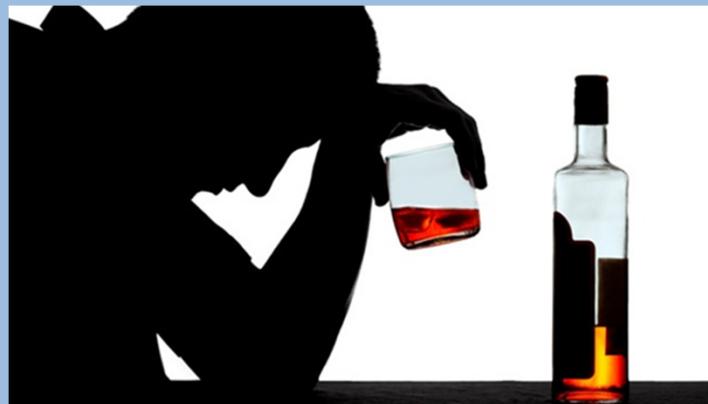


## Psyche und Alkohol

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



# Inhalt

---

- > Häufigkeiten
- > Diagnosen
- > Suchtmodelle
- > Behandlungsziele
- > Pharmakotherapie
- > Psychotherapie
- > Neurobiologie
- > Soziales

# Alkoholproblematik in der Schweiz

## > Epidemiologie

- 8 von 10 Personen trinken Alkohol
  - 10.9% täglich; davon 4.7% chronisch risikoreich
- ca. 250'000 – 300'000 alkoholabhängige Personen
  - Aktuelle Häufigkeit (Prävalenz): 3.4%
- jährlich rund 1'600 Todesfälle = 8 % aller Todesfälle



## > Jährliche Kosten (0.4% des BIP)

- Gesundheitskosten: 477 Mio.
- Strafverfolgung: 215 Mio.
- Volkswirtschaftliche Kosten: 2.5 Mia.

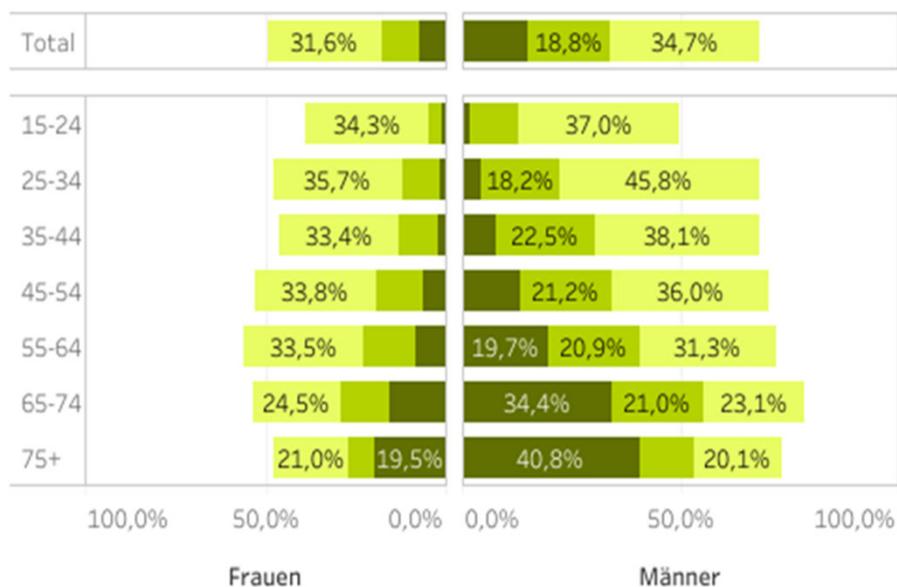


## > Versorgung pro Jahr

- Spitaleintritte mit Haupt-/Nebendiagnosen: 67'180 bzw. 6.2 Eintritte / 1000 E.
- Patient\*innen in der Psychiatrie: 16'582 bzw. 16% aller Diagnosen
- In spezialisierten Behandlungen: 6.1 % in Therapie

# Regelmässiger Alkoholkonsum

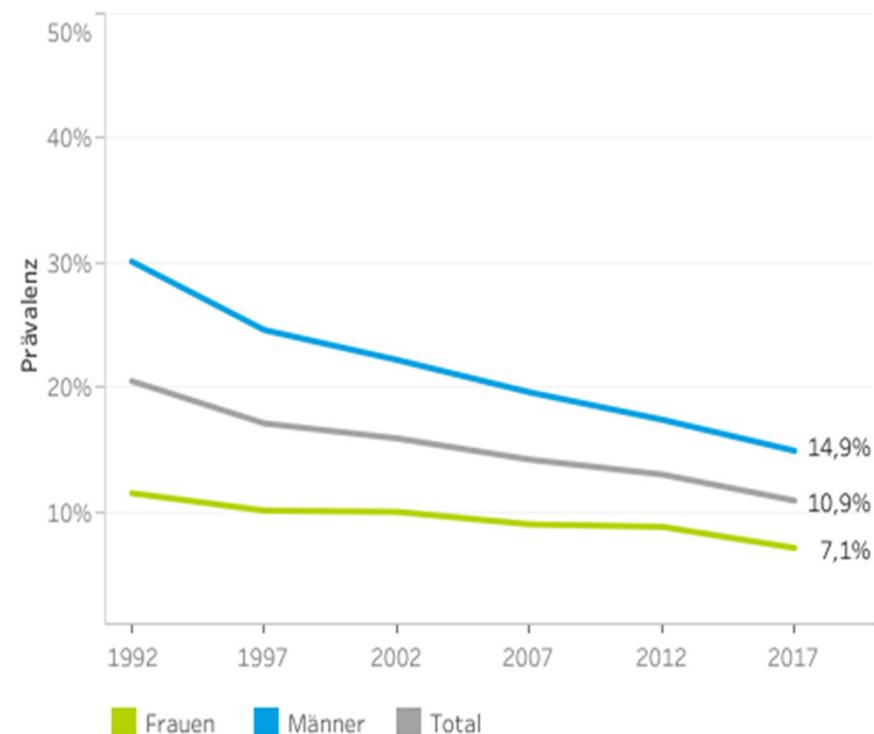
Regelmässiger Alkoholkonsum, nach Geschlecht und Alter (2017)



1-2 Tage pro Woche 3-6 Mal pro Woche Täglich

Anmerkung: Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren.  
Quelle: SGB (BFS, 2018)

Täglicher Alkoholkonsum, nach Geschlecht (1992-2017)



Quelle: SGB (BFS, 2018)

# Trinkmengen und Risikodefinitionen

## 1 alkoholisches Standardgetränk



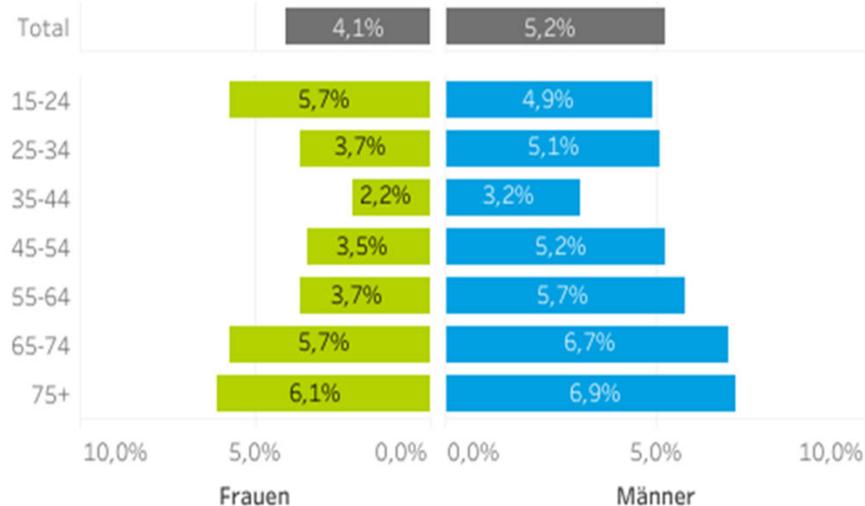
1 Standardgetränk (SD)  
 = 10-12 g reiner Alkohol

	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, g/day</i>		
Low risk	1-40	1-20
Medium risk	41-60	21-40
High risk	61+	41+

- > Risikoreicher Konsum
  - > 2 SD = 20g (w)
  - > 4 SD = 40g (m)
- > Rauschtrinken
  - > 4 SD (w)
  - > 5 SD (m)
 pro Trinkgelegenheit

# Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum und Rauschtrinken

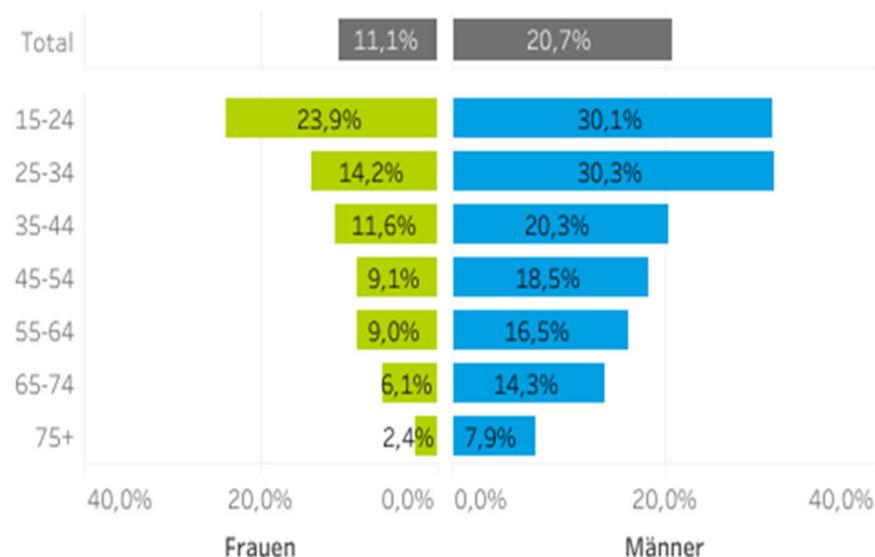
Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht und Alter (2017)



Mittleres oder erhöhtes Risiko

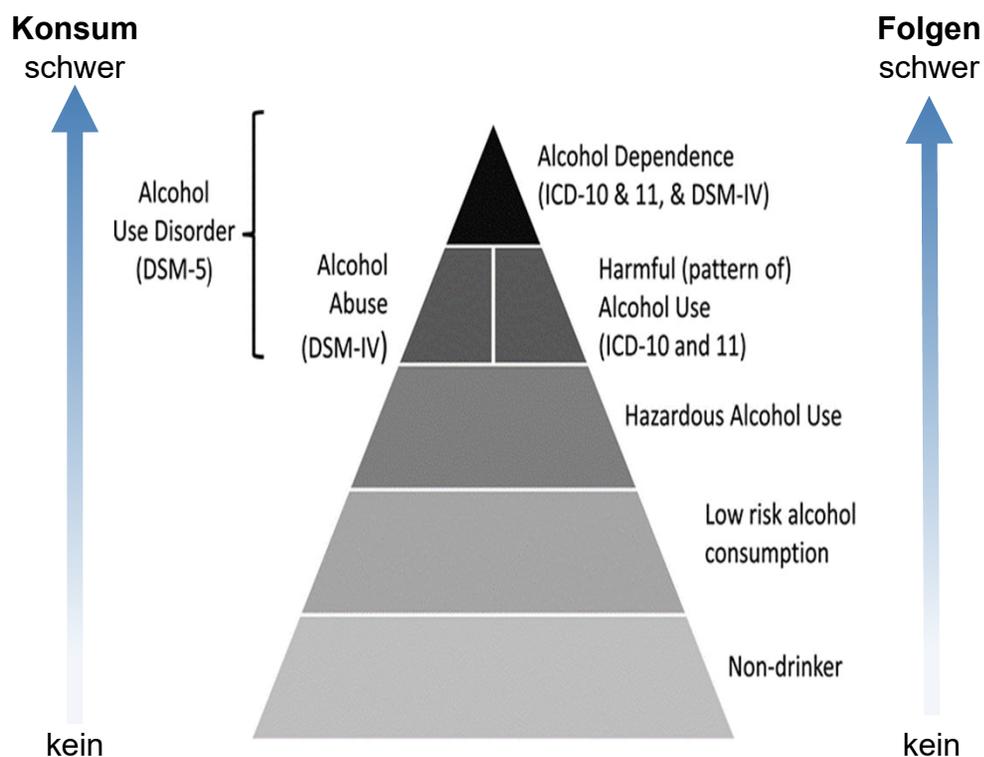
Anmerkung: Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren; mittleres/erhöhtes Risiko: Frauen 2 Gläser und mehr, Männer 4 Gläser und mehr, eines alkoholischen Standardgetränks pro Tag.  
Quelle: SGB (BFS, 2018)

Rauschtrinken in den letzten 12 Monaten, nach Geschlecht und Alter (2017)



Anmerkungen: Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren; Rauschtrinken = 4+ (Frauen) bzw. 5+ (Männer) Gläser bei mindestens einer Gelegenheit pro Monat.  
Quelle: SGB (BFS, 2018)

# Diagnose «Alkoholkonsumstörungen»: Häufigkeit bzw. Menge und Folgen



## > Konsum

- 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)

# Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT und AUDIT-C)

**Alkoholsprechstunde**  
Universitätsklinik und Poliklinik Bern

**AUDIT**

Patientenname: \_\_\_\_\_ Cut-off  $\geq 8$ ? Ja  Nein

Geschlecht: w / m (Zutreffendes ankreuzen) Geb. datum: \_\_\_\_\_

Interviewername: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

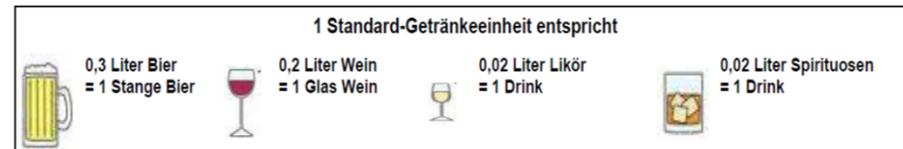
**Instruktion**  
Stellen Sie dem Patienten die Fragen, wie sie hier beschrieben sind. Beginnen Sie etwa mit „Ich werde Sie nun einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum während des letzten Jahres, also den letzten 12 Monaten stellen“. Erklären Sie, was ein alkoholisches Getränk ist, indem Sie typische lokale Getränke nennen.  
Kodieren Sie die Antworten in Standarddrinks. Als Masseinheit gilt 1 Drink = 1 Glas/Dose Bier (3 dl) oder 1 Glas Wein/Sekt (1 dl) oder 1 Glas Korn, Rum, Schnaps, Weinbrand, Whisky oder ähnliches (0.2 dl).

Punkte	0	1	2	3	4
1. Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?	Nie	1 Mal im Monat oder seltener	2-4 Mal im Monat	2-3 Mal pro Woche	4- oder mehrmals pro Woche
2. Wie viele Drinks trinken Sie an einem typischen Trinktag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
3. Wie oft trinken sie 6 oder mehr Drinks bei einer Gelegenheit?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
4. Wie oft stellten Sie im letzten Jahr fest, dass Sie nicht aufhören können zu trinken, wenn Sie einmal angefangen hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
5. Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen gewöhnlich erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
6. Wie oft brauchten Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie am Abend oder in der Nacht vorher stark getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
7. Wie oft hatten Sie im letzten Jahr nach dem Alkoholtrinken Gewissensbisse oder fühlten sich schuldig?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
8. Wie oft im letzten Jahr konnten Sie sich nicht an die Ereignisse in der Nacht zuvor erinnern, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Täglich/ fast täglich
9. Verletzen Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon einmal körperlich?	Nein	Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten			Ja, in den letzten 12 Monaten
10. Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen wegen Ihres Alkoholkonsums gemacht oder Ihnen geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	Nein	Ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten			Ja, in den letzten 12 Monaten

**Auswertung:** Addition der erzielten Punktwerte in den Fragen 1-10  
**Interpretation:** Für 8 und mehr Punkten gilt das Trinkverhalten als mindestens risikoreich bzw. schädigend. Konsumreduktion bzw. Abstinenz ist anzustreben.

Punktwert:  (cut-off  $\geq 8$  Punkte => oben ankreuzen)

AUDIT von Babor et al./WHO, 2001 KPD, März 2007 / IJ



**AUDIT-C  
Risikoreicher  
Konsum**

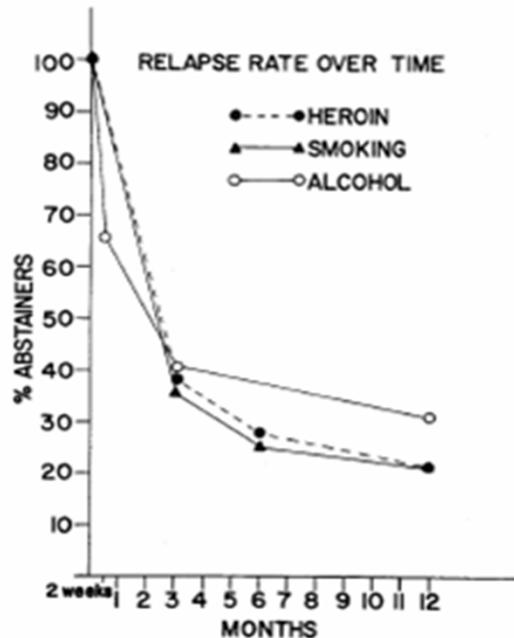
**Abhängigkeits-  
symptome**

**Schädlicher  
Konsum**

- Häufigkeit
- Trinkmenge
- > 6 Drinks pro Gelegenheit
- Kontrollverlust
- Aufgaben/Verpflichtungen
- Morgendliches Trinken
- Schuld-/Schamgefühle
- Filmriss(e)
- Sich oder andere körperlich verletzen
- Andere raten zur Mässigung

# Suchtmodelle: Ursachen und Therapie

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



Rückfallkurven sehen heute noch genauso aus. Die Abstinenzraten nach stationären Behandlungen liegen zwischen 30 und 60%!

## Alkoholkonsumstörung

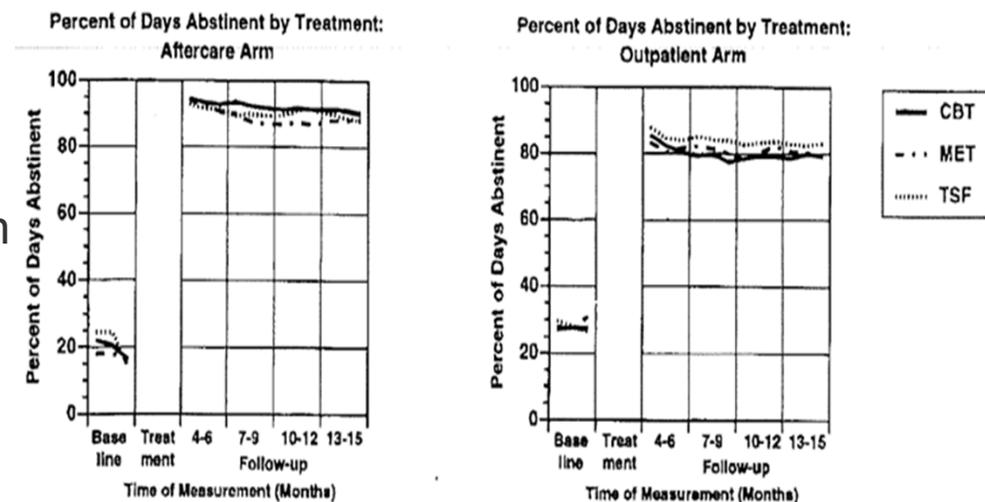
		Ursache	
		Person	Umwelt
T h e r a p i e	Person	<b>Moralmodell</b> Willens- und moralisch schwache Suchtpersönlichkeit; Charakteränderung kann helfen (z.B. <i>Guttempler</i> )	<b>Kompensationsmodell</b> Lernprozesse führen zur Abhängigkeit; Lernen von Selbstkontrolle (z.B. <i>Rückfallprävention</i> )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

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

- > Vergleich der drei wichtigsten abstinenzorientierten Behandlungsansätze bei 1'726 Patienten
  - Kognitive Verhaltenstherapie: Rückfallprävention (CBT)
  - Motivationsförderung zur Verhaltensänderung (MET)
  - 12 Schritte: Soziale Unterstützung (TSF)

- > Ergebnisvariablen
  - Prozent abstinenter Tage
  - Tage schwerer Trinkepisoden
  - Klinische Einschätzung

- > **Keine klinisch relevanten Unterschiede!**



---

# Wirkfaktorenmodell

# Wirkfaktoren in der Behandlung von Alkoholkonsumstörungen

## > Vier störungsspezifische Wirkfaktoren

- I. Förderung von Veränderungsmotivation  
(*Motivierende Gesprächsführung, Kurzintervention*)
- II. Rückfallprävention und Rückfallmanagement  
(*Kognitive Verhaltenstherapie, Kontingenzmanagement, Pharmakotherapie*)
- III. Einbindung von und Unterstützung durch das soziale Umfeld  
(*Paar- und Familientherapie, Gemeindenahe Verstärkeransätze, Selbsthilfe*)
- IV. Kognitives Training und «Remediation»  
(*z.B. Aufmerksamkeits-, Achtsamkeits-, Inhibitionstraining, Emotionsregulation*)

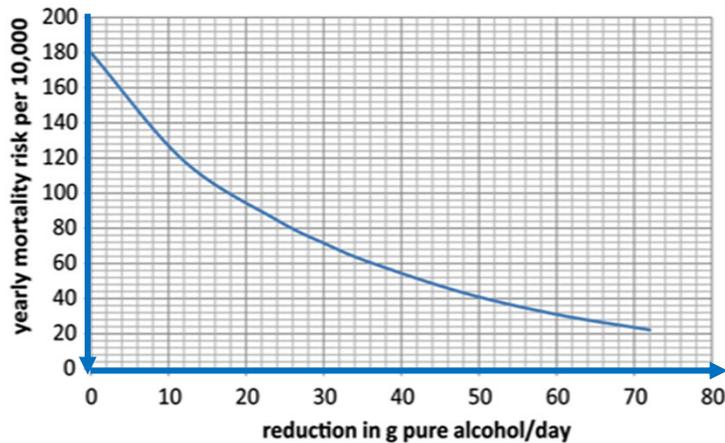
## > Zwei zentrale therapeutische Effekte

- I. Verringerung des Anreizes bzw. der Bedeutung von Alkohol
- II. Verbesserung von Verhaltenshemmung bzw. der Selbstwirksamkeit im Umgang mit Alkohol

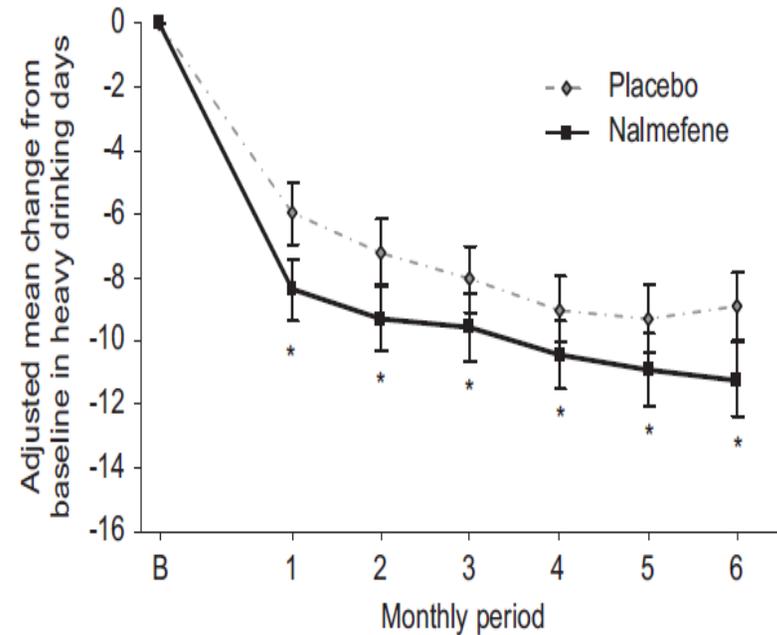
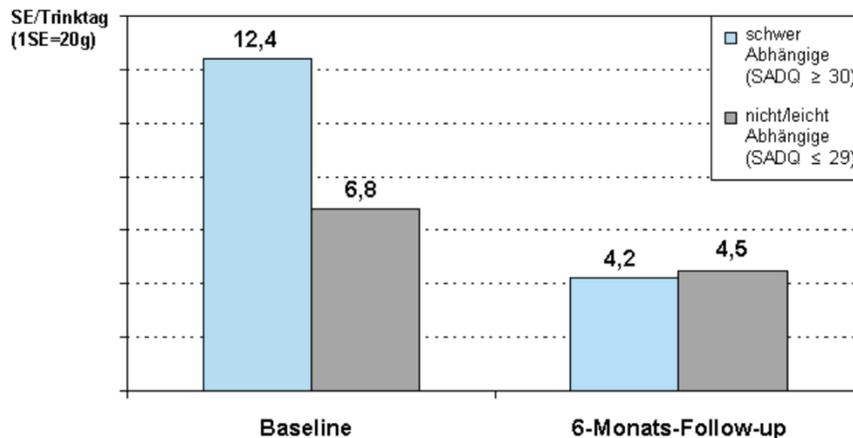
---

## Von der Abstinenz zur zieloffenen Behandlung

# Zieloffene Suchtbehandlung: Trinkmengenreduktion und Schadensminderung

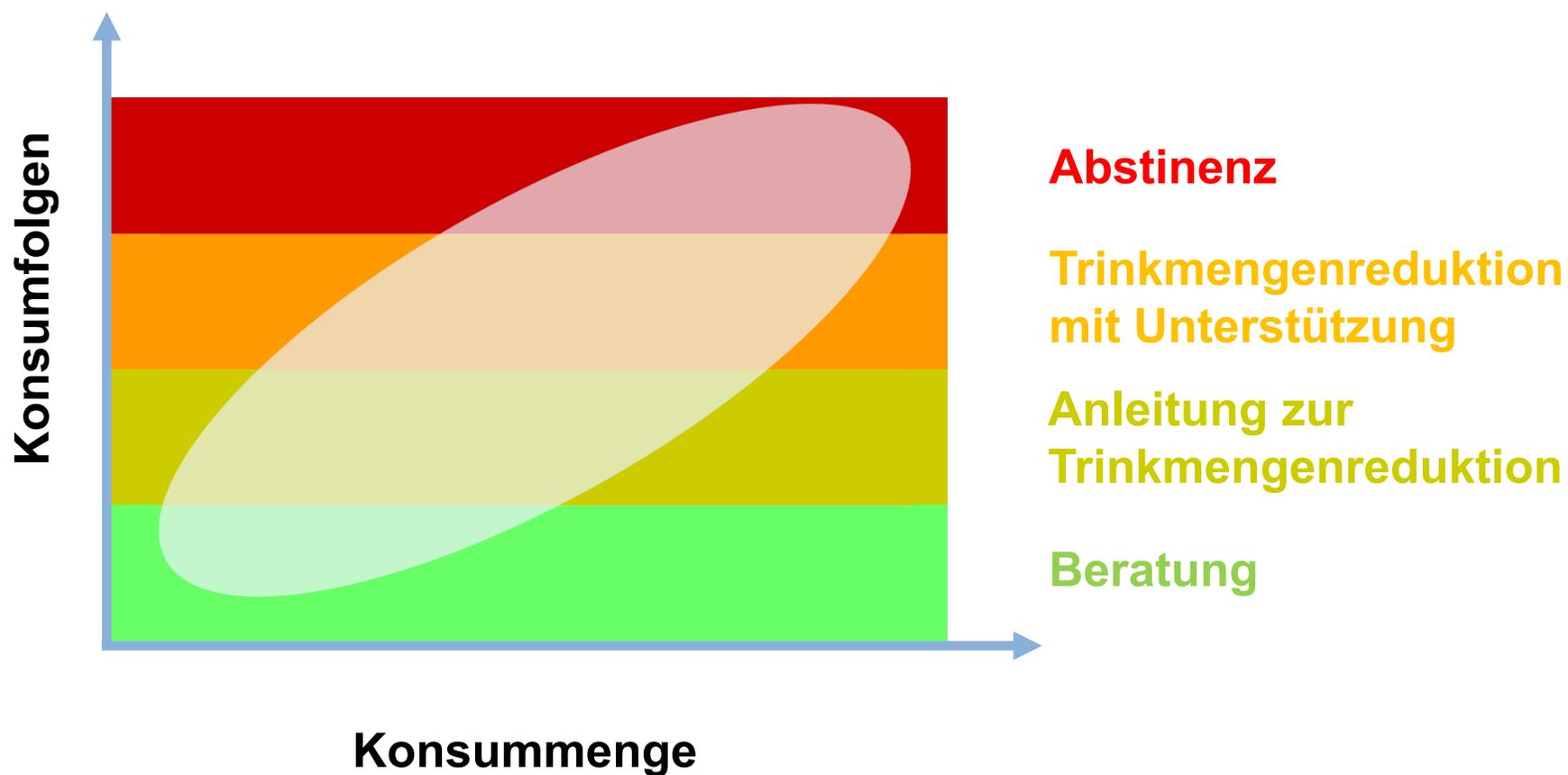


## Kontrolliertes Trinken: Reduktion der täglichen Trinkmenge



- Nalmefen: Im Vergleich zu Placebo (-9 Tage) stärkere Verringerung schwerer Trinktage (-11 Tage)
- Starker Effekt durch lernen, kontrolliert zu trinken.

# Behandlungsziele heute: Gestufte Behandlung

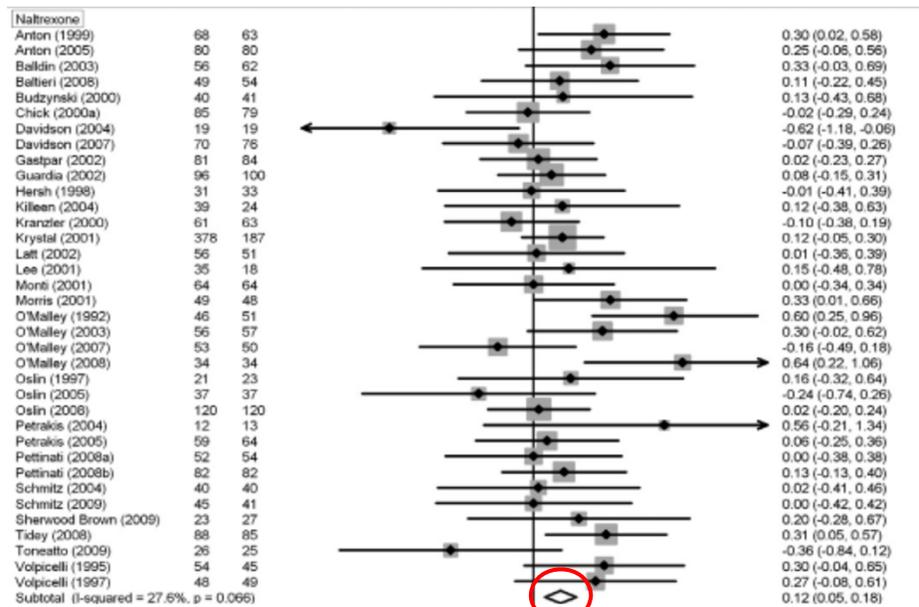


---

# Beitrag der Pharmakotherapie

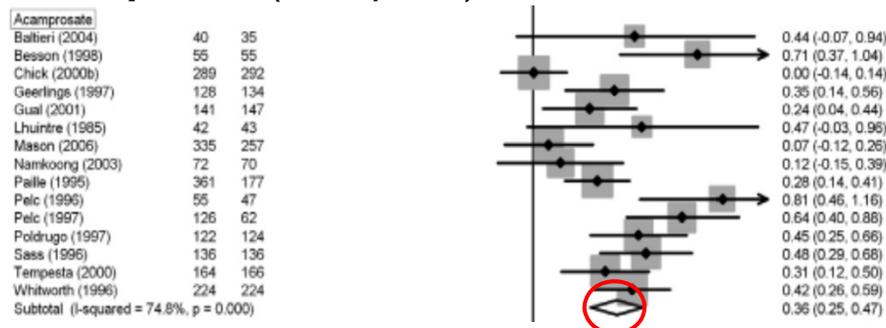
# Welche Medikamente wirken? Metaanalysen

## Naltrexon (Naltrexin®)



- Kleine Effektstärken ( $g = 0.2 - 0.4$ )
- trinkzielabhängige Effekte
- Naltrexon reduziert Trinkmenge und verringert Suchtdruck (Belohnungstrinker)
- Acamprosat fördert Abstinenz („Entlastungstrinker“)

## Acamprosat (Campral®)

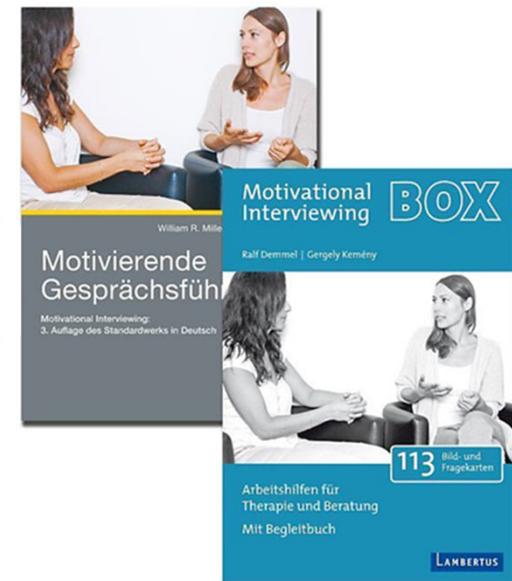
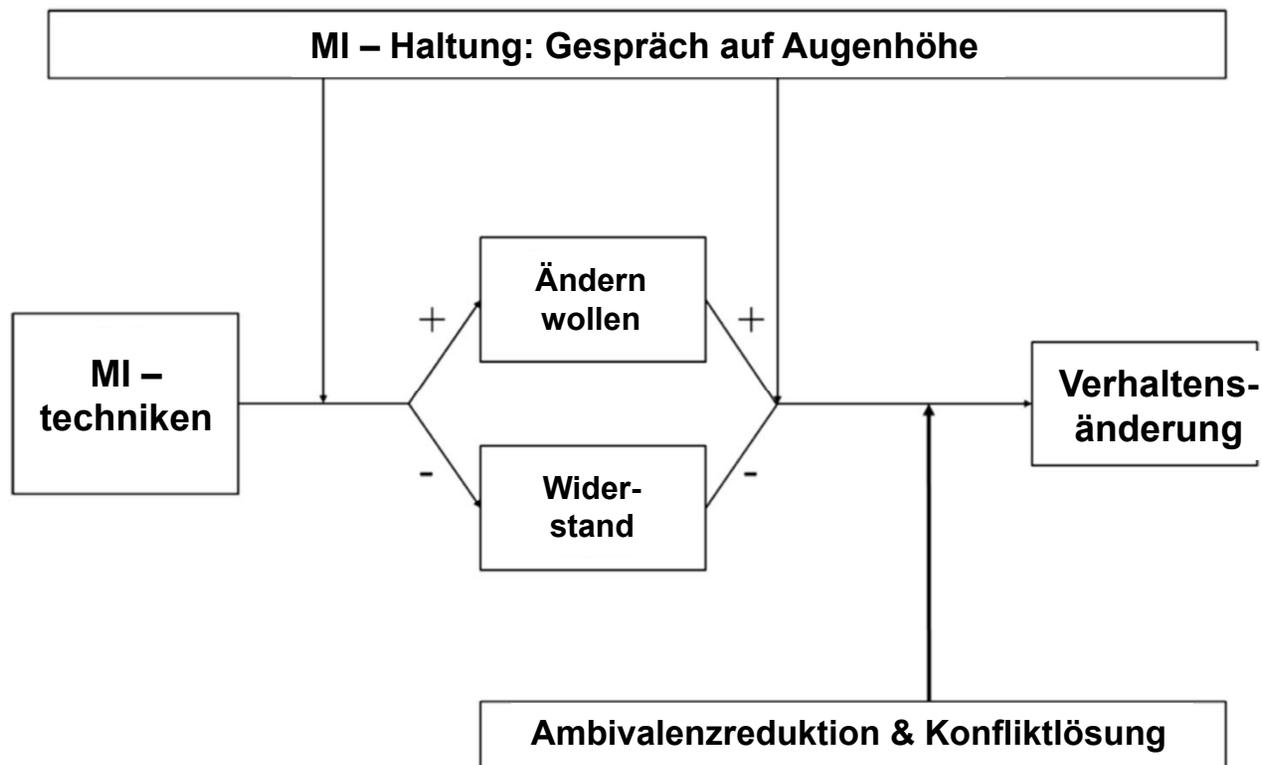


- Nalmefen
- Disulfiram, Topiramate, Baclofen, Gabapentin, Psilocybin, LSD?

---

## Beitrag der Psychologie

# Motivierende Gesprächsführung MI



# Kombinationstherapien: Psychotherapie & Medikamente – COMBINE Studie (34 Mio \$ - Frage)

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

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

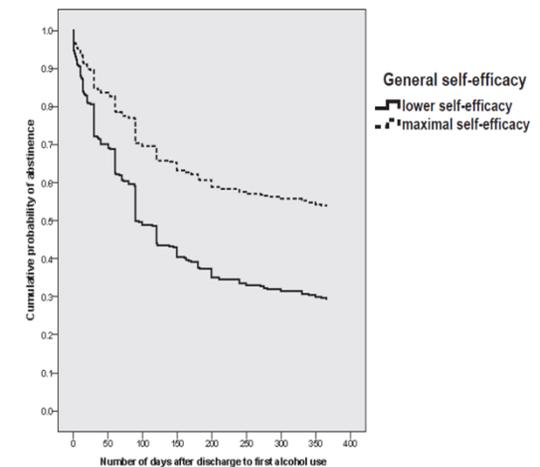


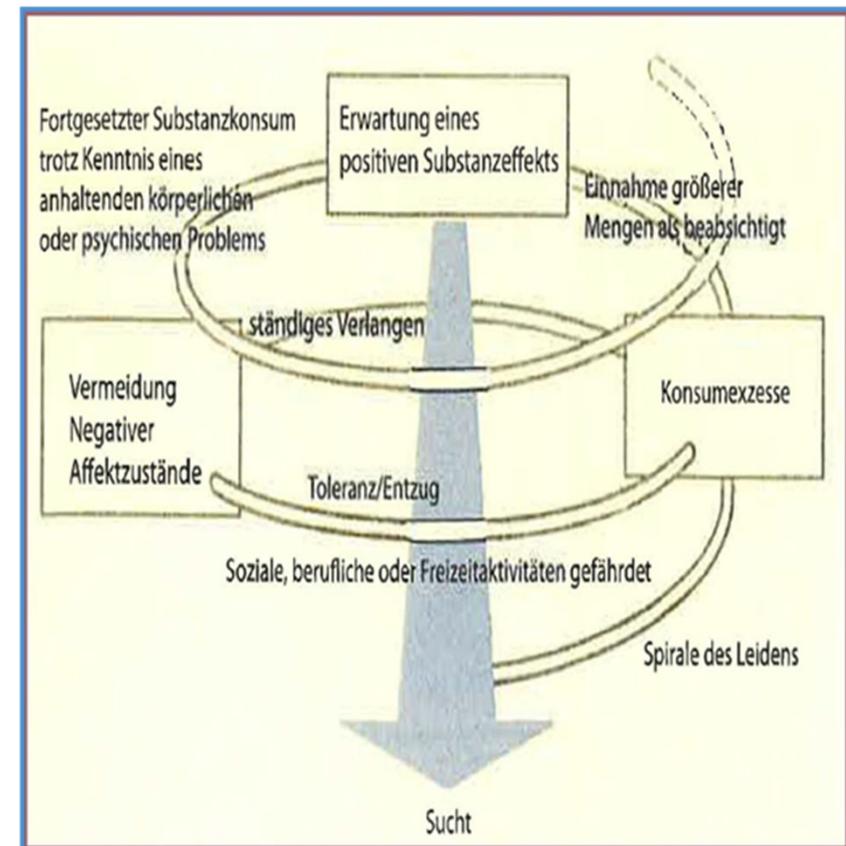
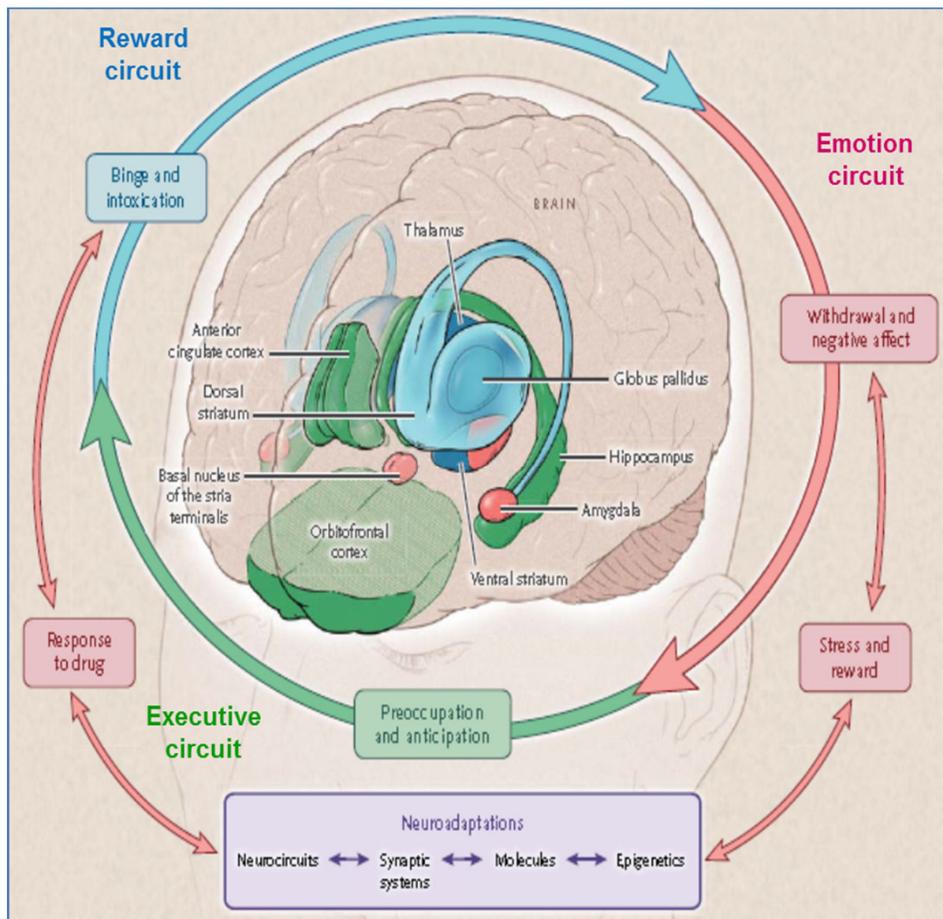
Fig. 1. Cox proportional hazards survival regression analysis for general self-efficacy at discharge for number of days to first alcohol use up to a 1-year follow-up.  $H = 1.41$ , CI 1.12 to 1.77,  $p < 0.01$ .

- > Signifikante, keine klinisch relevanten Unterschiede in der klinischen Einschätzung!
- > Nach einem Jahr gab es keine signifikanten Unterschiede mehr!

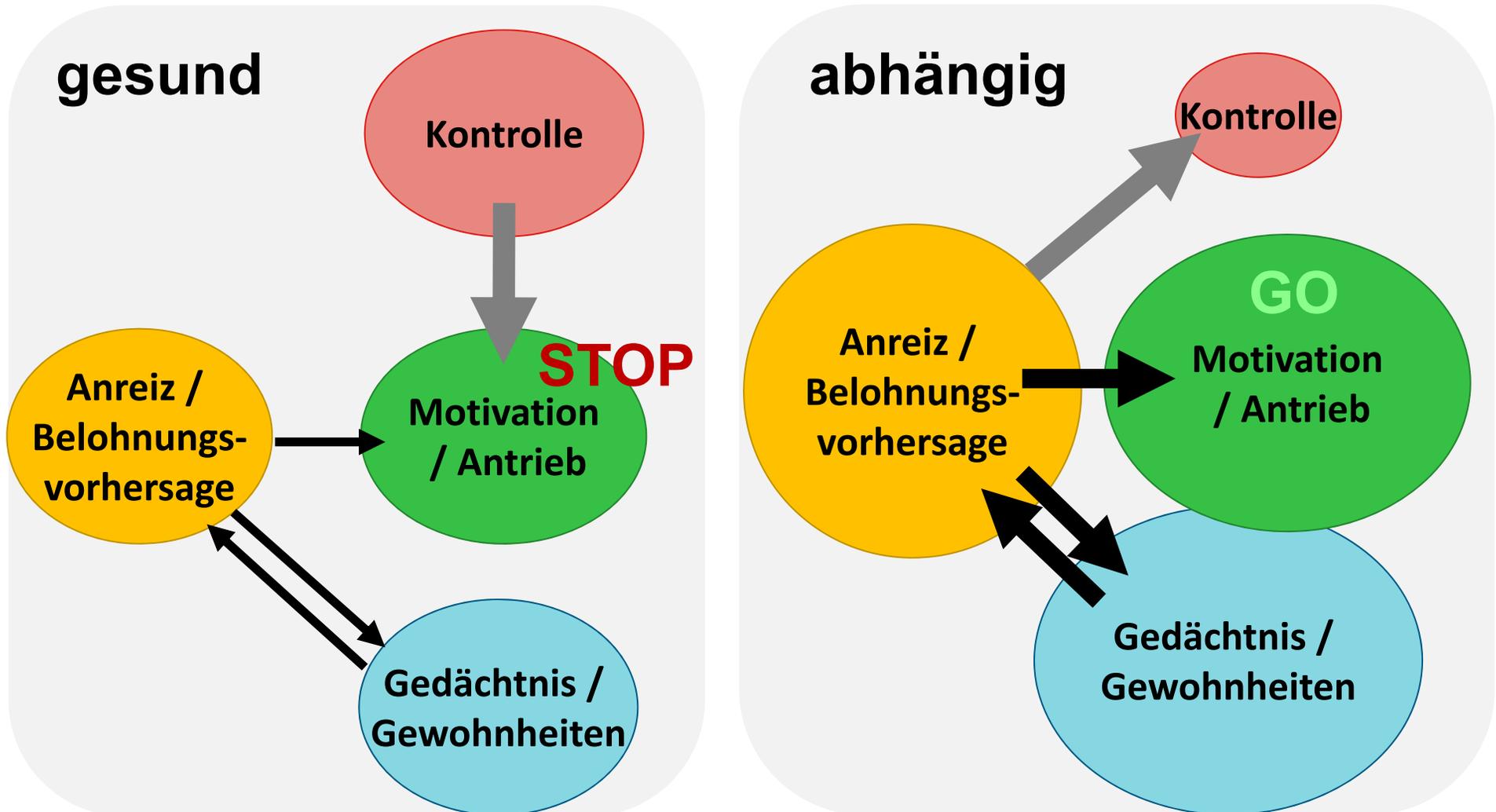
---

# Beitrag der Neurobiologie

# Vom Alkoholkonsum zur Abhängigkeit: Das «Brain Disease Model»



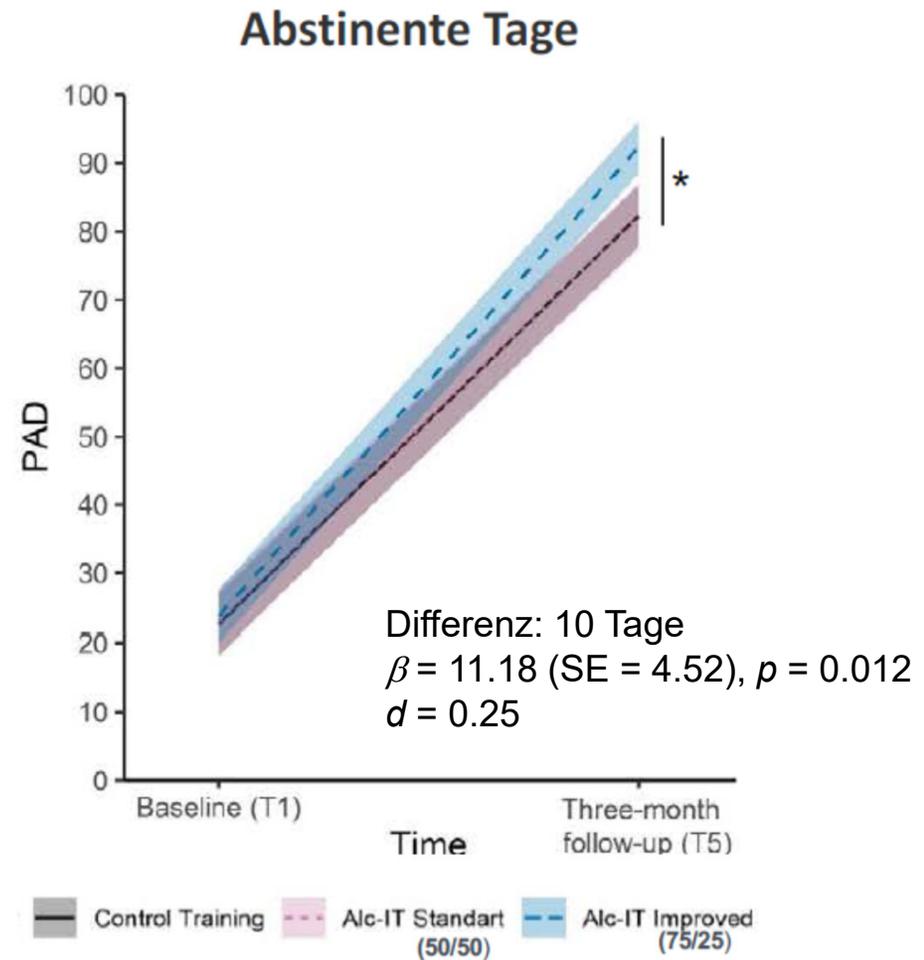
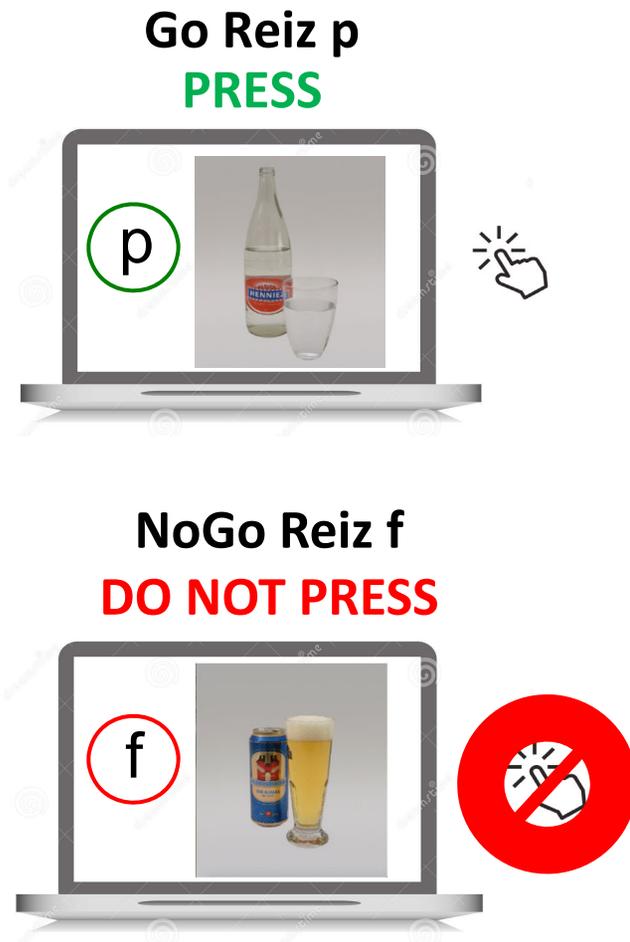
# Neuronale Schaltkreise und Abhängigkeit



---

# Biologie trifft auf Psychologie

# «Unbewusstes» Inhibitionstraining



---

# Soziale Unterstützung

# Soziale Unterstützung und Selbsthilfe (Beispiele)



**ANONYME ALKOHOLIKER**

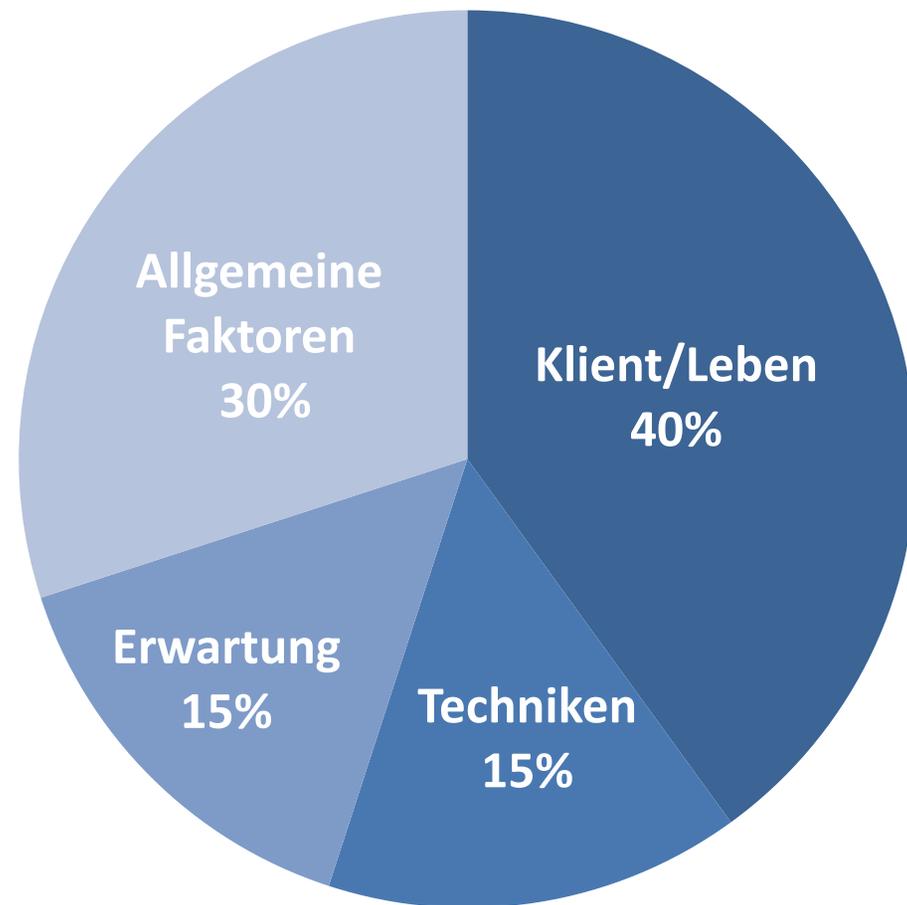
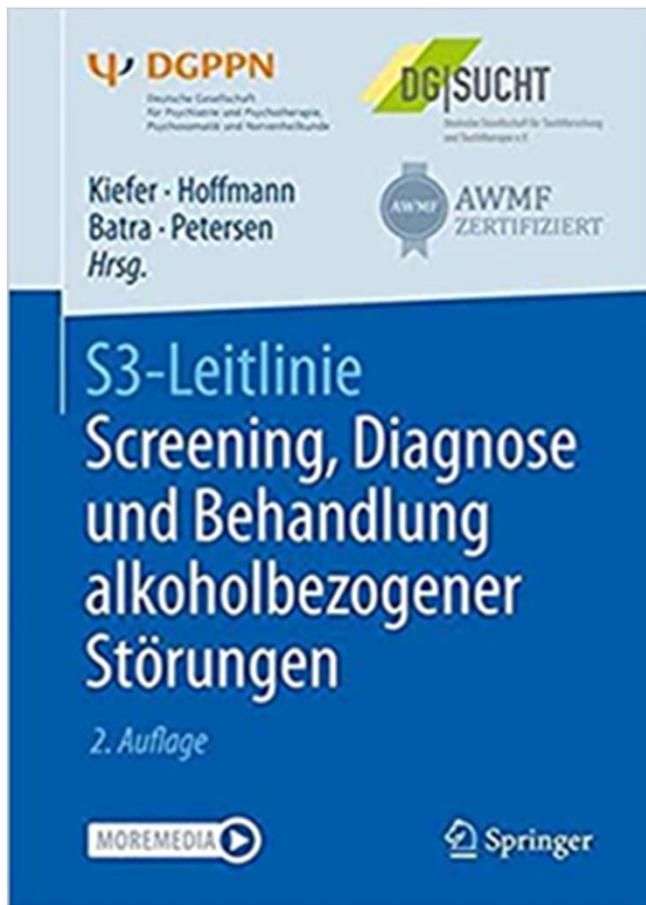
**Berner Gesundheit  
Santé bernoise**



Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung

**Projekt «Recovery College  
Addictions»**

# Und was noch...?



# Zusammenfassung: Wirkfaktoren und das Dual Prozess Modell

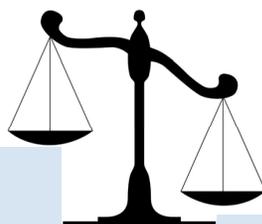
## Bewusstes, reflektiertes, zielorientiertes Lernen

- Veränderungsmotivation: Motivierende Gesprächsführung
- Rückfallprävention: Kognitive Verhaltenstherapie
- Soziale Unterstützung: Familientherapie und Selbsthilfe



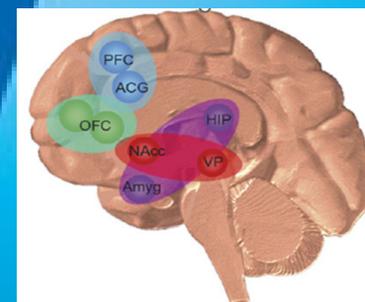
## Unbewusstes, reflexives Lernen und Gewohnheiten

- Kognitives Training/Remediation
- Rückfallprävention: Pharmakotherapie



**Anreiz  
verringern**

**Inhibition  
fördern**



# Zentrum Suchtpsychiatrie

UPD Startseite > Angebot > Erwachsene > Suchtpsychiatrie

## Zentrum Suchtpsychiatrie

Das übergeordnete Ziel des Zentrums Suchtpsychiatrie ist es, Abhängigkeitserkrankungen 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 suchttherapeutischen Einrichtungen des Kantons Bern.

- [Behandlung](#)
- Aus-, Weiter- und Fortbildung auf [WeBe+](#) > und [TRAININGplus](#) >
- [Forschung](#)

### LEITUNG

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

### WEBLINKS

Angebote für Erwachsene



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

Broschüre einseitig ✓

Broschüre doppelseitig ✓

### KONTAKT

Universitätsklinik für  
Psychiatrie und  
Psychotherapie

**Suchtpsychiatrie**

PD Dr. med. Philippe Pfeifer,  
Leitender Arzt

Bolligenstrasse 111  
3000 Bern 60

## Angebote 2021

Netzwerk Suchtpsychiatrie  
im deutschsprachigen Teil  
des Kantons Bern