

Sozialkonferenz vom 29. März 2022

**u<sup>b</sup>** UNIVERSITÄT PSYCHOLOGISCHE DIENSTE BERN  
UNIVERSITÄT BERN

## Wirkfaktoren der Suchtbehandlung am Beispiel von Alkoholkonsumstörungen

Prof. Dr. phil. Franz Moggi, EMBA  
Chefpsychologe und Leiter des Klinisch Psychologischen Dienstes  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität Bern



© Franz Moggi

1

**u<sup>b</sup>** UNIVERSITÄT PSYCHOLOGISCHE DIENSTE BERN  
UNIVERSITÄT BERN

## Alkoholproblematik in der Schweiz

- > **Epidemiologie**
  - 9 von 10 Personen trinken Alkohol ( $\frac{2}{3}$  Männer)
    - 10.9% täglich; davon 4.3% chronisch risikoreich
    - 17.3% punktuell risikoreicher Konsum
    - 7.7 Liter reiner Alkohol jährlich pro Kopf
    - 11% der Trinkenden konsumieren die Hälfte allen Alkohols.
  - ca. 250'000 Alkoholabhängige → Prävalenz 3.1%
  - ca. 1'600 Todesfälle oder 8.7% aller Todesfälle jährlich
- > **Jährliche Kosten (0.7% des BIP)**
  - Gesundheitskosten: 800 Mio.
  - Volkswirtschaftliche Kosten: 3.4 Mia.
  - Strafverfolgung: 250 Mio.
- > **Versorgung**
  - Jährlich 2'500 stationäre Entwöhnungsbehandlungen (1%!)
  - Stationäre Psychiatrie: 11% Alkoholabhängigkeitsdiagnose (10'000 Pat.)



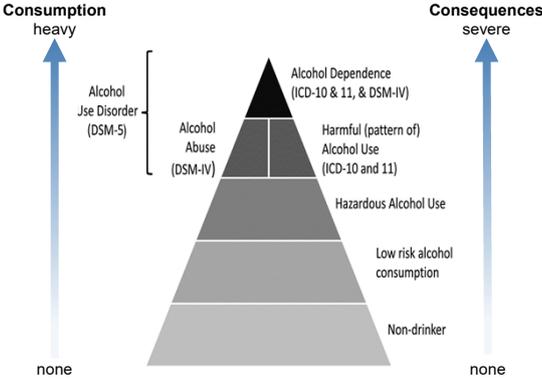
<http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben> .... BAG Zugriff online am 1. Oktober 2021

2



## Klassifizierung Alkoholkonsumstörungen: Häufigkeit bzw. Menge und Folgen

**Consumption heavy**



Alcohol Dependence  
(ICD-10 & 11, & DSM-IV)

Harmful (pattern of)  
Alcohol Use  
(ICD-10 and 11)

Hazardous Alcohol Use

Low risk alcohol  
consumption

Non-drinker

Alcohol Abuse  
(DSM-IV)

Alcohol Use Disorder  
(DSM-5)

none

**Consequences severe**

**> Kriterien**

- Toleranzentwicklung
- Entzugssymptome
- Suchtdruck
- Kontrollverlust
- Hoher Zeitaufwand

**> Folgen**

- 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)

none

ICD-10 (2013) Internationale Klassifikation ...; ICD-11 (2022) [www.icd.who.int](http://www.icd.who.int) ...; DSM-5 (2015) Diagnostisches ...

3



## Trinkmengen und Risikodefinitionen

**1 alkoholisches Standardgetränk**



	Males, g/day	Females, g/day
<i>Risk levels of drinking</i>		
Low risk	1–40	1–20
Medium risk	41–60	21–40
High risk	61–100	41–60
Very high risk	101+	61+
<i>Criteria for risk of consumption on a single drinking day in relation to acute problems<sup>1</sup>, g/day</i>		
Low risk	1–40	1–20
Medium risk	41–60	21–40
High risk	61+	41+

Criteria for risk of chronic harm [1].

**> 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)

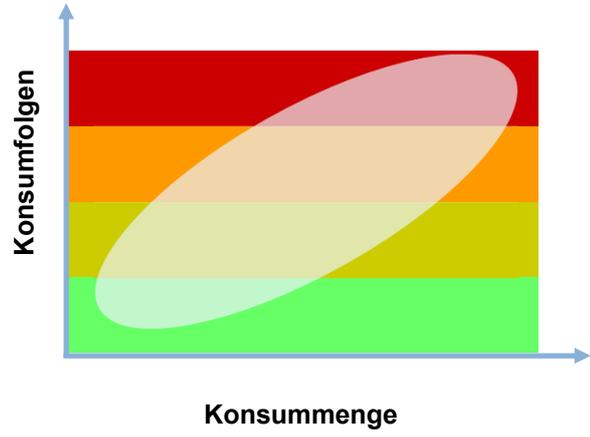
pro Trinkgelegenheit

Mann et al. (2017) *Eur Addict Res*; Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2020

4

## Behandlungsziele heute: Stepped Care





**Konsumfolgen** (y-axis)

**Konsummenge** (x-axis)

**Abstinenz**

**Trinkmengenreduktion mit Unterstützung**

**Anleitung zur Trinkmengenreduktion**

**Beratung**

Kiefer (2017) Aktuelle Entwicklungen in der Therapie der Alkoholabhängigkeit WPA / DGPPN 2021 5

## Rückfallraten und Suchtmodelle



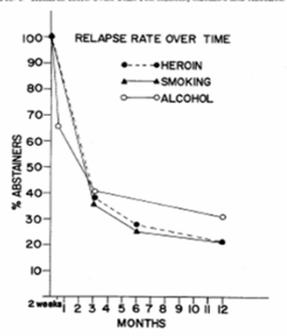


FIG. 1. RELAPSE RATES OVER TIME FOR HEROIN, SMOKING AND ALCOHOL.

RELAPSE RATE OVER TIME

% ABSTAINERS

MONTHS

2 weeks

●---● HEROIN  
▲---▲ SMOKING  
○---○ ALCOHOL

**Alkoholkonsumstörung**

		Ursache	
		Person	Umwelt
T h e r a p i e	Person	Moralmodell	Kompensationsmodell
		Willens- und moralisch schwache Suchtpersönlichkeit; Charakteränderung kann helfen (z.B. Guttempler)	Lernprozesse führen zur Abhängigkeit; Lernen von Selbstkontrolle (z.B. Rückfallprävention)
	Umwelt	Erleuchtungsmodell	Krankheitsmodell
		Durch Lebenswandel zum Süchtigen geworden; Abstinenz nur mit Unterstützung durch Selbsthilfe (z.B. Anonyme Alkoholiker)	Unheilbare, irreversible und progrediente Krankheit; Abstinenz durch professionelle Behandlung (z.B. Suchtfachklinik)

Rückfallkurven sehen heute noch genau so aus. Die Abstinenzraten nach stationären Behandlungen liegen zwischen 25 und 55%!

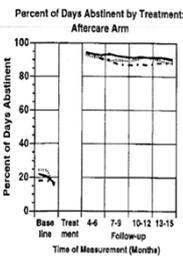
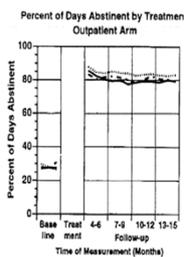
Hunt et al. (1971) *J Clin Psychol*; Brickman et al. (1982) *Am Psychol*; Moggi et al. (2007) *Drug Alcohol Depend* 6



UNIVERSITÄT  
BERN

## Wirksamkeitsvergleich und Differenzielle Indikation – Project MATCH (28 Mio \$ - Frage)

- > Vergleich der drei wichtigsten abstinentenorientierten Behandlungsansätze bei 1'726 Patienten
  - Kognitive Verhaltenstherapie: Rückfallprävention (CBT)
  - Motivationsförderung zur Verhaltensänderung (MET)
  - Anonyme Alkoholiker / 12 Schritte: Soziale Unterstützung (TSF)
  
- > Ergebnisvariablen
  - Prozent abstintenter Tage
  - Tage schwerer Trinkepisoden
  - Klinische Einschätzung
  
- > **Keine klinisch relevanten Unterschiede!**

Project MATCH (1997) *J Stud Alcohol*



UNIVERSITÄT  
BERN

## Meta-Analyse zu spezifischen Techniken bei Alkoholstörungen – MESA GRANDE

Treatment modality (n=46)	Rank order	All studies, regardless of population severity					Clinical populations only			
		CES	% +	N	Mean MQS	% MQS ≥ 14	% Clinical	Rank order	CES	% +
Brief intervention	1	280	68	31	12.68	48	48	1	136	73
Motivational enhancement	2	173	71	17	13.12	53	53	11	37	56
GABA agonist	3	116	100	5	11.60	20	100	3	116	100
Opiate antagonist	4	100	83	6	11.33	0	100	4	100	83
Social skills training	5	85	68	25	10.50	16	84	2	125	63
Community reinforcement	6	80	100	4	13.00	50	80	5	68	100
Behavior contracting	7	64	80	5	10.40	0	100	6	64	80
Behavioral marital therapy	8	60	62	8	12.88	50	100	7.5	60	63
Case management	9	33	67	6	10.20	0	100	7.5	60	67
Self-monitoring	10	25	50	6	12.00	50	83	18	-3	40
Cognitive therapy	11	21	40	10	10.00	10	88	9	41	50
Client-centered counseling	12.5	20	57	7	10.57	0	86	13	28	67
Disulfiram	12.5	20	50	24	10.75	17	100	10	38	50

Miller & Willbourne (2002) *Addiction*; CES = cumulative evidence score; MQS = methodological quality score

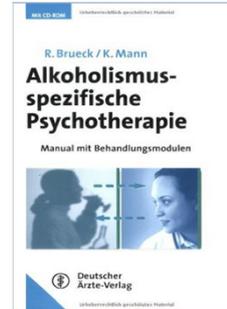
## Wirksamkeitsvergleich von Kombinations- therapien: Psychotherapie & Medikamente – COMBINE Study (34 Mio \$ - Frage)



- > Vergleich von ambulanter Psychotherapie, Medikamenten und ihre Kombinationen bei 1'383 Patienten
  - Naltrexon vs. Acamprosat vs. Placebo (MM, Medical Management)
  - Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen (KVI = MET und KVT)
  - Beides: MM + CBI

Medical Management (MM)		
	Placebo	Acamprosat
Placebo	1	2
Naltrexone	3	4

Medical Management (MM) + COMBINE Behavioral Intervention (CBI)			
	Placebo	Acamprosat	No Pills
Placebo	5	6	
Naltrexone	7	8	
No Pills			9



- > Keine klinisch relevanten Unterschiede!
- > Nach einem Jahr: keine signifikanten Unterschiede mehr!

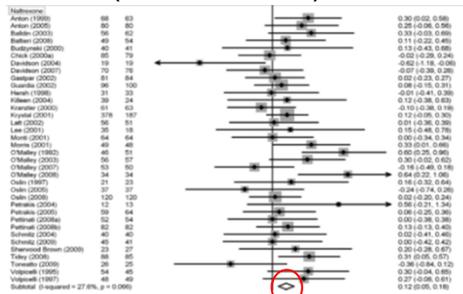
Anton et al. (2006) JAMA

9

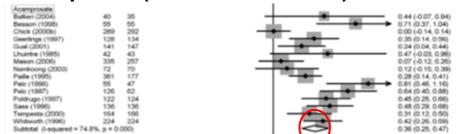
## Naltrexon oder Acamprosat? – Eine Meta- analyse Placebo kontrollierter Studien



### Naltrexon (Trinkziel Abstinenz)



### Acamprosat (Trinkziel Abstinenz)

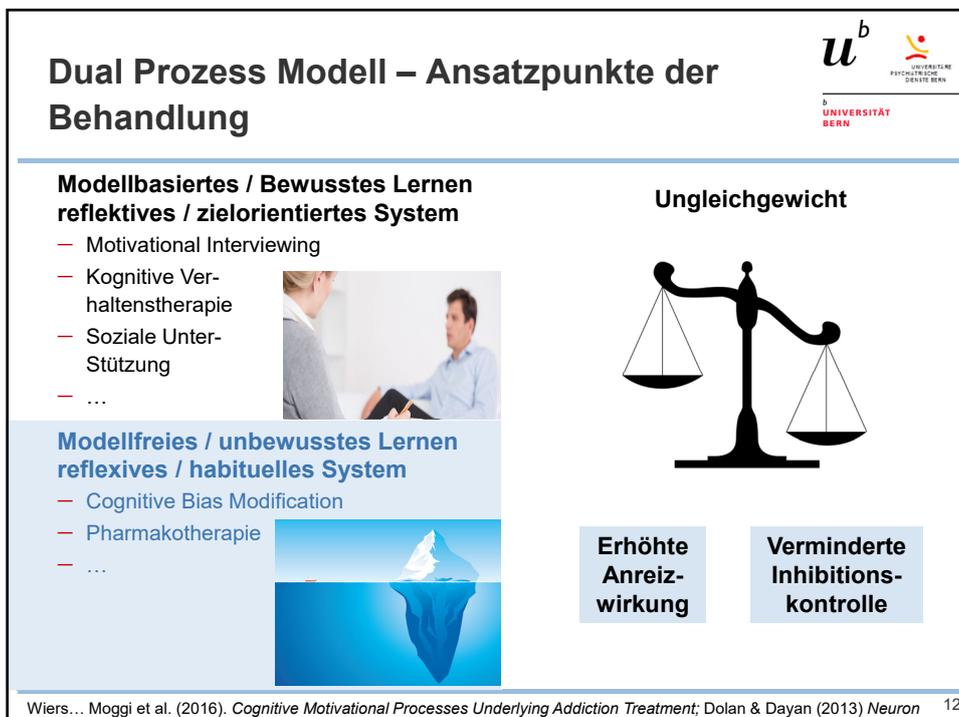
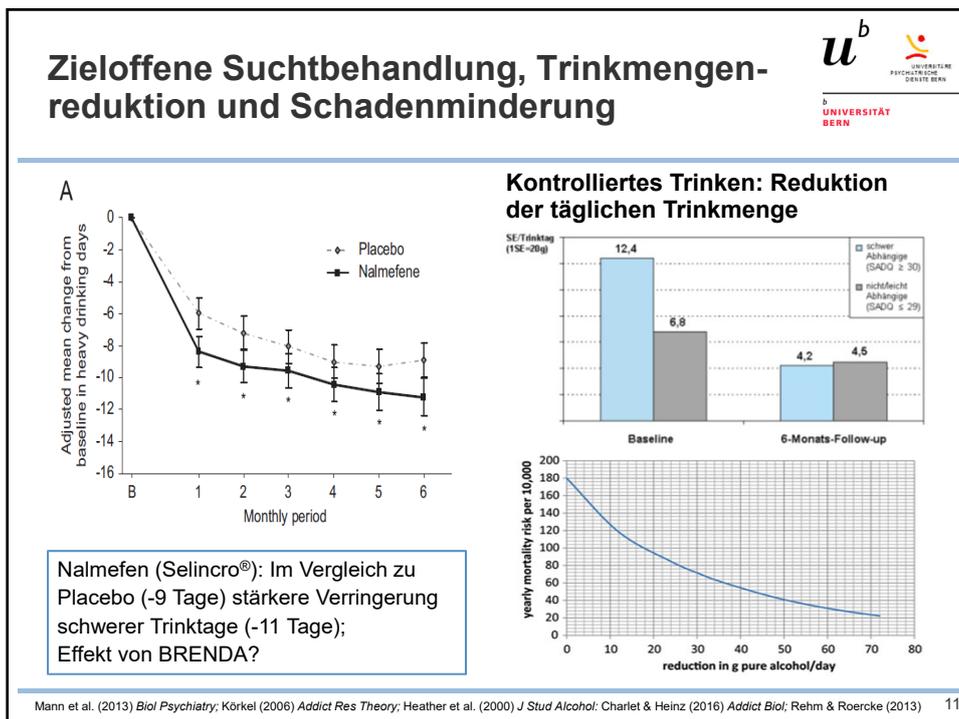


### Schlussfolgerungen

- Effektstärken  $g$  von 0.2 bis 0.4
- Effekte sind trinkzielabhängig:
  - Naltrexon reduziert Trinkmenge und verringert Craving
  - Acamprosat fördert Abstinenz
- Abstinenz vor Behandlungsbeginn fördert die Wirksamkeit beider Medikamente.
- Ländereffekte?
- Disulfiram?

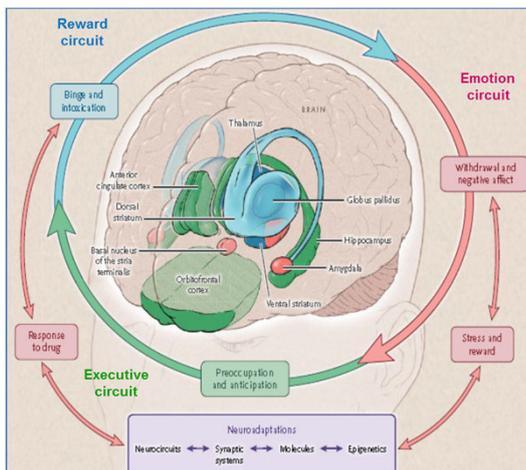
Maisel et al. (2013) Addiction

10

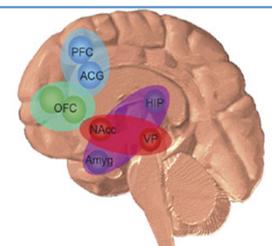
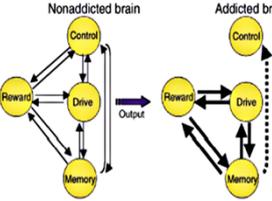


### Alkoholkonsum im Sinne der Abhängigkeit: Das «Brain Disease Model»





(a)

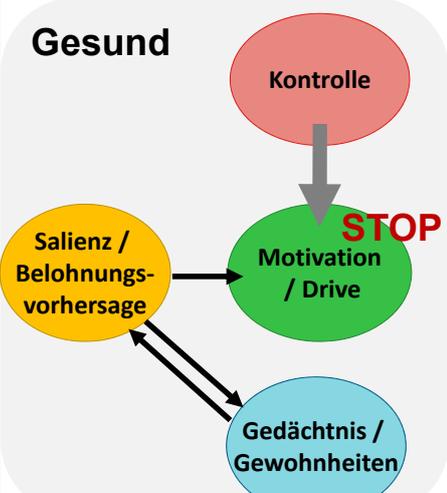
Volkow, Koob, McLellan (2016) *NEJM*; Volkow et al. (2003) *J Clin Invest*; Baler & Volkow (2006) *Trends Mol Med*

13

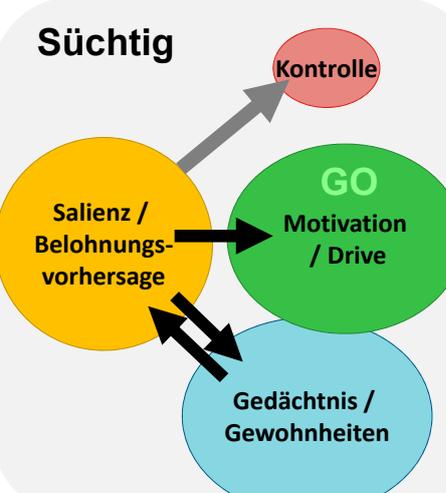
### Neuronale Schaltkreise der Sucht



#### Gesund



#### Süchtig



Volkow, Koob, McLellan (2016) *NEJM*; Volkow et al. (2003) *J Clin Invest*; Baler & Volkow (2006) *Trends Mol Med*

14

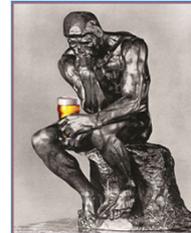
### Multizentrische, doppelblinde, randomisierte Studie (SNF # 105319-159286, SSA # 283 und 303, Novartis Stiftung # 19A063)



---

> **Modellbasiertes Lernen**

- Drei stationäre Standard Behandlungsprogramme
- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen u.a.
- Aufrechterhaltung der Veränderungsmotivation



> **Modellfreies Lernen**

- Cognitive Bias Modification
- Inhibitionstraining → Aufbau von Verhaltensorhemmung und Verringerung der konditionierten Reaktionen auf Alkoholreize



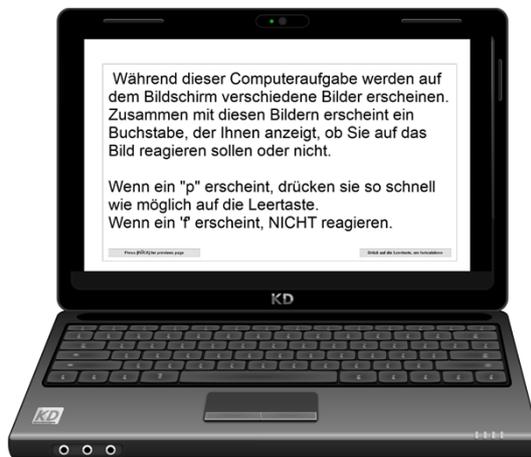
Stein, Soravia & Moggi / Tschümperlin & Batschelet / Bracht & Denier u.v.a.m.

15

### Stärkung der Kontrollfunktionen durch Inhibitionstraining



---



**p** = Hinweis zum drücken

**f** = Hinweis zum **NICHT** drücken

16

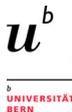


## Von störungsspezifischen Techniken zu übergeordneten Wirkfaktoren



- > Vier störungsspezifische Wirkfaktoren
  - I. Aufbau / Aufrechterhaltung von Veränderungsmotivation
  - II. Förderung von Fertigkeiten, innere und äussere Rückfallsituationen erfolgreich zu bewältigen
  - III. Aufbau / Aufrechterhaltung eines unterstützenden sozialen Umfeldes
  - IV. Veränderung konditionierter Reaktionen auf Alkoholreize
  
- > Zwei therapeutische Effekte
  - I. Veränderung der Bedeutung von Alkohol
  - II. Erhöhte Selbstwirksamkeit in Bezug auf Alkoholkonsum

Mc Crady & Nathan (2006) *Treatment Factors in Treating Substance Use Disorders* 17



## Efficacy – Effectiveness (– Efficiency)

**Effectiveness**  
(Wirkt eine Bx im klinischen Alltag?)

= f (

**Efficacy**  
(Wirkt eine Bx im Experiment?)

,

**Randbedingungen**  
(Patienten-, Setting-, Therapeutenmerkmale, Anwendung, u.v.a.m.)

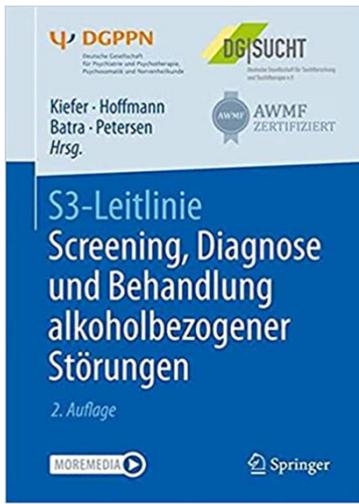
**Efficiency**  
(Verhältnis von Nutzen und Aufwand)

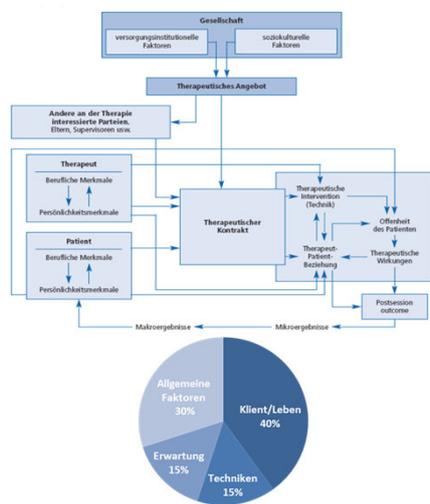
Orlinsky & Howard (1986) *Process and Outcome in Psychotherapy*; Lambert (2013) *Efficacy and Effectiveness in Psychotherapy*; Bx = Behandlung 18

## Leitlinien für den klinischen Alltag



UNIVERSITÄT  
BERN







Kiefer et al. (2022) Screening, Diagnose und Behandlung alkoholabhängiger Störungen; Orlinsky & Howard (1986) Process and Outcome in Psychotherapy; Lambert (2013) Efficacy and Effectiveness in Psychotherapy 19

## Zentrum Suchtpsychiatrie

UPD Startseite > Angebot > Erwachsene > Suchtpsychiatrie

**Zentrum Suchtpsychiatrie**

Das übergeordnete Ziel des Zentrums Suchtpsychiatrie ist es, Abhängigkeitskrankungen integrativ zu behandeln. Dies bedeutet, dass neben einer bestehenden Abhängigkeit auch häufig auftretende Komorbiditäten berücksichtigt werden müssen und pharmakologische sowie psychotherapeutische Verfahren zum Einsatz kommen.

Hierzu koordiniert und fördert das Zentrum die vielfältigen Aktivitäten der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in den Bereichen Behandlung, Weiterbildung und Forschung sowie die Vernetzung mit anderen suchtherapeutischen Einrichtungen des Kantons Bern.

- Behandlung
- Aus-, Weiter- und Fortbildung auf **WeBe+** und **TRAININGplus**
- Forschung

**LEITUNG**

PD Dr. med. Philippe Pfeiffer > ärztliche Leitung  
Prof. Dr. phil. Franz Moggi > psychologische Leitung  
Monika Brändli, Leitung Pflege

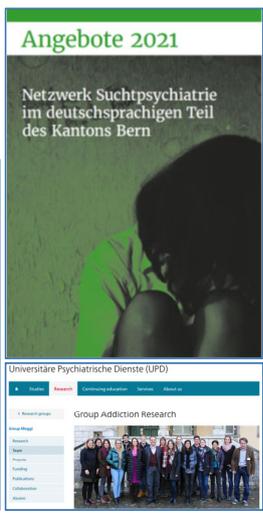
**WERLINKS**

Angebote für Erwachsene >

**NETZWERK SUCHTPSYCHIATRIE IM DEUTSCHSPRACHIGEN TEIL DES KANTONS BERN**

Broschüre einseitig >  
Broschüre doppelseitig >





20