

# Wissenschaftliche Ergebnisse zur wirksamen Behandlung von Komorbidität

## Fortbildung Update Sucht interdisziplinär 2019 Sucht und Komorbidität

St. Gallen 29. August 2019

Prof. Dr. phil. Franz Moggi, Executive MBA, Chefpsychologe  
Leiter Klinisch Psychologischer Dienst  
Psychologischer Leiter des Kompetenzzentrum Psychotherapie  
Leiter Arbeitsgruppe Suchtforschung  
Koordinator Netzwerk Suchtpsychiatrie

Universitätsklinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Universität Bern



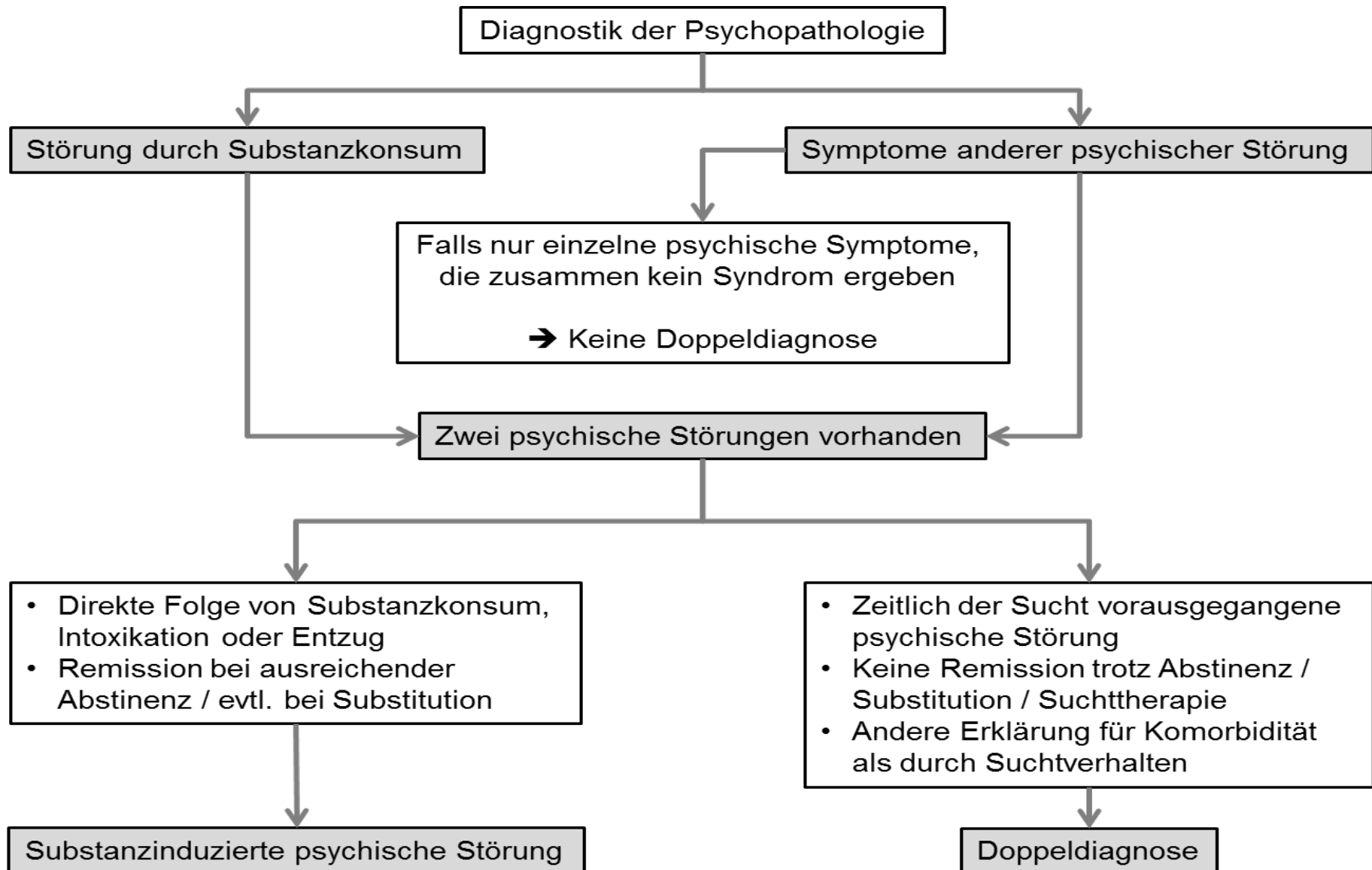
# Definition Komorbidität

- > **Eigentlich Spezialfall von Komorbidität: Doppeldiagnose**  
Gemeinsames Auftreten (=Komorbidität) einer psychischen Störung und einer Störung durch Substanzkonsum bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum
- > **Psychische Störungen (Beispiele)**
  - Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Bipolare Störung, Schizophrenie, ADHS etc.
  - Persönlichkeitsstörungen
- > **Störungen durch Substanzkonsum und Verhaltenssüchte**
  - Alkohol, Medikamente, Cannabis, Heroin, Kokain etc.
  - Missbrauch/Abhängigkeit von einer/mehreren Substanz/en im ICD-10  
ODER Schweregrad nach DSM-5
  - Neu: Spielsucht ('gambling') und bald Internetspiele «gaming» im ICD-11
- > **Diagnosen nach ICD-10 (bald ICD-11) oder DSM-5**

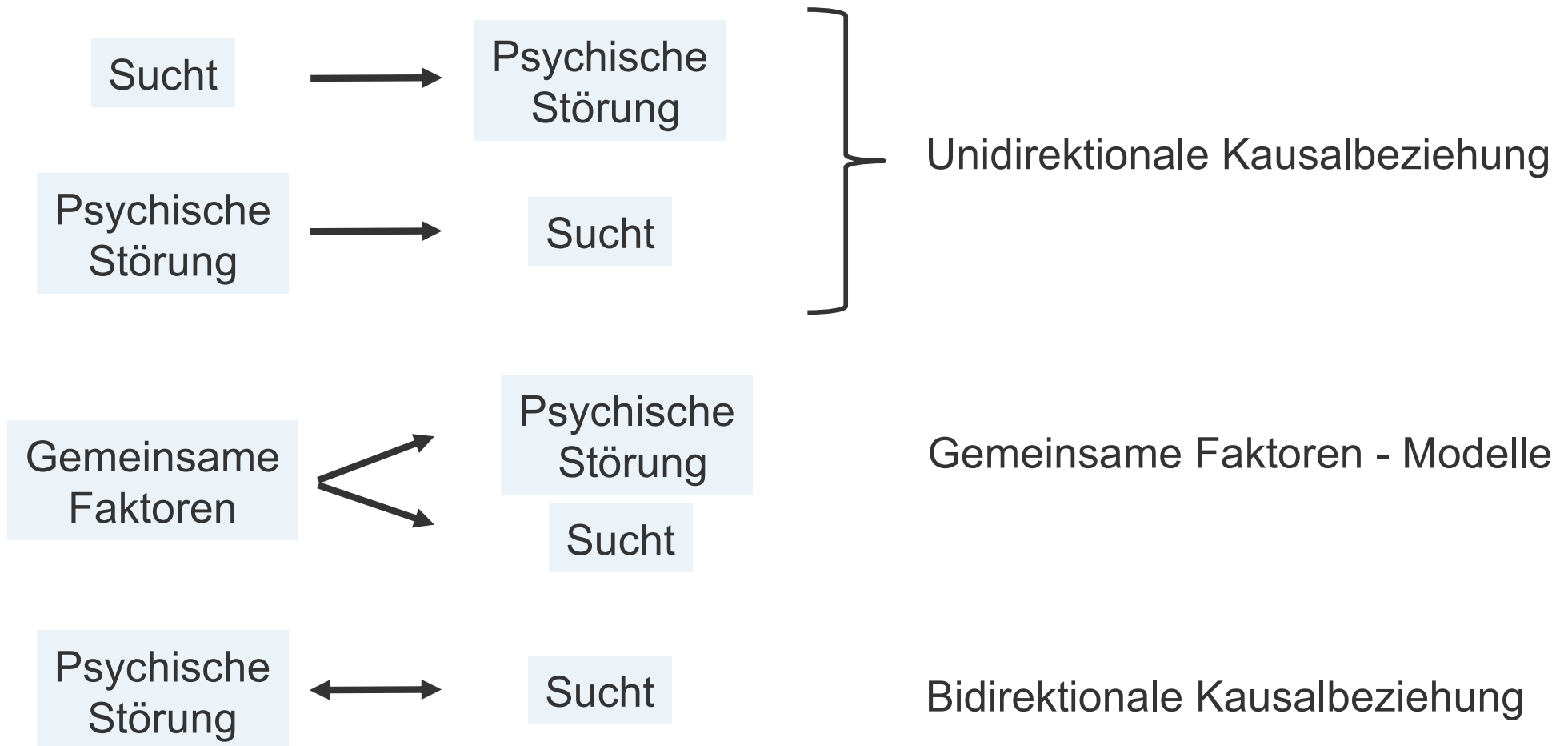
# Lebenszeitprävalenzen in repräsentativen Bevölkerungsstichproben (ECA, 1990; NCS, 1994; NESARC, 2005...)

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

# Differentialdiagnostik (Moggi, 2006)



# Ätiologiemodelle (Moggi, 2019)

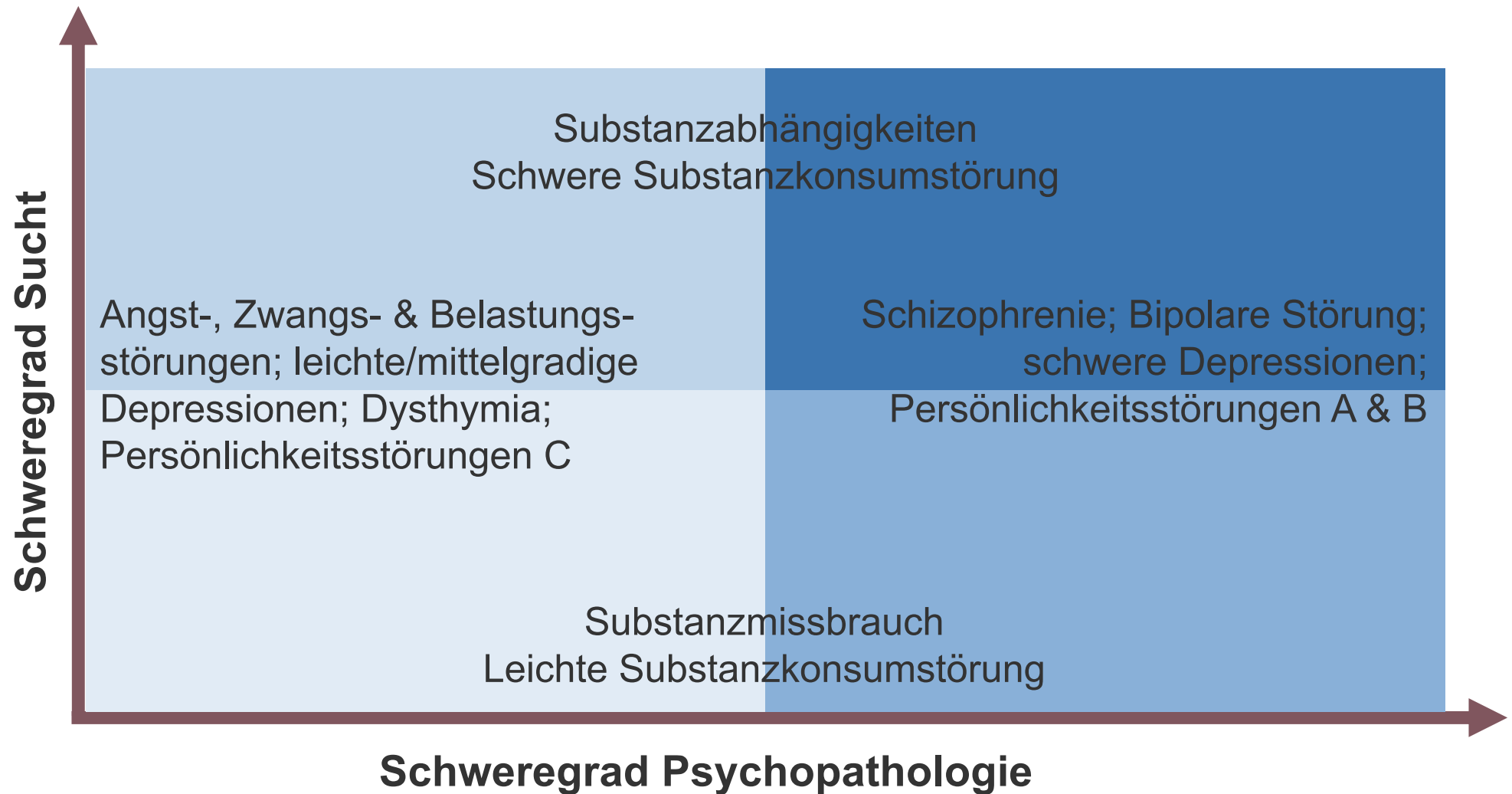


# Ätiologiemodelle: Psychose und Sucht

(Mueser et al., 2007, Gouzoulis-Mayfrank, 2019)

- > Sekundäre Suchtentwicklung
  - Selbstmedikationshypothese: «Behandlung» psychotischer Symptome
  - Affektregulationshypothese: Verringerung negativer Gefühlszustände
  - (Super-)Sensitivitätsmodell: Vulnerabilität-Stress-Hypothese
  - Hypothese des sozialen Abstiegs («social drift»)
  
- > Sekundäre Psychoseentwicklung
  - Psychoseinduktion: Cannabis, Halluzinogene und Stimulanzen
  - Primäre Suchterkrankung
  
- > Gemeinsame Ätiologiefaktoren
  - Dysfunktion des Dopaminsystems
  - Antisoziale Persönlichkeitsstörung

# Quadrantenmodell – ein „Klassifikationsversuch“ (Rosenthal & Westreich, 1999)



# Behandlungsprobleme

(Moggi & Preuss, 2019)

- > **Fehlen integrierter Therapieangebote**
  - Getrennte und/oder kontradiktorische Behandlungsstandards
  - Krisenintervention oder Ping-Pong-Therapie
  
- > **Behandlungsergebnisse**
  - hohe Abbruchraten
  - schlechte Behandlungsergebnisse
  - hohe Rückfallraten und häufige Rehospitalisationen
  
- > **Erhöhte Inanspruchnahme des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems**
  - Drehtüreffekt
  - hohe Kosten
  - hilflose Therapeuten

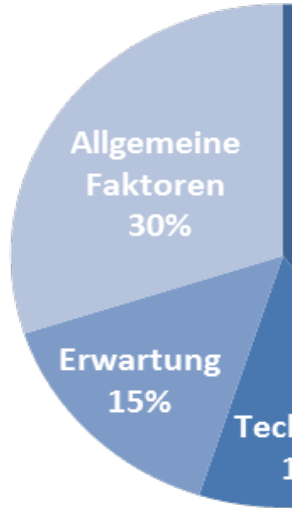
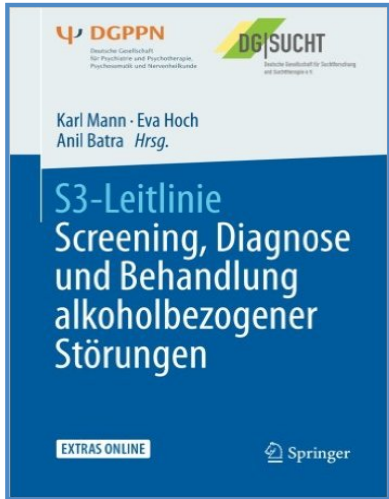


# Wirksamkeit von Behandlungen bei Doppeldiagnosen

(Cleary et al., 2010; Chow et al., 2013; Drake et al., 2008; Jeffrey et al., 2007; Kelly et al., 2012; Tiet & Mausbach, 2007; De Witte...Moggi et al., 2014; Moggi & Öjehagen, 2015; Mann et al., 2016, Moggi & Preuss, 2019)

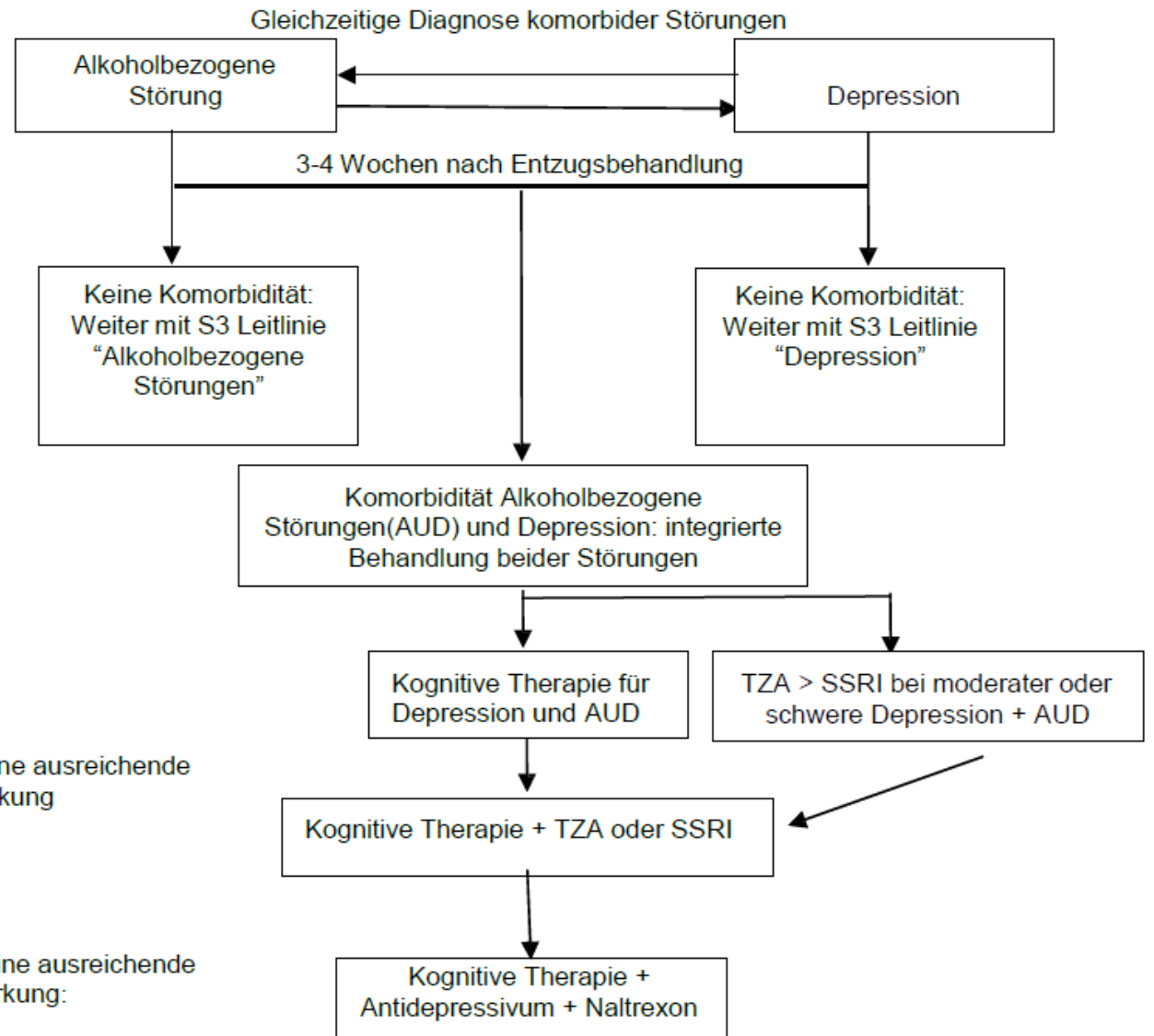
- > 44-67 Studien, davon 14-36 RCT mit pharmakologischen u./o. psychosozialen Therapieansätzen, einschliesslich integrativen Programmen
- > Die Ergebnisse sind inkonsistent, selten repliziert und oft nur bei Placebo signifikant.
- > **Allgemein gilt bei Komorbidität psychischer Störung und Sucht:**
  - Stufenprogramme mit Motivationsförderung bzw. ihre Kombination mit KVT
  - Störungsspezifische Interventionen und ihre Kombinationen sind wirksam.
  - Einige störungsspezifische Interventionen zeigen positive Effekte auf Störungen ausserhalb ihres Indikationsbereichs:
    - z.B. Clozapin, Imipramin, [Desipramin], Buspiron, Naltrexin
    - z.B. Motivierende Gesprächsführung, Rückfallprävention, Kontingenzmanagement
- > **Integrative Programme > / ≈ andere aktive Behandlungen > «Placebo»**

# Leitlinien und klinischer Alltag (Mann et al., 2016; Orlinsky & Howard, 1986; Lambert, 2013)



## > Schlüsselempfehlungen für Alkoholkonsumstörungen und

- Schizophrenie
- Depression
- Bipolare Störung
- Angststörungen
- Posttraumatische Belastungsstörung
- ADHS



# Kernkomponenten der Behandlung I

(Drake & Mueser, 2007; Moggi & Öjehagen, 2015; Moggi & Preuss, 2019)

## 1. Krisenintervention

Stationärer Suchtmittelentzug, psychische Stabilisierung, Diagnostik, Indikation, Psychoedukation

## 2. Integrative Therapie

Eine Behandlung / ein Programm, patientenzentrierte Interventionen für beide Störungen, zeitliche und inhaltliche Koordination der Interventionen, dieselben Therapeuten bzw. dasselbe Behandlungsteam

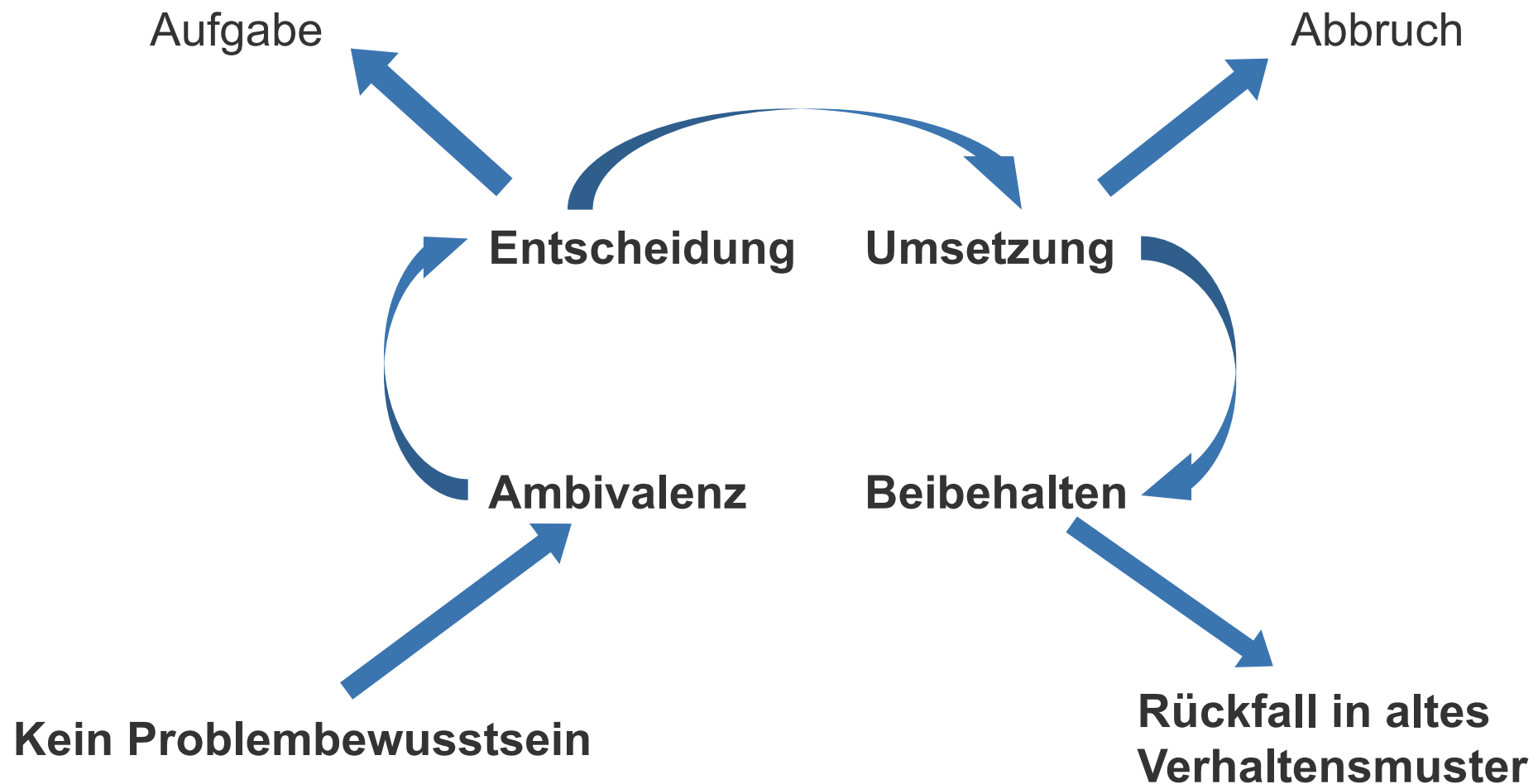
## 3. Berücksichtigung der Veränderungsphasen (TTM, Prochaska et al., 1992)

Problembewusstsein => Ambivalenz => Entscheiden => Umsetzen => Beibehalten

➔ Motivierende Gesprächsführung (MI)


➔ Stufenprogramme / Phasenprogramme

# Transtheoretisches Modell: Die fünf Phasen der Verhaltensänderung (TTM) (Prochaska et al., 1992)



# Grundhaltung und Prozesse motivierender Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2015)

Grundhaltung	Prozesse
Partnerschaftlichkeit	Beziehungsaufbau
Akzeptanz	Fokussierung
Wertschätzung	Evokation
Empathie	Planung
Autonomie	
Würdigung	
Mitgefühl	



# Kernkomponenten der Behandlung II

(Drake & Mueser, 2007; Moggi & Öjehagen, 2015; Moggi & Preuss, 2019)

## 4. Kognitiv-behaviorale Therapie (KVT)

Einheitliches theoretisches und praktisches Psychotherapiemodell zur Behandlung  
→ Integration störungsspezifischer Interventionen bei Komorbidität (z.B. Rückfallprävention, Kontingenzmanagement).

## 5. Nutzung sozialer Ressourcen

Interventionen mit Einbezug des sozialen Netzwerkes der Patienten, insbesondere der Familie

## 6. Pharmakotherapie

Behandlung beider Störungen mit Medikamenten

## 7. Langzeitperspektive

Langfristige Therapieplanung: Hoher Aufwand und hohe Behandlungsintensität

# Behandlungsphasen (Drake & Mueser, 2007; Moggi & Donati, 2004; Moggi & Preuss, 2019)



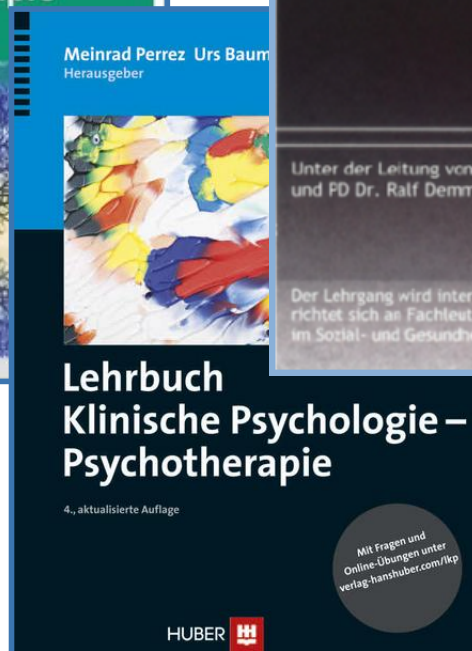
Die **Behandlungsphasen** sind

1. den Patienten in eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung einbinden (**Behandlungsallianz und Krankheitseinsicht**),
2. dem eingebundenen Patienten helfen, die Motivation zu entwickeln, sich auf gesundheitsorientierte Interventionen einzulassen (**Überzeugung und Veränderungsmotivation**),
3. dem motivierten Patienten helfen, Fertigkeiten zu erwerben und Unterstützung zu holen, um seine Krankheiten zu kontrollieren und seine Ziele zu verfolgen (**Aktive Behandlung und Umsetzung**) und
4. dem stabilen und remittierten Patienten helfen, Strategien für die Rückfallprävention zu entwickeln und erfolgreich anzuwenden (**Rückfallprävention und Gesundheitsförderung**).



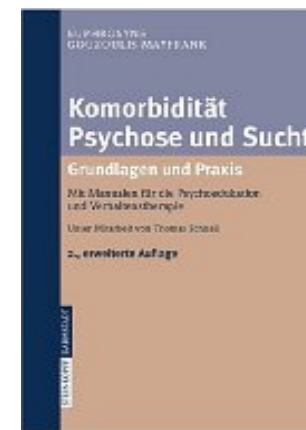
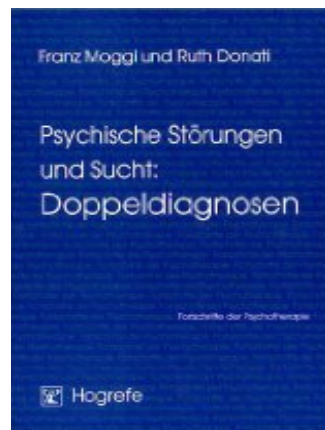
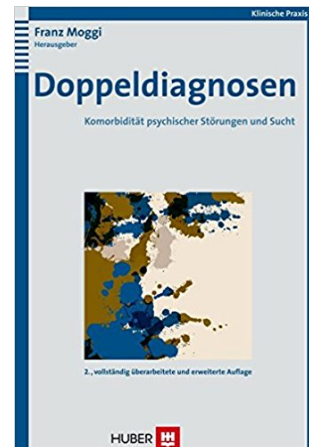
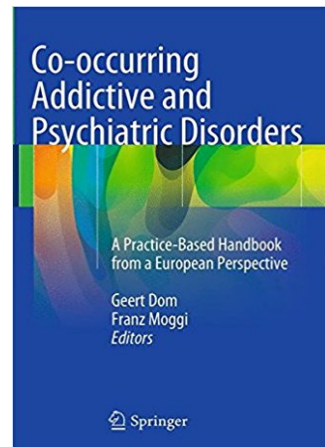
# Der Rest steht in Lehrbüchern ...

## ...und lernt man in der Weiterbildung!





# Literatur zu Komorbidität psychischer Störungen und Sucht



# Und wer es in zwei Sätzen mag .... (Moggi & Preuss, 2019)



Integrative, nach Intensität gestufte Behandlungsprogramme, die störungsspezifische Interventionen geschickt kombinieren, scheinen weniger aufwendigen Behandlungen in Bezug auf die Verbesserung des Substanzkonsums, der Symptome der psychischen Störungen und des Funktionsniveaus überlegen zu sein.

Sie enthalten meist motivationsfördernde Interventionen (z.B. Motivational Interviewing), störungsspezifische kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen, Suchtmittelkonsum reduzierende Interventionen wie Rückfallprävention oder Kontingenzmanagement und/oder Familieninterventionen und kombinieren diese Therapieverfahren mit einer störungsspezifischen psychopharmakologischen Behandlung.

# Künftige Forschungsbemühungen

## > Heterogenität der

- Patientenkollektive (z.B. Diagnosen)
- Integrativen Programme (z.B. Inhalt, parallel oder integrativ)
- Kombinationen von Interventionen (z.B. MI + KVT...)
- Settings (z.B. stationär – ambulant)
- Intensität (z.B. Kurzzeit- vs. Langzeittherapien)
- Ergebnisvariablen / Messung (z.B. Abstinenz vs. Reduktion, Haltequoten, WAF)

## > Beschreibung von integrativen Behandlungsprogrammen

- Umsetzung von Leitlinien (z.B. APA-Guidelines, 2002; NICE, 2008)
- Anwendung wirksamer Interventionen (KVT, MI, Medikation)
- Stufenprogramme („stepped care“) / Veränderungsphasen (TTM)

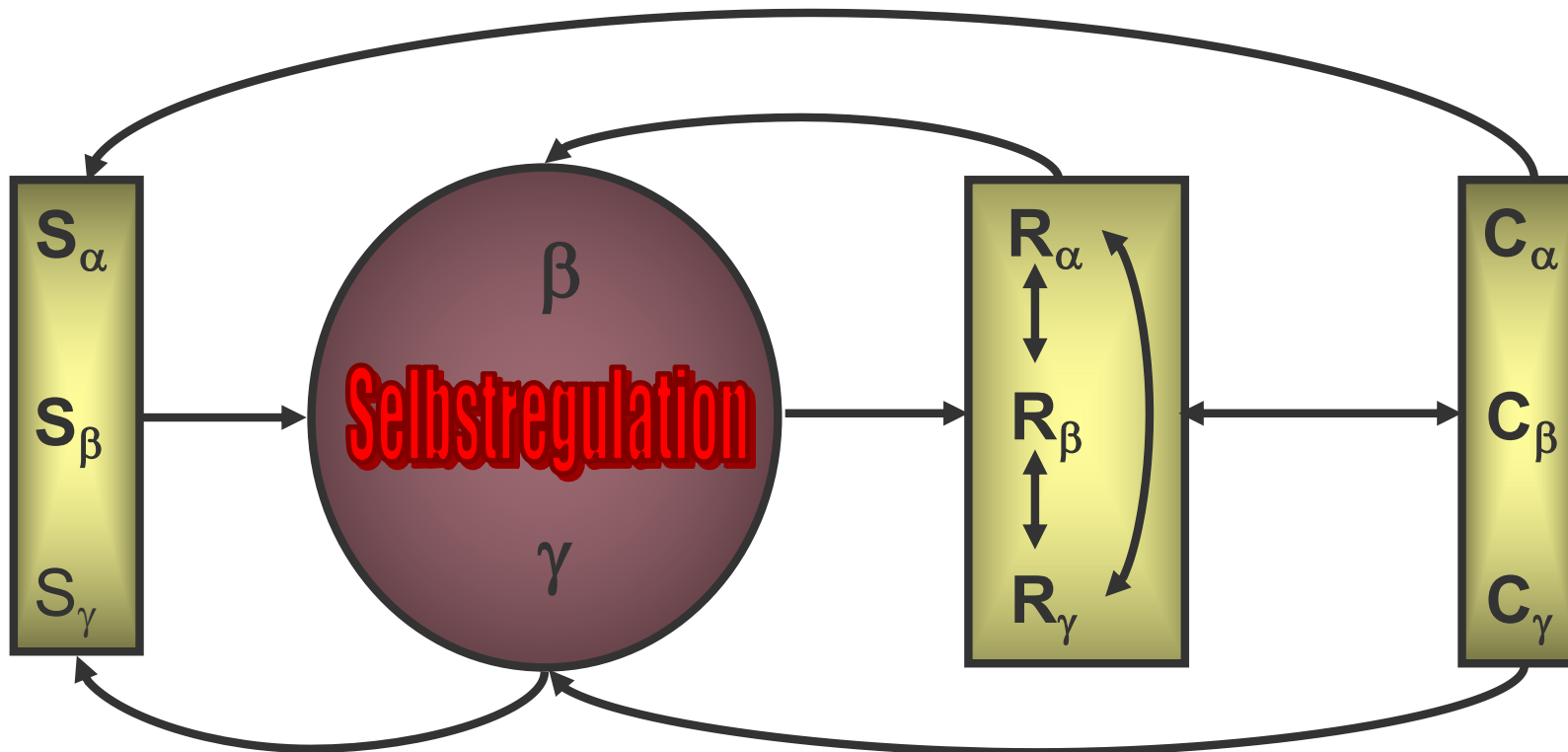
## > Kontrollierte Studien und Replikationsstudien → interne Validität

## > Naturalistische Multizenterstudien → externe Validität

- Identifikation weiterer Moderator- und Mediatorfaktoren

# Dynamisches Selbstregulationsmodell

(erweitertes SORK – Modell nach Kanfer et al., 2000)

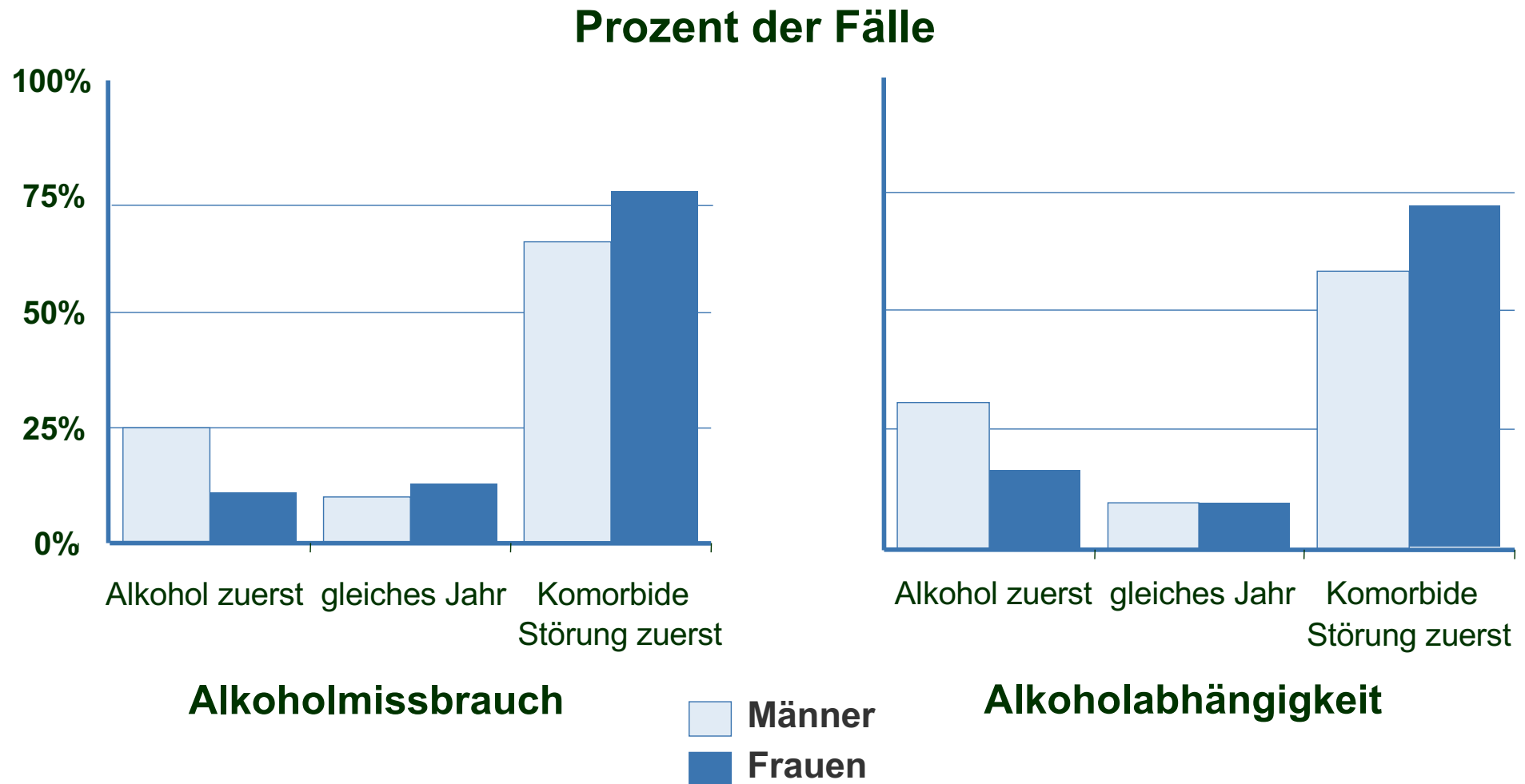


$\alpha$  = Externe Variablen, situative Einflüsse, beobachtbare Merkmale

$\beta$  = Psychologische Personen-Variablen wie Gedanken, Erwartungen, Einstellungen (individuelle Lerngeschichte)

$\gamma$  = Biologisch-physiologische Variablen

# Zeitliche Komorbiditätsmuster: Alkohol und psychische Störungen (Lieb & Isensee, 2007)



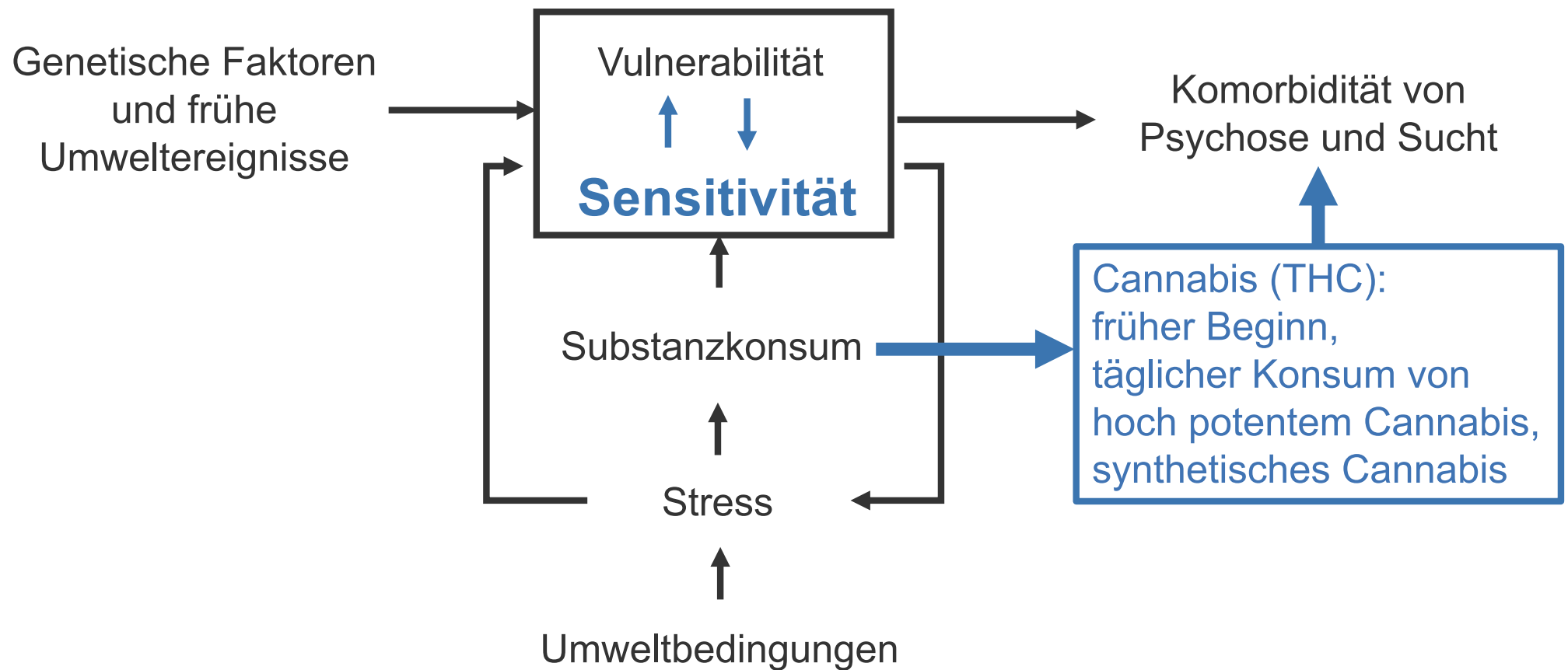
# Häufigkeit in repräsentativen Stichproben

(Moggi & Preuss, 2019)

	ECA		NCS		NESARC		ECA Study		NCS		NESARC	
	LP in %		LP in %		12 M in %		OR		OR		OR (95% CI)	
	Alk	SKS	Alk	SKS	Alk	SKS	Alk	SKS	Alk	SKS	Alk	SKS
<b>Komorbidity, bei der zunächst eine psychische Störung und danach eine Substanzkonsumstörung aufgetreten ist.</b>												
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)
<b>Komorbidity, bei der zunächst eine Substanzkonsumstörung und danach eine andere psychische Störung aufgetreten ist.</b>												
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	-	-	-	-

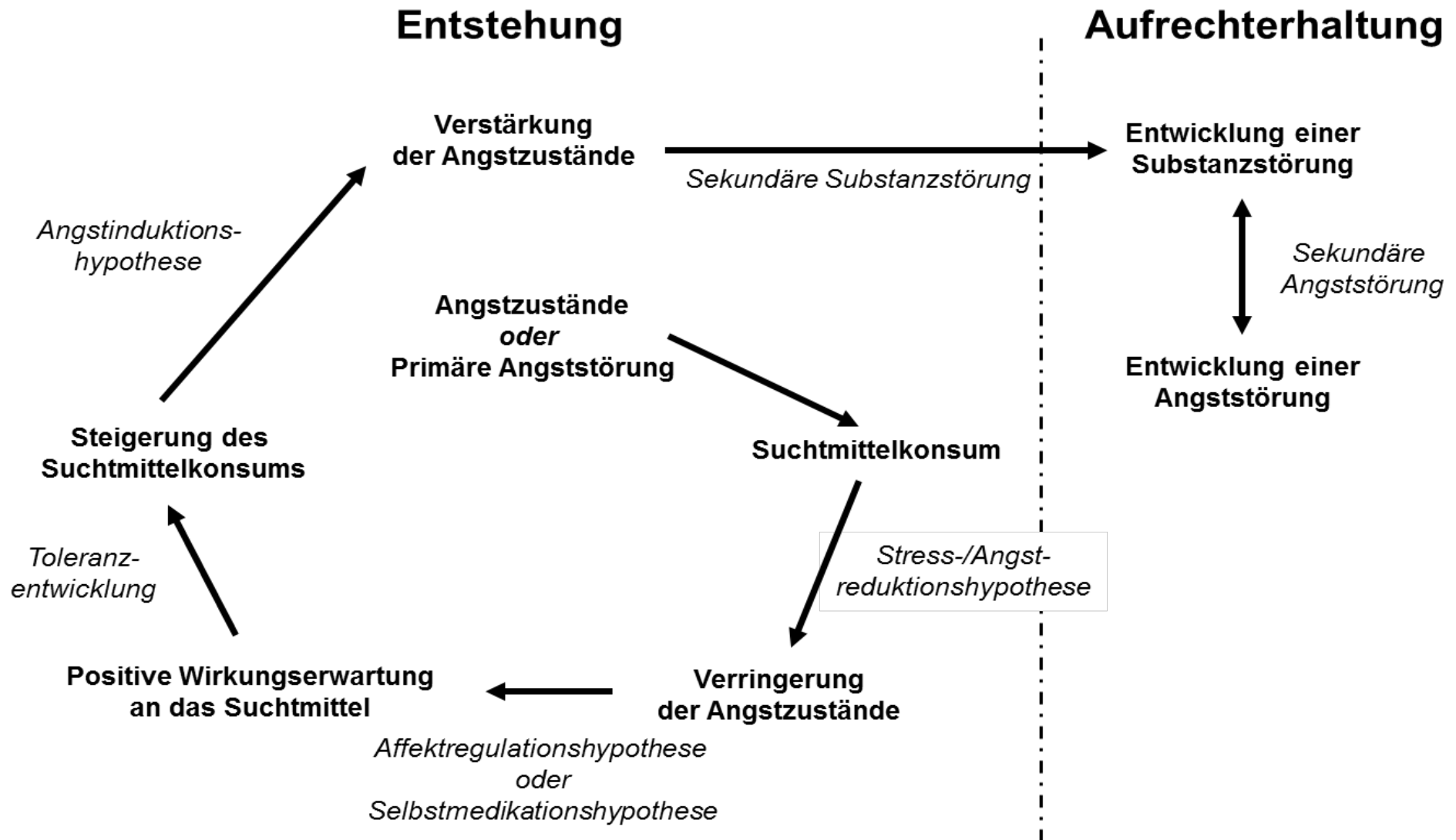
# Sensitivitätsmodell: Schizophrenie und Substanzkonsumstörung

(Mueser et al., 2007; Marconi et al., 2016; Murray et al. 2017)



# Teufelskreismodell: Angst- und Substanzstörung

(Moggi, 2019)





# Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzstörung: Selbstmedikation?

(Schäfer & Langeland, 2015; Grundmann & Schäfer, 2019)

