sucht*, 48, 209–216.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Schumann, A. & Bischof, G. (1999): Das TTM als Instrument in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung – der Ansatz der Community Medicine. In: *Motivation zur Verhaltensänderung – Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*, Keller, S. ed, pp. 45–55. Freiburg: Lambertus.

John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Meyer, C., Schumann, A. & Hanke, M. (2001): Tabakrauchen – das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko. *Psycho*, 27, 534–536.

John, U., Rumpf, H.-J. & Hapke, U. (2000): Bevölkerungsorientierte Suchtkrankenversorgung. In: *Individuelle Hilfen für Suchtkranke – Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren.*, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ed, pp. 71–82. Freiburg: Lambertus.

Meyer, C. & John, U. (2001): Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: *Jahrbuch Sucht 2002*, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ed, pp. 17–31. Geesthacht: Neuland.

Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2000): Inanspruchnahme von Hilfen zur Erlangung der Nikotin-Abstinenz. *Sucht*, 46, 398–407.

Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2001): Die Rolle von Motivation und neuen Formen der Kurzintervention in der betrieblichen Suchtkrankenhilfe. In: *Sucht und Arbeit – Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt*, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren ed, pp. 189–201. Freiburg: Lambertus.

Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G. & John, U. (2000): Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*, 46, 9–17.

Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung – Prinzipien, Methoden und Erfolge Workshop

Priv. Doz. Dr. med. Anil Batra

Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung – Prinzipien, Methoden und Erfolge Workshop

Priv. Doz. Dr. med. Anil Batra

Rauchen – ein Problem? Wie alles begann ...

Unter all den Genuss- und Rauschmitteln, die im Laufe der Jahrhunderte in Europa eingeführt wurden – angefangen von den Gewürzen im Zeitalter der Kreuzzüge, über Alkohol, Kaffee, Tee und Schokolade in den letzten Jahrhunderten – nahm Tabak aufgrund der damit verbundenen völlig neuen Form des Konsums und Genusses eine Sonderstellung ein.

Tabak war zu Beginn des 16. Jahrhunderts aus der Neuen Welt importiert worden. Jean Nicot führte die Tabakpflanze nach Frankreich ein. Die „trockene Trunkenheit des Tabaks“, die „Sauferei des Nebels“, das „Trinken und Einschlürfen des Tabaks“, wie das Rauchen anfangs bezeichnet wurde, begann jedoch erst im 17. Jahrhundert zur Mode zu werden. Rauchen wurde zu dieser Zeit mit Ruhe und Besinnlichkeit verbunden. Das „Tabaktrinken“ wurde bei geistiger Arbeit oder zur Entspannung eingesetzt. Man versprach sich dadurch eine verbesserte Konzentrationskraft und eine Schärfung der Gedanken. Tabak musste in eine Pfeife gestopft und beim Rauchen immer wieder am Ausgehen gehindert werden. Das Rauchen nahm also noch recht viel Zeit in Anspruch.

Mit dem Wandel der Gesellschaft änderte sich auch die Form des Tabakkonsums: Das Rauchen wurde vereinfacht, zunächst durch die Einführung der Zigarre und schließlich in der Mitte des 19. Jahrhunderts durch die Massenfertigung der Zigaretten. Dies gab einer Entwicklung Vorschub, mit deren Folgen wir uns heute zu beschäftigen haben.

Bereits um die Jahrhundertwende erkannte man die Schädlichkeit des Tabakgenusses, beklagte das rasche Ansteigen der Raucherquoten und die sich entwickelnde Rauchleidenschaft der Frauen. Auch Ärzte bemühten sich, durch die Organisation erster Gesellschaften zur Eindämmung des Rauchens der zunehmenden Verbreitung dieses Lasters ein Ende zu setzen.

Wie viele Menschen rauchen?

Unschwer lassen sich die Berichte und Probleme aus der Zeit der Jahrhundertwende auf unsere heutige Situation übertragen: In der Bundesrepublik Deutschland ist zwischen 1950 und 1975 die Zahl der jährlich konsumierten Zigaretten von durchschnittlich ca. 500 pro Person auf etwa 2.000 angestiegen. Die Zahlen bleiben seither auf diesem hohen Niveau nahezu konstant. Die statistischen Erhebungen (Mikrozensus, Statistisches Bundesamt) aus den Jahren 1978, 1985, 1992, 1995 und 1999 zeigen innerhalb dieses Zeitraumes nur eine geringfügige Minderung der Raucherquoten in der Bundesrepublik Deutschland: 35 Prozent der Männer und 22 Prozent aller Frauen rauchen!

Wer gilt als tabakabhängig?

Inzwischen ist es raus: Rauchen macht abhängig! Sogar große Tabakkonzerne bestreiten dies nicht länger. Doch ist deswegen nicht jeder Raucher automatisch als abhängig zu bezeichnen. Schätzungen hierzu sind

nur ungenau, man geht aber davon aus, dass mindestens jeder vierte Raucher, vielleicht sogar drei von vieren tabakabhängig sind! Doch was macht die Tabakabhängigkeit aus?

Die Tabakabhängigkeit umfasst sowohl psychische als auch körperliche Anteile – die „Macht der Gewohnheit“ und die „Nikotinschmacht“, wie man gemeinhin sagt. Im medizinischen Sinne gilt als tabakabhängig, wer:

- einen starken Wunsch oder eine Art Zwang verspürt zu rauchen
- nicht abstinenter leben kann
- Entzugserscheinungen entwickelt, wenn das Rauchen eingeschränkt oder aufgegeben wird
- schon erfolglos versucht hat, das Rauchen aufzugeben
- weiterraucht, obwohl bereits schädliche Folgen aufgetreten sind

Neben der Gewohnheit ist unter all den Stoffen im Tabakrauch das **Nikotin** verantwortlich für die Abhängigkeit.

Rauchen gefährdet Ihre Gesundheit!

Im Tabakrauch sind neben Nikotin fast 4.000 Inhaltsstoffe registriert worden, von denen ein nicht unerheblicher Anteil eindeutig schädigende Wirkungen aufweist. So sind über 40 krebserzeugende Bestandteile und zusätzlich weitere gesundheitsschädliche Inhaltsstoffe zu nennen. Benzol, Kohlenmonoxid und Schwermetalle seien nur stellvertretend genannt.

Die Gefahren des Rauchens sind für den Raucher hoch. Jährlich sterben in Deutschland zwischen 90.000 und 140.000 Menschen an den Folgen des Rauchens: an Krebs, Herzinfarkten, Schlaganfällen und Lungenerkrankungen. Die zu erwartenden Gesundheitsschädigungen sind vielen Rauchern bekannt. Trotzdem gehen sie das Risiko entweder bewusst ein oder verdrängen das Wissen um die Gefahren des Rauchens.

Doch wie sieht es mit den Nichtrauchern aus? Der vom Raucher inhalierte Rauch enthält durch die hohen Verbrennungstemperaturen bedeutend weniger Schadstoffe, zum Beispiel Nikotin oder Kohlenmonoxid, als der „Qualm“, der entsteht, wenn die Zigarette vor sich hin glimmt. Und der von allen, auch den Nichtrauchern (den „Passivrauchern“), eingeatmet wird. In Deutschland sterben jährlich mindestens 400 Menschen an den Folgen des Passivrauchens, zum Beispiel an Lungenkrebs. Einer Information des Deutschen Krebsforschungszentrums zufolge ist das Lungenkrebsrisiko bei Nichtrauchern aus der Umgebung von Rauchern um 30 bis 40 Prozent erhöht!

Die Konsequenz: Raucherentwöhnung

Das Wissen um die Gefährdung des Nichtrauchers und die Selbstgefährdung des Rauchers haben in den letzten Jahren zahlreiche Entwicklungen begünstigt: Im Vordergrund stehen die Erforschung von geeigneten Raucherentwöhnungsmethoden zur Hilfestellung für den entwöhnungswilligen abhängigen Raucher und die Bemühungen um die Prävention des Rauchens. Letztere zielt auf eine Senkung der Raucherquoten durch eine verbesserte und gezieltere Aufklärung nicht nur der Raucher, sondern insbesondere auch der am meisten gefährdeten Gesellschaftsschichten. Hierzu zählen vor allem Kinder und Jugendliche, in deren Erleben das Rauchen noch nicht die unbeherrschbare Gefahrenquelle, sondern die erstrebte Eintrittskarte in die Welt der Erwachsenen darstellt.

Wie abhängig sind Sie?

Wollen Sie die Stärke Ihrer Abhängigkeit bestimmen? Der folgende **FAGERSTRÖM-TEST FÜR NIKOTIN-ABHÄNGIGKEIT** wurde hierfür entwickelt. Beantworten Sie die Fragen in Ruhe. Die Höhe der Punktzahl lässt auf die Stärke der körperlichen Abhängigkeit schließen.

Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie ihre erste Zigarette?

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|----------|
| innerhalb von 5 Minuten | <input type="checkbox"/> | 3 Punkte |
| innerhalb von 6–30 Minuten | <input type="checkbox"/> | 2 Punkte |
| innerhalb von 31–60 Minuten | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| nach 60 Minuten | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

Finden Sie es schwierig, an Orten, wo ein Rauchverbot besteht, das Rauchen sein zu lassen?

- | | | |
|------|--------------------------|----------|
| ja | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| nein | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

- | | | |
|---------------------|--------------------------|----------|
| die erste am Morgen | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| andere | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?

- | | | |
|-------------|--------------------------|----------|
| bis 10 | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |
| 11–20 | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| 21–30 | <input type="checkbox"/> | 2 Punkte |
| mehr als 30 | <input type="checkbox"/> | 3 Punkte |

Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufstehen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- | | | |
|------|--------------------------|----------|
| ja | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| nein | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- | | | |
|------|--------------------------|----------|
| ja | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| nein | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

Summe: _____ Punkte

Wie viele Punkte haben Sie erreicht?

0 bis 2: Dies spricht für eine **geringe Abhängigkeit**. Sie rauchen wenig und nur bei besonderen Gelegenheiten. Trotzdem sollten Sie künftig auf das Rauchen verzichten. Oft gelingt es Rauchern in diesem Stadium noch, durch eine einfache Willensentscheidung auf das Rauchen zu verzichten.

3 bis 4: Bereits das Vorliegen einer **mittleren Abhängigkeit** spricht für die Verwendung einer Entwöhnungshilfe.

5 bis 7: Bei Ihnen liegt eine **starke Abhängigkeit von Zigaretten** vor. Wir empfehlen Ihnen die Teilnahme an einer Raucherentwöhnungsbehandlung!

8 bis 10: Bei Ihnen liegt eine **sehr starke Abhängigkeit von Zigaretten** vor. Wie bei der starken Abhängigkeit empfehlen wir die Teilnahme an einer Raucherentwöhnungsbehandlung!

Wege aus der Sucht-Entwöhnungsmethoden und Erfolgsaussichten¹

In den sechziger Jahren wurde in den USA mit der Forschung zur Raucherentwöhnung und der Entwicklung verschiedener Formen der Behandlung begonnen. Ausgehend von der Erkenntnis, dass bei der Tabakabhängigkeit sowohl körperliche als auch psychische Faktoren die Abhängigkeit bestimmen, wurden neben der Erforschung medikamentöser Methoden insbesondere auch psychologisch wirksame Verfahren entwickelt.

Im Rahmen dieser Bemühungen entstanden auch viele wirkungslose und zum Teil sogar unseriöse Verfahren. Um die erfolgversprechenden und wissenschaftlich fundierten Methoden von den weniger seriösen Angeboten trennen zu können, wurden folgende Bewertungskriterien aufgestellt. Demnach müssen Raucherentwöhnungsmethoden:

- wissenschaftlich abgeleitet und dauerhaft wirksam sein
- wirtschaftlich und praktikabel bzw. breit anwendbar sein
- zur Rückfallverhütung geeignet sein bzw. den Betroffenen im Falle eines Rückfalls Möglichkeiten zur Bewältigung der Krise an die Hand geben

Was es alles gibt?!

Unter den gegenwärtig angebotenen Methoden zur Raucherentwöhnung sind die folgenden ernsthaft zu diskutieren:

Die **Akupunktur** ist weit verbreitet, die Wirkmechanismen des Verfahrens sind jedoch nicht geklärt. Die Akupunktur gilt als effizient in der Unterstützung der akuten Entwöhnungsphase, langfristige Erfolge konnten bisher nicht sicher nachgewiesen werden.

Für die **Hypnose** als bedeutsamste Form der suggestiven Verfahren gilt Ähnliches wie für die Akupunktur. Sie erzielt sehr gute kurzfristige Erfolge. Die langfristige Effizienz konnte jedoch auch hier in guten, kontrollierten Studien nicht nachgewiesen werden.

Als Nachteil beider Verfahren gilt, dass sie dem Raucher keine Möglichkeiten zur Bewältigung von Krisen und Versuchungssituationen in die Hand geben.

Autogenes Training und **Muskelentspannungstraining** werden zwar als Bausteine einer Raucherentwöhnungsbehandlung häufig eingesetzt. Für sich alleine sind sie jedoch nicht ausreichend wirksam.

Bei den **Verhaltenstherapien** handelt es sich um die umfassendsten, aber auch um die wirksamsten Verfahren zur Raucherentwöhnung. Sie werden zumeist in Gruppen, aber auch einzeln durchgeführt und bestehen aus drei Phasen: der Selbstbeobachtungsphase, der akuten Entwöhnungsphase, sowie einer Phase zur Stabilisierung des Entwöhnungserfolges und zur Rückfallprophylaxe.

¹ modifiziert nach:

Batra A, Brömer-Breitenbücher A, Buchkremer G (1997): Raucherentwöhnung – Indikationen und Konzeptionen. In: Aßfalg/Buss (Hg.): Die Kunst der Indikation. Kongreßband zur Tagung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe, Neuland Geesthacht, S. 104–111.

Batra A (1996): Raucherentwöhnung – aktueller Stand und künftige Entwicklungen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 34, S. 73–77.

- *Die Selbstbeobachtungsphase* hat das Ziel, die Funktionen des Rauchverhaltens im Alltag sichtbar zu machen. Selbstbeobachtung und damit der Erwerb von Wissen über Funktionszusammenhänge eines Verhaltens, das bisher automatisiert und unkontrollierbar erschien, ermöglicht die Vorbereitung auf schwierige Situationen und hilft damit bei der Bewältigung der akuten Entwöhnungsphase sowie bei späteren rückfallkritischen Situationen.
- *Die akute Entwöhnungsphase* erfolgt im Anschluss an die Selbstbeobachtungsphase entweder über die „Punkt-Schluss-Methode“ (sofortiger Rauchstopp) oder über die schrittweise Reduktion des Zigarettenkonsums. Die schrittweise Entwöhnung erfolgt über die Bildung von Teilzielen und den Einsatz von Selbstkontrollregeln. In der Phase der Unterstützung des akuten Entwöhnungsprozesses geht es um den Aufbau von Alternativverhalten zum Rauchen. Dadurch soll ein Ersatz für das Rauchen gefunden und in den Alltag integriert werden. Des Weiteren soll der Entwöhnungserfolg durch den Einsatz von Verträgen und Belohnungen bei Erfolg sowie den Aufbau sozialer Unterstützung abgesichert werden.
- In der Phase der *Stabilisierung des Entwöhnungserfolges* und der *Rückfallprophylaxe* soll der langfristige Erfolg der Entwöhnung dadurch abgesichert werden, dass rückfallkritische Situationen identifiziert und Bewältigungsstrategien entwickelt werden. Das geschieht zum Beispiel in Form von Rollenspielen und über das gezielte Aufsuchen rückfallkritischer Situationen.

Unter den **medikamentösen Verfahren** stehen mit der vorübergehenden Gabe von Nikotin (Nikotinpflaster, -kaugummi oder -nasenspray) oder der Behandlung mit dem Antidepressivum Bupropion (Zyban®) die zurzeit wirkungsvollsten Methoden zur Verfügung. Wirkprinzip der medikamentösen Therapie ist die Milderung der Entzugssymptomatik und des Rauchverlangens, um den Entwöhnungsprozess zu erleichtern. Sowohl die Nikotinersatztherapie als auch die Gabe von Bupropion sind wirkungsvolle Verfahren. Bei Letzterem sind allerdings Einschränkungen bei der Anwendung zu beachten.

Die Kombination aus verhaltenstherapeutischen Selbstkontrollprogrammen mit Verfahren zur Nikotinsubstitution wird dem Verständnis der Tabakabhängigkeit als einer Kombination aus psychologischen und physiologischen Komponenten am ehesten gerecht.

Viele andere Verfahren wie Handauflegen, der Einsatz von Naturprodukten oder spezielle, kostenintensive Verfahren, sind sehr kritisch zu betrachten: Oftmals kommt allein der suggestive Einfluss des Therapeuten, nicht jedoch die wissenschaftliche Basis der Therapie zum Tragen. Der Therapeut kann durch seine geschickte psychologische Unterstützung hohe kurzfristige Erfolgsquoten erzielen. Trotzdem werden viele Raucher bald wieder rückfällig, weil sie in diesen „Therapien“ nicht lernen konnten, mit ihrem ganz eigenen Problem, dem Rauchen, umzugehen.

Tabakentwöhnung – wie man es richtig (und falsch) macht²

Ganz klar: Nur wer wirklich aufhören möchte, schafft es auch. Doch selbst bei einer hohen Motivation kann noch einiges schief gehen. Da, wie bereits erwähnt, die Tabakabhängigkeit sowohl durch eine physische als auch eine psychische Komponente bestimmt ist, müssen in einer Raucherentwöhnung auch beide Kompo-

² modifiziert nach:

Batra A, Buchkremer G (1995): Die Raucherentwöhnung mit Nikotin-Pflaster. Z. ärztl. Fortbild. 89 (5), 505–509.

Batra A, Brömer-Breitenbücher A, Grüninger K, Schram G, Schupp PE, Buchkremer G (1996): Raucherentwöhnung – Behandlungsmöglichkeiten beim niedergelassenen Arzt. TW Neurologie Psychiatrie 10, S. 158–163.

Batra A (1996): Strategien der Raucherentwöhnung – Maximierung der Kosten-Nutzen-Relation. Therapiewoche, 16, S. 861–864.

nenen angegangen werden. Die physische Komponente ist durch die Nikotinabhängigkeit charakterisiert und führt beim Rauchstopp zu körperlichen Entzugssymptomen. Diese umfassen Schlafstörungen, Müdigkeit, Konzentrationsmängel, Nervosität, Unruhe aber auch Verstopfung oder Hungergefühl. Die psychische Abhängigkeit äußert sich in einem heftigen Rauchverlangen, dem Unvermögen, auf das Rauchen in bestimmten Situationen zu verzichten, und der so genannten allgemeinsprachlich umschriebenen „Macht der Gewohnheit“. Das Rauchen wurde „gelernt“ und ist fester Bestandteil des individuellen Verhaltensrepertoires geworden.

Jede ernst gemeinte Raucherentwöhnungsbehandlung muss sich mit beiden Bedingungen der Sucht auseinandersetzen: Zum einen müssen die körperlichen Entzugssymptome gemildert werden, die so heftig sein können, dass sie trotz einer hohen Ausgangsmotivation für eine Abstinenz zum Rückfall führen. Zum anderen müssen Versuchungssituationen überwunden und Gewohnheiten durchbrochen werden.

Die wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Entwöhnung

1. Motivation

Die Motivation für eine Abstinenz muss klar herausgearbeitet werden – nicht allein die zu erwartenden negativen gesundheitlichen Folgen durch das Rauchen, sondern vor allem die positiven Konsequenzen des Nichtrauchens müssen die Motivation begründen. Dazu gehören zum Beispiel die spürbar erhöhte körperliche Leistungsfähigkeit, das wiedergewonnene Gefühl der Unabhängigkeit, finanzielle Einsparungen, eine größere Attraktivität etc.

2. Information

Der entwöhnungswillige Raucher sollte sich über alle zu erwartenden Schwierigkeiten informieren. Unerwartete Komplikationen während der Rauchabstinenz – beispielsweise das Auftreten von Entzugerscheinungen – gefährden die Abstinenz!

3. Verhaltenstherapie

Bei den verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnungsverfahren handelt es sich um die umfassendsten, aber auch um die wirksamsten Verfahren zur Raucherentwöhnung. Sie werden zumeist in Gruppen, aber auch in Einzelbehandlungen durchgeführt. Verhaltenstherapeutische Raucherentwöhnungen werden auch als so genannte „Selbsthilfemanuale“ angeboten. In Büchern und Broschüren werden die erforderlichen verhaltenstherapeutischen Schritte erläutert. Die verhaltenstherapeutische Raucherentwöhnung konzentriert sich auf die Überwindung der psychischen Abhängigkeit.

4. Bekämpfung der Entzugerscheinungen

Eine wichtige Unterstützung für die Raucherentwöhnung ist die erfolgreiche Bekämpfung der Entzugerscheinungen durch Medikamente. Vor allem Raucher mit einem Rauchkonsum von mehr als zehn Zigaretten pro Tag profitieren von einer vorübergehenden Nikotinsubstitution oder von einer Behandlung mit Bupropion. Die „Nikotinersatztherapie“ ist derzeit (seit Juni 2001) in Deutschland als Nikotinpflaster, -kaugummi oder -nasensprayanwendung möglich. Zugelassen, jedoch nicht im Handel befindlich, sind Nikotin-Inhaler und Nikotintablette. Während leichten Rauchern oder Rauchern, die vor allem in bestimmten Situationen zur Zigarette greifen und keinen gleichmäßigen Nikotinspiegel im Blut aufbauen, der unterstützende Einsatz des Nikotinkaugummis angeboten werden kann, profitieren regelmäßige oder stärkere Raucher von einer Pflaster- oder Nasensprayanwendung.

Denkbar ist auch der kontrollierte Einsatz des Nikotinkaugummi oder -nasensprays bei gleichzeitiger Pflasteranwendung, wenn „Krisensituationen“ mit unstillbarem Rauchverlangen eintreten, die durch einen vorübergehenden Anstieg des Nikotinspiegels überwunden werden können.

Empfehlungen zum effektiven Einsatz des Nikotinpflasters

Die Anwendungsvorschriften verlangen eine 24-stündige bzw. 16-stündige Applikation des Pflasters an Rumpf oder Oberarmen. Die Hautverträglichkeit des Pflasters ist gut. Selten kommt es zu Hautirritationen, Kopfschmerzen, Alpträumen und Schlafstörungen oder Magen-Darm-Beschwerden. In der Regel stehen drei verschiedene Pflasterstärken zur Verfügung. Üblicherweise wird bei der höchsten Dosisstufe begonnen. Nach vier bis sechs Wochen wird die nächstniedrigere Dosierung gewählt und nach weiteren zwei bis vier Wochen dann die niedrigste Pflasterstärke, ehe nach weiteren zwei bis vier Wochen die Behandlung beendet wird. Enttäuschungen durch eine angeblich mangelhafte Wirksamkeit können vermieden werden, wenn häufig begangene Fehler in der Empfehlung bzw. Verordnung der Pflasteranwendung Beachtung finden. Dazu zählen: mehrtägiges Tragen eines Pflasters (über den Wirkzeitraum hinaus), das nächtliche Tragen des Nikotinpflasters bei nur geringen körperlichen Entzugssymptomen, der gleichzeitige Zigarettenkonsum und zu hohe oder zu niedrige Einzeldosen. Auch ohne eine begleitende verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenbehandlung – das derzeit wirkungsvollste Verfahren in der Raucherentwöhnung – lässt sich die Effektivität der Behandlung steigern. So helfen wöchentliche Kurzkontakte mit Ärzten oder Apothekern, Dosisfragen zu klären und unerwünschte Wirkungen zu überprüfen.

Empfehlungen zum effektiven Einsatz des Nikotinkaugummi

Der Nikotinkaugummi wird immer dann angewendet, wenn starkes Rauchverlangen oder andere Entzugserscheinungen auftreten. Beim Kauen eines Nikotinkaugummi wird das Nikotin durch die Mundschleimhaut aufgenommen. Bei der Anwendung des Nikotinkaugummi ist es wichtig, den Kaugummi etwa 30 Minuten mit Pausen *langsam* zu kauen, damit sich das gesamte Nikotin aus dem Kaugummi löst. Im Höchstfall sollte ein Kaugummi pro Stunde gekaut werden (d. h. nicht mehr als 16 Stück pro Tag). In der Regel werden Sie feststellen, dass Sie deutlich weniger benötigen. Nach vier bis sechs Wochen sollte die Dosis schrittweise reduziert werden. Der Nikotinkaugummi steht in zwei Stärken zur Verfügung: 4mg sowie 2mg. Der 4mg-Kaugummi hat sich als wirkungsvoller erwiesen. Der Nikotinkaugummi sollte höchstens über drei Monate angewendet werden.

Empfehlungen zum effektiven Einsatz des Nikotinnasensprays

Das rezeptpflichtige Nikotinnasenspray ist für den Einsatz bei starken Rauchern vorgesehen. Die Nikotingabe erfolgt durch je einen Sprühstoß in jedes Nasenloch. Möglich ist sowohl die regelmäßige Anwendung als auch eine Gabe im Bedarfsfall. Das Nasenspray ermöglicht die effektivste Form der Nikotinsubstitution, kann aber eine Abhängigkeit von dieser Darreichungsform verursachen.

Vorsicht !!!

Kinder dürfen den Kaugummi und andere Nikotinprodukte nicht verwenden! Nikotinersatz darf auch in folgenden Fällen nicht benutzt werden:

- bei instabiler Angina pectoris
- wenn Sie vor kurzem einen Schlaganfall hatten
- nach frischem Herzinfarkt
- bei schweren Herzrhythmusstörungen

In der Schwangerschaft und Stillzeit sollte Nikotinersatz nur nach Rücksprache mit dem Arzt und nach einem erfolglosen Versuch zur Tabakabstinenz eingesetzt werden.

Bei Magen-Darm-Erkrankungen (z. B. einer Magenschleimhautentzündung oder Magen-Darm-Geschwüren) oder Erkrankungen der Herzkranzgefäße (z. B. einer stabilen Angina pectoris) sollte der Arzt in jedem Fall zu Rate gezogen werden.

Einen neuen Ansatz verfolgt das im Juli 2000 in Deutschland zugelassene Entwöhnungsmittel Bupropion (Zyban®): Anwender berichten über eine bedeutende Reduktion des Rauchverlangens. Die vermutete Wirkung der Substanz liegt in einer Regulation von Botenstoffen im Gehirn. Häufige Nebenwirkungen sind Schlafstörungen und Schwindel. In ersten Studien konnte nach einem Jahr eine Abstinenzquote von fast 20 Prozent (kontinuierliche Abstinenz) nachgewiesen werden. Weitere Untersuchungen müssen die Wirksamkeit im Vergleich mit anderen Therapieformen belegen. Laut Anwendungsempfehlungen soll das rezeptpflichtige Medikament eine Woche lang eingenommen werden, solange noch geraucht wird. Nach Beginn der Abstinenz sollte die Einnahme noch mindestens sechs Wochen fortgesetzt werden. Raucher mit einer Epilepsie, einer Zuckerkrankheit einer psychischen Erkrankung oder einer anderen schweren Krankheit sollten das Medikament nur in Rücksprache mit ihrem Arzt einnehmen.

Wie hoch ist überhaupt die Wahrscheinlichkeit, abstinent zu werden?

Entscheidend für die Beurteilung der Effektivität einer Behandlungsmethode sind die langfristigen Abstinenzquoten (nach zwölf Monaten). Der Spontanentschluss, das Rauchen aufzugeben, führt nur bei ein bis fünf Prozent der Raucher zur Abstinenz. Der ärztliche Ratschlag kann immerhin bei fünf Prozent der Raucher erfolgreich sein. Die alleinige Gabe von Nikotin zur Raucherentwöhnung erzielt Erfolgsraten zwischen zehn und 15 Prozent. Der Einsatz verhaltenstherapeutischer Selbsthilfemanuale ist in 15 bis 20 Prozent der Fälle und verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung in bis zu 25 Prozent der Fälle wirksam. Im Vergleich zu diesen Zahlen kann die Kombinationsbehandlung aus Verhaltenstherapie und Nikotinsubstitution nach einem Jahr bei bis zu 35 Prozent der Raucher eine Abstinenz erzielen. Die Wirksamkeit der Behandlung mit Bupropion wird ähnlich eingeschätzt. Die Erfolgsaussichten einer Raucherentwöhnung werden durch eine medikamentöse Unterstützung nahezu verdoppelt.

Auf unserer Homepage (www.medizin.uni-tuebingen.de/ukpp/akr/index.html) finden Sie weitere Informationen. Unter anderem diese:

- Der Arbeitskreis Raucherentwöhnung stellt sich vor
- Unsere Forschungsergebnisse
- Laufende Projekte
- Weiterführende Literatur
- Kontaktadressen
- Der Arbeitskreis Raucherentwöhnung in Stichworten



Priv. Doz. Dr. med. Anil Batra

Universitätsklinikum Tübingen
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Osianderstraße 24
72076 Tübingen

Tel.: 07071/29-8 26 85

Fax: 07071/29-41 41

E-Mail: albatra@med.uni-tuebingen.de

Geboren am 15.6.1963 in Heilbronn, verheiratet, 2 Kinder

Ausbildung

10/1982–05/1989

Medizinstudium

05/1989

Ärztliche Prüfung

Klinische Tätigkeiten

06/1989–11/1993

AiP, Assistenzarzt; Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

12/1993–02/1995

Assistenzarzt; Neurologische Klinik im Bürgerhospital Stuttgart

03/1995–12/1998

Assistenzarzt; Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

seit 1/1999

Oberarzt; Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinische Qualifikationen

- Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Klinische Geriatrie
- Fachkunde Suchtmedizin
- Supervisor für Verhaltenstherapie

Promotion (1989)

- Möglichkeiten der echographischen Grauwertanalyse bei pathologisch vergrößerten Milzen

Habilitation (1999)

- Tabakabhängigkeit – Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten

Stipendien/Auszeichnungen

- Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes
- Forschungspreis „Rauchfrei leben 1995“, ausgeschrieben vom Ärztlichen Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit

Hauptforschungsgebiete

- Sucht (Alkoholismus, Tabakabhängigkeit)
- Depressionen
- Schmerzerkrankungen

Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Fachgesellschaften

a) Mitgliedschaften mit Funktion

- **DG-Sucht** – Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (seit Juni 1999), **Vorstandsmitglied** (seit Oktober 2001)
- **SRNT** – Society for Research on Nicotine and Tobacco (seit September 1999), Gründungs- und **Vorstandsmitglied** der **SRNT Europe**, **Schatzmeister** (seit September 2001)
- **WAT** – Wissenschaftlicher Arbeitskreis Tabakentwöhnung (seit Februar 1994, Schatzmeister ab März 1998, **Vorsitzender** seit Oktober 1999)
- Mitglied des **Beratenden Ausschusses für Krebsprävention, Untergruppe Tabakbekämpfung, der Europäischen Kommission**

b) Mitgliedschaft in Fachgesellschaften

- **DGPPN** – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (seit 2/01)
- **AEP** – Arbeitsgemeinschaft Europäischer Psychiater (seit Oktober 1990); Gründungsmitglied der **Sektion Sucht** am 17.10.1990, Schriftführer und Vorstandsmitglied der Sektion Sucht von (23.9.98 bis 31.10.2000)
- **Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e. V.** (seit November 1995)
- **DGNF** – Deutsche Gesellschaft für Nikotinforschung (seit Mai 1999)

c) andere

- Mitglied in der Arbeitsgruppe „Regulation der Nikotinersatzprodukte“ des **WHO-Partnerschaftsprojekts Tabakabhängigkeit**
- Mitbegründer der „Tübinger Suchttherapietage“ und Mitglied des Klinischen und wissenschaftlichen Beirates
- Mitglied im „Forschungsschwerpunkt Suchtforschung“ der Universität Tübingen
- Redaktionsmitglied der Zeitschrift **SUCHT**
- Wissenschaftlicher Beirat des **Institutes für Raucherberatung und Tabakentwöhnung München**

Wissenschaftliche Projekte im Bereich der Tabakabhängigkeit

- „Vergleich verschiedener Raucherentwöhnungsstrategien in Arztpraxen – Eine kontrollierte, prospektive Interventionsstudie“, dreijähriges Forschungsprojekt der DFG; stellvert. Projektleiter (1991–1994)
- „Raucherentwöhnung bei speziellen Risikogruppen“, zweijähriges Forschungsprojekt der DFG; Projektleiter (1995–1997)
- „Raucherentwöhnung – Erfolgsprädiktoren bei Schwangeren“ (Universitäre Förderung)
- „Raucherentwöhnung mit Nikotinnasenspray“ (Industrielle Förderung)
- „Physiologische und genetische Befunde zur Nikotinabhängigkeit bei Schizophrenen, Drogenabhängigen und starken Rauchern“ (Universitäre Förderung)
- „Raucherentwöhnung mit Bupropion“ (Industrielle Förderung)
- „Kontrolliertes Rauchen“ (Industrielle Förderung)
- Development of differential smoking cessation therapies on the basis of biological and psychological predictors. BMBF: Addictive Behaviour: Improving Healthcare through Interdisciplinary Research. Project 9, Förderperiode: 2001–2004

Förderung der Suchtforschung
durch das BMBF



Förderung der Suchtforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung

Fördermaßnahme:

„Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit“

Laufzeit: 1994 bis 2001

Fördersumme: 24 Millionen Euro

Ziele der ersten inhaltlich fokussierten Förderung der Suchtforschung waren: die Erforschung von neurobiologischen Grundlagen der Suchtentwicklung und pharmakologischen Grundlagenforschung zur Therapie, die Entwicklung von Ansätzen für Suchtprävention, therapeutische Behandlungen und die Rehabilitation von Suchtkranken, die Stärkung der epidemiologischen Forschung zu Ursachen und Verbreitung von Substanzmissbrauch und der vergleichenden klinischen Forschung. Durch einen interdisziplinären Ansatz konnte in Deutschland eine kompetitive Suchtforschung etabliert bzw. gefestigt werden.

Aktuelle Fördermaßnahme:

„Forschungsverbünde für Suchtforschung“

Laufzeit: 2001 bis 2004

Fördersumme: 9 Millionen Euro

Zur Weiterentwicklung der Suchtforschung fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) seit 2001 vier Forschungsverbünde. Mit dieser zweiten Initiative unterstützt das BMBF vor allem die anwendungsorientierte Suchtforschung. Die Forschung soll stärker auf die Versorgung ausgerichtet und der Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgung soll intensiviert werden. Vorgesehen ist auch, regionale Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Versorgung und Forschung zu entwickeln. Außerdem ist beabsichtigt, die universitäre Suchtforschung – einschließlich geeigneter Aktivitäten in der Lehre und der Aus- und Weiterbildung – dauerhaft zu etablieren. Nach der ersten Förderphase von drei Jahren ist eine zweite mit weiteren drei Jahren und ca. neun Millionen Euro vorgesehen.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.gesundheitsforschung-bmbf.de.

SUCHT –Zeitschrift für
Wissenschaft und Praxis

Themenschwerpunkt: BMBF-Forschungsverbände für die Suchtforschung

Bildnachweis

Flasche:	DAK/Wigger
Blister:	DAK/Wigger
Cigarettes, close-up:	Stone
Lines of cocaine:	Stone
Syringe (pink):	Taxi
Image No 557024:	digital vision