

Psychische Gesundheit und Sucht



Fachverband Sucht: Kantonales Austauschtreffen Deutschschweiz

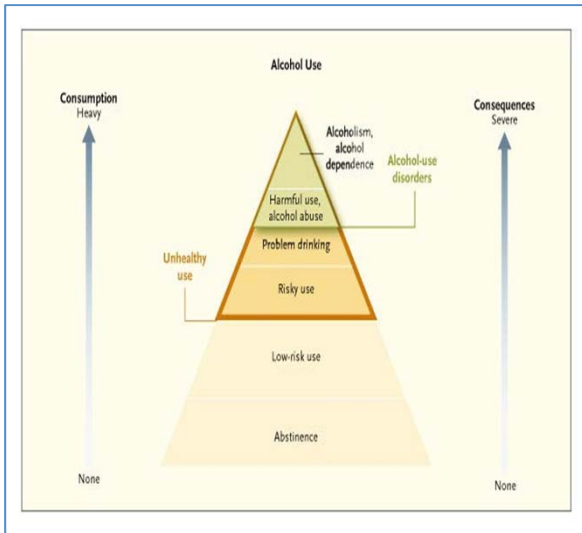
Prof. Dr. phil. Franz Moggi, EMBA, Chefspsychologe
Fachpsychologe für Psychotherapie FSP / eidg. anerkannter Psychotherapeut
Leiter Klinisch Psychologischer Dienst
Psychologischer Leiter Kompetenzzentrum Psychotherapie
Leiter Suchtforschungsgruppe und Koordinator Netzwerk Suchtpsychiatrie

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60

Definitionen von Gesundheit gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO)

- > Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.
 - Kontinuum von Krankheit und Gesundheit
 - Mehrdimensionalität: naturwissenschaftliche, medizinische, psychologische, soziologische, ökonomische und ökologische Dimension
- > Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.

Klassifizierung von Alkoholkonsum und -problemen: Menge und Folgen



> **Konsumkriterien**

- Toleranzentwicklung
- Entzugssymptome
- Suchtdruck
- Kontrollverlust
- Hoher Zeitaufwand

> **Konsumfolgen**

- Einschränkung von sozialen, beruflichen und Freizeitaktivitäten
- Versagen bei der Erfüllung von wichtigen Verpflichtungen
- Soziale oder zwischenmenschliche Probleme (z.B. Partnerschaft)
- Körperliche (z.B. Lebererkrankungen) und psychische Probleme (z.B. Depression)

WHO (2005); APA (2015) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-5)*

3

Alkohol: Welche Konsummenge ist (noch) gesund?

> **1 Standardgetränk**

(SD) = 10-12 g
reiner Alkohol

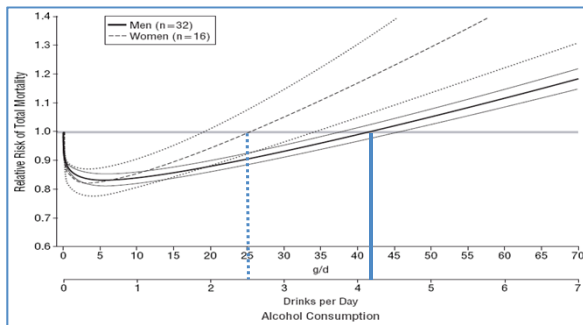


> **Risikoreicher Konsum**

- > 2 SD = 20g (w)
- > 4 SD = 40g (m)

> **Rauschtrinken**

- > 4 SD (w)
 - > 5 SD (m)
- pro Trinkgelegenheit



Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2015); Di Castelnuovo et al. (2006) *Arch Intern Med*

4

Definitionen risikoreichen, gesundheitsgefährdenden Suchtmittelkonsums in der Schweiz gemäss BAG

- > Alkohol: > 2 SD (w) bzw. > 4 SD (m) pro Tag bzw. Rauschtrinken
- > Nikotin: täglich
- > Medikamente: tägliche oder fast tägliche Einnahme von zumindest einem psychoaktiven Medikament (Schlaf-, Beruhigungs-, starke Schmerzmittel oder Psychostimulanzien)
- > Cannabis: 1 x wöchentlich
- > Andere illegale Drogen: mindestens 1 x jährlich

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2018) <http://www.bag.admin.ch/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit>

5

Diagnosen im Zusammenhang mit Störungen durch Substanzkonsum nach DSM-5

	Psycho- tische Störungen	Bipolare Störungen	Depressive Störungen	Angst- störungen	Zwangs- störung und verwandte Störungen	Schlaf- störungen	Sexuelle Funktions- störungen	Delir	Neuro- kognitive Störungen	Substanz- intoxikation	Substanz- entzug
Alkohol	I/E	I/E	I/E	I/E		I/E	I/E	I/E	I/E/P	X	X
Koffein				I		I/E				X	X
Cannabis	I			I		I/E		I		X	
Halluzinogene	I	I	I	I				I		X	
Inhalanzien	I		I	I				I	I/P	X	
Opioide			I/E	E		I/E	I/E	I/E		X	X
Sedativa, Hypnotika, Anxiolytika	I/E	I/E	I/E	E		I/E	I/E	I/E	I/E/P	X	X
Stimulanzien	I	I/E	I/E	I/E	I/E	I/E	I	I		X	X
Tabak						E					X
Andere (oder unbekannte) Substanz	I/E	I/E	I/E	I/E	I/E	I/E	I/E	I/E	I/E/P	X	X

APA (2015) *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-5)*

6

Komorbidität

Hier Spezialfall psychische Störung und Sucht

- > Gemeinsames Auftreten (=Komorbidität) einer psychischen Störung und einer Störung durch Substanzkonsum bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum
- > Psychische Störungen (Beispiele)
 - Angststörungen, Depressionen, Psychosen
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Essstörungen
- > Störungen durch Substanzkonsum
 - Missbrauch oder Abhängigkeit von einer/mehreren Substanz/en
 - Alkohol, Medikamente, Cannabis, Heroin, Kokain etc.
 - Verhaltensüchte: Gambling und Gaming
- > Diagnosen nach ICD-10/11 und/oder DSM-5

7

Lebenszeitprävalenzen in repräsentativen Bevölkerungstichproben

Psychische Störung	Bipolar I	Depression	Schizophrenie	Angststörungen	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
Substanzstörung	61%	42%	47%	24%	84%
Risikoerhöhung	7	2	5	2	30

ECA (1990); NCS (1994); NESARC (2005)

8

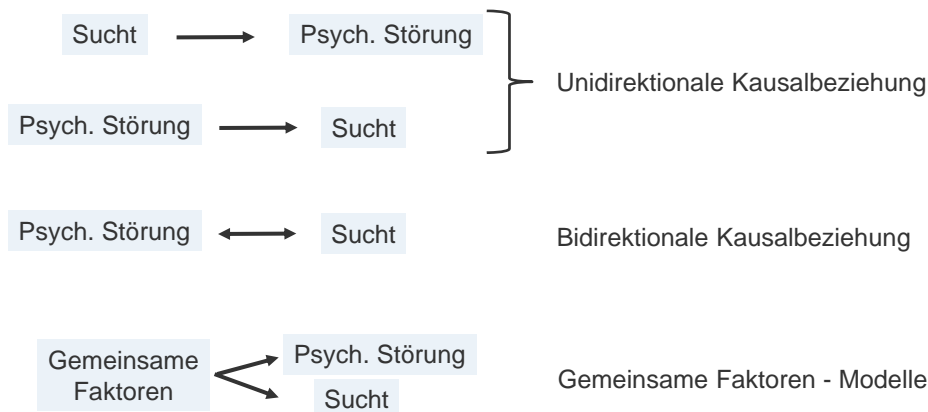
Häufigkeit von Komorbidität

	ECA		NCS		NESARC		ECA		NCS		NESARC	
	LP in %		LP in %		12M in %		OR		OR		OR (95% CI)	
	Alk	SKS	Alk	SKS	Alk	SKS	Alk	SKS	Alk	SKS	Alk	SKS
Komorbidität, bei der zunächst eine psychische Störung und danach eine Substanzkonsumstörung aufgetreten ist.												
Schizophrenie	33.7	27.5	-	-	-	-	3.3	6.2	-	-	-	-
Depression	16.5	18.0	27.9	34.5	16.4	6.6	1.6	3.8	3.7	3.6	1.9 (1.7-2.1)	9.0 (6.5-12.7)
Bipolare Störungen	46.2	40.7	32.0	34.5	47.8	21.2	4.6	8.3	2.7	2.8	3.5 (2.8-4.2)	10.2 (6.6-13.4)
Angststörungen	17.9	11.9	40.9	54.4	13.0	2.4	1.8	2.5	2.1	2.1	2.3 (2.1-2.6)	6.2 (4.4-8.7)
Persönlichkeitsstörungen (v.a. ASP)	73.6	42.0	58.3	45.0	30.3	39.5	14.7	13.4	11.7	13.9	6.5 (5.3-8.0)	18.5 (13.6-25.1)
Komorbidität, bei der zunächst eine Substanzkonsumstörung und danach eine andere psychische Störung aufgetreten ist.												
Schizophrenie	3.8	6.8	-	-	-	-	5.1	2.4	-	-	-	-
Depression	13.4	26.4	32.0	34.5	13.7	40.0	-	-	-	-	-	-
Bipolare Störungen	1.9	6.3	2.0	2.5	17.4	22.8	3.7	5.5	-	-	-	-
Angststörungen	19.4	28.3	21.4	14.6	17.1	43.0	-	--	-	-	-	-
Persönlichkeitsstörungen (v.a. ASP)	14.3	17.8	21.3	30.3	19.2	15.2	3.1	3.3	-	-	-	-

Moggi & Preuss (2018) *Psychiatrische Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen*

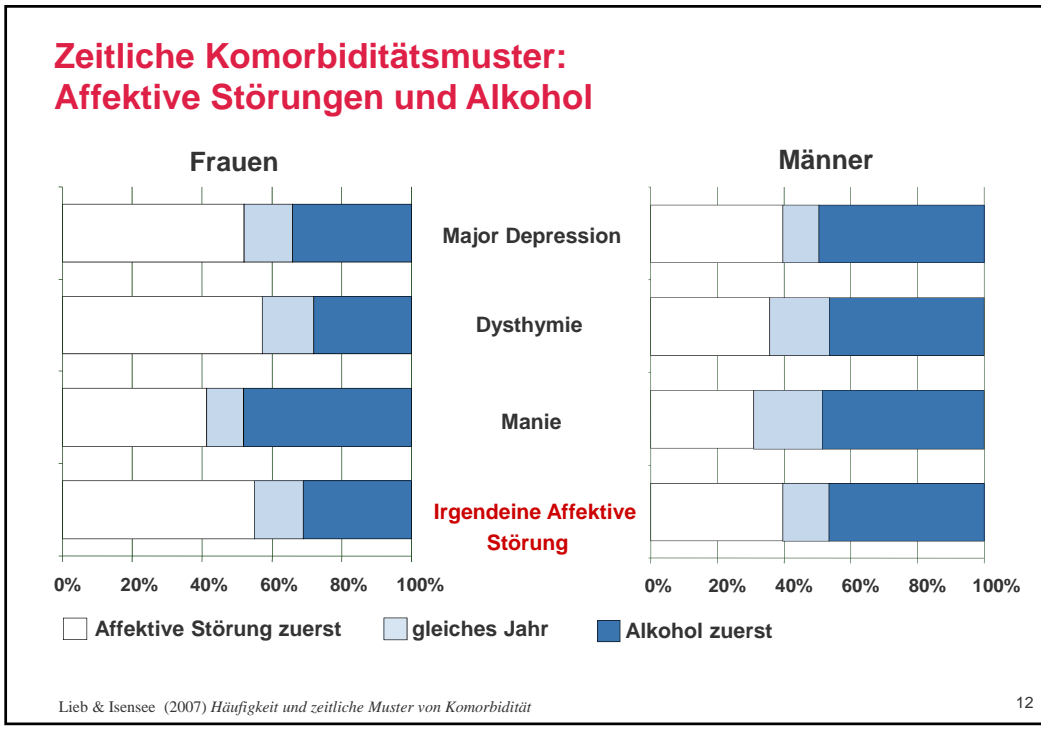
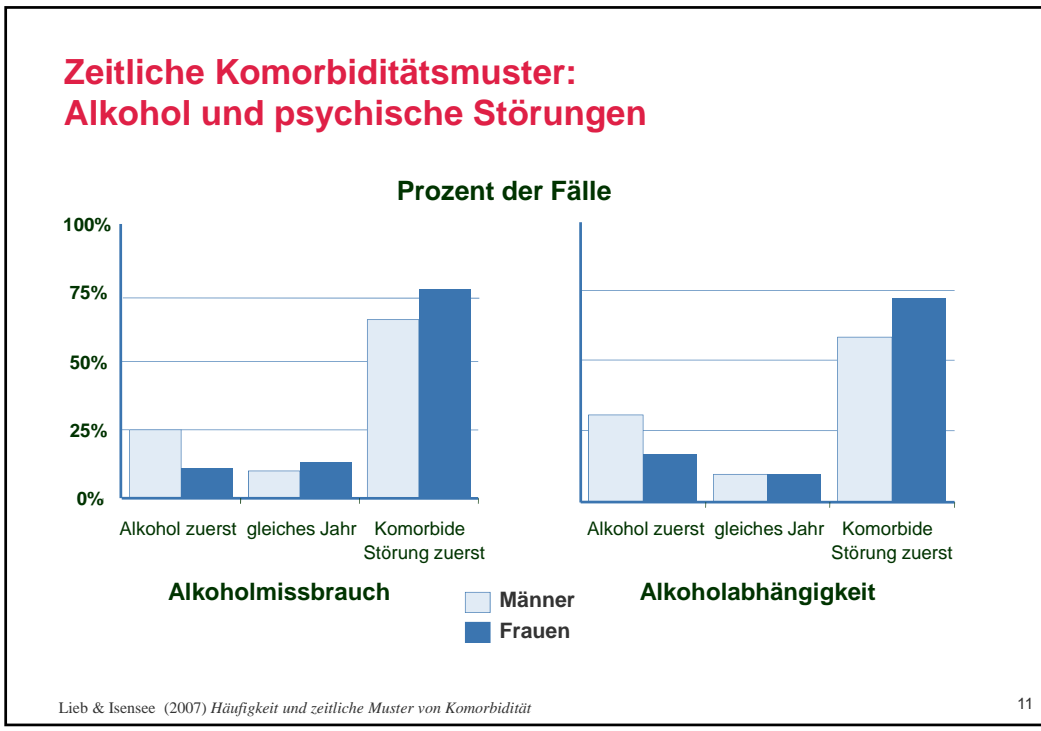
9

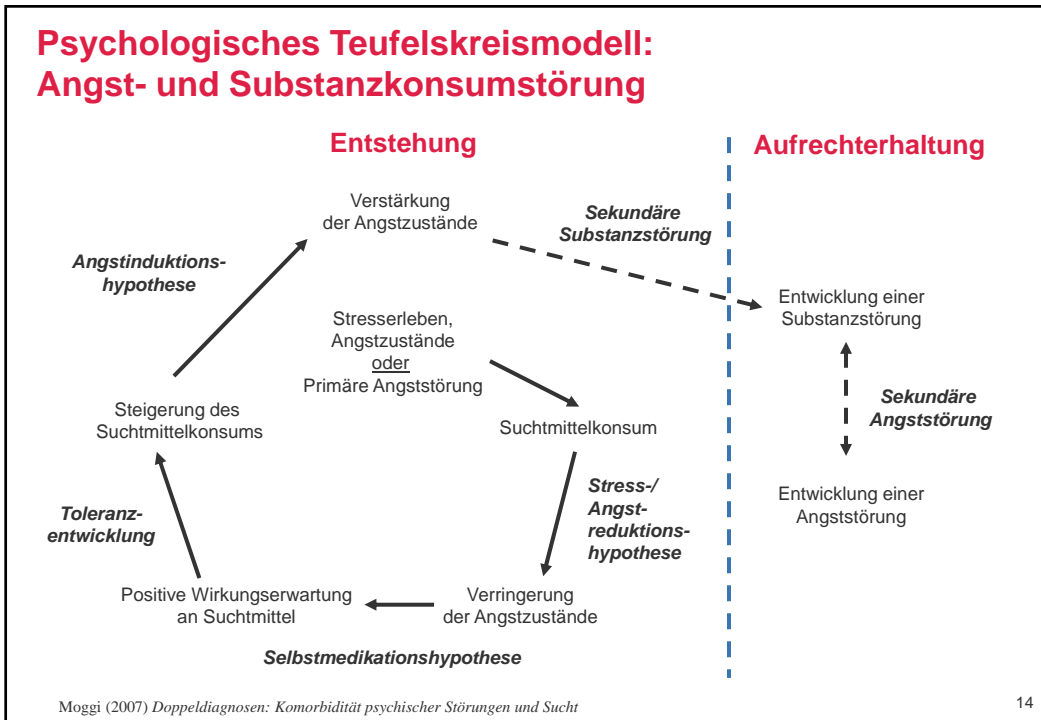
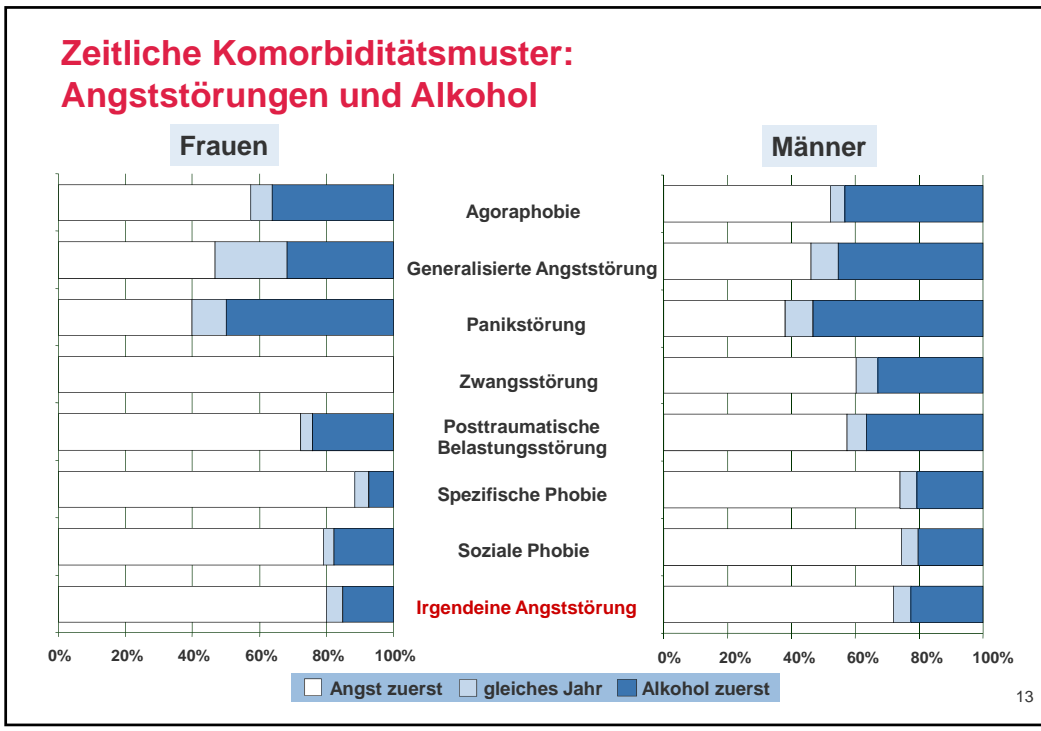
Ätiologie: Ursachenmodelle



Moggi (2018; in press) *Theoretische Modelle zur Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*

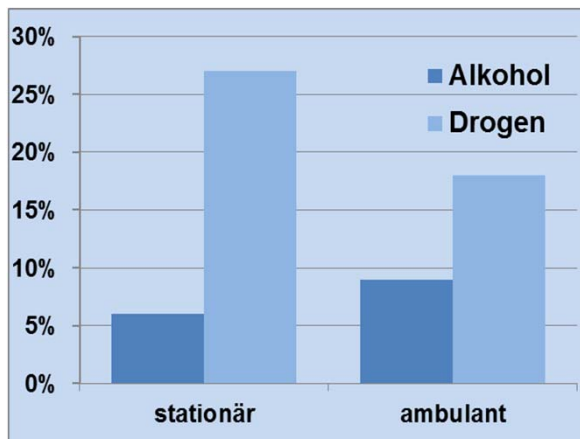
10





ADHS und Substanzkonsumstörungen

- > Prävalenz Kinder bei ca. 5.3%; Erwachsene bei ca. 4%
- > Metaanalyse in Behandlungssettings für Substanzkonsumstörungen
 - 29 Studien mit 6'689 Personen: 23.1% (Bandbreite: 2-83%)
- > International ADHD in Substance Use Disorder Prevalence Study (IASP)
 - 10 Länder
 - 1'276 Patienten
 - Gleiche Methode
 - 7.6 – 32.6%



Polanczyk et al. (2007) *Am J Psychiatry*; Fayyad et al. (2007) *BJP*; van Emmerik et al. (2012) *Drug Alc Dep*; www.adhdandsubstanceabuse.org

15

Substanzkonsum und -störungen: Schweizer Stichprobe von rund 5'000 Männern

12 Monate vor Ersterhebung	ADHS- (ASRS < 14)	ADHS+ (ASRS ≥ 14)	χ^2 / t
Alkohol			
Standarddrinks pro Woche (M, SD)	7.7 (12.01)	11.0 (17.25)	-3.23***
Störung durch Alkoholkonsum (%)	9.5	25.5	53.99***
Nikotin			
Zigaretten pro Woche (M, SD)	49.4 (54.75)	69.1 (66.10)	-3.46***
Nikotinabhängigkeit (%)	9.9	20.0	21.73***
Cannabis			
Konsumtage pro Jahr (M, SD)	89.1 (124.42)	111.4 (136.86)	-1.94
Störung durch Cannabiskonsum (%)	8.0	21.9	48.43***
Drogenkonsum (%)			
Amphetamin / Methamphetamin	3.1	6.5	6.71**
Ecstasy / MDMA	3.4	8.4	13.20***
Halluzinogen	3.7	9.3	16.13***
Heroin	0.4	0.9	0.54
Kokain	2.9	9.3	25.87***
Konsum nicht verschriebener Medikamente (%)			
ADHS Medikamente (Methylphenidat, Amphetaminsulfat)	1.7	5.6	15.15***
Sedativa (Beruhigungs-, Schlafmittel)	4.1	12.2	29.45***

Anmerkung. ** p < .01, *** p < .001

Vogel et al. (2016) *Addiction*

16

Eskalation und Beginn von Substanzkonsum nach 15 Monaten

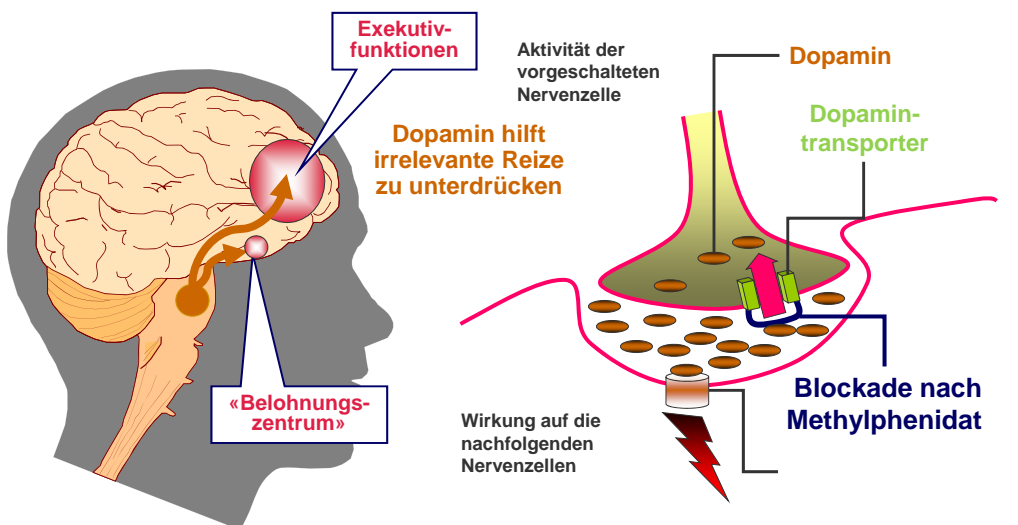
Eskalation / Beginn von Substanzkonsum	ADHS- (ASRS < 14)	ADHS+ (ASRS ≥ 14)	OR / B	CI (95%)
Eskalation (M, SD; standardisiert, Gesamtstichprobe)				
Standarddrinks pro Woche	0.6 (11.66)	-1.0 (14.96)	-1.75	-3.41-0.09
Anzahl Zigaretten pro Woche	2.2 (28.63)	0.5 (35.04)	-1.73	-5.74-2.27
Cannabis-Konsumtage pro Jahr	-1.4 (55.60)	-4.9 (90.69)	-2.52	-11.50-4.49
Beginn des Substanzkonsums (%; kein Konsum der Substanz bei Ersterhebung)				
Alkohol	34.6	43.8	2.10	0.69 - 6.37
Zigaretten	14.0	14.3	1.07	0.59 - 1.96
Cannabis	11.8	19.3	1.85*	1.12 - 3.06
Amphetamin / Methamphetamin	2.4	8.0	3.81***	2.20 - 6.60
Ecstasy / MDMA	3.4	6.1	2.01*	1.09 - 3.69
Halluzinogen	3.0	6.2	2.24*	1.22 - 4.12
Heroin	0.6	1.9	3.62**	1.25 -10.74
Kokain	2.4	6.7	3.25***	1.79 - 5.90
ADHS Medikamente (Methylphenidat, Amphetaminsulfat)	1.0	4.0	4.45***	2.06 - 9.60
Sedativa (Beruhigungs-, Schlafmittel)	3.3	11.8	2.43**	1.32 - 4.48

Anmerkung. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001; Kovariaten: Alter, Sprache, Beziehungsstatus, Ausbildung, Arbeit; SSV

Vogel et al. (2016) *Addiction*

17

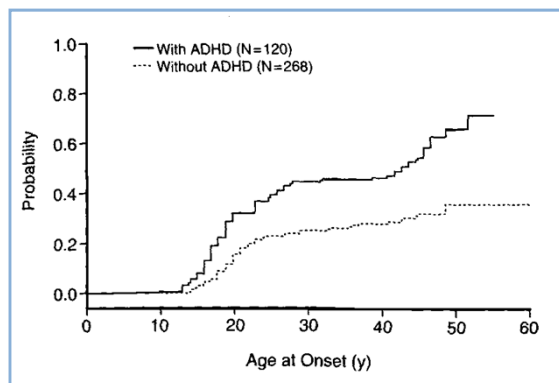
Neurobiologisches Ursachenmodell



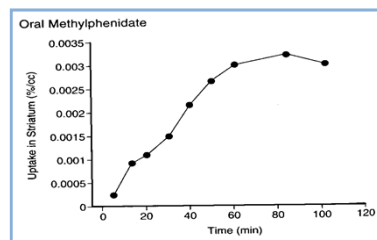
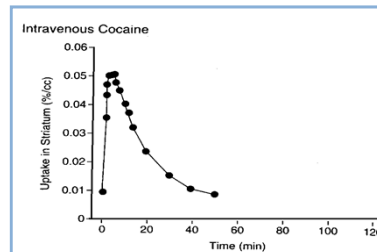
Döpfner et al. (2003) *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*

18

Erhöhtes Suchtpotential durch Behandlung?



Meta-Analyse: Risikoreduktion um 5.8 bei Jugendlichen und 1.4 bei Erwachsenen



Wilens et al. (2003) *Pediatrics*; Volkow et al. (1995) *Biol Psychiatry*

19

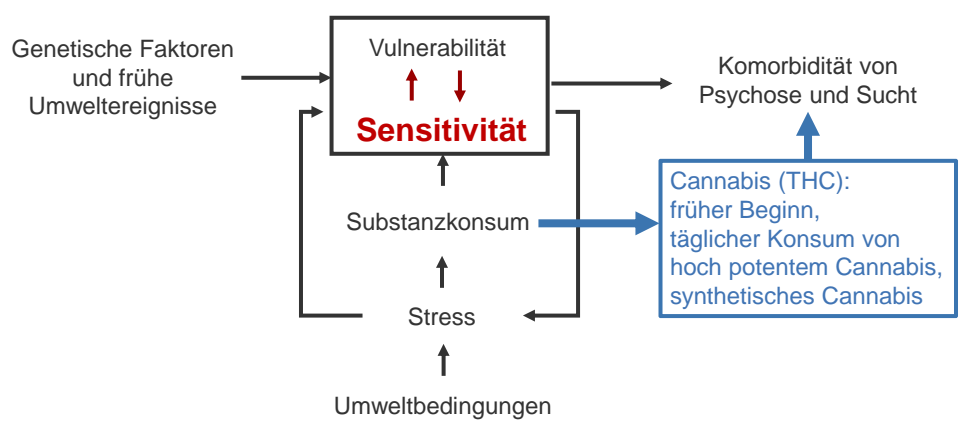
Ursachemodelle für Psychose und Sucht

- > Selbstmedikationshypothese
 - „Behandlung“ psychotischer Symptome
- > Affektregulationsmodell
 - Verringerung von Dysphorie
- > Hypothese des sozialen Abstiegs («social drift hypothesis»)
- > Psychoseinduktion («bad trips»)
 - Cannabis, Halluzinogene und Stimulanzien
- > Gemeinsame Ätiologie
 - Dysfunktion des zentralen dopaminergen Systems
 - Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Gouzoulis-Mayfrank (2010) *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*

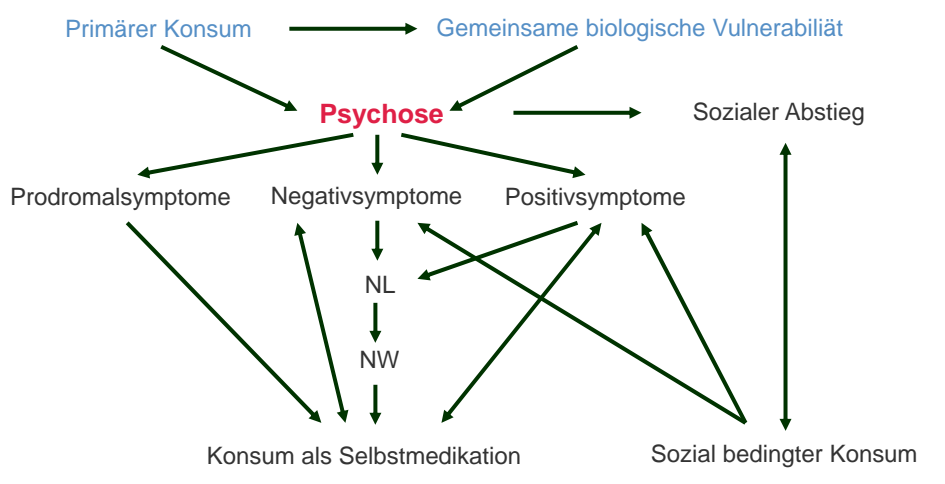
20

Sensitivitätsmodell: Schizophrenie und Substanzkonsumstörung



Mueser et al. (2007) *Komorbidity von Schizophrenie/Bipolaren Störungen und Sucht*; Murray et al. (2017) *Neuropharmacology* 21

Integrationsversuch



Gouzoulis-Mayfrank (2010) *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 22

Schlussfolgerungen

- > Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit bzw. Krankheit und Suchtmittelkonsum bzw. Substanzkonsumstörung:
 - vielfältig und abhängig von der jeweiligen Komorbiditätsform
 - vorwiegend biologische und psychologische, weniger soziale Erklärungsmodelle
 - individuelle Entwicklungsgeschichte beachten
 - Unterscheidung zwischen Entstehung und Aufrechterhaltung
- > Weniger als die Hälfte der Suchtmittelabhängigen haben eine psychische Störung (Selbstmedikations- → Affektregulationsmodell).
- > Substanzkonsumstörungen machen auf lange Sicht krank - auch psychisch.
- > Psychische Störungen treten häufiger auf - ohne Suchtbeteiligung.
- > Präventions- und Behandlungsmodelle für die einzelnen Störungen wirken mit grosser Wahrscheinlichkeit auch bei Komorbidität.

23

Literatur



24