

# Was verstehen wir unter krankhaftem Konsumverhalten und was nicht?

Ludwig Kraus<sup>1,2</sup>

<sup>1)</sup> IFT Institut für Therapieforschung, München

<sup>2)</sup> Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm

**IFT**  
Institut für  
Therapieforschung  
München

Zukunftsfragen der Suchtforschung  
Zürich, 9.-10. September 2013

## Übersicht

**IFT**  
Institut für  
Therapieforschung  
München

- **Abgrenzung der Fragestellung**
  - Krankheit vs Gesundheit
  - Konsum und Folgen
- **Zusammenhang Konsum und Folgen**
  - Konsummengen und Konsummuster
- **Welche Folgen und für wen ?**
  - Chronische, akute und soziale Folgen
  - Der Trinker, die Anderen und die Gesellschaft
  - Individuelle vs Public Health Perspektive
- **Schwellenwerte**
  - Risikokurven und Trinkempfehlungen
- **Diagnostik psychischer Störungen**
  - Symptome substanzbezogener Störungen
  - Brauchen wir mehr als starken Konsum?
- **Diskussion**

# 1 Abgrenzung der Fragestellung

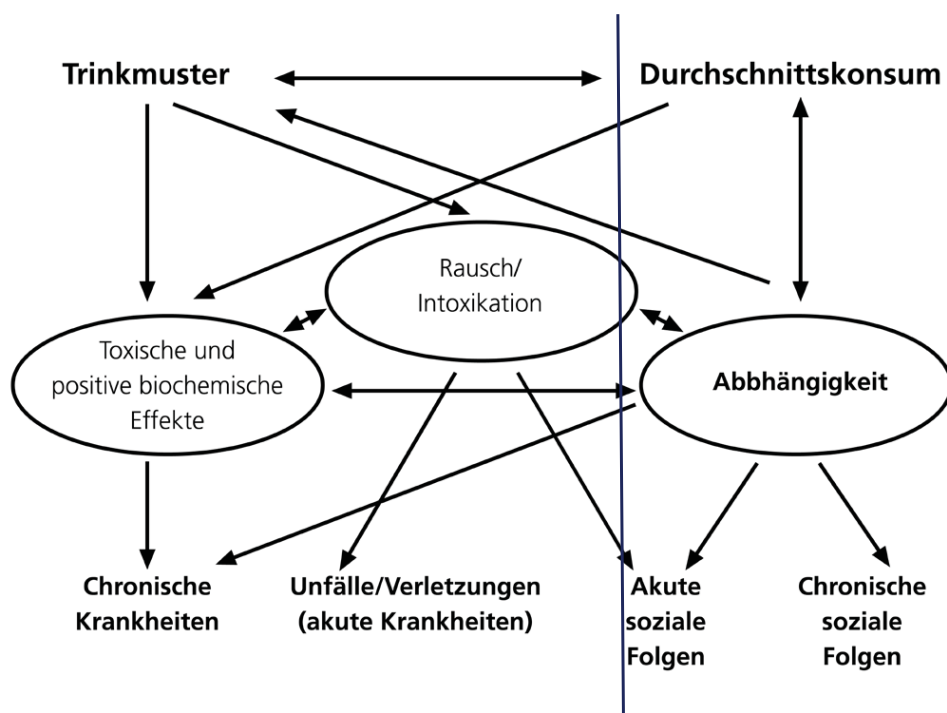
- **Krankheit vs Gesundheit**
  - Krankheit (z.B. das Gegenteil von Gesundheit) vs Gesundheit (z.B. idealer Zustand optimalen Wohlbefindens)
  - Welches Verhalten hat unter welchen Umständen für wen welche negativen Folgen
  
- **Konsum und Folgen**
  - Schäden auf Seite
    - der Konsumenten, z.B. Krankheit, Tod, Verletzung
    - Anderer, z.B. Passivkonsum, Verletzung wegen des Substanzkonsums Dritter
    - der Gesellschaft, z.B. Kosten, nicht vom Konsumenten getragen
  - Folgen des Substanzkonsums
    - Gesundheitliche Folgen
    - Soziale Folgen

3

# 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)

4



Babor et al., 2003

5

## 3 Welche Folgen und 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)

6

### 3 Welche Folgen und für wen ?

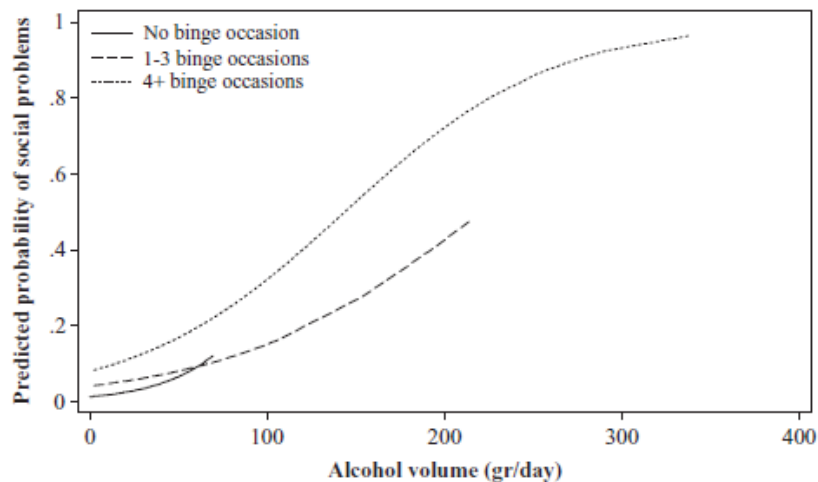


Fig. 1. Effect modification of average daily alcohol intake and binge drinking on alcohol-related social problems, adjusted for age, gender and survey year.

Kraus et al., 2009

7

### 3 Welche Folgen und für wen ?

- **Der Trinker, die Anderen und die Gesellschaft**
  - „Schädigungen Dritter“, z.B. Tabak & Nichtraucherschutz
  - Konsument vs „die Anderen“, Trinker oder Nichttrinker ([Laslett et al., 2010; 2011](#))
  - Großangelegte Studien zu Belastung und Kosten (Australien, WHO)
  - Folgen für Dritte: Autounfälle mit unbeteiligten Passagieren, anderen Autofahrern, Fußgängern oder anderen, Kindesmissbrauch; Fetales Alkoholsyndrom (FAS); Gewalt/Körperverletzung; Auswirkungen durch Trinker im Haushalt, Partner, Freunde, Arbeitskollegen; Drohungen, Verletzungen, Lärmbelästigung etc.
  - Folgen für die Gesellschaft: Kosten, die nicht vom Konsumenten, sondern von der Gesellschaft getragen werden
  - Krankenhaus-, Reha- oder Rentenversicherungskosten wegen Krankheit oder Frühberentung ([Konnopka & König; Kraus et al., 2009](#))

8

## 3 Welche Folgen und für wen ?

### ■ Individuelle vs Public Health Perspektive

- „Präventionsparadoxon“
- Höchstes Risiko in der Gruppe mit hohen Konsummengen bzw. episodischem Rauschtrinken
- Mathematischer Zusammenhang zwischen Risiko, 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

9

## 3 Welche Folgen und für wen ?

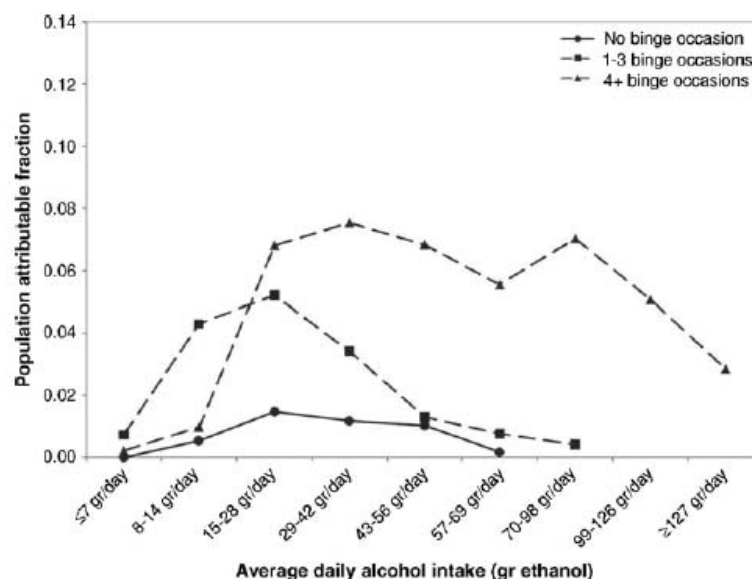


Fig. 2. Population-attributable fractions for alcohol-related social problems and average daily alcohol intake by the binge drinking group (men), adjusted for age and survey year.

### ▪ 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. Generell gilt:
  - 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](#))

11

### ▪ 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. Abstinente. Unter Berücksichtigung protektiver Effekte
- Kanadische Empfehlungen ([Stockwell et al., 2012](#))

12

## ■ Symptome substanzbezogener Störungen

- Risikoforschung Konsum – Folgen und Symptome substanzbezogener Störungen (Diagnostik)
- „Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome“ (Edwards & Gross, 1976)
- Dichotomisierung: abh/nicht abh; schwarz/weiß (Zimbardo, 2006)
- Personen mit riskanten Konsummustern ohne Symptomatik oder mit Symptomen unterhalb der Schwelle von Abh/Missbr
- Risiken bestimmter Konsummuster unabhängig von Diagnose
- Stigmatisierung durch das Label „psychische Störung“: zusätzliche Last der Betroffenen; Verhinderung der frühzeitigen Inanspruchnahme von Hilfen; Verhinderung der Korrektur des Verhaltens durch Verheimlichung; Ablehnung, Abwertung und Diskriminierung identifizierter „Kranker“ (Schomerus et al., 2010)

13

## ■ Symptome substanzbezogener Störungen

- Signifikante Änderungen der Diagnostik im Lauf der letzten 50 J.
- 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)

14

## ■ Symptome substanzbezogener Störungen

- Nationalen und internationalen 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
- „Normal: gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen“ (Frances, 2013)

15

## ■ Starker Konsum

Brauchen wir mehr als „starken Konsum“ zur Definition substanzbezogener Störungen? (Rehm, Marmet, Anderson, 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

16



## (1) Starker Konsum verantwortlich für psychische Veränderungen im Gehirn

- Kurzzeiteffekte: Intoxikation mit der Möglichkeit von Tod durch Überdosierung
- Langzeiteffekte: Veränderungen wie beschrieben in den Kriterien für „Abhängigkeit“, „Sucht“ oder „substanzbezogene Störungen“
- Neurokognitive Effekte ohne langzeitlichen starken Konsum? (Wiers et al., 2012)
- Überlappung der Effekte langzeitlichen starken Konsums mit den als „Sucht“ beschriebenen Symptomen

17

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

- Das Label zwanghafter und unkontrollierbarer Konsum (Abhängigkeit) ist aus verschiedenen Gründen problematisch
- „Toleranzentwicklung“ und „Entzug“ natürliche physiologische Reaktionen auf langzeitlichen, hochdosierten Konsum von Medikamenten wie z. B. Betablocker, Antidepressiva, Opioide
- Patienten mit diesen Reaktionen: „Addicts“. Zurückhaltung bei der Medikation von opioidhaltigen Schmerzmitteln
- Abhängigkeit nur bei nicht ärztlicher Verschreibung

18

- (3) Starker Konsum** verantwortlich für soziale negative Folgen: Vernachlässigung sozialer Verpflichtungen etc.
- Australische HtO Studie ([Leslett et al., 2010](#)): 28,5% berichteten Auswirkungen auf Familienmitglieder und Freunde durch den Alkoholkonsum Anderer
  - Die meisten negativen Folgen ausgelöst von Personen, die im Mittel 13 Getränke pro Trinkgelegenheit mit hohen Konsummengen konsumierten oder 5+ Getränke mindestens dreimal pro Woche tranken
  - Ähnliche Befunde für Auswirkungen auf Arbeitsleistungen ([Gmel & Rehm, 2003](#)), Probleme am Arbeitsplatz und Ärger mit dem Gesetz ([Gmel et al., 2000](#))

19

- (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, Shield, Rehm et al., 2013](#))
  - Pfad: starker Konsum – Morbidität/Mortalität
  - Ähnliche Assoziationen für andere Substanzen (Tabak, Cannabis) ([Khuder et al., 2001](#); [Fischer et al., 2011](#))

20

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

- Schätzungen „Abhängigkeit“ in Lettland und Italien
- Stigmatisierung
- Hochrisikogruppe
  - Tabakabhängigkeit: 20 Zig. oder mehr
  - Tabakabhängigkeit: Prävalenz und Korrelation
  - Unterschiede im Risiko ?

21

## 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

22

## ▪ **Ausblick**

- Das Konzept Konsummene  
– 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 krankhaft oder nicht krankhaft
- Vermeidung des Labels „psychische Störung“ reduziert Stigmatisierung
  - Änderung des Lebensstils in jungen Jahren mittels Frühintervention
  - Erhöhung der Erreichbarkeit starker Konsumenten durch entsprechende Behandlungsangebote

23

# Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

**Kraus@ift.de**

**www.ift.de**

24