

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 Verstärkungssystems	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
	9

	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	Klinik	
	Diagnostik – Substanzwirkungen – Verlauf – Abhängigkeit – Entzug	90
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	Kognition	
	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 Neuro- psychologie	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 Stimulanzen	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	Therapie	
	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 alkoholassoziierten 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