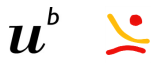


## Komorbidität psychischer Störungen und Sucht



UNIVERSITÄT  
BERN

Universitätsklinik für  
Psychiatrie und  
Psychotherapie Bern

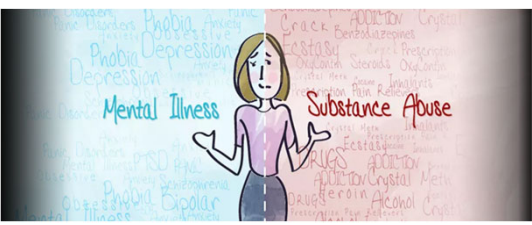
**Donnerstagsfortbildung**

Oberwil-Zug, 22. Juni 2023

Prof. Dr. phil. Franz Moggi

Executive MBA, Chefspsychologe  
Leiter Klinisch Psychologischer Dienst  
Psychologischer Leiter Kompetenzzentrum Psychotherapie  
Leiter Arbeitsgruppe Suchtforschung  
Kordinator Netzwerk Suchtpsychiatrie

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität Bern



### Definition Komorbidität

- > **Früher: «Doppeldiagnose», heute: Komorbidität von...**  
Gemeinsames Auftreten (= Komorbidität) einer psychischen Störung und einer Störung durch Substanzkonsum bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum
- > **Diagnosen nach ICD-10 / ICD-11 oder DSM-5**
- > **Psychische Störungen (Beispiele)**
  - Depressionen, Angststörungen, (k)PTBS, Schizophrenie, ADHS etc.
  - Persönlichkeitsstörungen; neu: ausgeprägte Persönlichkeitsmerkmale/-muster
- > **Störungen durch Substanzkonsum und Verhaltenssuchte**
  - Alkohol, Cannabis, Heroin, Kokain etc.
  - Schädlicher Gebrauch/Abhängigkeit von einer/mehreren Substanz/en im ICD-10 ODER Schweregrad nach DSM-5
  - Im ICD-11 Verhaltenssuchte: Spielsucht «gambling» und Spiele «gaming»; vorwiegend off- oder online

Prof. Dr. F. Moggi 2

Prof. Dr. phil. Franz Moggi, EMBA

1

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

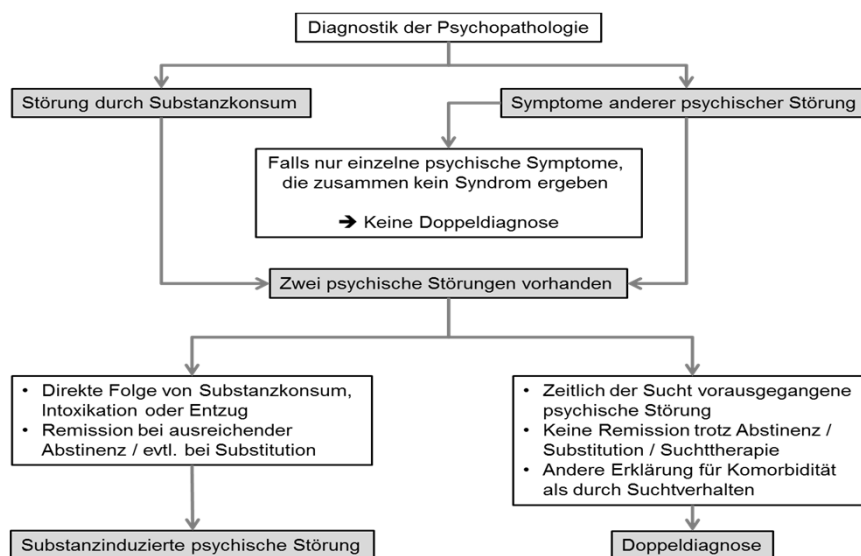
Psychiatrische Störung	Bipolar I	Depression	Schizophrenie	Angststörungen	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
Substanzkonsumstörung	61%	42%	47%	24%	84%

Risikoerhöhung      7      2      5      2      30

Prof. Dr. F. Moggi

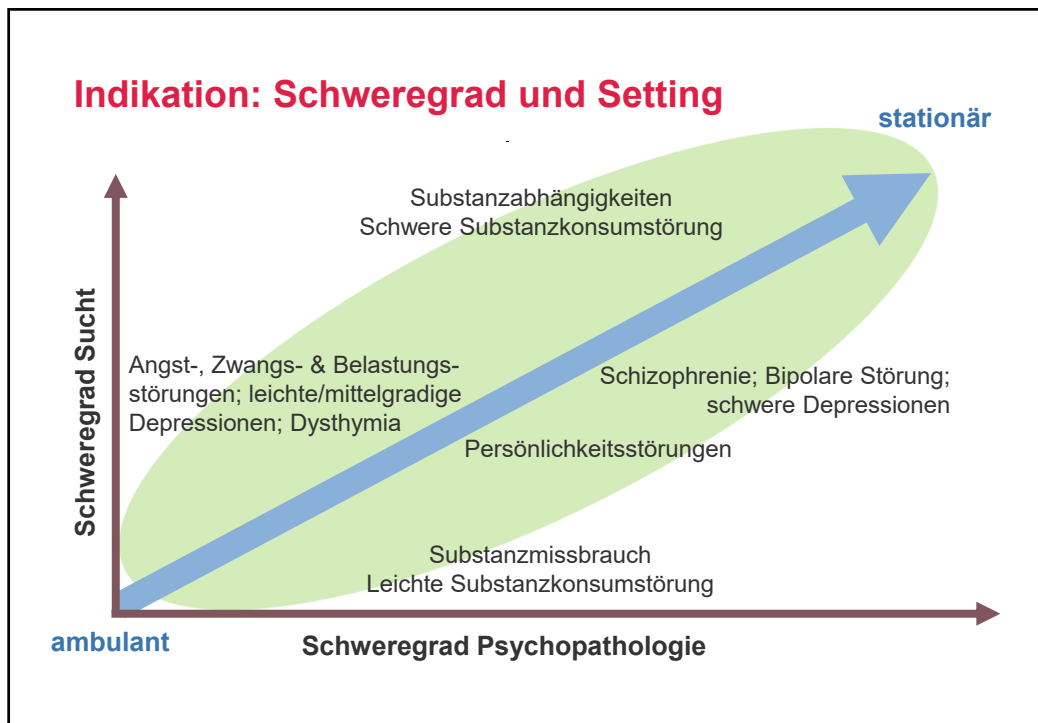
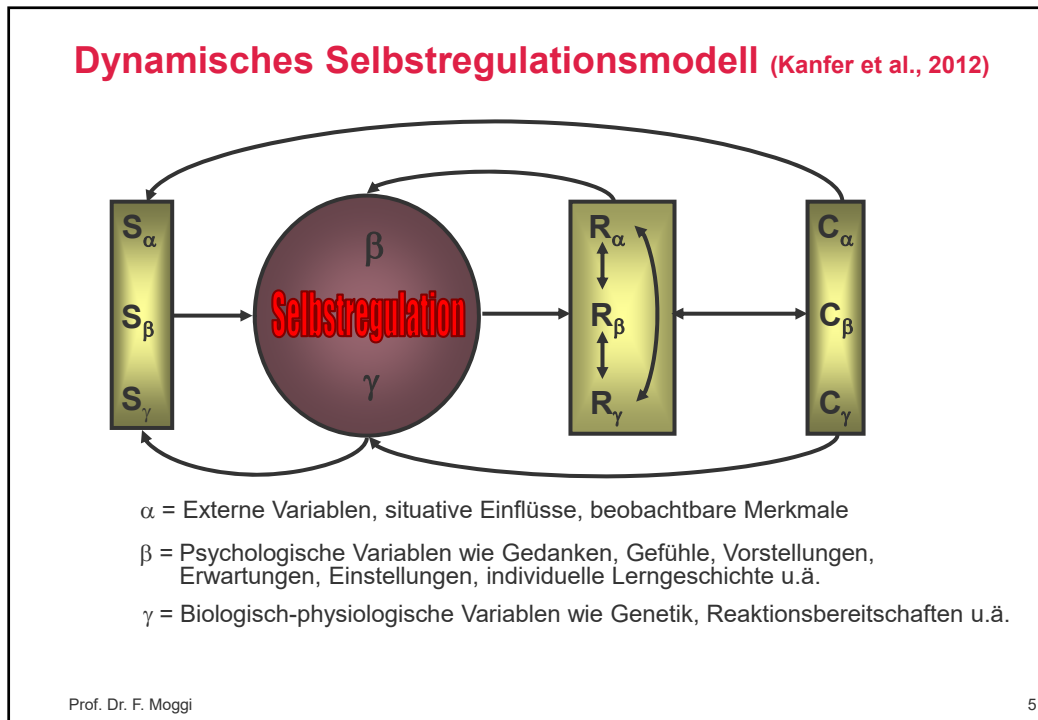
3

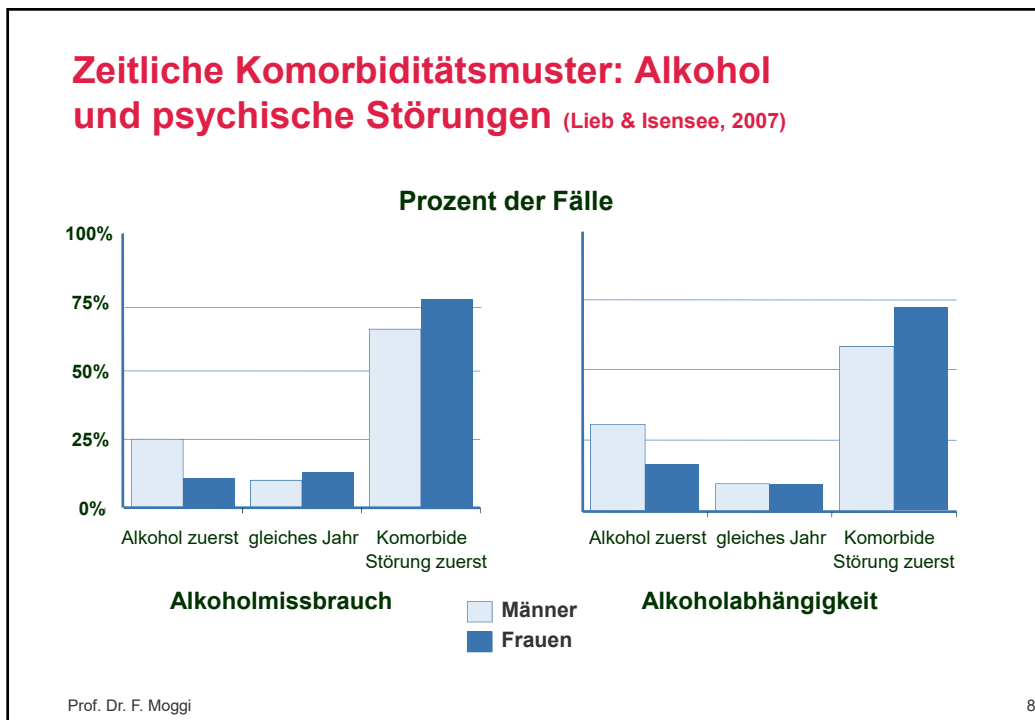
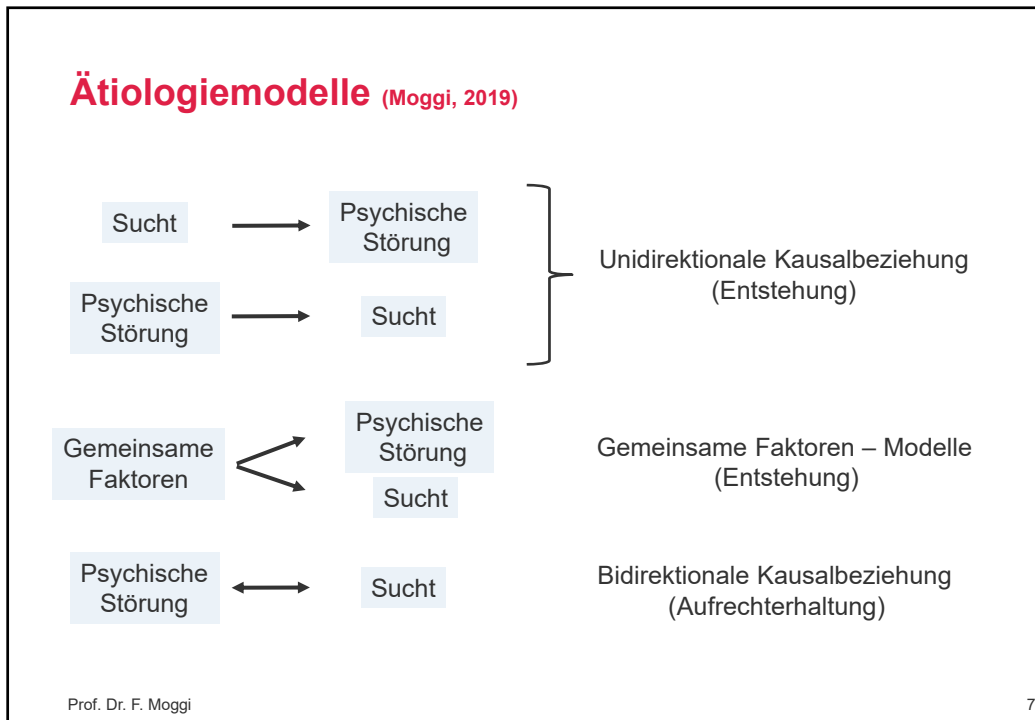
## Differentialdiagnostik (Preuss & Moggi, 2023)

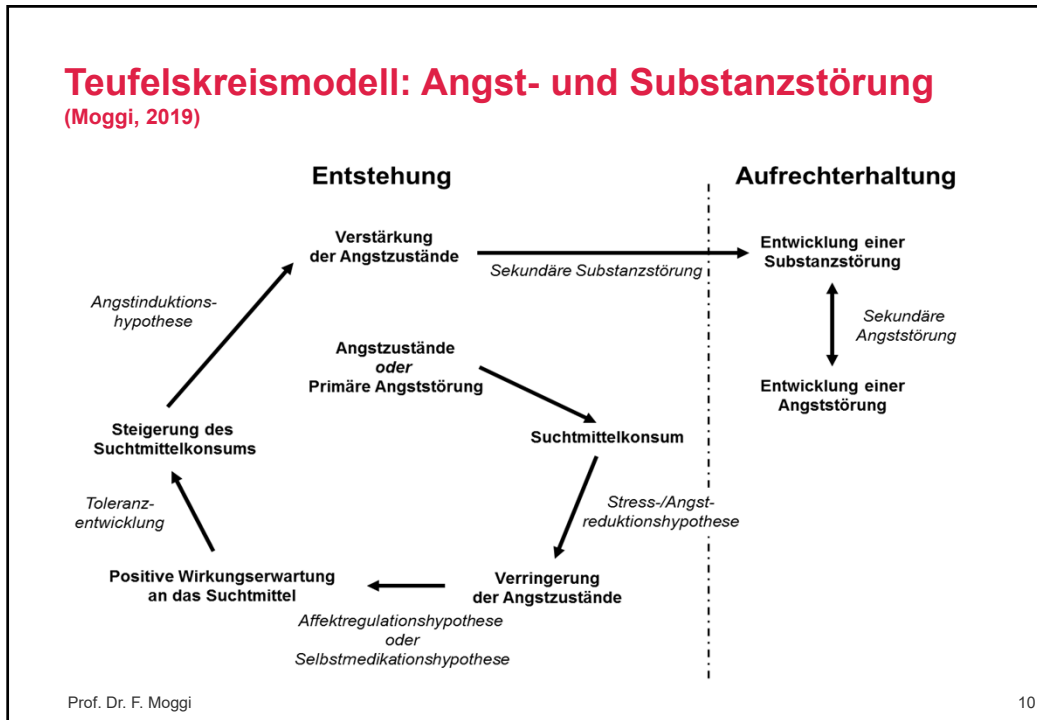
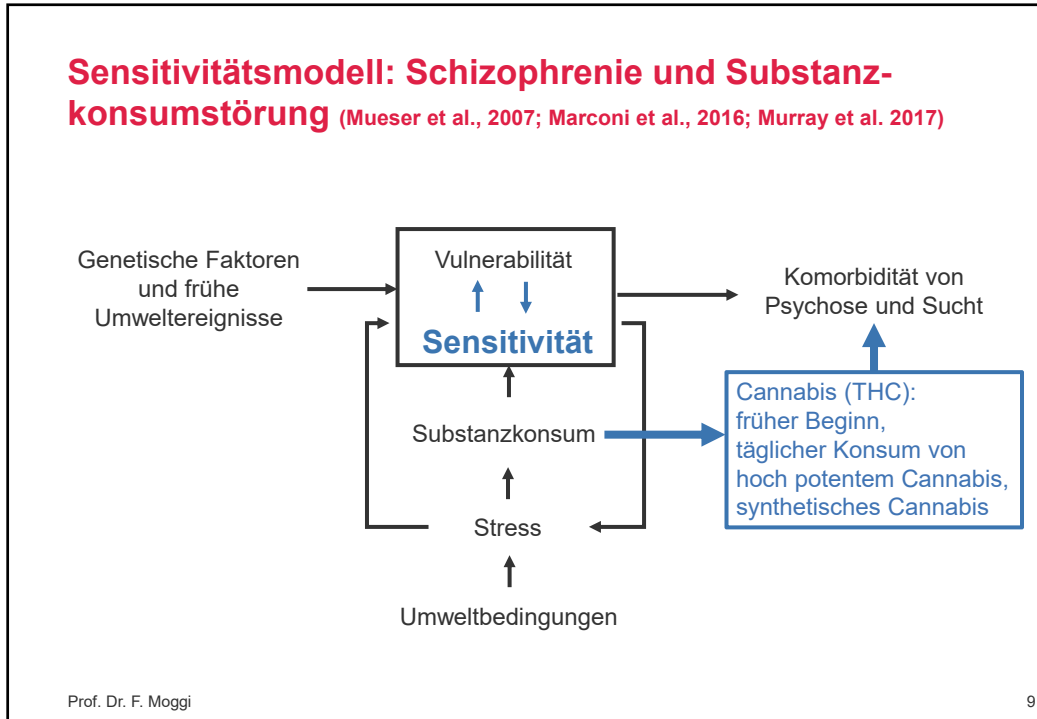


Prof. Dr. F. Moggi

4

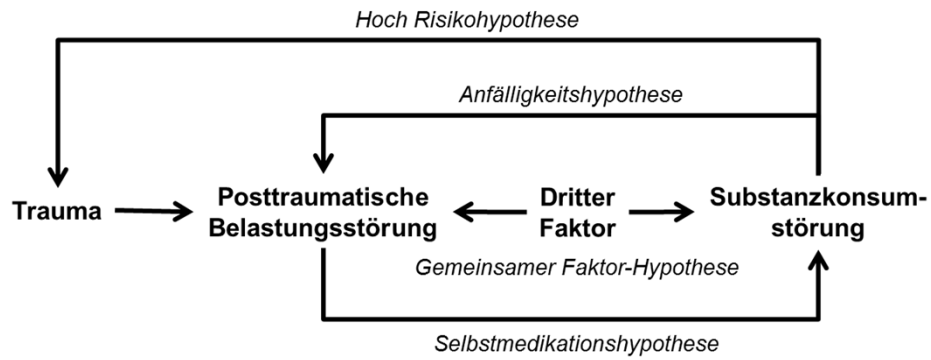






## Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzstörung: Selbstmedikation?

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



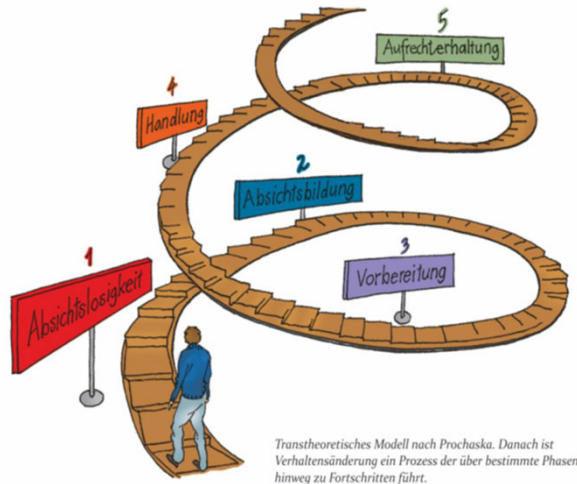
Prof. Dr. F. Moggi

11

## Behandlungsprobleme (Moggi & Preuss, 2019)

- > **Fehlen integrierter Therapieangebote**
  - Getrennte und/oder kontradiktorische Behandlungsstandards
  - Krisenintervention oder Ping-Pong-Therapie
- > **Behandlungsergebnisse**
  - hohe Abbruchraten
  - Unbefriedigende Behandlungsergebnisse
  - hohe Rückfallraten / häufige Rehospitalisationen
- > **Erhöhte Inanspruchnahme des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems**
  - Drehtüreffekt («heavy user»)
  - Hoher Aufwand und damit hohe Kosten
  - hilflose Therapeuten («Burnout»)

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



### Fünf Phasen

1. Kein Problembewusstsein, Widerstand gegen Veränderung
2. Ambivalenz, Abwägen von Vor- und Nachteilen, Unsicherheit, Befürchtungen
3. Entscheidung für oder gegen Veränderung, erste Schritte...
4. Konkretes, zielorientiertes Handeln, Verhaltensänderung
5. Beibehalten von Verhaltensänderungen

## Behandlungsphasen

(Drake & Mueser, 2007; Moggi & Donati, 2004)

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**).



## 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)

Kein Problembewusstsein → Ambivalenz → Entscheiden → Umsetzen → Beibehalten

- Motivierende Gesprächsführung (MI; Miller & Rollnick, 2015)
- Stufenprogramme / Phasenprogramme

Prof. Dr. F. Moggi

15

## Kernkomponenten der Behandlung II

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

### 4. Kognitive Verhaltenstherapie (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

Prof. Dr. F. Moggi

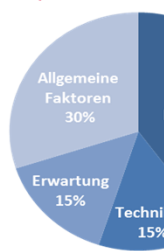
16

## 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; Leucht, 2022)

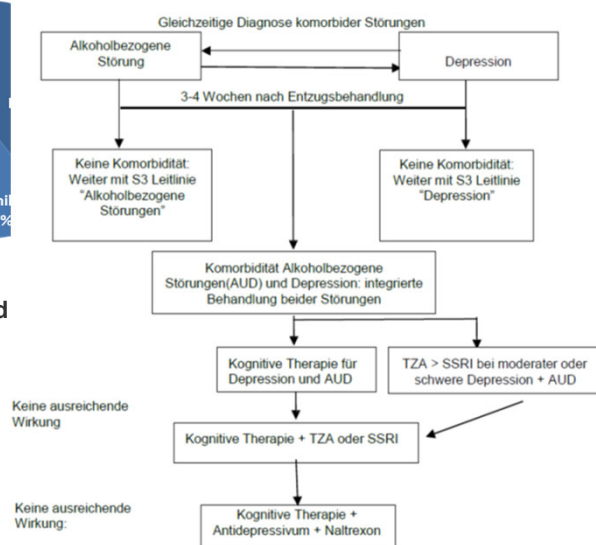
- > **Integrative Programme > / ≈ andere aktive Behandlungen > «Placebo»**
- > RCTs und kontrollierte mit pharmakologischen u./o. psychosozialen Therapieansätzen, einschliesslich integrativen Programmen
- > RCTs: v.a. schwere Störungen wie Psychosen; neu: viele Studien zu PTSD und Sucht
- > Die Ergebnisse 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], Bupirion, Naltrexin
    - z.B. Motivierende Gesprächsführung, Rückfallprävention, Kontingenzmanagement

## Leitlinien und klinischer Alltag (Kiefer et al., 2021; Lambert, 2013; Orinsky & Howard, 1986)



### > Schlüsselempfehlungen für Alkoholkonsumstörungen und

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



Prof. Dr. F. Moggi

18

## Der Rest steht in Lehrbüchern ...

...und lernt man in der Weiterbildung!



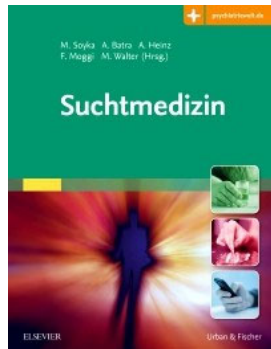
Prof. Dr. F. Moggi, EMBA

19

## Literatur zu Komorbidität psychischer Störungen und Sucht



## Zurück zu einem wirksamen Behandlungsprogramm: 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.

Prof. Dr. F. Moggi

21

## Künftige Forschungsbemühungen

- > **Heterogenität der**
  - Patientenkollektive (z.B. Diagnosen)
  - Integrativen Programme (z.B. Inhalt, parallel oder integrativ)
  - Kombinationen von Interventionen (z.B. MI + CBT...)
  - 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

Prof. Dr. F. Moggi

22