

Faktenblatt

Herausforderungen bei gemeinsam auftretenden psychischen und Suchtstörungen (CODs)

Menschen mit einer Substanzgebrauchsstörung (SGS) leiden sehr häufig auch an einer Beeinträchtigung ihrer psychischen Gesundheit (z. B. Depression) und umgekehrt. Dieses gleichzeitige Auftreten von Störungen wird nicht immer erkannt und adäquat behandelt. Dieses Faktenblatt gibt einen Überblick über die Thematik. Es beruht auf einer explorativen Studie, die das GREA im Auftrag des BAG durchgeführt hat.

FAKTEN & KENNZAHLEN

Gemeinsames Auftreten von psychiatrischen Störungen und Suchtstörungen wird häufig beobachtet.

Erhöhtes Risiko einer SGS bei psychiatrischen Störungen (sekundäre Suchtstörung)

Diagnose	Relatives Risiko für assoziiertes Suchverhalten
Depressive Störungen	2
Angststörungen	3
Schizophrenie	5
Bipolare Störung	7
Borderline-Persönlichkeitsstörung	5
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	9

Quellen: Regier (1990) [1], Tabelle übernommen von Cloutier et al. (2016) [2]

Erhöhtes Risiko für Persönlichkeitsstörungen bei einer SGS (sekundäre psychiatrische Störung)

Diagnose	Substanz	Persönlichkeitsstörung
Substanzbezogene Störung (leicht/mittel)	Alkohol	28,6 %
	Andere Drogen	47,7 %
Substanzbezogene Abhängigkeit	Alkohol	39,5 %
	Andere Drogen	69,5 %
Keine (allgemeine Bevölkerung)	—	14,8 %

Quellen: Grant et al. (2004) [3], Tabelle übernommen von Cloutier et al. (2016) [2]

Am häufigsten beobachtete Kombinationen [4]:

- Alkohol und Depression/Angstzustände
- Opioide und Persönlichkeits-/Verhaltensstörungen
- Cannabis und Schizophrenie
- Amphetamine und psychotische Störungen

Die Ätiologie der hohen Prävalenz von SGS bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und umgekehrt ist unklar.

VERSTÄNDNISGRUNDLAGE

Komorbidität und gemeinsam auftretende Störungen

Die WHO definierte 1995 Komorbidität als «das gemeinsame Auftreten einer Störung, die auf den Konsum einer psychoaktiven Substanz zurückzuführen ist, und einer anderen psychiatrischen Störung bei derselben Person» [5]. Heute bevorzugt die Fachwelt die neutralere Bezeichnung «Co-Occurring Disorders», kurz CODs.

Epidemiologie und Ätiologie

Umfangreiche epidemiologische Studien aus den USA [1], [3], [6] haben gezeigt, dass **das gemeinsame Auftreten von SGS und psychischen Erkrankungen mehr ist als eine blossе Koinzidenz** [2] (siehe Tabellen). Die klinische Forschung hat festgestellt, dass gleichzeitig auftretende Störungen eher die Regel als die Ausnahme sind bei Menschen, die wegen einer SGS oder eines psychiatrischen Problems behandelt werden. So haben beispielsweise laut Schätzungen 20-50 % der Behandelten in psychiatrischen Einrichtungen im Lauf ihres Lebens eine SGS und 50-75 % der Behandelten in Behandlungszentren eine psychische Störung [7], [8] entwickelt. In der Schweiz wird diese Problematik mit dem MonAM-Indikator «Substanzkonsum und psychische Belastung» annäherungsweise abgebildet [9].

Trotz zahlreicher Forschungsarbeiten ist die Ätiologie der hohen Prävalenz von Substanzgebrauchsstörungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und umgekehrt unklar [10]. Es bestehen seit Jahren mehrere Hypothesen nebeneinander, ohne dass sich die eine oder andere durchsetzen könnte: 1. Gemeinsame-Faktoren-Modell; 2. sekundäre Suchtstörung (Selbstmedikationsmodell); 3. sekundäre psychiatrische Störung (substanzinduzierte Störung); 4. bidirektionales Modell [2], [10]–[14].

HERAUSFORDERUNGEN

Klinische Besonderheiten

Es ist bekannt, dass sich die Merkmale jeder der beiden Störungen (Diagnose, funktionelle Auswirkungen, Prognose usw.) durch das gemeinsame Auftreten verändern und sich die Komplexität ihrer Auswirkungen erhöht [13]. Mit CODs steigen die Risiken für ungünstige Verläufe, Chronifizierungen und Rückfälle, Hospitalisationen, Suizide oder Suizidversuche, Verhaltensstörungen (Gewalt), soziale Desintegration und unterbrochene Behandlungen bei schlechterer Therapietreue, und die Lebensqualität und die Lebenserwartung sind geringer als ohne CODs [15].

Das Vorhandensein gemeinsam auftretender Störungen verschlechtert die Situation der Betroffenen erheblich.

Häufig treten Sucht- und psychiatrische Störungen zusammen mit anderen Problemen auf (Multimorbidität).

Bei CODs wird die sogenannte *integrierte* Behandlung empfohlen.

Diese vereint psychiatrische und suchtttherapeutische Kompetenzen in einem Team.

Idealerweise werden auch sozioökonomische Probleme einbezogen.

Häufig leiden Menschen mit CODs an «Multimorbidität», das heisst zu den Sucht- und psychiatrischen Problemen kommen schwere somatische Erkrankungen, soziale, rechtliche, Wohnungs- und Beschäftigungsprobleme hinzu [5] [16]. [5] [16].

Erkennung/Diagnose

Es gibt zahlreiche psychometrische Skalen, um psychische und/oder Substanzgebrauchsstörungen zu erkennen. Für die Diagnosestellung wird die Verwendung eines **strukturierten und wissenschaftlich validierten Interviewleitfadens** wie **CIDI** [17] oder **MINI** [18] empfohlen [19].

Behandlung

Historisch gesehen wurden CODs von separaten Teams sequenziell oder parallel behandelt. Heute wird eine sogenannte *integrierte* Behandlung empfohlen. Diese wird von einem einzigen Team durchgeführt, das über Kompetenzen in beiden Bereichen (Psychiatrie und Sucht) verfügt [20]. Klinische Studien zeigen, dass therapeutische Ansätze, die psychiatrische und Substanzgebrauchsstörungen integriert, das heisst beide Störungen als primäre Störung behandeln, mit gleichzeitigen Interventionen, um das Risiko einer Verschärfung der anderen Störung zu minimieren, bessere Ergebnisse erzielen [11].

FAZIT

Bei psychiatrischen Störungen oder Substanzgebrauchsstörungen ist wichtig, ein allfälliges gemeinsames Auftreten dieser Störungen abzuklären.

Idealerweise sollte bei Menschen mit CODs eine integrierte Behandlung erfolgen.

- Bei fehlenden institutionellen Kompetenzen kann der Einsatz von mobilen Sucht- oder Psychiatrie-Fachteams eine Alternative darstellen.
- Den häufig vorhandenen sozioökonomischen Problemen muss ebenfalls Rechnung getragen werden.

KONTAKT

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung
Abteilung Gesundheitsstrategien
gesundheitsstrategien@bag.admin.ch

Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREAA)
info@grea.ch

AUTOR / DATUM

Christophe Al Kurdi / März 2022

BERICHT

- Al Kurdi, Christophe, und Fabrice Rosselet. «**Substanzgebrauchsstörungen – in den Settings Demenz, psychiatrische Störungen und Palliative Care**». Lausanne: Groupement Romand d'Étude des Addictions (GREAA), Januar 2022.

FAKTENBLÄTTER ZUM BERICHT

1. Substanzgebrauchsstörungen und Altern
2. Auswirkungen übermässigen Substanzkonsums auf die Entwicklung einer Demenz
3. Herausforderungen bei alkoholinduzierten neurokognitiven Störungen
- 4. Herausforderungen bei gemeinsam auftretenden psychischen und Suchtstörungen (CODs)**
5. Substanzgebrauchsstörungen und Schmerzen
6. Hauptprobleme der Polypharmazie

QUELLEN

- [1] D. A. Regier *et al.*, « Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study », *JAMA*, vol. 264, n° 19, p. 2511-2518, nov. 1990, doi: 10.1001/jama.1990.03450190043026.
- [2] R. Cloutier, P. Barabé, S. Potvin, et F. Noël, « **Toxicomanies et maladies mentales (chap. 39) », in **Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale (Tome I)*, 4e édition., P. Lalonde et G.-F. Pinaré, Éd. 2016, p. 909-924.
- [3] B. F. Grant *et al.*, « Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 61, n° 8, p. 807-816, 2004, doi: 10.1001/archpsyc.61.8.807.
- [4] EMCDDA, « Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data », European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2013. [En ligne]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220660_EN_TDAU13002ENN.pdf
- [5] EMCDDA, « La comorbidité — Consommation de drogue et troubles psychiatriques », European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 14, 2004. [En ligne]. Disponible sur: https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_FR_Dif14FR.pdf
- [6] R. C. Kessler, C. B. Nelson, K. A. McGonagle, J. Liu, M. Swartz, et D. G. Blazer, « Comorbidity of DSM–III–R Major Depressive Disorder in the General Population: Results from the US National Comorbidity Survey », *Br. J. Psychiatry*, vol. 168, n° S30, p. 17-30, juin 1996, doi: 10.1192/S0007125000298371.
- [7] SAMHSA, « The Epidemiology of Co-Occurring Substance Use and Mental Disorders », Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, 8, 2007. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.addictioncounselor.ca/articles/101550/OP8Epidemiology10-03-07.pdf>
- [8] CRDM-IU, M. Chauvet, E. Kamgang, A. N. Ngui, et M. J. Fleury, « Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques », Centre de Réadaptation en Dépendance de Montréal - Institut Universitaire, Montréal, 2015. [En ligne]. Disponible sur: https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA_Les-troubles-li%C3%A9s-%C3%A0-l'utilisation-de-substances-psychoactives-2015.pdf
- [9] MonAM, « Consommation de substances et problèmes psychiques (âge: 15 à 74) », *Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles*, 19 mai 2021. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/consommation-de-substances-et-problemes-psychiques-age-15-a-74> (consulté le 13 juin 2021).
- [10] K. T. Mueser, R. E. Drake, et M. A. Wallach, « Dual diagnosis: A review of etiological theories », *Addict. Behav.*, vol. 23, n° 6, p. 717-734, nov. 1998, doi: 10.1016/S0306-4603(98)00073-2.
- [11] D. L. Noordsy, M. K. Mishra, et K. T. Mueser, « Chapter 51 - Models of Relationships between Substance Use and Mental Disorders », in *Principles of Addiction*, P. M. Miller, Éd. San Diego: Academic Press, 2013, p. 489-495. doi: 10.1016/B978-0-12-398336-7.00051-6.
- [12] H. Hoertel et P. Gorwood, « Les modèles théoriques du double diagnostic », in *Alcool et troubles mentaux: de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.
- [13] L. Vinurel et H. Rahioui, « Comorbidités psychiatriques et addictives », in *Alcool et troubles mentaux: de la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*, Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.
- [14] R. Boyer, « Pathologies duelles et troubles comorbides : réflexion clinique, thérapeutique et dépistage », Faculté de Médecine - Clermont-Auvergne, France, 2017. Consulté le: 21 septembre 2021. [En ligne]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01784399>
- [15] FA, « Addictions et troubles psychiatriques: Guide Repère(s) », Fédération Addiction, Paris, mai 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://insereco93.com/wp-content/uploads/2019/07/GUIDE_REPE%CC%80RES_ADDICTIONS-ET-TROUBLES-PSYCHIATRIQUES_guide_190531_web_pages.pdf
- [16] D. J. Kavanagh, « Chapter 34 - Implications of Comorbidity for Clinical Practice », in *Interventions for Addiction*, P. M. Miller, Éd. San Diego: Academic Press, 2013, p. 325-334. doi: 10.1016/B978-0-12-398338-1.00034-8.
- [17] G. Andrews et L. Peters, « The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview », *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 33, n° 2, p. 80-88, janv. 1998, doi: 10.1007/s001270050026.
- [18] D. V. Sheehan *et al.*, « The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 59, n° 20, p. 22-33, 1998.
- [19] S. Dawe, G. Dingle, et N. J. Loxton, « Chapter 31 - Screening and Assessment of Comorbidity », in *Interventions for Addiction*, P. M. Miller, Éd. San Diego: Academic Press, 2013, p. 299-307. doi: 10.1016/B978-0-12-398338-1.00031-2.
- [20] K. T. Mueser, R. E. Drake, et D. L. Noordsy, « Chapter 33 - Treatment for Co-occurring Substance Abuse and Mental Health Disorders », in *Interventions for Addiction*, P. M. Miller, Éd. San Diego: Academic Press, 2013, p. 317-323. doi: 10.1016/B978-0-12-398338-1.00033-6.

