

# Inhalt

Geleitwort	7
Abkürzungen	15
1 Einleitung	19
2 Die gerontologische Perspektive Demografische, gesellschaftliche, sozialpolitische medizinische und neuropsychologische Rahmenbedingungen	25
2.1 Demographischer Wandel	25
2.2 Gesellschaft und Alter(n)	28
2.3 Bilder vom Alter – Einstellungen zum Altern	29
2.4 Psychische Entwicklung im Alter(n)	33
2.5 Gesundheit und Krankheit im Alter(n)	37
2.6 Altersmedizin	41
2.7 Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie	44
2.8 Zusammenfassung	46
3 Grundlagen Suchttheorien, Suchtentstehung, Neurobiologie, Epidemiologie	49
3.1 Sucht und Abhängigkeit	49
3.2 Diagnostische Kriterien	50
3.3 Neurobiologische Grundlagen	55
3.3.1 Dopaminerges Verstärkungssystem und Suchtgedächtnis	55
3.3.2 Altersabhängige Veränderungen des dopaminergen Verstärkungs- systems	64
3.4 Suchtentstehung und Suchttheorien	66
3.4.1 Dimension Individuum	66
3.4.1.1 Psychodynamische Konzepte	68
3.4.1.2 Lerntheoretisch fundierte Konzepte	71
3.4.1.3 Psychiatrische Komorbidität	71
3.4.2 Dimension Umwelt	72
3.4.3 Dimension Droge	73
3.4.3.1 Suchtpotenzial	73
3.4.3.2 Epidemiologie	74
3.4.3.2.1 Alkohol	74

	3.4.3.2.2 Schlaf- und Beruhigungsmittel, Benzodiazepine . . . . .	79
	3.4.3.2.3 Schmerzmittel – Opiate . . . . .	82
	3.4.3.2.4 Illegale Drogen . . . . .	84
	3.4.3.2.5 Tabak – Rauchen – Nikotin . . . . .	86
3.5	Zusammenfassung . . . . .	87
4	<b>Klinik</b>	
	<b>Diagnostik – Substanzwirkungen – Verlauf – Abhängigkeit – Entzug . . . . .</b>	<b>90</b>
4.1	Erkennung und Diagnostik . . . . .	90
4.1.1	Alkohol . . . . .	91
4.1.2	Schlaf- und Beruhigungsmittel – Benzodiazepine (BZD) . . . . .	93
4.1.3	Schmerzmittel – Opiate – illegale Drogen . . . . .	95
4.1.4	Tabak – Rauchen – Nikotin . . . . .	96
4.2	Substanzwirkungen – Verlauf – Abhängigkeit – Entzug . . . . .	97
4.2.1	Alkohol . . . . .	97
	4.2.1.1 Pharmakologie . . . . .	97
	4.2.1.2 Neurobiologie . . . . .	98
	4.2.1.3 Intoxikation und Entzug . . . . .	100
	4.2.1.4 Besonderheiten des Alkoholstoffwechsels im Alter . . . . .	102
	4.2.1.5 Klinische Erscheinungsbilder von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Alter . . . . .	103
	4.2.1.6 Alkoholfolgeschäden . . . . .	105
4.2.2	Benzodiazepine . . . . .	106
	4.2.2.1 Pharmakologie . . . . .	106
	4.2.2.2 Neurobiologie und Benzodiazepinwirkungen . . . . .	107
	4.2.2.3 Suchtpotential und Benzodiazepinabhängigkeit . . . . .	109
	4.2.2.4 Benzodiazepinentzug . . . . .	112
	4.2.2.5 Wie häufig ist Benzodiazepinabhängigkeit? . . . . .	115
	4.2.2.6 Besonderheiten der Benzodiazepin-Pharmakologie im Alter . . . . .	117
4.2.3	Nicht-Benzodiazepin-Schlaf- und Beruhigungsmittel . . . . .	121
	4.2.3.1 Benzodiazepin-Analoga und Clomethiazol . . . . .	121
	4.2.3.2 Weitere Substanzen . . . . .	122
4.2.4	Opiate als Schmerzmittel und illegale Drogen . . . . .	123
	4.2.4.1 Pharmakologie und Neurobiologie . . . . .	123
	4.2.4.2 Opiatabhängigkeit allgemein . . . . .	127
	4.2.4.3 Opiatentzug . . . . .	127
	4.2.4.4 Besonderheiten der Opiat-Pharmakologie im Alter . . . . .	128
	4.2.4.5 Heroinabhängigkeit . . . . .	128
4.2.5	Andere illegale Drogen . . . . .	130
	4.2.5.1 Kokain, Stimulanzen . . . . .	130
	4.2.5.1.1 Kokain, Stimulanzen – Pharmakologie . . . . .	130
	4.2.5.1.2 Kokain, Stimulanzen – Abhängigkeit . . . . .	132

4.2.5.2	Cannabis	133
4.2.5.2.1	Cannabis – Pharmakologie	133
4.2.5.2.2	Cannabisabhängigkeit	134
4.2.6	Alternde Heroin- bzw. Drogenabhängige	135
4.2.7	Tabak – Rauchen – Nikotin	137
4.2.7.1	Pharmakologie	137
4.2.7.2	Neurobiologie	140
4.2.7.3	Nikotinabhängigkeit	141
4.2.7.4	Nikotinabhängigkeit und Depression	142
4.2.7.5	Gesundheitliche Folgen des Rauchens	143
4.3	Zusammenfassung	145
5	<b>Kognition</b>	
	Substanzmissbrauch – kognitive Beeinträchtigungen – Demenz	147
5.1	Alkohol	147
5.1.1	Neurobiologische Befunde	149
5.1.2	Neuropsychologische Befunde	151
5.1.3	Wie schädigt Alkohol das Gehirn?	153
5.1.4	Wernicke-Enzephalopathie und Korsakoff-Syndrom	155
5.1.4.1	Pathophysiologie	156
5.1.4.2	Neuropathologie	158
5.1.4.3	Wernicke-Enzephalopathie: Klinisches Bild und Diagnose	158
5.1.4.4	Korsakoff-Syndrom: Klinisches Bild und Neuropsychologie	161
5.1.4.5	Korsakoff-Syndrom ohne Wernicke-Enzephalopathie?	162
5.1.5	Primäre Alkoholdemenz und alkoholassozierte Demenz	163
5.1.6	Alkohol als Risikofaktor für degenerative Demenzerkrankungen	166
5.2	Schlaf- und Beruhigungsmittel, Benzodiazepine	168
5.3	Opiate	171
5.3.1	Opiatanalgetika	171
5.3.2	Opiatmissbrauch	172
5.4	Andere illegale Drogen	173
5.4.1	Kokain und Stimulanzien	173
5.4.2	Cannabis	174
5.4.3	HIV-Enzephalopathie und HIV-Demenz	175
5.5	Tabak – Rauchen – Nikotin	178
5.6	Zusammenfassung	178
6	<b>Therapie</b>	
	Schadensbegrenzung, Motivationsförderung, Therapiekonzepte	181
6.1	Allgemeine Aspekte	181
6.1.1	Vom Abstinenzparadigma zur „harm reduction“	181
6.1.2	„Stages of change“	183
6.1.3	Motivierende Gesprächsführung	185
6.1.4	Therapieprozess, Therapieplanung	188

6.2	Substanzspezifische Aspekte . . . . .	194
6.2.1	Alkohol . . . . .	194
6.2.1.1	Therapie des Alkoholentzugs und des Alkoholentzugsdelirs . . . . .	194
6.2.1.2	Therapie und Prophylaxe der Wernicke-Enzephalopathie . . . . .	196
6.2.1.3	Therapeutische Optionen bei alkoholassozierten kognitiven Beeinträchtigungen . . . . .	197
6.2.1.4	Nach dem Entzug – die weitere (Entwöhnungs-)Behandlung . . . . .	198
6.2.1.5	Medikamente zur Abstinenzförderung und Rückfallprophylaxe . . . . .	199
6.2.1.6	Besonderheiten der Alkoholentwöhnung im Alter . . . . .	201
6.2.2	Schlaf- und Beruhigungsmittel, Benzodiazepine . . . . .	204
6.2.2.1	Allgemeines zur Benzodiazepinentzugsbehandlung . . . . .	204
6.2.2.2	Indikation zur Benzodiazepinentzugsbehandlung . . . . .	207
6.2.2.3	Durchführung der Benzodiazepinentzugsbehandlung . . . . .	208
6.2.2.4	Längerfristige Prognose nach Benzodiazepinentzug . . . . .	211
6.2.2.5	Besonderheiten der Benzodiazepinentzugsbehandlung im Alter . . . . .	212
6.2.2.6	Prävention: Grundsätze für die Anwendung von Benzodiazepinen und Benzodiazepin-Analoga . . . . .	213
6.2.3	Schmerzmittel, Opiate, illegale Drogen im Alter . . . . .	214
6.2.3.1	Opiate in der Schmerzbehandlung . . . . .	214
6.2.3.2	Heroin und andere illegale Drogen . . . . .	215
6.2.3.2.1	Polytoxikomanie, „harm reduction“ und Substitutionsbehandlung . . . . .	215
6.2.3.2.2	Heroinentzug . . . . .	216
6.2.3.2.3	Heroin – Substitutionsbehandlung . . . . .	216
6.2.3.2.4	Besonderheiten bei alternden Heroinabhängigen . . . . .	218
6.2.3.2.5	Kokain, Stimulanzien . . . . .	218
6.2.3.2.6	Cannabis . . . . .	219
6.2.4	Tabak – Rauchen – Nikotin . . . . .	220
6.2.4.1	Motivation zum Rauchstopp . . . . .	220
6.2.4.2	Nutzen des Rauchstopps . . . . .	220
6.2.4.3	Prädiktoren für erfolgreichen Rauchstopp . . . . .	221
6.2.4.4	Rauchstopp im Alter . . . . .	221
6.2.4.5	Hemmnisse für Rauchstoppversuche im Alter . . . . .	223
6.2.4.6	Ausgangsbedingungen für die Raucherentwöhnung und Minimalinterventionen . . . . .	224
6.2.4.7	Raucherentwöhnungsprogramme . . . . .	225
6.2.4.8	Medikamente zur Raucherentwöhnung . . . . .	230
6.2.4.9	Erfolgsaussichten der Raucherentwöhnung . . . . .	232
6.2.4.10	Rauchen, Rauchstopp und Körpergewicht . . . . .	233
6.2.4.11	Raucherentwöhnung bei psychiatrischer Komorbidität . . . . .	234
6.3	Zusammenfassung . . . . .	235

7	Ausblick . . . . .	237
	Anhang . . . . .	247
	Literatur . . . . .	273
	Nützliche Internetadressen . . . . .	284
	Stichwortverzeichnis . . . . .	285