Implikationen unterschiedlicher Konzepte substanzbezogener Störungen:

Konsumindikatoren vs. Diagnosen

Ludwig Kraus[1,2]

[1)] IFT Institut für Therapieforschung, München

[2)] Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm

Abhängigkeitserkrankungen:
Zwischen Stigma und neurobiologischen Erklärungsmodellen
Zürich, 12. November 2015

1 Substanzkonsum und Folgen

- **Substanzkonsum und Folgen**
  - Disability-adjusted life years (DALYs): ein Maß, das die durch vorzeitige Sterblichkeit verlorenen und in Behinderung und Krankheit verbrachten Lebensjahre angibt **(Global Burden of Disease Study 2010; Lim et al., 2012)**
  - Schätzungen: 4.043.000 DALYs in der Europäischen Union (EU) und 17.578 DALYs in Deutschland.
  - Dies entspricht in der EU 10,2% und in Deutschland 9,9% aller DALYs **(Rehm et al., 2012)**
  - Andere Masse sind Morbidität und Mortalität: Zeitdauer unter Behinderung bzw. die Zeit verlorener Lebensjahren unter Berücksichtigung der Lebenserwartung nicht berücksichtigt
  - Deutschland: 5.1% der Gesamtmorbidität; ~15% der Gesamtmortalität auf Alkohol zurückzuführen **(Kraus et al., 2015)**

1 Substanzkonsum und Folgen

- **Substanzkonsum und Folgen**
  - Folgen des Substanzkonsums
    - Gesundheitliche Folgen (Krankheit, Tod)
    - Soziale Folgen (Familie, Arbeit)
    - Abhängigkeit, Missbrauch (Substanzstörungen)
  - Schäden auf Seite
    - der Konsumenten, z.B. Krankheit, Tod, Verletzung
    - Anderer, z.B. Passivkonsum, Verletzung wegen des Substanzkonsums Dritter
    - der Gesellschaft, z.B. Kosten, nicht vom Konsumenten getragen
  - Zusammenhang Konsum → Folgen
    - Dosis-Wirkungszusammenhang
    - Risikokurven und Bestimmung von Schwellenwerten
    - Unmittelbarer Bezug auf Konsummengen und Konsummuster

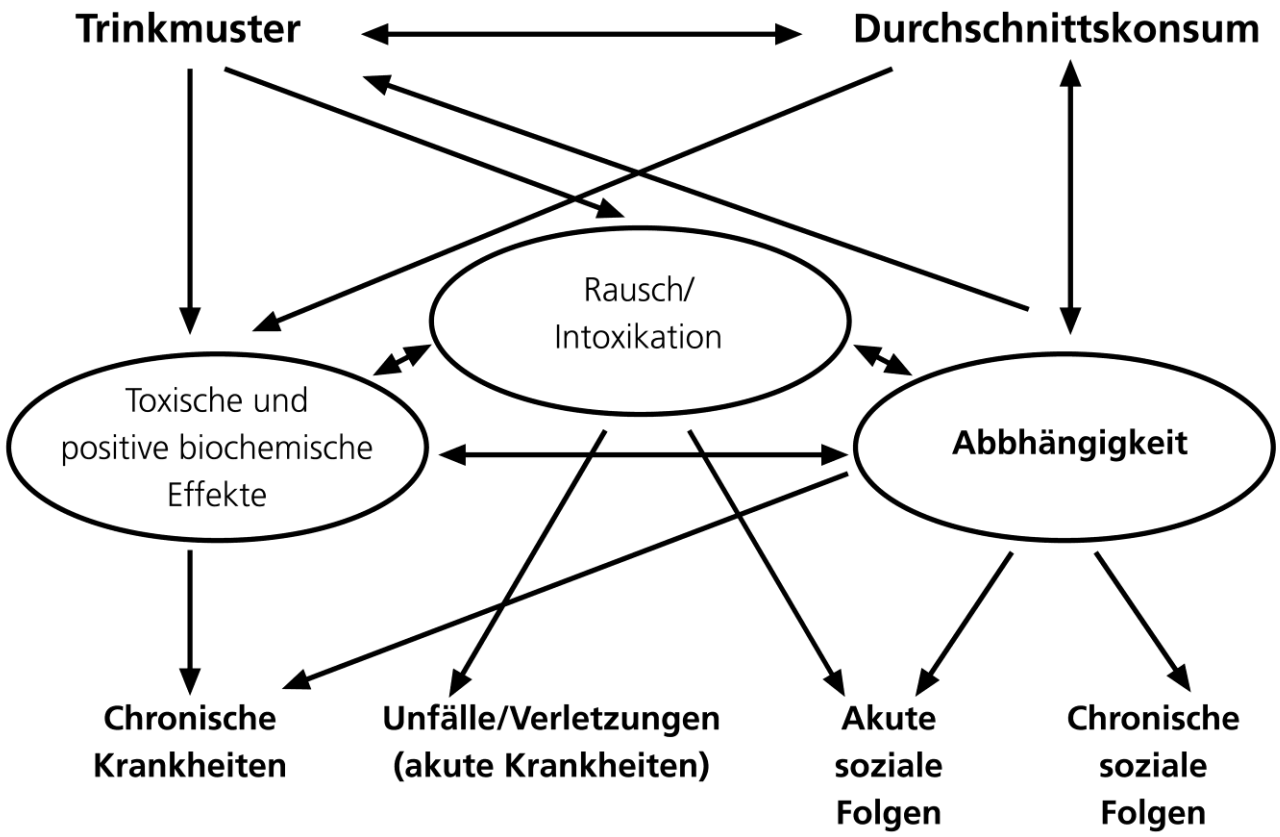
1 Substanzkonsum und Folgen

- **Substanzbezogene Störungen** (DSM; ICD)
  - Symptomorientierter Ansatz
  - Die Diagnose «substanzbezogene Störung» wird gestellt, wenn bereits körperliche und seelische Schädigungen und soziale Folgen im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen vorliegen **(American Psychiatric Association, 1994)**
  - Die Diagnose der Störung wird unmittelbar aus dem Vorliegen der Symptome abgeleitet, Konsum nur implizit als Ursache der Störung mit der Symptomatik verknüpft
  - Kritik an diesem Ansatz in erster Linie aus der Epidemiologischen Forschung, aber nicht nur **(Allen Frances, 2013)**
    - Operationalisierung des Phänomens (Konzept)
    - „Dependence not just „a tick box of symptoms“ **(Saunders, 2014)** (Messung)
    - Stigmatisierung (Rehabilitation)
  - Klinische Diagnosen: Kosten, Zeitaufwand; Populationsschätzungen

2 Konsum und Folgen

- **Konsummengen und Konsummuster**
  - Unterscheidung zwischen Durchschnittskonsum, d. h. durchschnittlich pro Tag konsumierte Menge, und Konsummustern, d. h. der Regelmäßigkeit des Konsums, sowie den Konsumkontexten **(Piontek, Kraus & Rist, 2013)**
  - Ein Glas/pro Tag vs 7 Gläser/an einem Tag = Durchschn. 1 Glas
  - Evidenz: „Paradigmenwechsel in der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Trinkverhalten und seinen sozialen und gesundheitlichen Folgen“ **(Rehm, Ashley, Room et al., 1996; Bondy, 1996)**
  - Verschiebung von Zusammenhang Trinkmenge und Mortalität **(Rehm, Ashley & Dubois, 1997)** hin zur differenzierten Betrachtung von Trinkmengen und Trinkmustern **(Roizen, 1982; Alanko, 1984; Knupfer, 1984; Babor, Kranzler & Lauermann, 1987)**

2 Konsum und Folgen



(Babor et al., 2003)

3 Welche Folgen für wen ?

- **Chronische, akute und soziale Folgen**
  - Chronische Folgen: Menge
  - Akute und soziale Folgen: episodischer starker Konsum und Intoxikation
  - Suizid, ungewollte Verletzungen, gewaltsame Körperverletzungen, sexuelle Belästigungen, sexuelle Gewalt, familiäre Konflikte, Arbeitsprobleme und Verkehrsunfälle jeder Art
  - Beitrag episodischen starken Konsums unabhängig und zum Teil additiv zum Durchschnittskonsum **(Kraus et al., 2009)**

3 Welche Folgen für wen ?

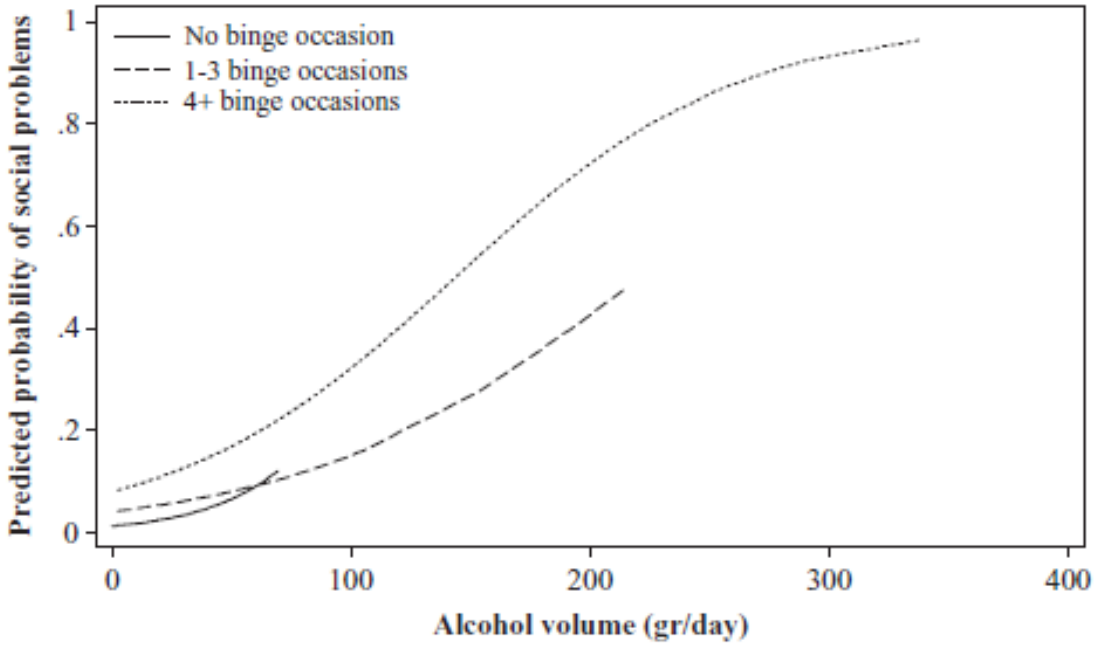


Fig. 1. Effect modification of average daily alcohol intake and binge drinking on alcohol-related social problems, adjusted for age, gender and survey year.

(Kraus et al., 2009)

3 Welche Folgen für wen ?

- **Individuelle vs Public Health Perspektive**
  - „Präventionsparadoxon“
  - Höchstes Risiko in der Gruppe mit höhen Konsummengen bzw. episodischem Rauschtrinken
  - Mathematischer Zusammenhang zwischen Größe der Gruppen und Häufigkeit von Problemen, Unfällen etc.
  - Größte Gruppe in der Bevölkerung: geringer bis mittlerer/moderater Konsum
  - Mehrheit akuter und sozialer Probleme wird von der Gruppe von Personen verursacht wird, die moderat trinkt **(Skog, 1999; Kreitmann, 1986; Stockwell et al., 1996)**
  - Stärkere Berücksichtigung moderater Konsumenten und derjenigen mit gelegentlichem Konsum hoher Mengen

3 Welche Folgen für wen ?

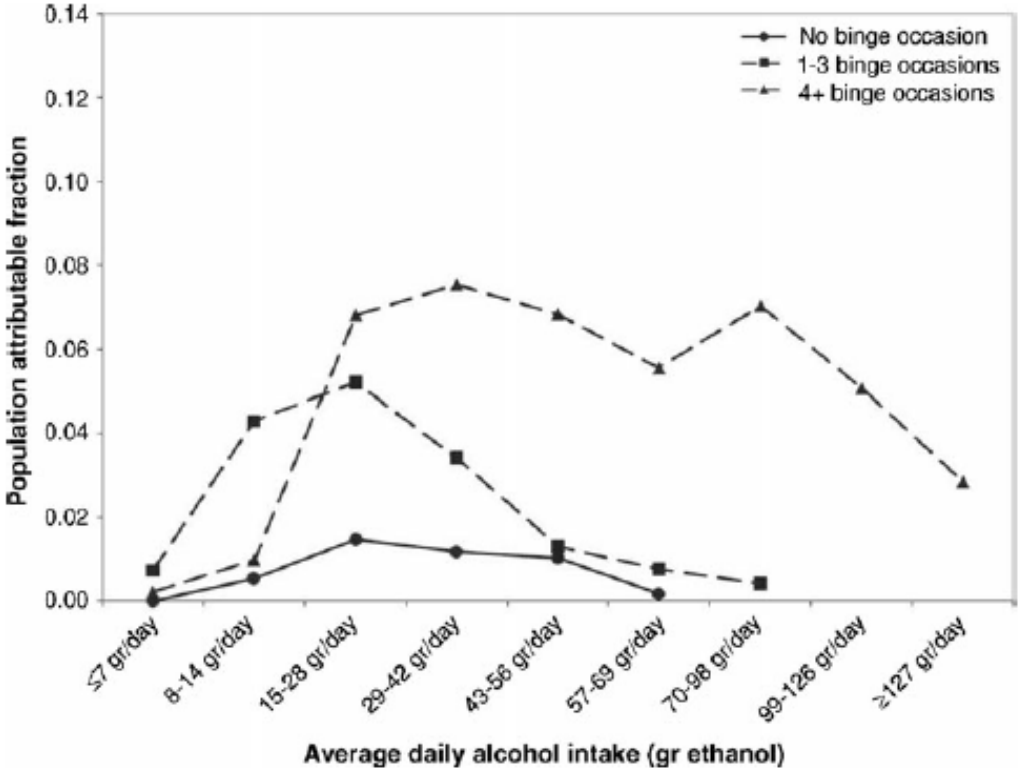


Fig. 2. Population-attributable fractions for alcohol-related social problems and average daily alcohol intake by the binge drinking group (men), adjusted for age and survey year.

(Kraus et al., 2009)

4 Schwellenwerte

- **Trinkempfehlungen**
  - Resultat von 20 bis 30 Jahren Forschung: Alkohol in einem kausalen Zusammenhang mit einer Vielzahl von Krankheiten
  - Vermittelt über Menge und Häufigkeit des Konsums hoher Mengen
  - Regelmäßiger moderater Konsum ist mit einem besseren Outcome in Bezug auf manche chronische Krankheiten assoziiert **(Russel et al., 2009; Mukamal et al., 2003)**
  - Zunahme der Menge pro Trinkgelegenheit erhöht das Risiko für akute und chronische Krankheiten **(Rehm, Room, Graham al., 2003; Fan et al., 2008)**, auch bei geringem bis moderatem Konsum **(Dawson & Grant, 2011)**
  - Erhöhte Mengen pro Trinkgelegenheit eliminieren den positiven Effekt geringer bis moderater Mengen bzw. kehren den Effekt um **(Baguardi et al., 2008; Rörecke & Rehm, 2010)**

4 Schwellenwerte

- **Trinkempfehlungen**
  - Erkrankungsrisiko steigt generell mit der Konsummenge
  - Positive Effekte bei wenigen Erkrankungen
  - Aber nur bei geringen Mengen und ohne den Konsum gelegentlich hoher Mengen (kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Alzheimer, ischämische Herzerkrankungen, ischämischer Schlaganfall **(Rehm, Baliunas, Guilherme et al., 2010)**
  - Outcome: Mortalität
  - Schwellenwert: Mortalitätsrisiko von Trinkern gleich dem der Referenzgruppe, d. h. Abstinenten. Unter Berücksichtigung protektiver Effekte
  - Kanadische Empfehlungen **(Stockwell et al., 2012)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

IFT
Stockholms universitet

Kettil Bruun

“Dependence is a rather useless term…..the term is often used in such a way that one assumes, on the basis of consequences, that dependence is at hand, which means that we generally have no indications on dependence which by definition are separate from the consequences. Therefore I will from here on principally disregard the concept of dependence” **(Bruun, 1973)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

Kritik am systemorientierten Ansatz

- Konsummaße sind nicht Teil der klassischen symptom-orientierten diagnostischen Systeme (DSM, ICD), trotz
  - IRT Analysen: Konsummaße ähnlich informativ wie die Symptom-kriterien **(Li et al., 2007; Saha et al., 2010; Piontek et al., 2011)**
  - Evidenz: mit der Exposition nimmt die W'keit für SUD zu **(Moss, Chen & Yi, 2012; Bohn et al., 1995; Knight et al., 2002)**
- Konzeptionelle Probleme
  - Substanzielle Änderungen der Diagnosesysteme **(Rehm et al., 2013)**
  - Kulturelle Spezifität **(Rehm et al., 2015b,c)**
  - Missinterpretation von Symptomen **(Slade et al., 2013; Pabst et al., 2013; Baggio et a., 2014)**
- Messprobleme **(Rehm et al, 2015a)**
- Stigmatisierung **(Schomerus et al., 2011; Schuler et al., 2015)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

Signifikante Änderungen der Diagnostik im Lauf der letzten 50 Jahre

- Unterscheidung zwischen Drogenabhängigkeit und Drogengewöhnung (ICD-7)
- „The WHO expert committee on addiction producing drugs distinguished between the addiction producing illegal drugs with the characteristics of compulsion, tolerance, psychological and physiological dependence and detrimental effect on the individual and society, in contrast to the habit forming drugs, including alcohol and tobacco, with the characteristics of a desire to take a drug for individual well-being, little or no tendency to increase the dose, some degree of psychological but not physiological dependence and little or no (if any, they would be primarily on the individual) detrimental effects." **(WHO, 1957 pp. 9-10)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

Signifikante Änderungen der Diagnostik (Forts.)

- Nationale und internationale Kontrolle für illegale Drogen, Warnhinweise und nationale Kontrollmaßnahmen (Alkohol/Tabak)
- Vermeidung des Stigmas „Sucht“
- Heutiges Konzept: Substanzabhängigkeit eine physiologische, kognitive und Verhaltensstörung, die zu einem Verlust der Kontrolle über den Substanzgebrauch führt
- Revision des DSM-5: Verzicht auf Substanzabhängigkeit; neuer Begriff „Gebrauchsstörung“; eindimensionale Struktur der Kriterien **(Hasin et al, 2012)**
- „Normal: gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen“ **(Allen Frances, 2013, „Saving Normal“)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

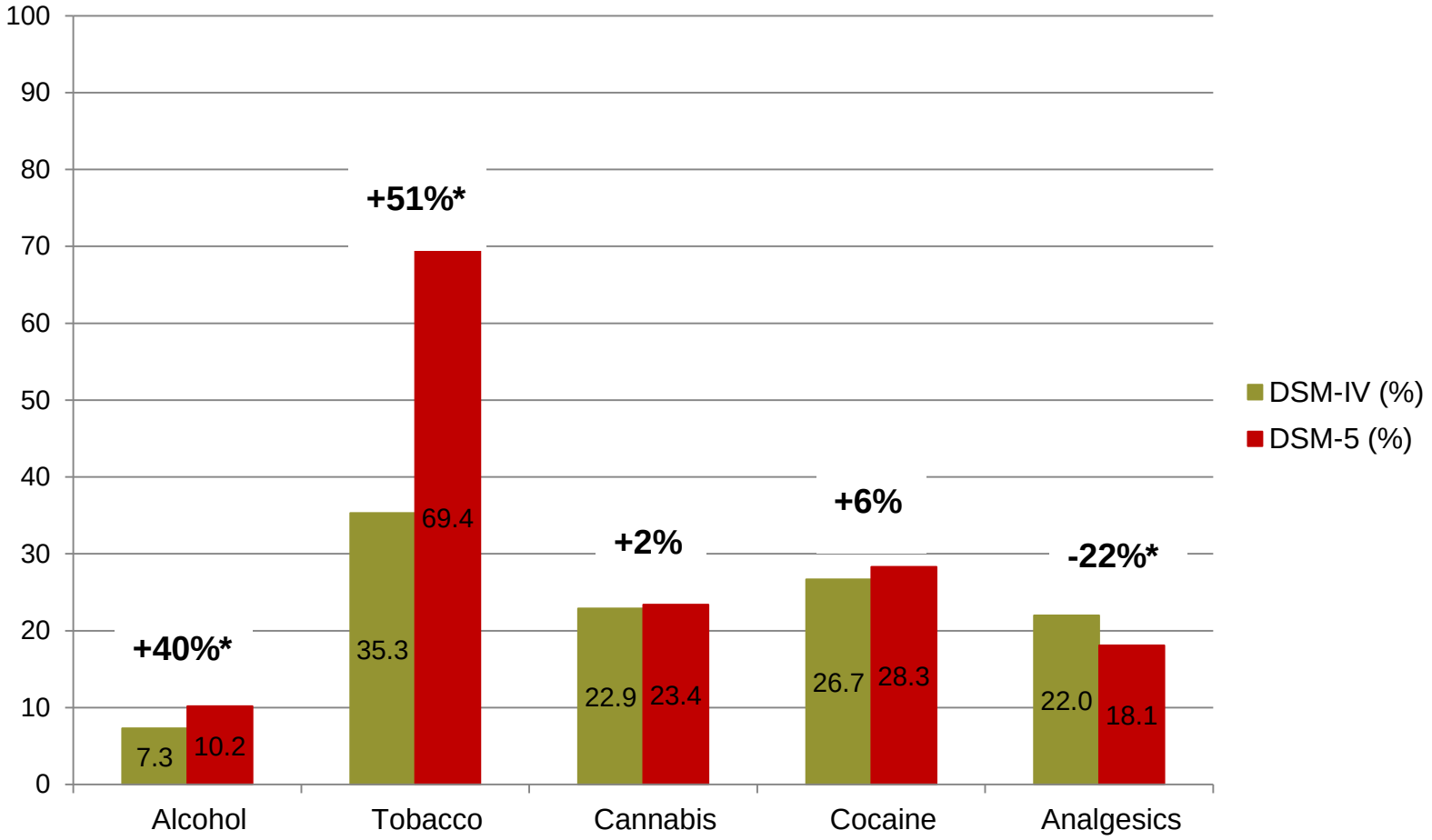
Konzeptionelle Änderungen (DSM-IV zu DSM-5)

- DSM-5 führt gegenüber DSM-IV zu quantitativen (Prävalenz) und qualitativen (Klassifikation) Unterschieden
- AUD gemessen mit DSM-5 im Vergleich zu DSM-IV um 11.8 % erhöht **(U.S.: Agrawal et al., 2011)**; um 61.7 % erhöht **(Australien: Mewton et al., 2011)**
- Tabakkonsumstörung mit DSM-5 im Vergleich zu DSM-IV um etwa das doppelte erhöht **(Chung et al., 2011)**
- Nur geringe Differenzen zwischen DSM-5 und DSM-IV in Bezug auf illegale Drogen **(Peer et al., 2013; Proctor et al., 2012)**
- Qualitativ: 19.6 % der Fälle mit einer DSM-IV Diagnose hatten in DSM-5 keine Diagnose und 3.3 % ohne Diagnose bekamen nach DSM-5 eine Diagnose **(Agrawal et al., 2011)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

DSM-IV vs. DSM-5: prevalence of SUDs among users

(Kraus & Piontek, 2015)



5 Diagnostik psychischer Störungen

DSM-IV vs. DSM-5: Sensitivität und Spezifität

	Sensitivity	Specificity
Alcohol	85.3	95.8
Tobacco	100.0	47.7
Cannabis	79.7	93.3
Cocaine	100.0	98.5
Analgesics	62.7	94.4

(Kraus & Piontek, 2015)

5 Diagnostik psychischer Störungen

Objektivität und Universalität von DSM und ICD

- Fehlinterpretation von Symptomen
  - Responseunterschiede nach Alter bei gleichem Konsummuster: jüngere Befragte interpretieren „Kopfweh“ nach Alkoholkonsum als Entzugssymptome, sowie starke Beschäftigung mit Alkohol als „Aufgabe wichtiger sozialer Verpflichtungen“ **(Pabst et al., 2011)**
  - Responsekonfundierung: Überschätzung von AUD bei Patienten mit Depression; Beurteilung von AUD Symptome entsprechend der negativen Sicht auf sich selbst **(Baggio et al., 2014)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

Objektivität und Universalität von DSM und ICD (Fortsetzung)

- Kulturelle Spezifität
- Unterschiedliche soziale Bedeutung von der Kriterien, d.h. der Konsequenzen starken Konsums
  - 20-fach höhere Prävalenz von AUD in Lettland gegenüber Italien **(Rehm et al., 2015b)**
  - Raten anderer Indikatoren (z.B. Leberzirrhose; starker Konsum) lediglich um das 2-3-fache höher
  - Italien: Kontrollverlust wird nicht zugegeben; Lettland: Kontrollverlust ist Ziel des Alkoholkonsums **(Room, 2006)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

Objektivität und Universalität von DSM und ICD

- Kulturelle Spezifität (Fortsetzung)
  - AUD in Ländern mit Trinkkulturen, die auf Intoxikationseffekte abzielen (nordische Länder), generell höher als in südlichen Ländern der EU **(Rehm et al., 2015c)**
  - AUD in südlichen Ländern haben im Vergleich zum EU Durchschnitt geringere AUD Prävalenzen gemessen mit GPS; Unterschiede verschwinden, wenn Kliniker AUD diagnostizieren **(Rehm et al., 2015b)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

Objektivität und Universalität von DSM und ICD

- Messung von AUD
- Mangel an Übereinstimmung von CIDI-Diagnosen mit Diagnosen aus klinischen Interviews
  - Ältere Personen, schwere Fälle mit komorbiden Störungen und sozial marginalisierte Personen werden mit dem CIDI übersehen **(Rehm et al., 2015a)**
  - Identifikation von Fälle, die keine klinischen Auffälligkeiten zeigen **(Caetano & Babor, 2006; Pabst et al., 2013)**
  - CIDI: Prävalenz nimmt mit dem Alter ab
  - Kliniker: Prävalenz nimmt mit dem Alter zu

5 Diagnostik psychischer Störungen

Objektivität und Universalität von DSM und ICD

- Messung von AUD (Forts.)

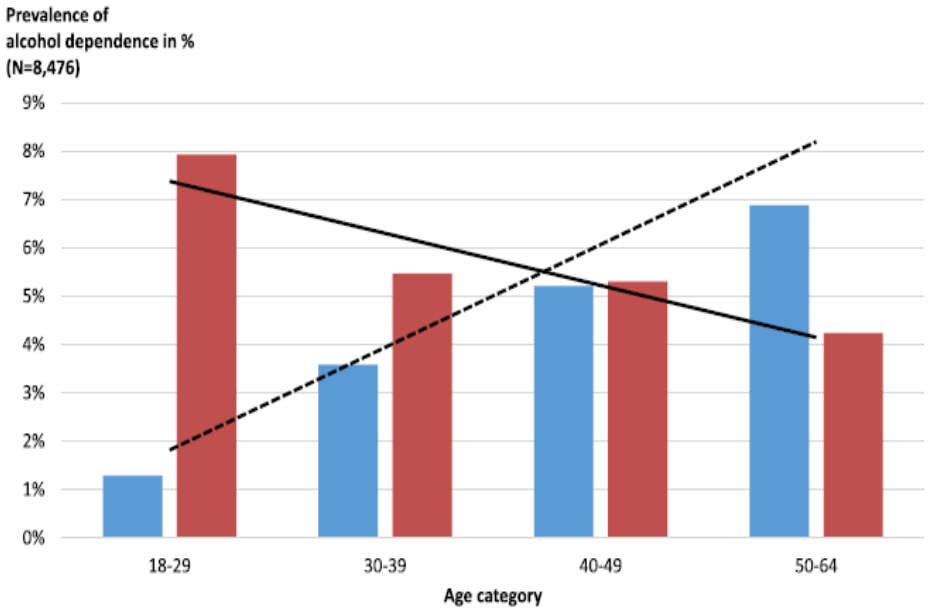


Fig. 1 Prevalence of alcohol dependence diagnoses by GP or CIDI, stratified by age categories. Figure displaying age effect on alcohol dependence categories. Legend: (*Blue bars*) Diagnosis by GP, (*Red bars*) Diagnosis by CIDI, (*Dashed line*) Regression line GP diagnosis, (*Continuous line*) Regression line CIDI diagnosis

(Rehm et al., 2015b)

5 Diagnostik psychischer Störungen

Stigmatisierung

- Alkohol- und drogenbezogene Störungen sind von allen mentalen Störungen am höchsten stigmatisiert **(Schomerus et al., 2011, 2013; Room et al., 2001)**
- Wahrgenommene Barrieren für Behandlung bei Alkoholproblemen: Einstellungen, Kosten, Stigma und Änderungsbereitschaft (**Schuler et al., 2015)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

Alcohol and Alcoholism Vol. 48, No. 6, pp. 633–640, 2013
Advance Access Publication 7 August 2013
doi: 10.1093/alcalc/agt127

FOR DEBATE

Defining Substance Use Disorders: Do We Really Need More Than Heavy Use?

J. Rehm[1,2,3,4,5,*], S. Marmet[6], P. Anderson[7,8], A. Gual[9], L. Kraus[10,11], D.J. Nutt[12], R. Room[11,13,14], A.V. Samokhvalov[2,5], E. Scafato[15], M. Trapencieris[16], R.W. Wiers[17] and G. Gmel[2,6,18,19]

- "Nahezu alles, was unter dem Begriff Sucht oder Substanzstörung aktuell konzeptualisiert ist, ist ein Folge starken Konsums" **(Rehm et al., 2013; 2014a,b)**
- Eine Definition im Sinne "starken Konsums" zeigt bessere Übereinstimmung mit epidemiologischen Daten, würde Stigmatisierung reduzieren und zur Implementierung von Frühinterventionen zur Änderung des Lebensstils beitragen

5 Diagnostik psychischer Störungen

- **Alternatives Konzept „Starker Konsum“**

  Brauchen wir mehr als „starken Konsum“ zur Definition substanzbezogener Störungen? **(Rehm, Gual, Kraus et al., 2013)**

  Starker Konsum …

  (1) verantwortlich für psychische Veränderungen im Gehirn

  (2) verantwortlich für Intoxikation und die Symptome „Entzug“ und „Toleranzentwicklung“, den zentralen Kriterien von Sucht und Abhängigkeit

  (3) verantwortlich für soziale negative Folgen: Vernachlässigung sozialer Verpflichtungen etc.

  (4) verantwortlich für die Mehrheit substanzattributabler Krankheiten und Mortalität

  (5) stimmt besser mit den empirischen Daten überein, reduziert Stigmatisierung und vermeidet, dass die Hochrisikogruppe ignoriert wird

5 Diagnostik psychischer Störungen

(1) Psychische Veränderungen im Gehirn

Keine neurokognitiven Effekte ohne langzeitlichen starken Konsum **(Wiers et al., 2012);** Überlappung der Effekte langzeitlichen starken Konsums mit den als „Sucht“ beschriebenen Symptomen

(2) Intoxikation und die Symptome „Entzug“ und „Toleranzentwicklung“ zentrale Kriterien von Sucht

„Toleranzentwicklung“ und „Entzug“ natürliche physiologische Reaktionen auf langzeitlichen, hochdosierten Konsum von Medikamenten wie z. B. Betablocker, Antidepressiva, Opioide

(3) Soziale negative Folgen

Die meisten negativen Folgen ausgelöst von Personen mit hohen Konsummengen **(Laslett et al., 2013)**

Auswirkungen auf Arbeitsleistungen **(Gmel & Rehm, 2003)**, Probleme am Arbeitsplatz, Ärger mit dem Gesetz **(Gmel et al., 2000)**

5 Diagnostik psychischer Störungen

(4) Starker Konsum verantwortlich für die Mehrheit substanzattributabler Krankheiten und Mortalität

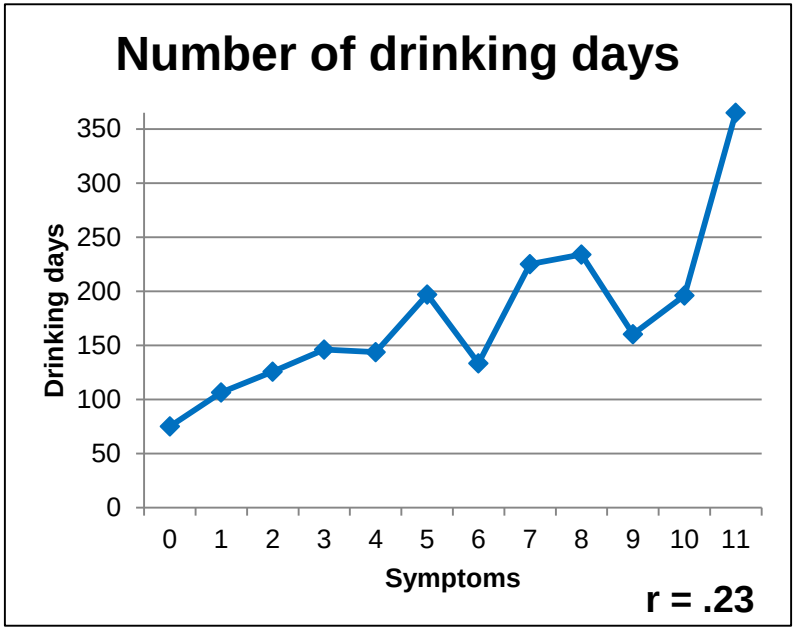
- Risiko steigt mit Menge/Tag; Menge/Trinkgelegenheit
- Netto Mortalität in EU: 77% starker Konsum (>60/40g); 71% Abhängigkeit **(Rehm et al., 2013)**

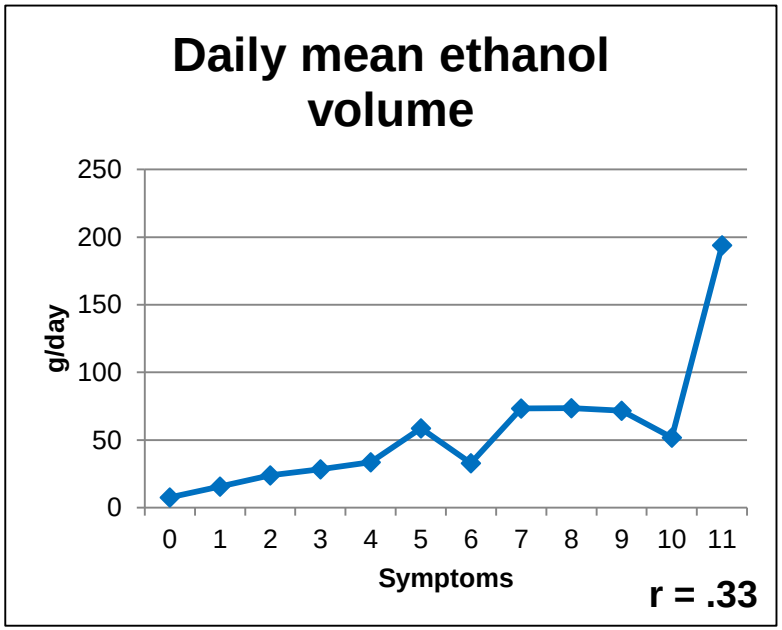
(4) Bessere Übereinstimmung mit empirischen Daten

- Schätzungen „Abhängigkeit“ in Lettland und Italien
- Hochrisikogruppe: Tabakabhängigkeit: 20 Zig. oder mehr (50% mir Konsum von ≥20 Zigaretten pro Tag erfüllen keine DSM-IV Diagnose **(Rehm, Kraus et al., 2014)**; Risiko für Lungenerkrankungen?
- Hoher Anteil von Personen mit starkem Konsum erfüllen keine DSM-5 Kriterien **(Kraus et al., 2015)**; Risiko für alkoholattributable Erkrankung?

5 Diagnostik psychischer Störungen

Zusammenhang zwischen Anzahl Symptomen und Konsummenge/-häufigkeit





- **Tobacco:** r = .33 to .49
- **Cannabis:** r = .57
- **Cocaine:** r = .39
- **Analgesics** r = .40

(Kraus et al., 2015)

5 Diagnostik psychischer Störungen

Table 1. Proportion of nicotine dependent persons by current quantity of cigarettes used per day

Cigarettes per day	Germany ESA, DSM 2009 (%)	Germany ESA, DSM 2006 (%)	ESA, FTND 2006 (%)	Switzerland AMIS, FTND 2011 (%)	UK APSM, FTND 2007 (%)
0–4	9.8	10.2	2.0	2.9	2.1
5–9	18.4	22.9	3.3	10.4	13.5
10–14	18.5	22.2	17.1	18.2	33.8
15–19	30.8	32.3	40.8	54.4	51.4
20–24	44.4	41.6	54.6	67.0	72.7
25–29	37.6	50.0	90.6	93.3	85.7
30+	51.5	50.9	95.4	93.2	96.4

Remarks: ESA 2006: Epidemiological Survey of Substance Abuse 2006 (Kraus and Baumeister, 2008). ESA 2009: Epidemiological Survey of Substance Abuse 2009 (Kraus and Pabst, 2010). AMIS 2011: Addiction Monitoring in Switzerland (Gmel *et al.*, 2012). APSM 2007: Adult Psychiatric Morbidity Survey (National Centre for Social Research and University of Leicester, 2011).

(Rehm et al., 2013)

5 Diagnostik psychischer Störungen

Table 1. Average alcohol intake in grams per day by number of DSM-IV criteria fulfilled for alcohol dependence (last year), by whether treated in lifetime: from data of the US National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)

	Number of criteria of DSM-IV for alcohol dependence							
Gender	0	1	2	3	4	5	6	7
For people who have never been in treatment								
Men	9.1	27.1	35.9	56.5	73.6	88.0	107.4	189.0
Women	4.1	13.6	19.8	23.6	48.5	56.7	108.8	114.5
Total	6.6	21.6	29.5	45.4	64.7	77.5	107.8	170.3
For people who have been in treatment in their lifetime								
Men	20.6	35.2	98.2	75.2	109.1	124.2	119.8	214.1
Women	10.1	20.3	23.5	19.8	37.9	55.5	275.1	230.4
Total	17.5	31.7	77.9	61.5	91.2	104.7	165.1	218.3

(Rehm et al., 2013)

5 Diagnostik psychischer Störungen

IFT
Stockholms universitet

Table 1. Number of persons observed (n) and average consumption (mean and standard deviation (SD)) for cigarettes, alcohol, cannabis, and cocaine by number of DSM-IV criteria fulfilled for alcohol dependence (last year) and abuse and dependence combined - German Epidemiological Survey of Substance Abuse (ESA) (Kraus et al., 2013)

	Tobacco			Alcohol			Cannabis			Cocaine		
Number of Symptoms	Number of cigarettes/day			Pure alcohol in gram/day			Frequency of use/12 month			Frequency of use/12 month		
	N	Mean	(SD)	N	mean	(SD)	n	mean	(SD)	n	mean	(SD)
Dependence												
0	592	5.06	(8.76)	5890	8.01	(12.35)	337	17.32	(47.22)	31	4.50	(9.00)
1	493	11.06	(10.25)	1106	16.74	(18.53)	78	68.10	(79.84)	7	9.23	(12.79)
2	405	13.40	(9.55)	405	25.67	(29.49)	26	96.82	(85.32)	1	3.50	
3	300	14.90	(10.83)	149	28.98	(28.31)	18	140.13	(105.91)	3	4.37	(1.32)
4	198	16.37	(10.05)	58	54.20	(48.82)	11	153.30	(75.15)	-		
5	118	18.71	(7.53)	62	35.38	(43.65)	8	190.66	(77.39)	3	156.74	(70.87)
6	58	17.47	(9.04)	14	150.65	(178.88)	6	128.23	(95.25)	2	223.13	(66.13)
7	6	26.70	(7.35)	3	164.67	(77.01)	9	189.59	(68.89)	2	12.58	(10.76)
R^2		0.2369			0.2434			0.4596			0.8337	
Abuse/Dependence combined												
0				5833	7.88	(12.18)	319	12.11	(34.60)	31	4.50	(9.00)
1				1093	16.76	(18.62)	88	56.94	(71.31)	7	9.23	(12.79)
2				414	22.87	(21.16)	30	137.01	(96.74)	1	3.50	
3				166	28.45	(30.11)	15	113.42	(103.13)	2	3.50	(0.00)
4				82	44.43	(44.91)	12	140.58	(95.19)	1	7.50	
5				63	43.40	(53.72)	7	140.45	(64.13)	-		
6				22	60.66	(51.47)	5	149.98	(80.52)	1	7.50	
7				6	53.81	(49.04)	10	206.29	(66.30)	3	97.00	(102.88)
8				5	65.64	(64.29)	5	205.21	(62.64)	2	136.16	(33.54)
9				2	480.24	(188.85)	2	130.88	(89.57)	1	249.50	
10				1	240.05		-			-		
11				-			-			-		
R^2					0.2521			0.5148			0.8338	

5 Diagnostik psychischer Störungen

Zusammenhang zwischen Anzahl Symptomen und Häufigkeit des Glücksspiels

		Hours per Months	
N of Symptoms:	n	Mean	SD
0	138	13,3	14,4
1	46	19,5	16,7
2	55	31,1	43,0
3	38	29,4	25,6
4	37	28,2	20,9
5	35	40,8	33,3
6	45	42,6	43,0
7	44	54,4	47,0
8	33	54,2	35,2
9	36	76,8	53,6
10	12	98,9	73,2

Pearson's r = 0.49

(Kraus et al., 2015)

6 Diskussion

- **Integrative Ansätze**
  - Integration von Substanzkonsum in das Konzept von substanzbezogenen Störungen
    - Fagerström-Test (Heatherton et al., 1992)
    - AUDIT (Saunders et al., 1993); (AUDIT-C, Bush et al., 1998)
    - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST; WHO, 2002)
    - Item Response Theorie: Alkohol, Li et al., 2007; Saha et al., 2010; Cannabis: Piontek et al., 2011)
- **Schwellenwerte**
  - Ab welcher Schwelle ist jemand ein starker Trinker ?
  - Schwellenwerte für Frühintervention und solche für Therapieentscheidung; abgeleitet aus Mortalitäts- und Krankheitsrisikostudien

6 Diskussion

- **Ausblick**
  - Das Konzept Konsummenge
    - Kontinuum mit den Ausprägungen gering bis stark
    - Abschätzung der Risiken für unterschiedliche Folgen für das Individuum (die Anderen und die Gesellschaft)

    kommt ohne weitere symptomorientierte Konstrukte wie „Sucht“, „Abhängigkeit“ oder „Missbrauch“ aus

  - Beispiel: „starker Tabakkonsum“; Verzicht auf die Beurteilung des Konsumverhaltens selbst als „abhängig“ oder „nicht abhängig“
  - Vermeidung des Labels „psychische Störung“ reduziert Stigmatisierung
    - Änderung des Lebensstils in jungen Jahren mittels Frühintervention
    - Erhöhung der Erreichbarkeit starker Konsumenten durch entsprechende Behandlungsangebote



"Now relax and the Doctor will begin your hearing test in just a moment."

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Kraus@ift.de

www.ift.de