

Réseau fribourgeois de santé mentale

Chaîne de soins des troubles de l'addiction

Abhängigkeits-
erkrankungen
und
psychiatrische
Komorbidität

6.11.2014

Dr. André Kuntz

Qui sommes nous ?

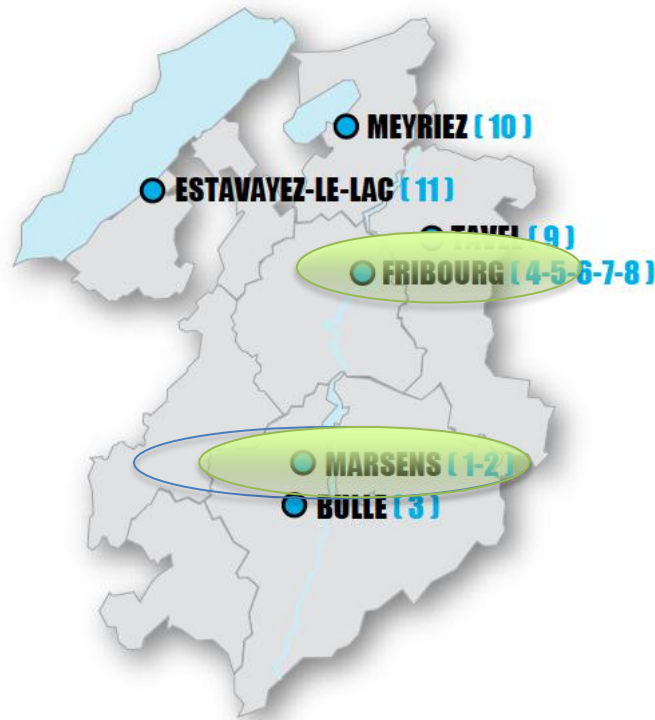
Le Réseau fribourgeois de santé mentale est l'acteur principal dans le domaine de la santé mentale dans le canton de Fribourg.

Nous sommes > 600 collaborateurs de toutes professions :

- médecins
- infirmiers
- assistants sociaux
- psychologues
- administration
- jardiniers, etc.

Où sommes nous ?

1. Centre de soins hospitaliers - Marsens
2. EMS "Les Camélias" - Marsens
3. Centre de soins en santé mentale - Bulle
Clinique de jour et ambulatoire
4. Centre psychosocial - Fribourg
5. Centre de traitement des addictions - Fribourg
6. Centre de pédopsychiatrie - Fribourg
7. Clinique de jour - Fribourg
8. Centre de psychiatrie forensique - Fribourg
9. Consultation régionale - Tavel
10. Consultation régionale - Meyriez
11. Consultation régionale - Estavayer-le-Lac



Le Réseau fribourgeois de santé mentale est reparti sur 11 sites (état octobre 2014).

La chaîne de soins des troubles de l'addiction est composée :

- d'une unité hospitalière **Thalassa** à Marsens
- d'un centre ambulatoire à Fribourg, le **CENTRE CANTONAL D'ADDICTOLOGIE,**

Où sommes nous à Fribourg?



Centre cantonal d'addictologie

Rue de Morat 8

1700 Fribourg

T. +41 26 305 90 00 F. +41 26 305 90 19

Horaires : 8h-12h et 13h30-17h30

Quelques chiffres de 2013

Hopitalisations	2221
Traitements ambulatoires secteur adulte (les trois secteurs)	4559 (6350)

La chaîne des addictions

Pourquoi une chaîne ?

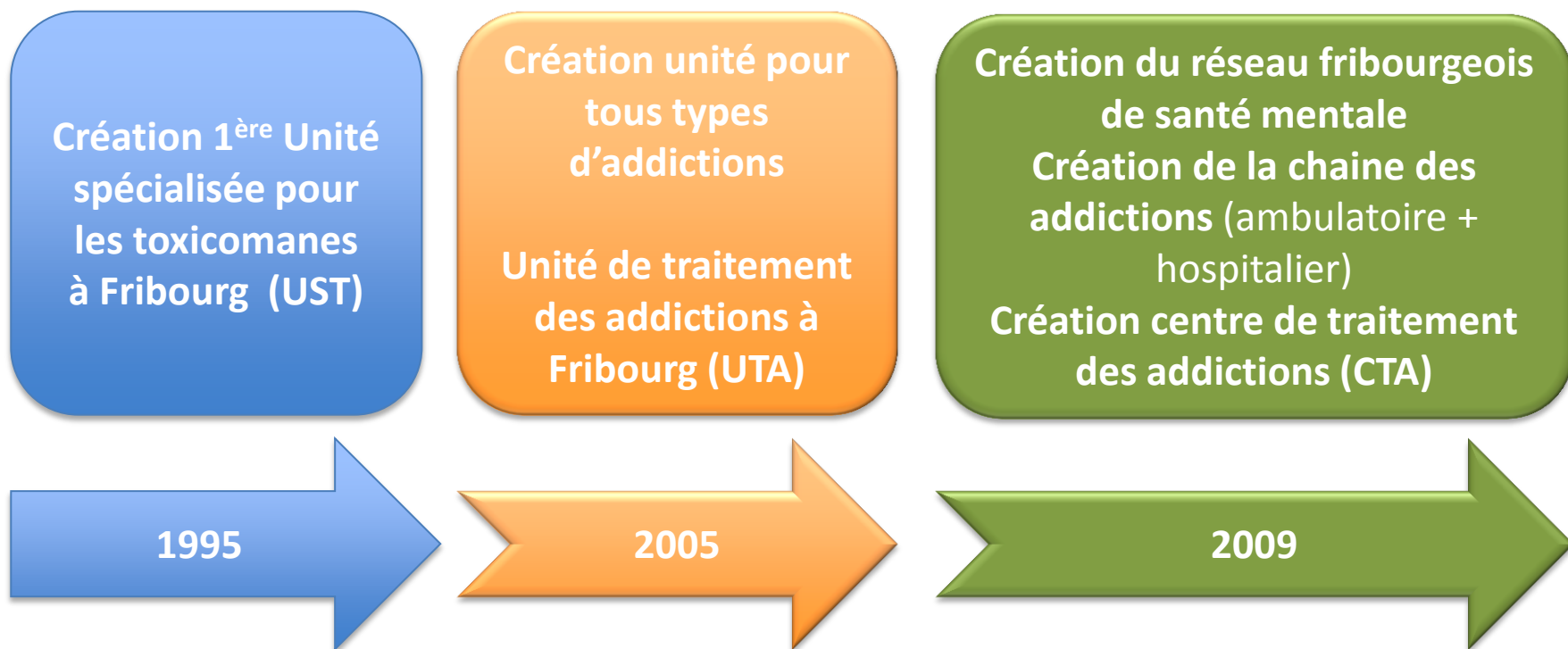


Principes de base:

- 1 chaîne
- 1 concept
- 1 cohérence entre ambulatoire et hospitalier
- 1 cohérence au niveau de la prise en charge des patients dépendants dans le canton de Fribourg

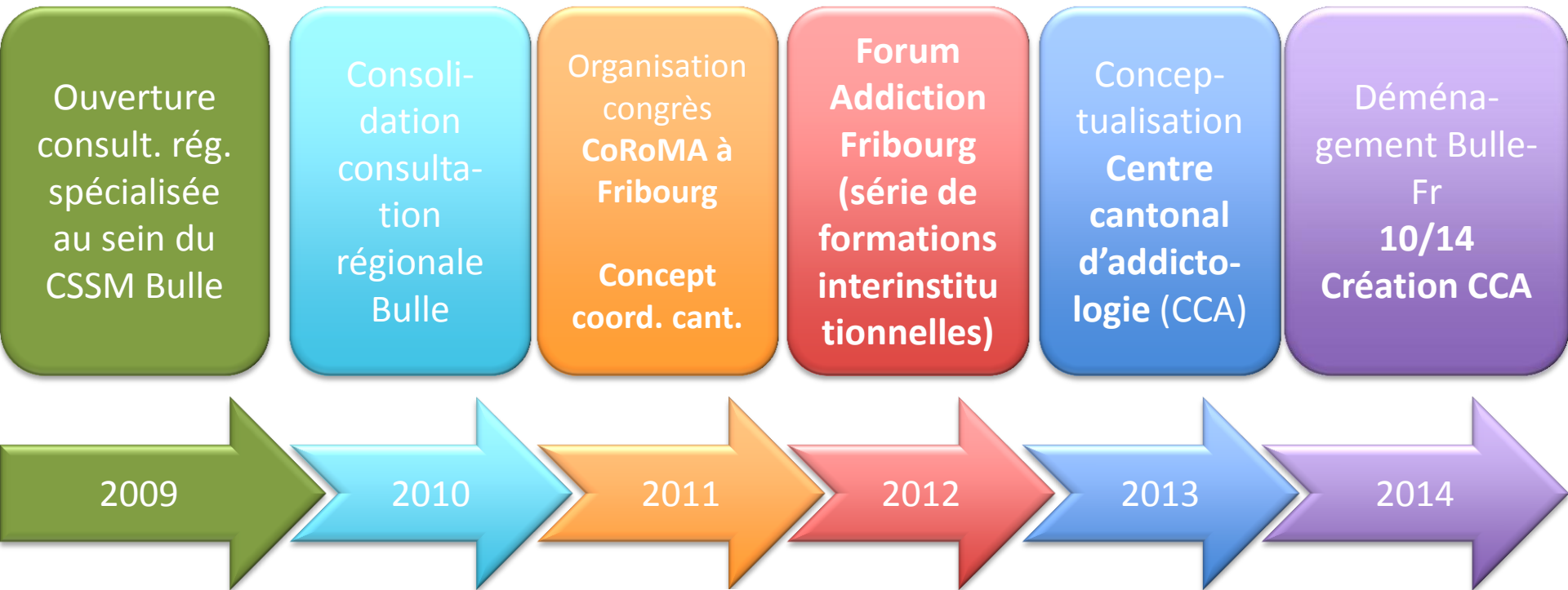
La chaîne des addictions

Historique 1995-2009



La chaîne des addictions 2009-2014

Historique 2009-2014



La chaîne des addictions



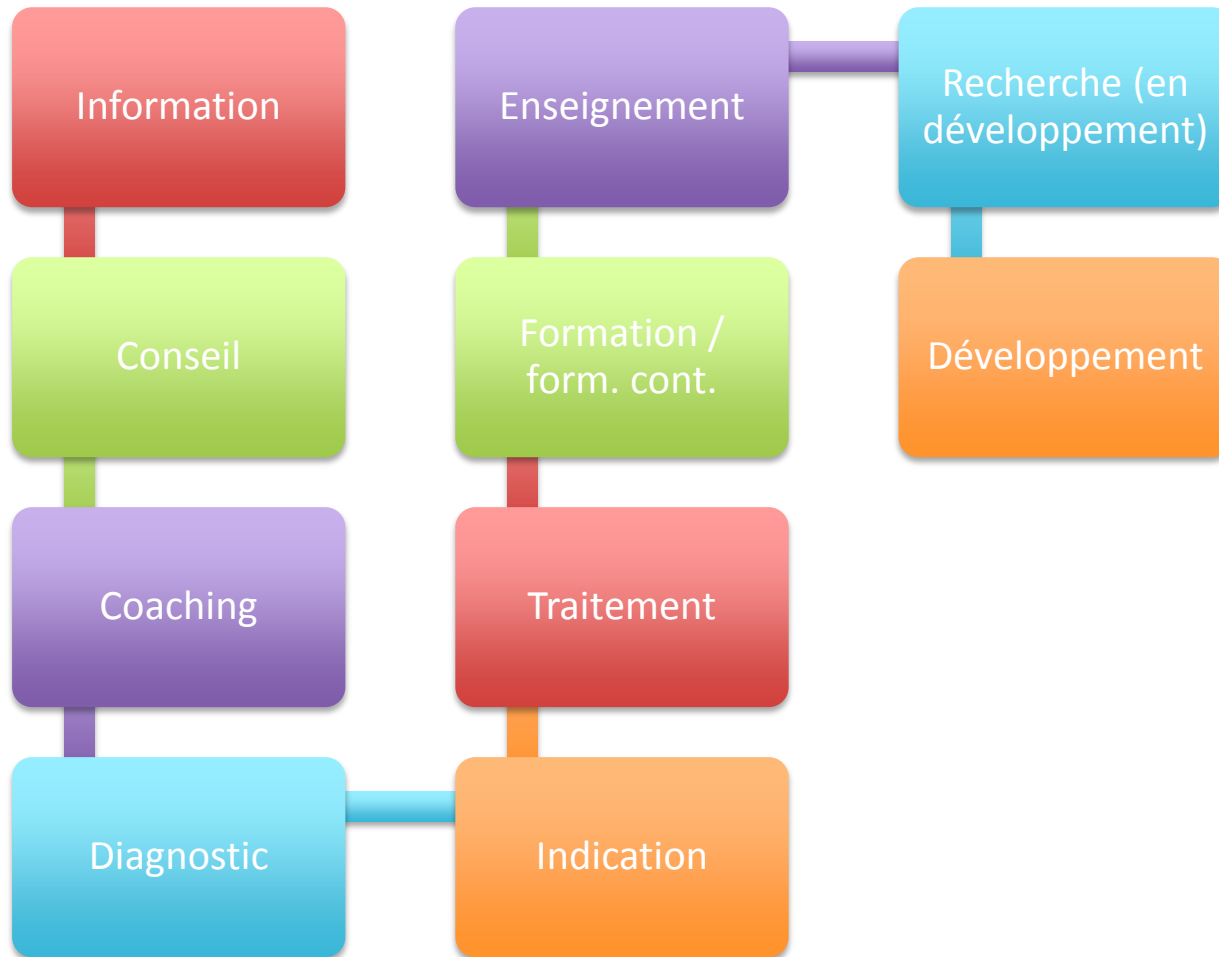
Nous collaborons avec de nombreux partenaires dans des domaines très divers



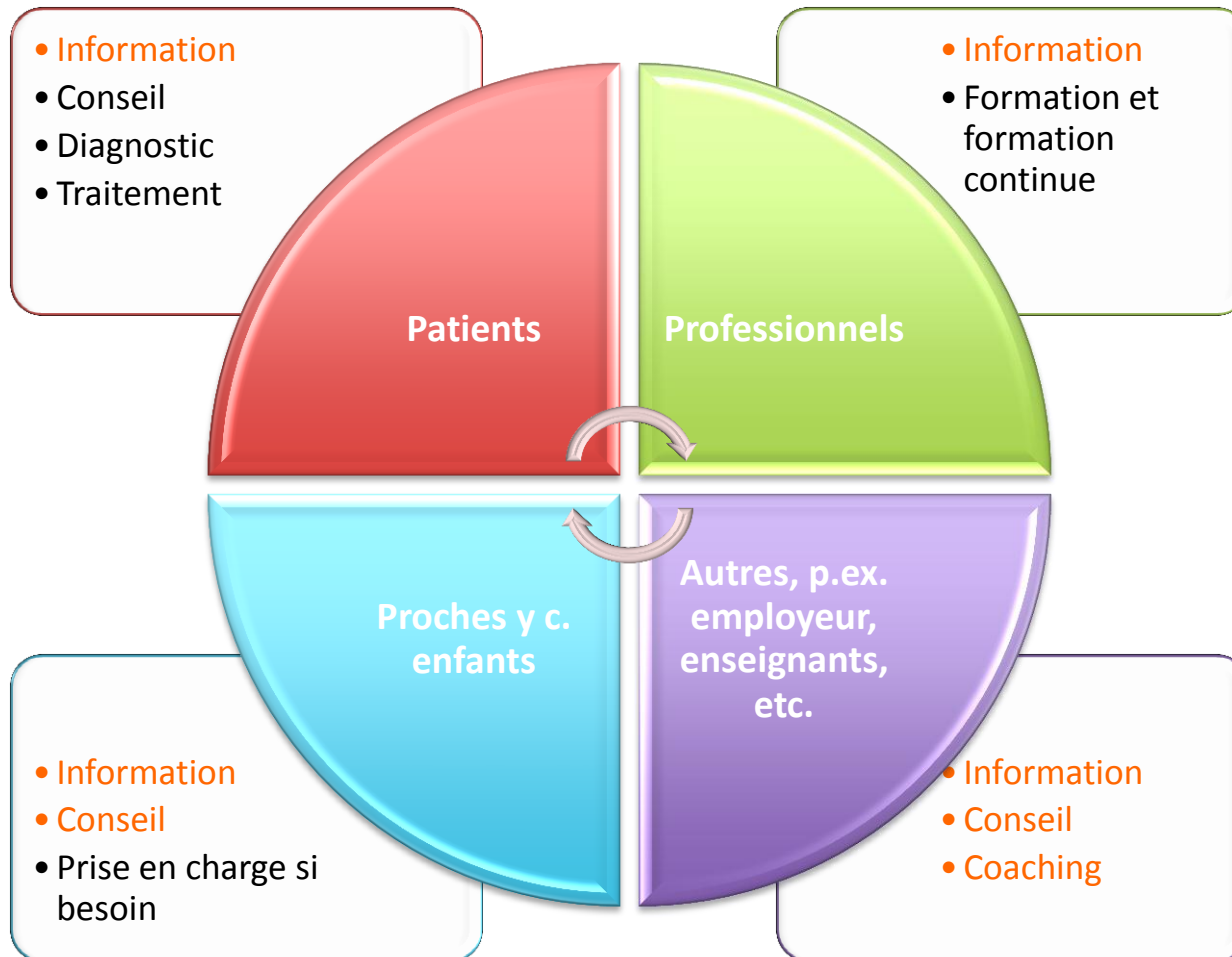
Nos prestations principales

- **Prise en charge des patients de 18-65 ans**
- **Type d'addictions :**
 - **Tous les types d'addiction**, notamment à l'alcool
 - Avec ou sans substance
 - P.ex. alcool, benzodiazépines, opiacés
 - Sans substance : jeu excessif, online gambling
 - Offre groupale
 - **Psychothérapie individuelle**
 - **Thérapie groupale**
 - **Entretiens individuels, de famille, de réseau**
 - **Médecine communautaire**
 - **Accompagnement social**
 - **Thérapies spécialisées**

Nos offres



GROUPES CIBLES



La chaîne des addictions - notre équipe pluridisciplinaire

Infirmiers

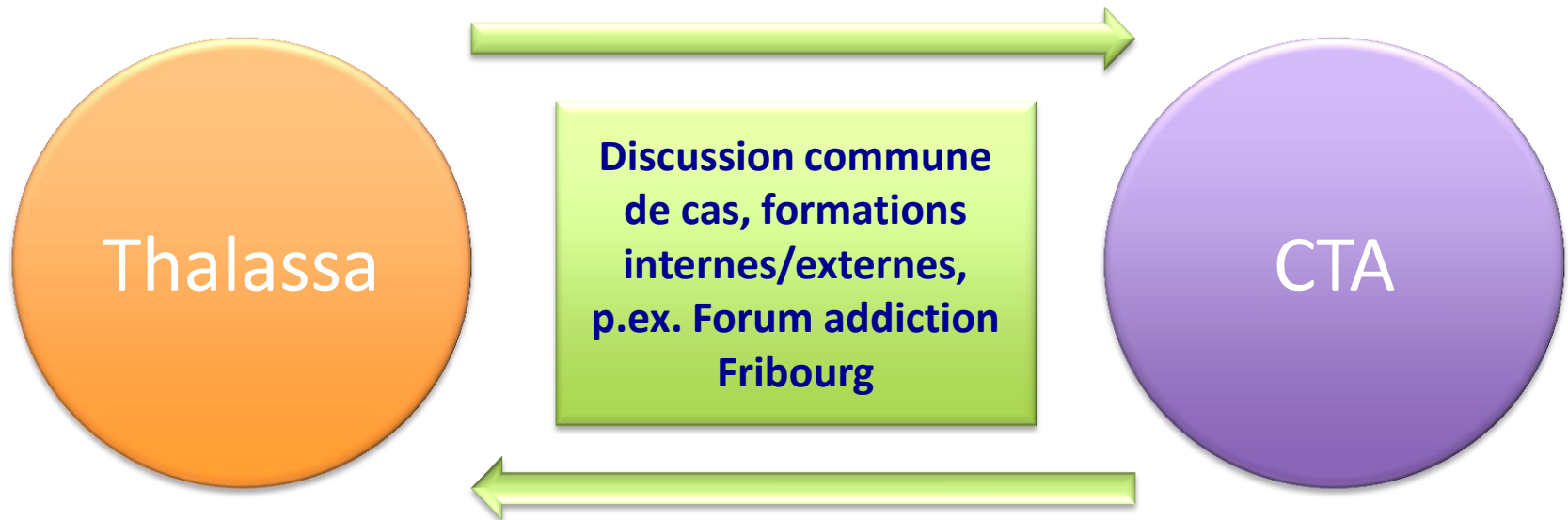
Médecins



Psychologues

Assistant social

Couplage des domaines hospitalier et ambulatoire



Nous sommes de plus en plus bilingues (d/f) et polyglottes

- Afin d'être à disposition pour l'ensemble de la population du canton de Fribourg nous avons une équipe ambulatoire bilingue (**français et allemand**).
- **Et nous parlons :**
anglais (a&h), arabe (a&h), espagnol (a&h), grec (h), italien (a&h), serbo-croate (a), portugais (a&h), turc (h)

a = dans le domaine ambulatoire ; h = dans le domaine hospitalier

Le CCA entre la Romandie et la Suisse alémanique

Verbreitung der vier Landessprachen in der Schweiz (2000)



* Gebiete wechselnder Mehrheiten, mit starken traditionellen Minderheiten anderer Landessprachen (über 30%), offiziell zweisprachige Gemeinden

Offiziell zweisprachig sind die Kantone:

- Bern / Berne (d / f)
- Fribourg / Freiburg (f / d)
- Valais / Wallis (f / d)

Offiziell dreisprachig ist der Kanton:

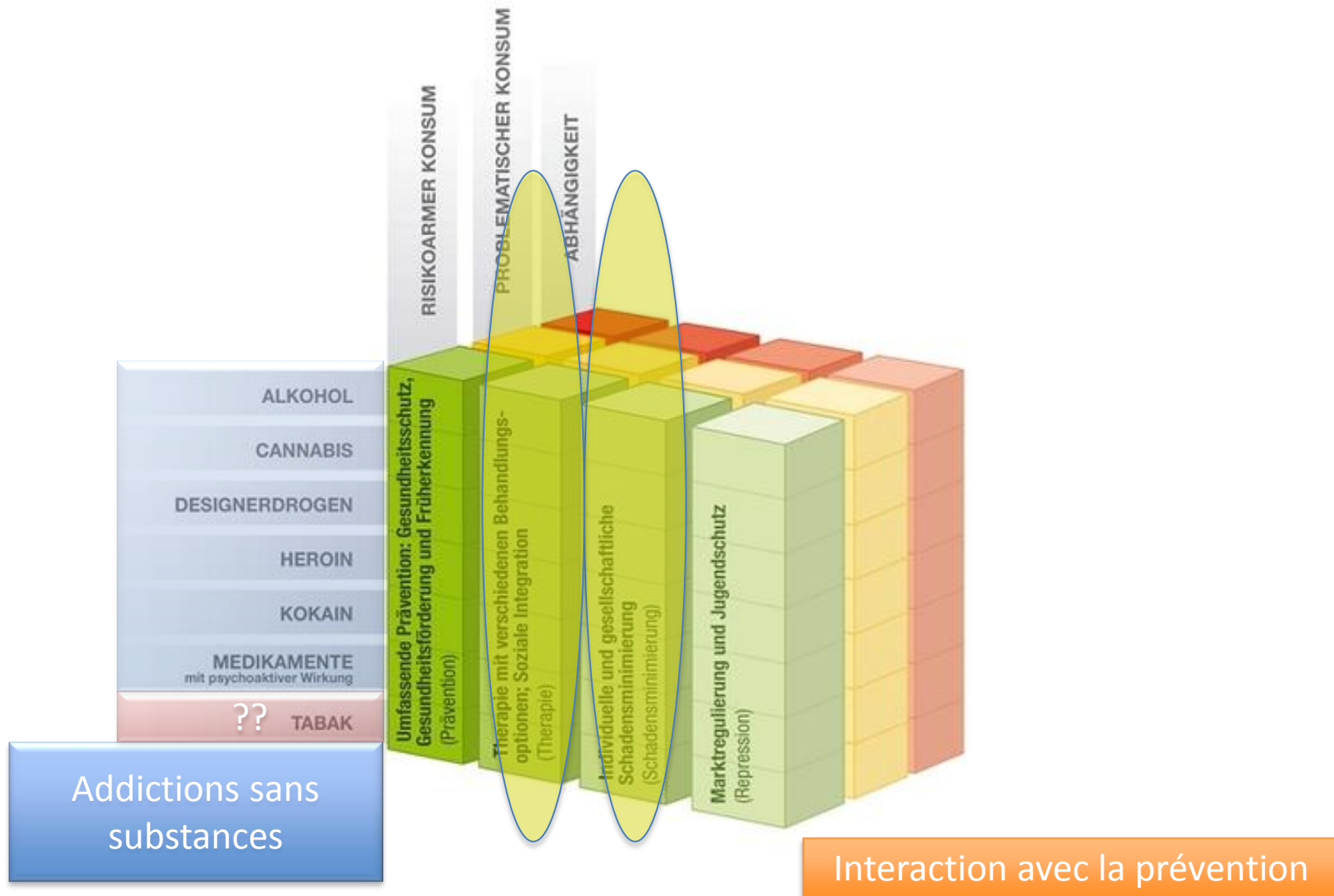
- Graubünden / Grigioni / Grischun (d / it / rä)

Faktisch zweisprachig sind die Kantone:

- Jura (f / d)
- Ticino / Tessin (it / d)



Nos axes d'intervention

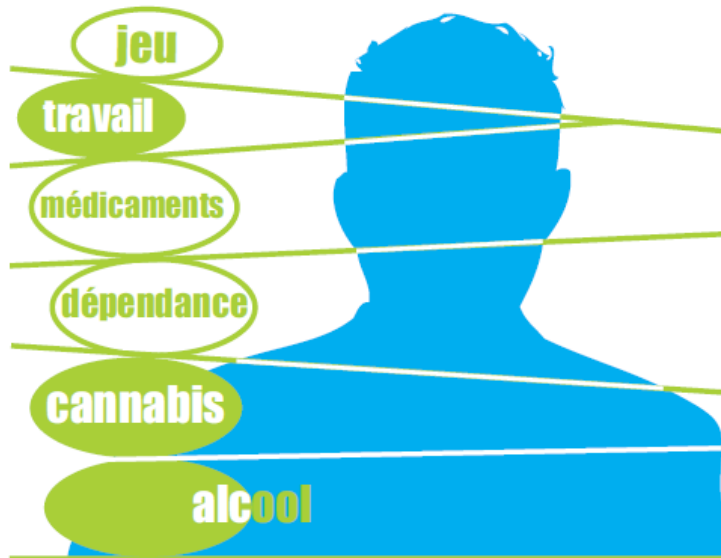


Nos chiffres

- En 2013 nous avons traité **>500 personnes en ambulatoire au CTA de Fribourg**, dont environ 75 % souffrent d'un problème d'alcool
- Dans le domaine hospitalier, nous avons environ **260 hospitalisations par année sur l'unité Thalassa**

Nous sommes impliqués dans la formation

Forum addiction Fribourg



**23.05.2012 | 20.06.2012 | 06.09.2012 | 11.10.2012 |
22.11.2012 | 13.12.2012 | 17.01.2013** | +1 date à définir |
de 14h à 17h

Série de 8 sessions de formation dans le domaine
des addictions dans le canton de Fribourg

Programme

23 mai 2012	Introduction santé mentale et addiction Prof. Besson (CHUV)	RFSM - Centre de soins hospitaliers - Marsens Cinéma Paradiso
20 juin 2012	Addictologie hospitalisation et en réseau Dr Falcheri (CHUV), Dr Abid (RFSM), Dr Kuntz (RFSM)	Fondation le Tremplin - Avenue de l'Europe 6 1700 Fribourg
6 septembre 2012	Psychothérapie des addictions Dr Rossier (CHUV), Mme Joye (RFSM)	salle à définir
11 octobre 2012	Psychose et cannabis Dr Gibellini (CHUV), Prof. Merlo (RFSM)	salle à définir
22 novembre 2012	Addictologie bas seuil et réduction des risques Dr Monnat (CHUV), Dr Clivaz-Mariotti (RFSM)	salle à définir
13 décembre 2012	Traumatologie Dr Rossier (CHUV), Dr Abid (RFSM)	salle à définir
17 janvier 2013	Jeu excessif, addiction sans substances Dr Simon (CHUV), Dr Kuntz (RFSM), Mme Joye (RFSM)	salle à définir
Date à définir	Synthèse et clôture Prof. Besson (CHUV), Prof. Merlo (RFSM), Dr Kuntz (RFSM), M. Vallat (Le Tremplin)	salle à définir



Canton de Fribourg: 2006-2011

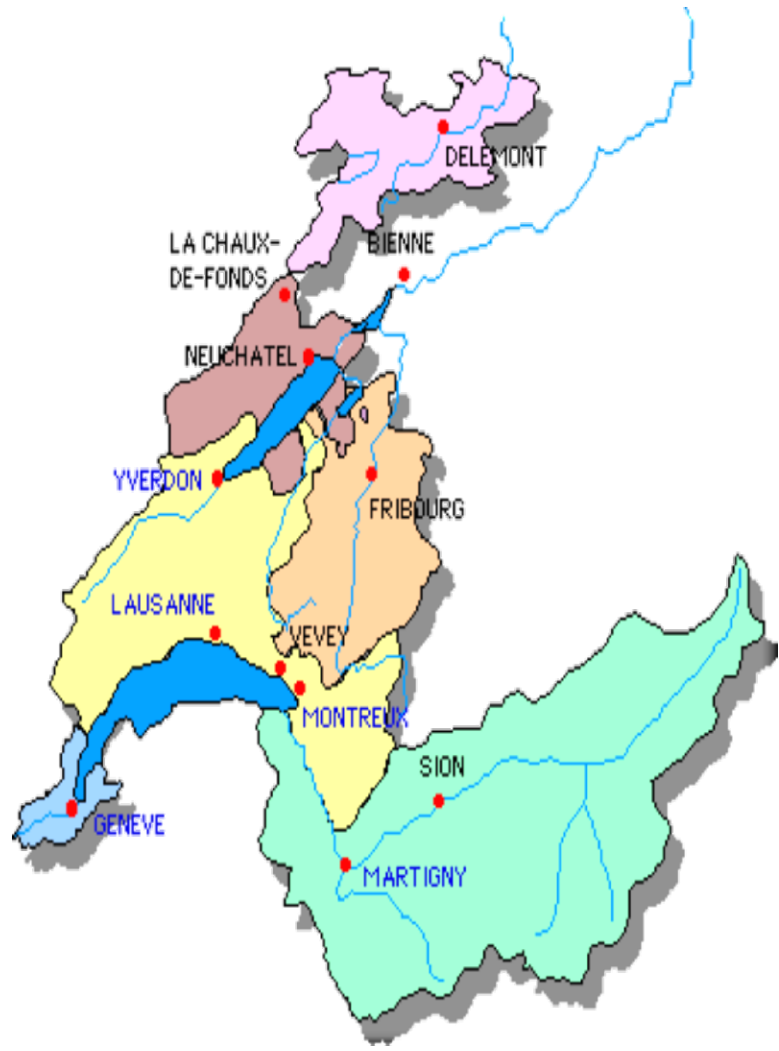


Projet de coordination de la prise en charge des personnes souffrant d'addiction aux drogues illégales et à l'alcool

Rapport pour le Conseil d'Etat, version du 08.09.2011 bureau/GP

La chaîne des addictions - organisation de congrès


COROMA
 Collège Romand de Médecine de l'Addiction





Réseau fribourgeois de santé mentale
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit

Si loin, si proche S:
impliquer l'entourage en médecine de l'addiction

Familie, soziales Umfeld und Sucht wie können wir das Umfeld in eine moderne Suchtmedizin mit einbeziehen?

→ JEUDI 1^{er} DÉCEMBRE 2011 → XII^e journée CoRoMA
 → DO, 1. DEZEMBER 2011 → 12. Jahrestagung der CoRoMA

FORUM FRIBOURG / Route du Lac 12 / 1763 Granges-Paccot


COROMA
 Collège Romand de Médecine de l'Addiction

en partenariat avec/ unsere Partner



ADDICTION INFO SUISSE



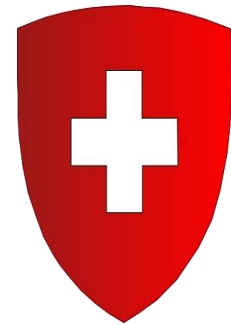
GREA
Généralistes Romands Étudiants des Addictions



CRIAD
Coordination Romande des Institutions et organisations œuvrant dans le domaine des Addictions



S.S.A.M.
Suisse Society of Addiction Medicine
Société Suisse de Médecine des Addictions
Sociedad Suiza de Medicina de las Drogas



La chaîne des addictions - partenaire de congrès

Troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes

www.TDO3.org

En parallèle avec :
Dritte Nationale Substitutions-Konferenz
www.NaSuKo3.ch

18 - 19 OCTOBRE 2012
Centre International de Conférences Genève **PRÉ-PROGRAMME**

Soutien financier et scientifique :
- Office fédéral de la santé publique (Suisse)
- Réseau MedNET de coopération en région méditerranéenne sur les drogues et les addictions (Groupe Pampelou - Conseil de l'Europe)
- Service de psychiatrie communautaire (Centre hospitalier universitaire vaudois)

Événement associé :
International Society of Addiction Medicine
14th annual meeting / 15 - 18 October 2012 / www.ISAM2012.org



Dritte Nationale und Internationale Substitutions-Konferenz

www.NaSuKo3.ch

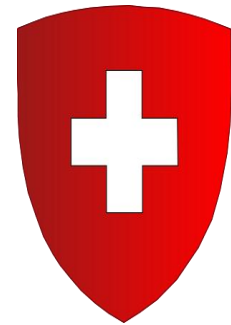
18.-19. OKTOBER 2012 **VORANKÜNDIGUNG**
Internationales Konferenzzentrum Genf

Finanzielle Unterstützung:
Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)

Wissenschaftliche Unterstützung:
Service de psychiatrie communautaire (CHUV - Lausanne)
Arud (Zürich)

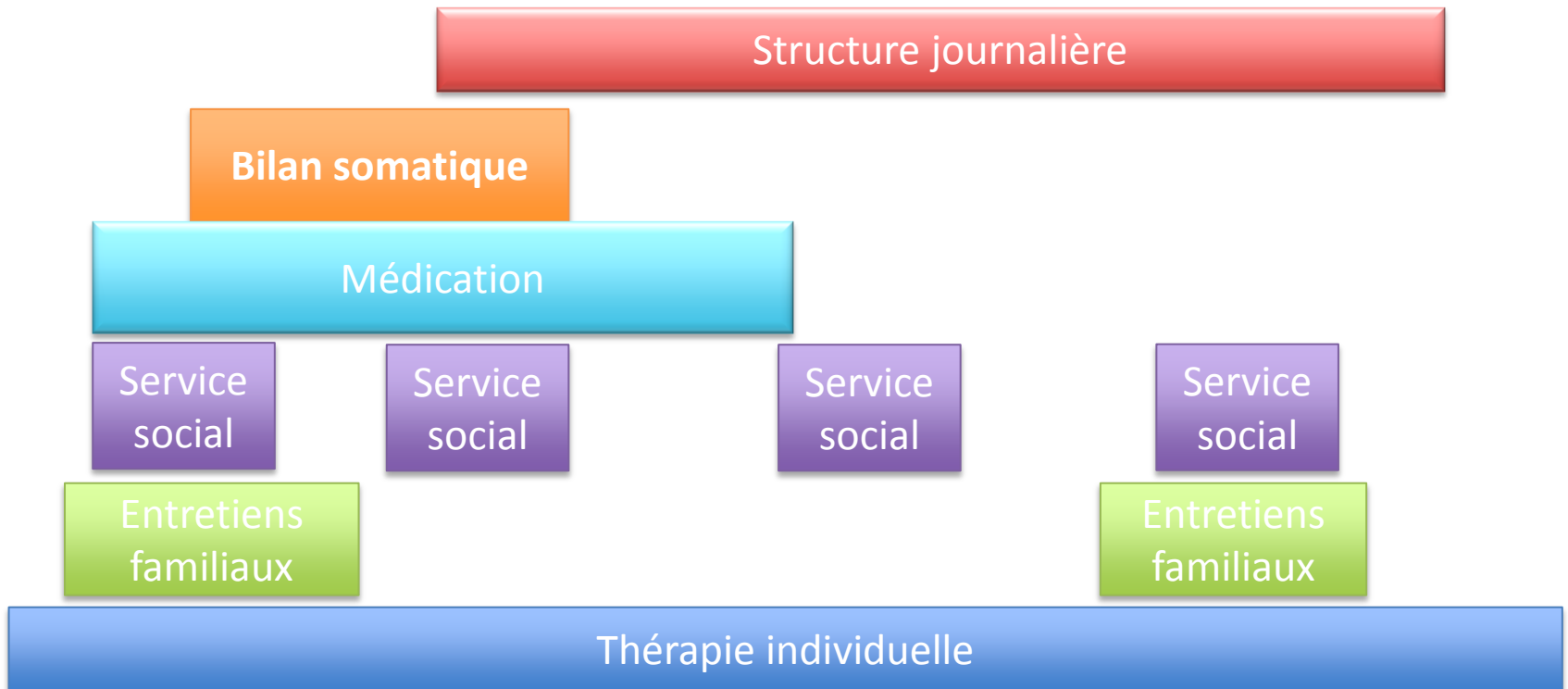
In Verbund mit:
Troisième colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes
www.TDO3.org

International Society of Addiction Medicine
14th annual meeting - www.ISAM2012.org



Nos interventions

- Les **interventions** sont adaptées à la problématique **individuelle** de nos **patients selon un modèle bio-psycho-social**.
- **Exemple :**



**Merci de votre
attention**



RFSM

Das idealste Mittel

**gegen Hühneraugen, Hornhaut und
Warzen ist und bleibt**

Karrers

852

Haschisch

In Apotheken und Drogerien à Fr.1.—



Sucht und psychiatrische Komorbidität



Jeder von uns hier konsumiert im Durchschnitt



10,2 kg / Kopf/Jahr



69,0 l/Jahr




4,8 l/Jahr



46,6 l/Jahr



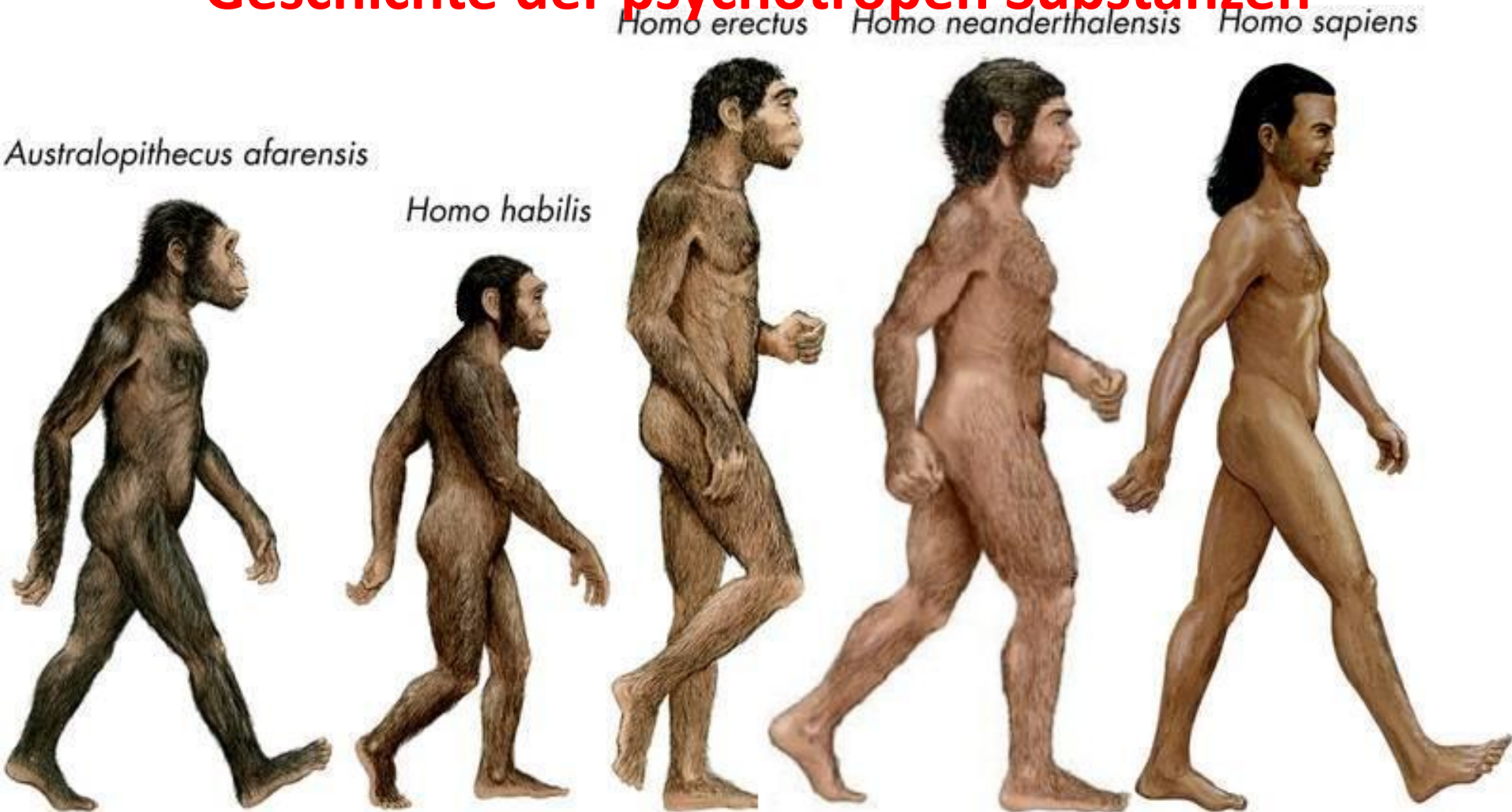
Quelle: Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht, BAG, 2012

A portrait of Johann Wolfgang von Goethe, showing him from the chest up. He is wearing a dark, wide-brimmed hat and a light-colored coat over a white cravat. The background is a soft, out-of-focus grey.

Es ist eine **Forderung der Natur, dass der Mensch mitunter betäubt werde, ohne zu schlafen;** daher der Genuss im Tabakrauchen, Branntwein trinken, Opiaten.

Johann Wolfgang von Goethe
Maximen und Reflexionen


Die Geschichte der Menschheit ist auch eine Geschichte der psychotropen Substanzen



Der prähistorische Mensch hat bereits konsumiert.

- Opiumspuren in Knochen (Neolithikum, Spanien)
 - Spure verbrannten Cannabis in Rumänien
 - Keramikspuren zeigen Produktion ersten Bieres auf
 - Gebrauch von Halluzinogenen als Ritual in Italien
-
- Guerra-Doce et al., Univ. Valladolid (E), J of Archaeological Method and Theory, may, 2012



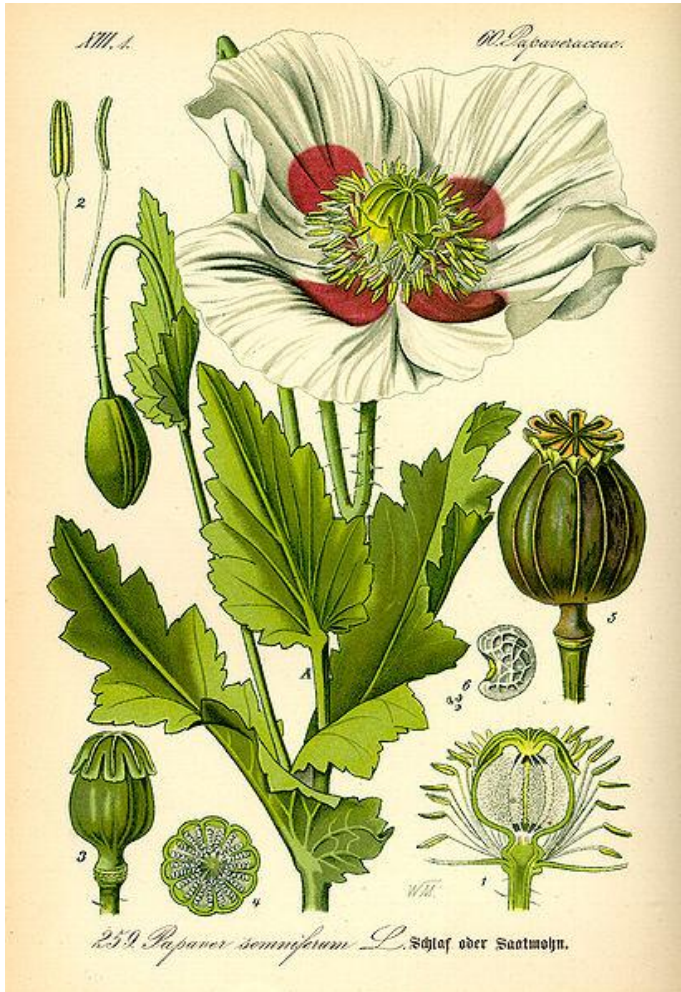


Amarula-Baum in Afrika



Griechisches Symposium

Z.B. Opium



1873 London



1903 China

A black and white illustration of a man sitting at a billiard table, looking exhausted. A clock on the wall shows a time around 10:10. In the background, another man is standing near a counter, and a framed picture of a ship hangs on the wall.

**Tired,
THEN
DRINK
Coca-Cola**

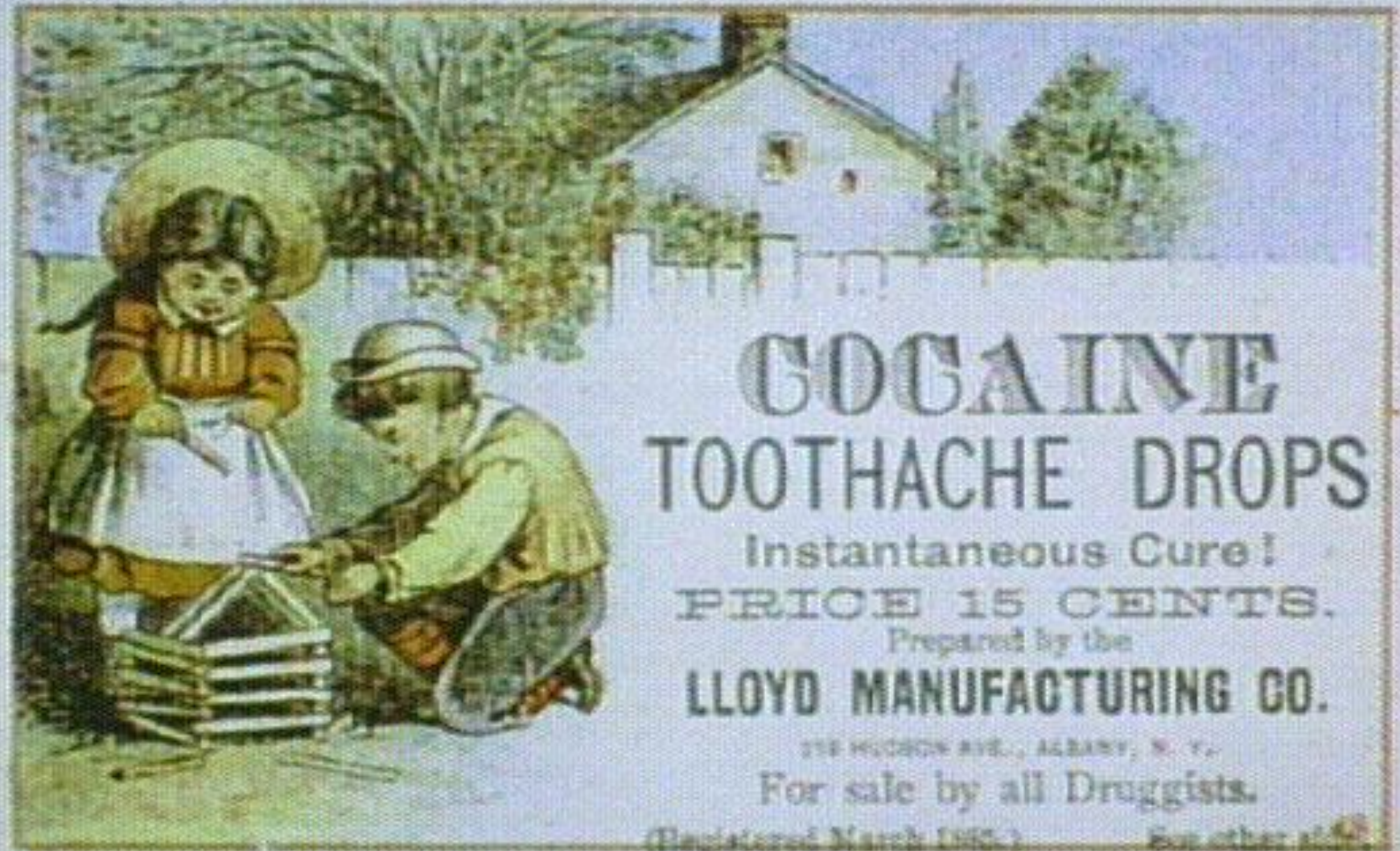
IT RELIEVES EXHAUSTION

When the BRAIN is running under full pressure send down to the FOUNTAIN for a glass of

Coca-Cola

you will be surprised how quickly it will ease the Tired Brain—soothe the Rattled Nerves and restore Wasted Energy to both Mind and Body.
It enables the entire system to readily cope with the strain of any excessive demands made upon it.

**AT ALL FOUNTAINS 5c.
ALSO IN BOTTLES**



Verboten und erlaubt

z.B. 1929

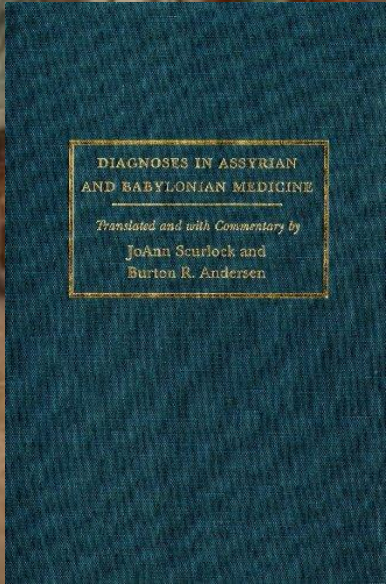


Erlaubt und Verboten z.B. 2014

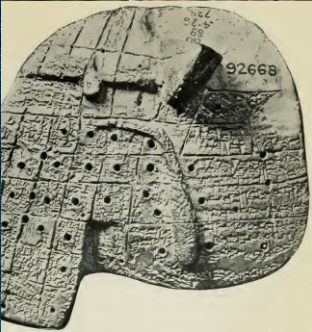


Heroin – eine illegale Substanz

Mesopotamien



DIAGNOSES IN ASSYRIAN AND BABYLONIAN MEDICINE
Translated and with Commentary by
JoAnn Scurlock and
Burton R. Andersen



Bibliothek von Ashurbanipal (668- around 630 BC).



- more than 30,000 cuneiform tablets and fragments at his capital
- Medical Treatise
- 660 medical tablets

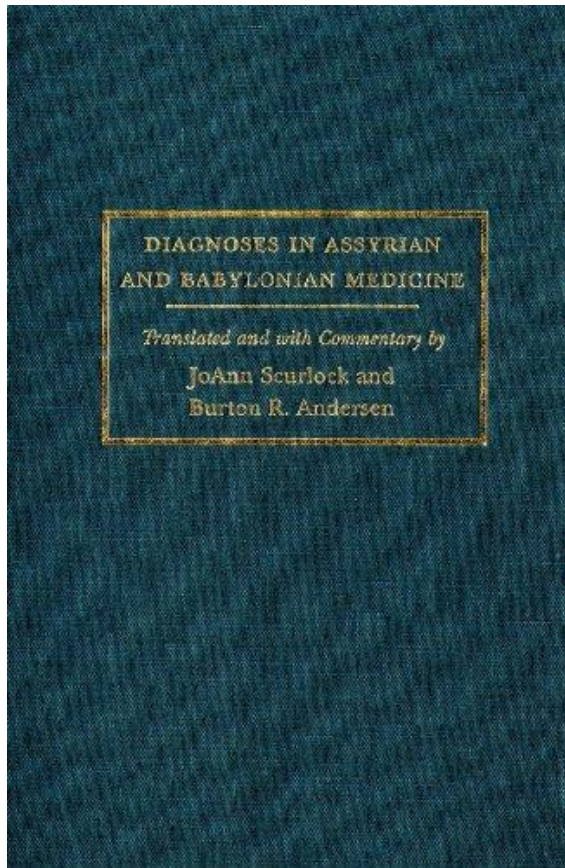
ASSYRIAN MEDICAL TEXTS

FROM THE ORIGINALS IN THE

BRITISH MUSEUM

BY

R. CAMPBELL THOMPSON, M.A., F.S.A.



- Bruxism
- **Stress headache**
- **Nightmares- goddess Istar responsible for nightmares in small children**
- In adults- nightmares a consequence of stress
- Ghosts can bother people in dreams because...their victim did them some wrong while they were alive
- **Anxiety :**
 - **If a person continually has crushing of the heart ... He has fearfulness, his god is angry with him**
- Anxiety and seizures
- Anorexia
- Excessive talking (Logorrhea)
- Hallucinations
- Antisocial behaviour...
- Addiction
- **Psychotic states: if his limbs as still as those of a healthy person, (and) he continually opens his eyes and, when he sees the one who afflicts him**
- **Paranoia. „god and goddess are angry with him, sorcery has performed against him, he has been cursed before god and goddess)**

**Heute stehen uns eine Vielzahl von
Möglichkeiten zur Unterstützung
unserer Patienten zur Verfügung**



YOU MUST LEARN
TO COPE WITH
YOUR PROBLEMS
LIKE AN ADULT!



ICH BRÄUCHTE
EIN SCHLAFMITTEL



Begriffsdefinitionen

- **Psychotrope Substanz:** Wirkstoff, der die menschliche Psyche beeinflusst (Plural: **Psychotropika**; von altgriechisch *psyché* „Seele“, und *tropé* „Wendung“).
- **Droge:** Unter »Droge« wird in der Medizin im weiteren Sinne eine Zubereitung aus Pflanzen verstanden, im engeren Sinn, der auch die umgangssprachliche Verwendung charakterisiert, ein Rauschmittel.

WHO zur Komorbidität

- **Définition**
- Komorbidität oder Doppeldiagnose wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als das gleichzeitige Auftreten von psychoaktiven substanzbedingten Störungen und weiteren psychiatrischen Störungen ([WHO, 1995](#)) definiert. Laut Definition des [United Nations Office on Drugs and Crime \(UNODC\)](#) bedeutet [Doppeldiagnose](#), dass bei Personen, die an einem Alkohol- oder Drogenproblem leiden, noch eine weitere Diagnose gestellt wird, im Allgemeinen eine psychiatrische, wie [Stimmungsstörungen oder Schizophrenie](#) ([UNODCCP, 2000](#)).

Addiction is a chronic brain disease, not just bad behavior or bad choices

"At its core, addiction isn't just a social problem or a moral problem or a criminal problem. It's a brain problem whose behaviors manifest in all these other areas"

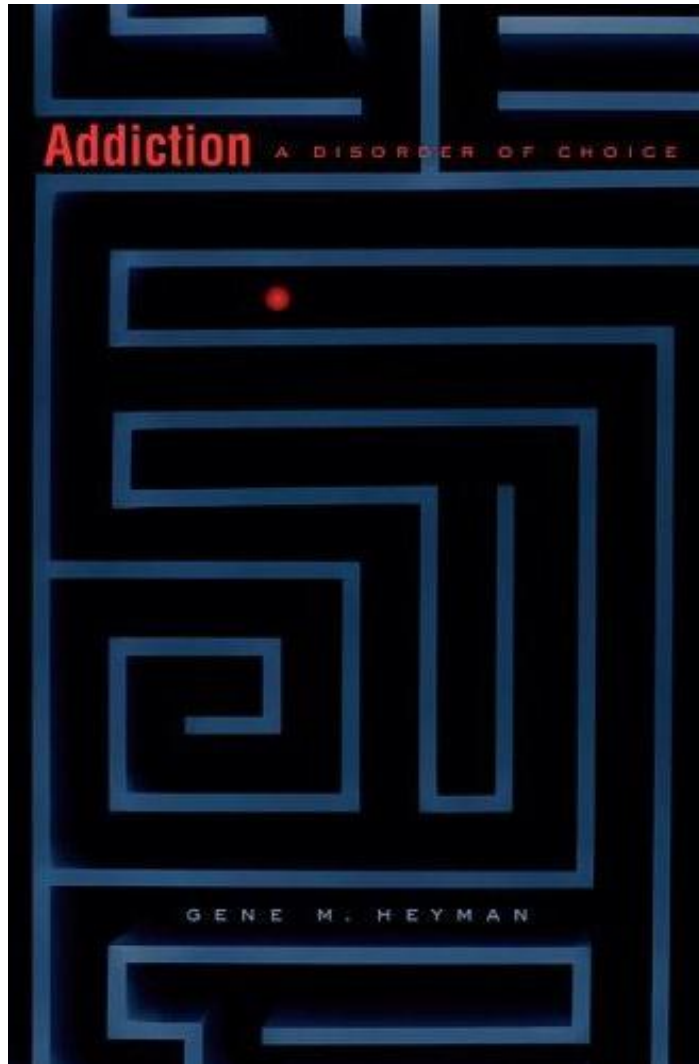
Dr. Michael Miller, früherer Präsident der American Society of
Addiction Medicine

Sucht als Krankheit



- Dr. William Silkworth
- New York
- 1873-1951

Kontroverse



- Gene Heyman
- Harvard-Psychologe
- Sucht ist eine Frage de Willens



DSM V

- Neu: **Aufhebung der Unterscheidung zwischen Abhängigkeit und Substanzmissbrauch**
- Neu: **Aufnahme pathologisches Glücksspiel**
- Bei Auftreten von **2 der folgenden Merkmale innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums** gilt die Substanzgebrauchsstörung (substance use disorder) als erfüllt.
- Neu: **craving**
- **Schwere der Symptomatik :**
 - 2 – 3 Kriterien : moderat
 - 4 + Kriterien: schwer

DSM V

Es werden nun insgesamt 11 Kriterien für die Substanzgebrauchsstörung benannt :

1. Wiederholter Konsum, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
2. Wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. Wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4. Toleranzentwicklung gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung
5. Entzugssymptome oder deren Vermeidung durch Substanzkonsum
6. Konsum länger oder in grösseren Mengen als geplant (Kontrollverlust)
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz sowie Erholen von der Wirkung
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums
10. Fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis von körperlichen oder psychischen Problemen
11. Craving, starkes Verlangen oder Drang die Substanz zu konsumieren.

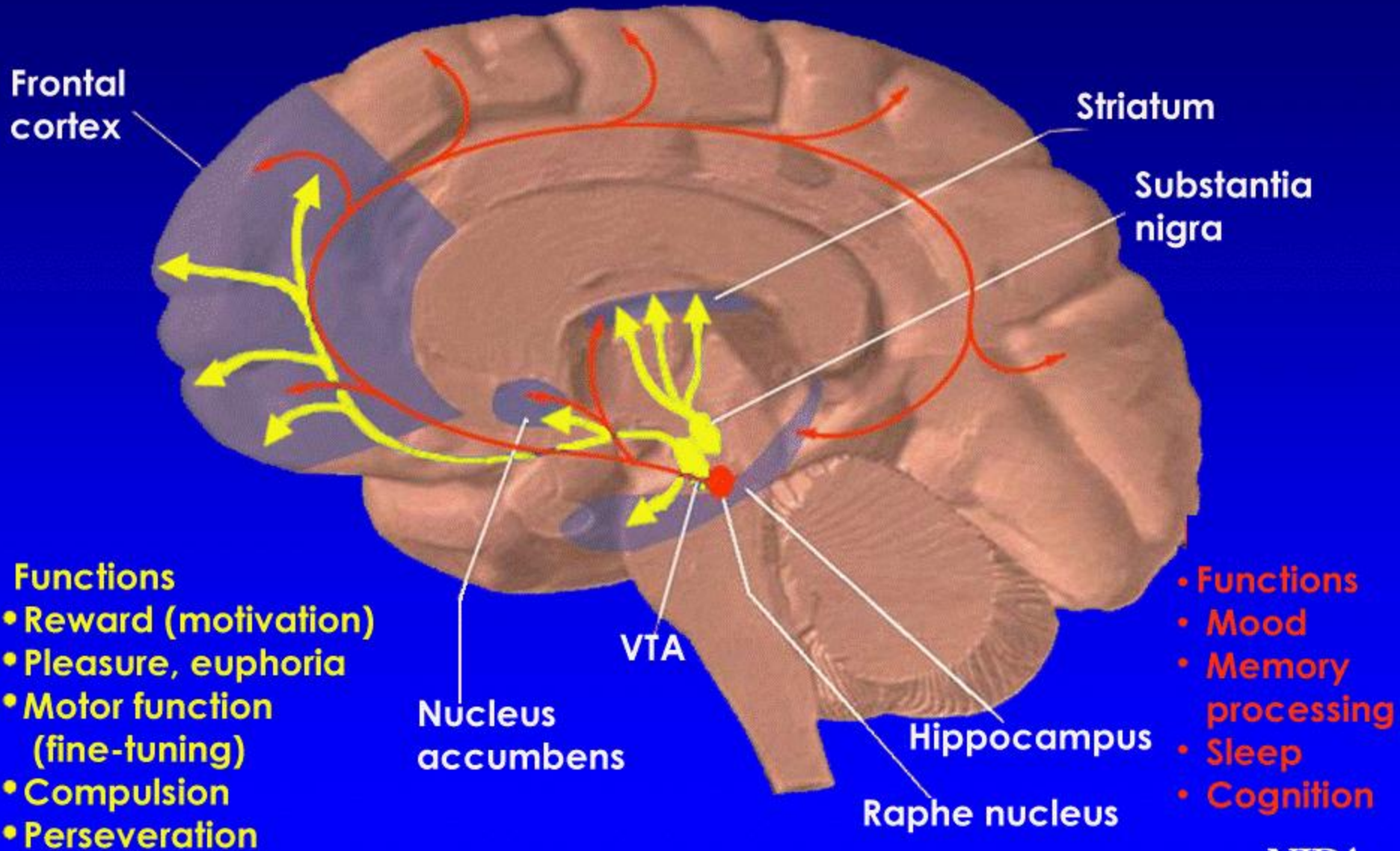
ICD 10-Abhängigkeitserkrankung

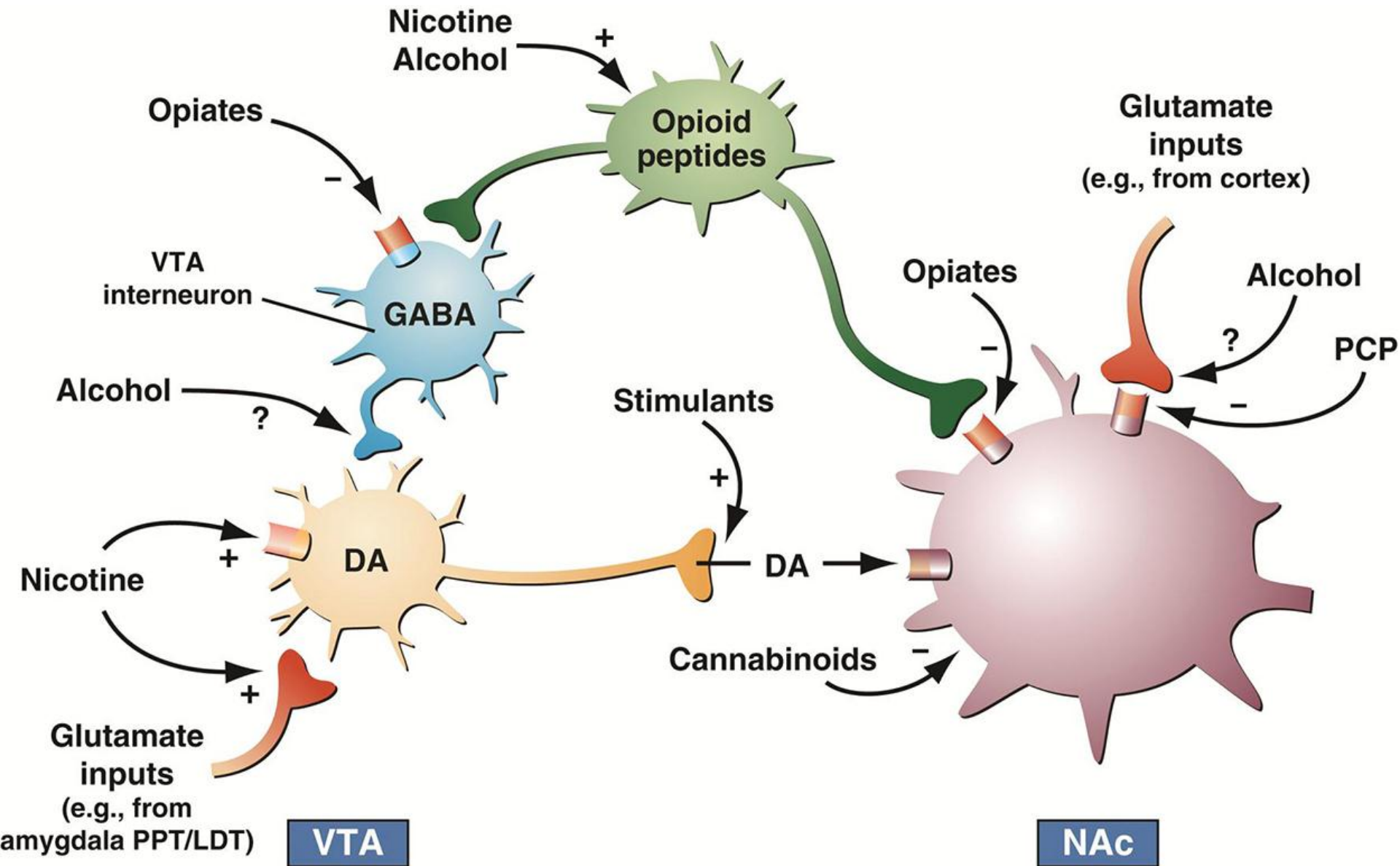
Vorliegen von **mind. 3 Kriterien** während des letzten Jahres

- starkes, oft unüberwindbares **Verlangen, die Substanz einzunehmen**
- **Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren** (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft)
- körperliche **Entzugssymptome**
- **benötigen immer größerer Mengen, damit die gewünschte Wirkung eintritt**
- **fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen** (das Verlangen nach der Droge wird zum Lebensmittelpunkt)
- **fortdauernder Gebrauch der Substanz(en) wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen.**

Dopamine Pathways

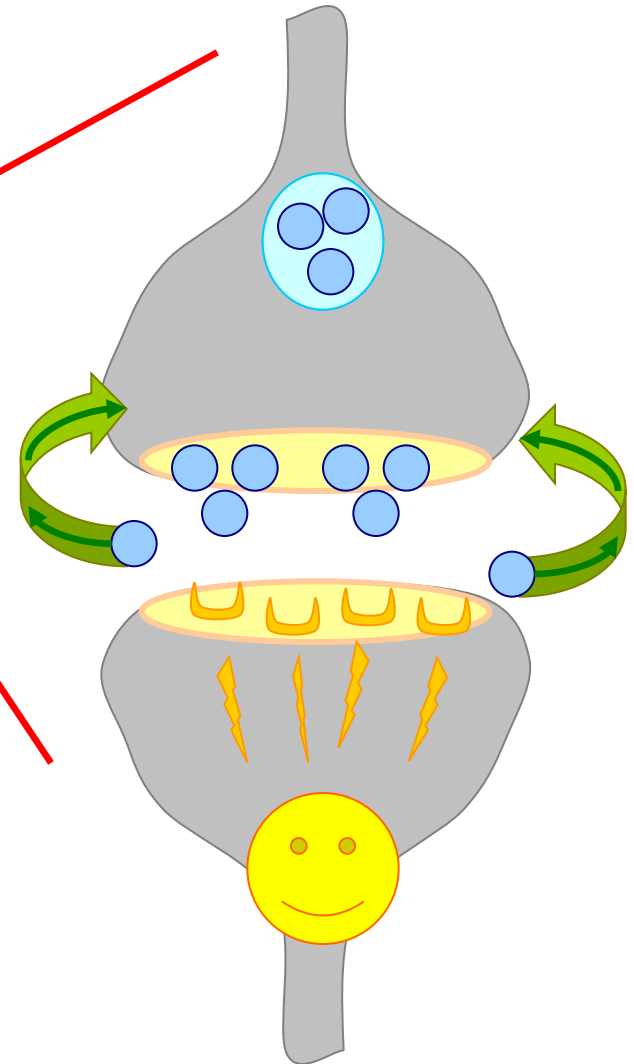
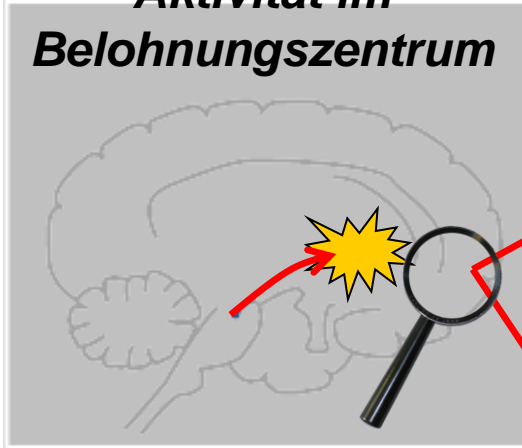
Serotonin Pathways



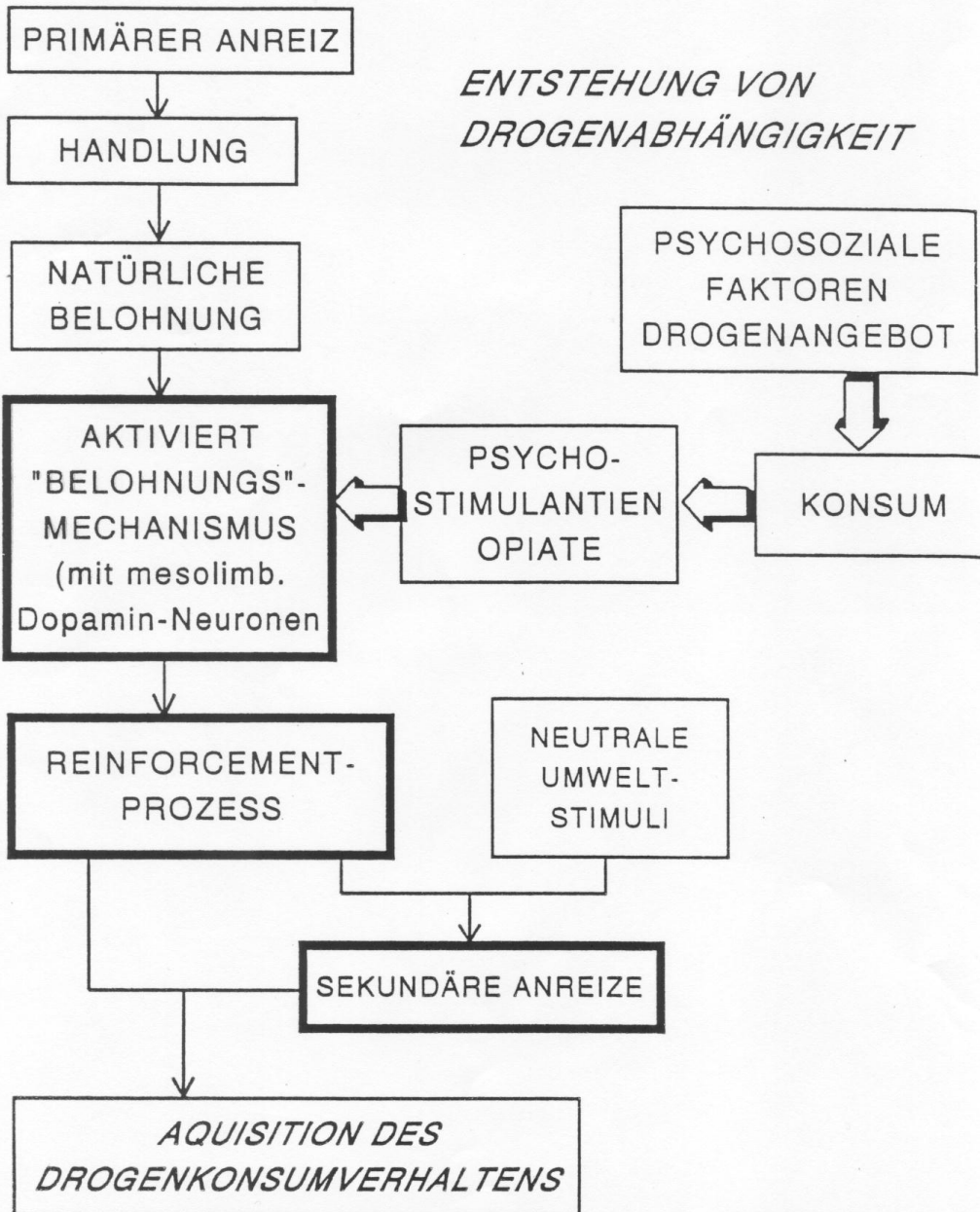


Dopamin - der Glücksbotenstoff

*Aktivität im
Belohnungszentrum*



Normaler Lernprozess
(operante Konditionierung)



Wirkung von Substanzen

Tab. 10-1 Unmittelbare psychische und körperliche Effekte bei Konsum psychotroper Substanzen (in Anlehnung an Köhler 2000, S. 25)

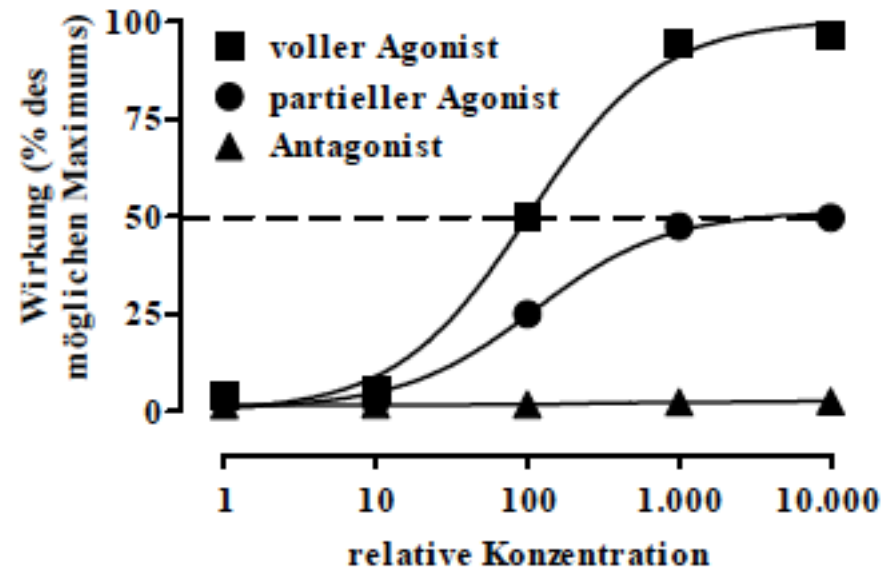
Substanz	Euphorisierung	Sedierung	Antriebssteigerung	Halluzinogene (psychedelische) Effekte	Sympathikusaktivierung
Alkohol	+	+	(+) ^a	–	–
Benzodiazepine	(+) ^b	++	–	–	–
Opioide	++	+	–	(+)	–
Cocain	++	–	++	(+) ^c	++
Psychostimulanzien	++	–	++	(+) ^c	++
Cannabis	+	+	(+)	+	(+)
Halluzinogene	+	–	(+)	+	+
Nicotin	+	+, –	+, –	–	(+)
Schnüffelstoffe	+	(+)	(+)	(+)	(+)

–: tritt in der Regel nicht auf; (+): kann auftreten; +: tritt mit gewisser Regelmäßigkeit auf; ++: tritt regelmäßig und stark auf

^a: dosis- und ausgangslagenabhängig; ^b: evtl. indirekte Euphorisierung durch Anxiolyse; ^c: eher im Sinne von akuten psychotischen Symptomen mit Verlust der Realitätsprüfung

Wirkung von Opiaten an Rezeptoren

	μ	δ	κ
Morphin	+++		+
Codein	+		
Fentanyl	+++		
Methadon	+++		
Buprenorphin	pppp		-
Nalbuphin	--		++
Naloxon	---	-	--



Substance	Action générale	Action sur le système de récompense	Usage prolongé	Potentiel addictif
Alcool	Action sur les systèmes dopamine, sérotonine, endorphine Neurones inhibiteurs activés Neurones activateurs inhibés Ralentissement du SNC	Neurones à dopamine désinhibés Concentration de dopamine augmentée	Sensation d'ivresse diminuée Adaptation du cerveau Sur-stimulation lors du sevrage Volume cérébral diminué Déficits cognitifs	Modéré/élevé
Nicotine	Action sur un type de récepteur cholinergique Lente dégradation synaptique Détente, humeur, éveil, plaisir augmentés Temps de réaction, anxiété, appétit diminués.	Neurones à dopamine stimulés directement Neurones activateurs des neurones à dopamine stimulés Neurones à dopamine désinhibés Libération de dopamine prolongée Concentration de dopamine augmentée	Régulation de la nicotine par l'augmentation du nombre de récepteurs	Elevé
Cannabis	Libération modulée de plusieurs neurotransmetteurs Apprentissage et mémoire péjorés Contrôle moteur diminué Perception de la douleur perturbée Perceptions sensorielles modifiées Système immunitaire perturbé	Neurones à dopamine désinhibés Concentration de dopamine augmentée	Nombre et sensibilité des récepteurs diminués	Modéré / faible
Cocaïne	Effet stimulant suivi d'une phase de descente Inhibition de la recapture de neurotransmetteurs Activité des neurotransmetteurs décuplée	Recapture de la dopamine inhibée Concentration dopamine augmentée	Accroissement du nombre de récepteurs sur neurones inhibiteurs Plus grandes possibilités de stopper les neurones à dopamine	Elevé
Héroïne	Fixation sur les récepteurs aux opiacés endogènes Inhibition créant un état analgésique.	Neurones à dopamine désinhibés Concentration de dopamine augmentée	Adaptation des récepteurs aux opiacés	Elevé

Warum ist die Komorbidität ein Thema ?

- **Je ausgeprägter die Komorbidität, desto schwieriger die Therapie und desto höher die Kosten**
- **Eine nicht behandelte Komorbidität erhöht die Rückfallrate**
- **Patienten mit komorbiden Störungen werden weniger leicht in Standardprogramme aufgenommen und benötigen eine individuelle Betreuung**

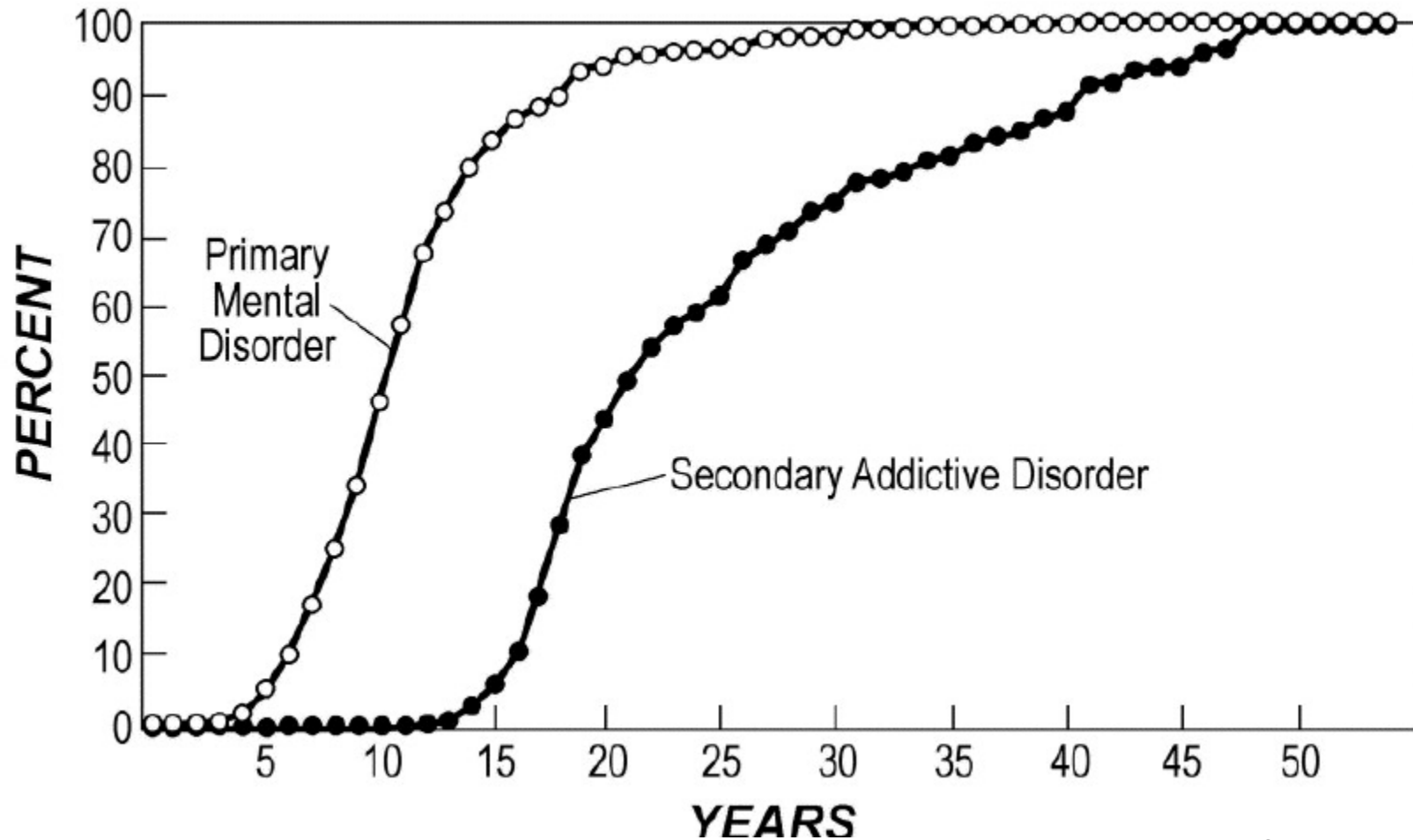
- **Beginn komorbider Störungen häufig früher (ca. 90%)**
- **Beginn der komorbiden Störung oft 5-10 Jahre vorher**
- **Frauen häufiger betroffen**
- **Persönlichkeitsst. (91%) und Angststörungen treten vor Subst. störung auf**
- **Affektive Störungen können primär und sekundär auftreten**

- **Alle psychiatrischen Erkrankungen erhöhen das Risiko einer komorbiden SUD** (Kessler et al. 1997; Regier et al., 1990)
- Patienten mit den schwersten psychiatrischen Erkrankungen haben auch ein deutlich erhöhtes Risiko einer psychiatrischen Begleiterkrankung (Kessler et al. 1997)

Auswirkungen der Komorbidität

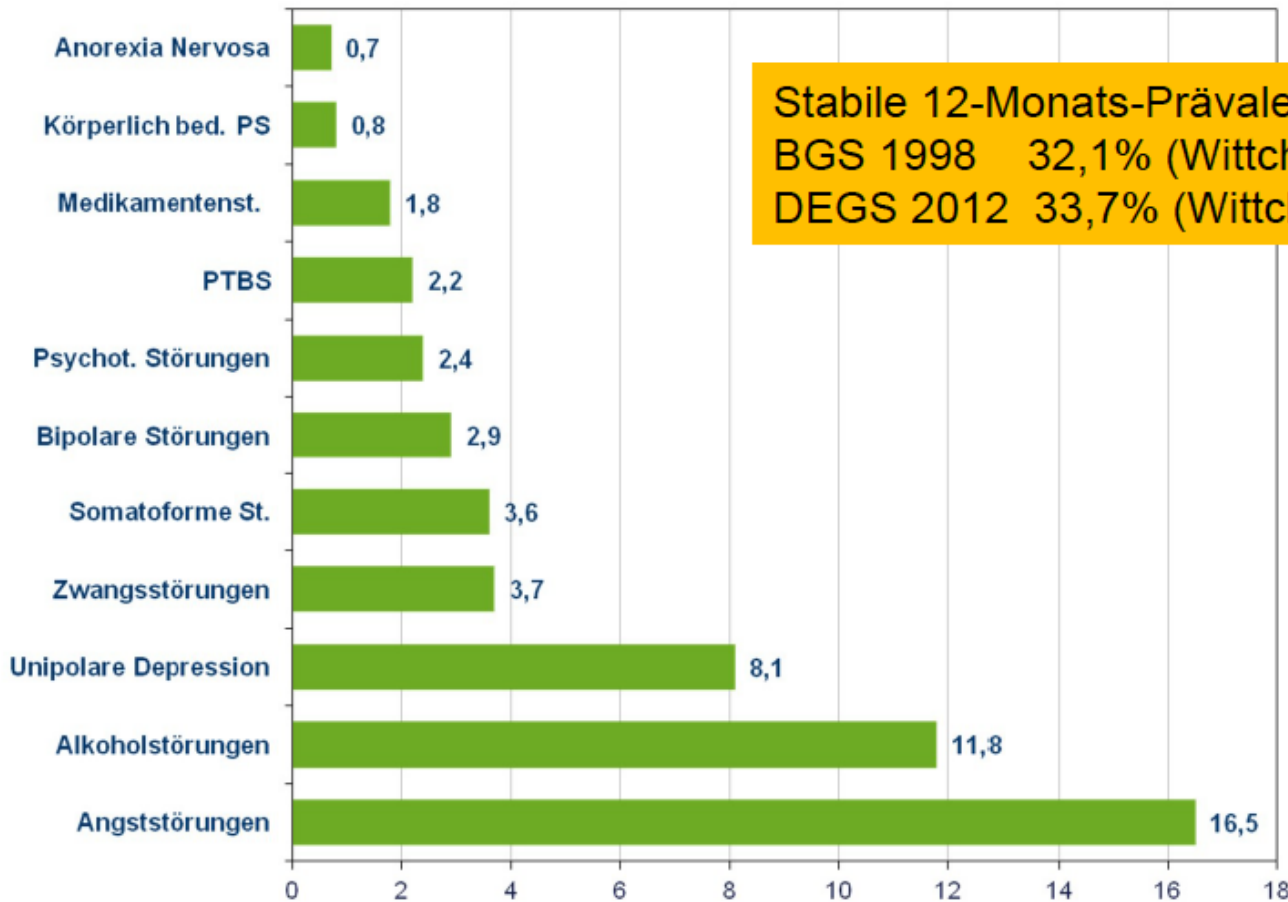
- **Hospitalisationsrate ++**
- **Schwierigere Verläufe**
- **Risiko für sozioprofessionelle Probleme ++**
- **Compliance häufig schwieriger**
- **Häufigere Therapieabbrüche**

Zeitliche Folgemuster



Kessler, 2004

Prävalenz psych. Erkrankungen



Stabile 12-Monats-Prävalenz:
BGS 1998 32,1% (Wittchen & Jacobi, 2001)
DEGS 2012 33,7% (Wittchen, unveröff.)

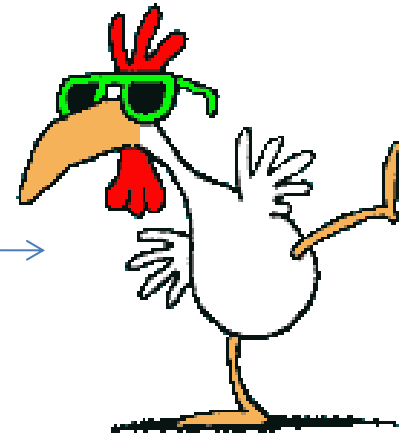
Alkohol und Medikamente:
Mißbrauch und Abhängigkeit

PTBS: Posttraumatische
Belastungsstörung

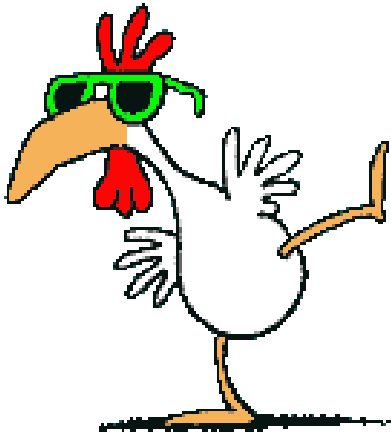
Körperlich bed. Störungen:
einschließlich
substanzinduzierte

Modelle zur Erklärung der Entstehung psychischer Störungen

- **Vulnerabilitäts-Stress-Modell**
 - Zubin & Spring, 1977
- **Biopsychosoziales Krankheitsmodell**
 - Engel, 1980
- **Weitere integrative Modelle**
 - Harmful Dysfunction Wakefield, 1962
 - Modulare Psychiatrie Gaebel, 2007



ou

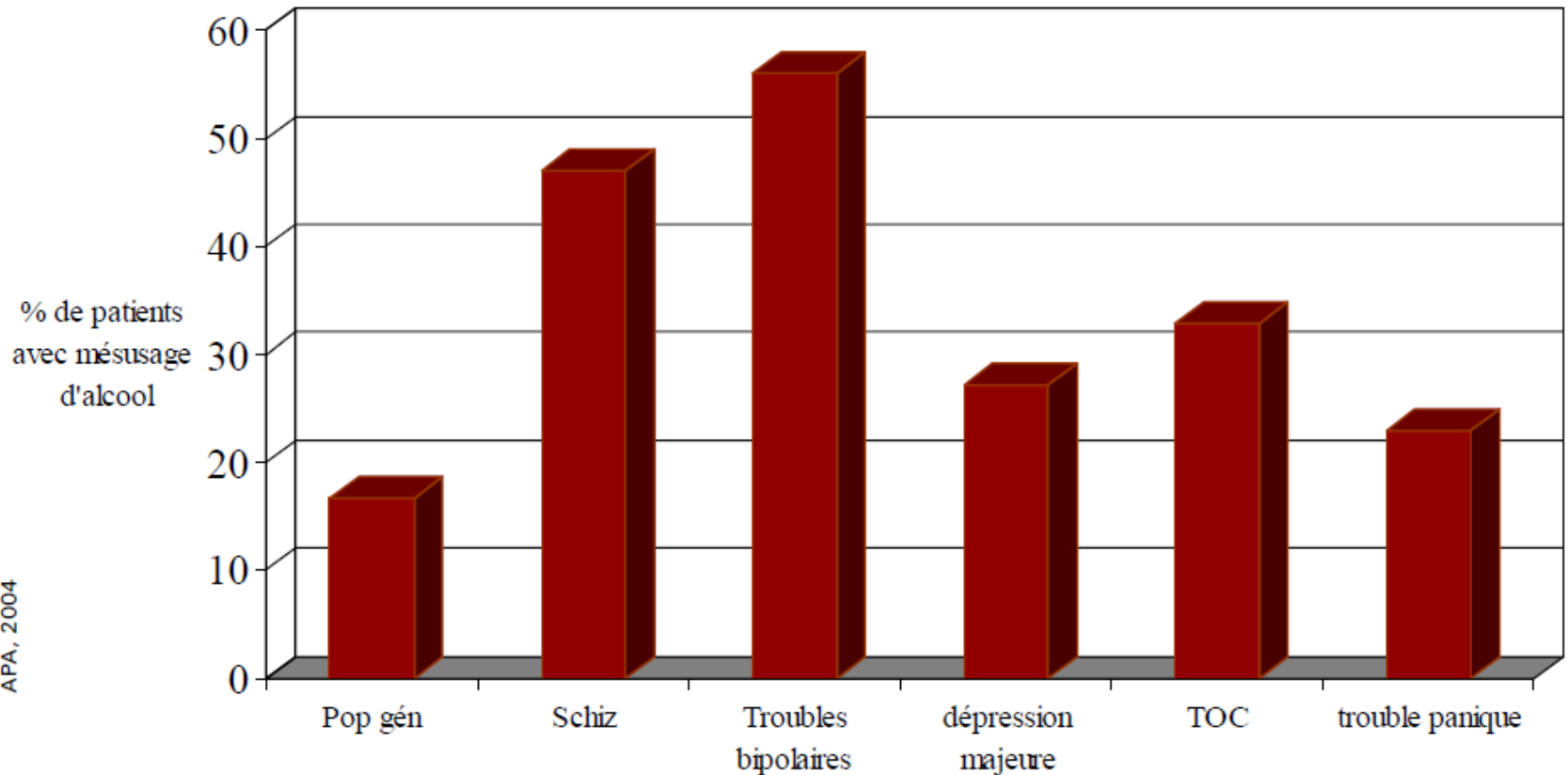


Aetiologische Modelle zur Komorbidität

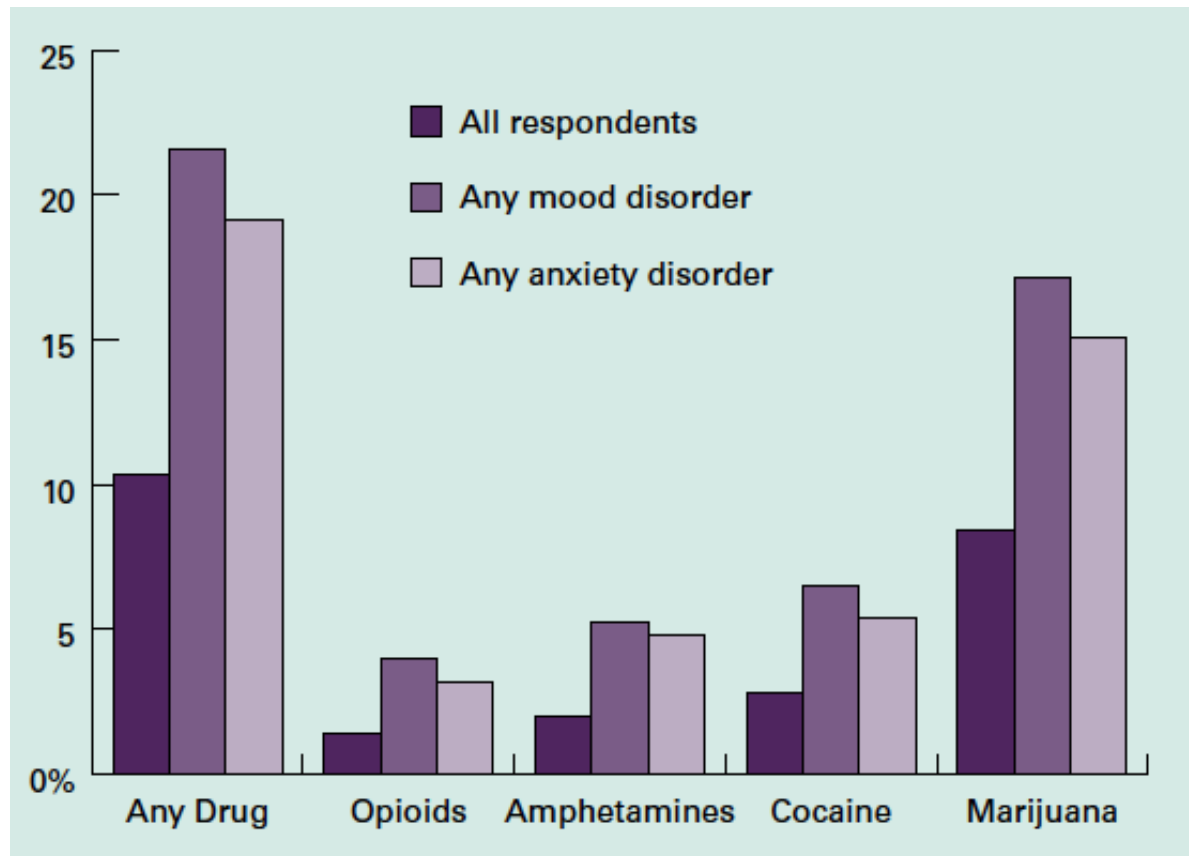
- **Modelle gemeinsamer Faktoren**
 - Genetische Faktoren
- **Modelle sekundärer Substanzstörung**
 - Selbstmedikationsmodell
 - Dysphorieverringering
 - Multiple Risikofaktoren
 - Supersensitivität
 - Iatrogene Vulnerabilität
- **Sekundäre psychiatrische Erkrankung**
- **Bidirektionale Modelle**

Psychiatr. Komorbidität und Alkohol

Robert Drake, Mary Brunette, Kim Mueser, Lindy Fox, Doug Noordsy
APA, 2004

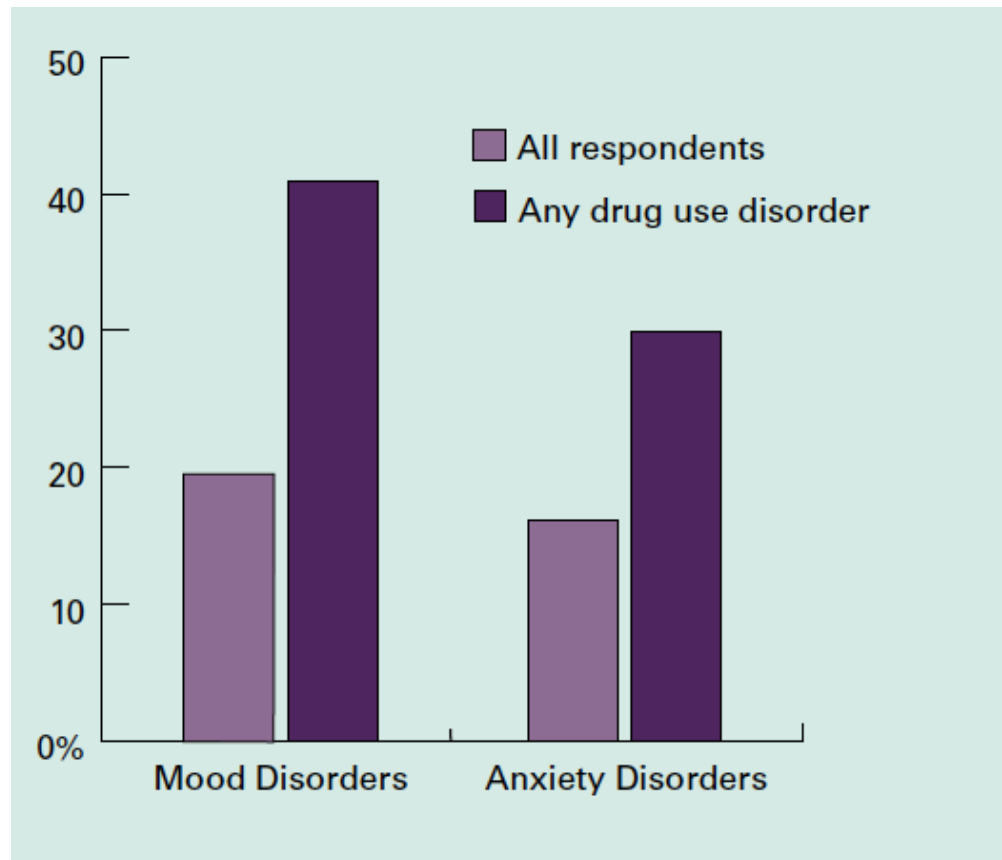


Hohe Prävalenz von SUD bei affektiven Erkrankungen und Angststörungen



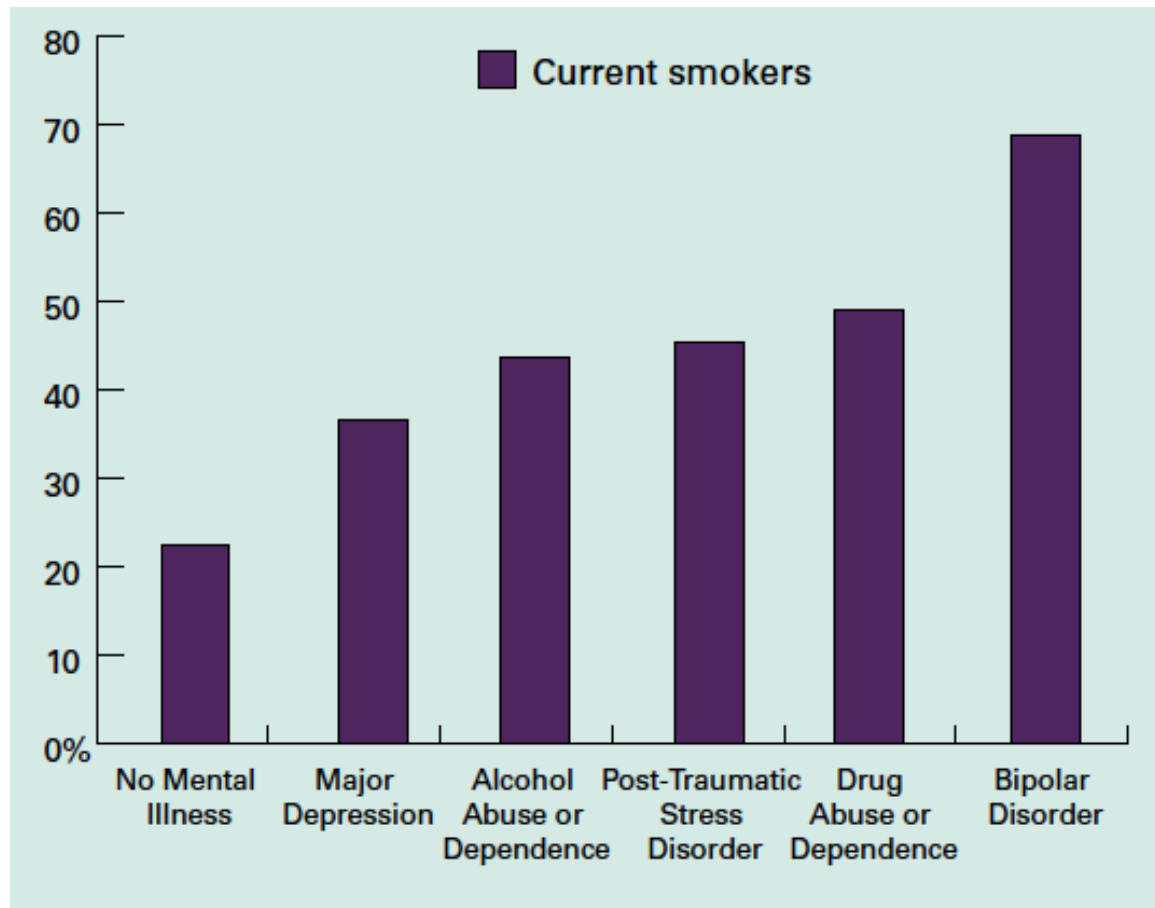
Conway et al. 2006, NESARC (National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions), National Institute of Drug Abuse NIDA

Hohe Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Pat. mit Substanzproblematik



Conway et al. 2006, NESARC (National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions), National Institute of Drug Abuse NIDA

Patienten mit psychiatrischer Problematik rauchen mehr



Quelle: US-national health survey

Psychische Störungen bei Patienten mit einer Opiatabhängigkeit (Frei & Rehm, 2002)

Autor	n	mind. 1 komorbide psych. Störung	Persönlichkeitsst.	affektive Störungen	Angstst.	Schizophrene St.
Regier et al. (1990), ECA	142	65	37	31	32	11
Mirin et al. (1991)	186	60	30	18	3	-
van Limbeek et al. (1992)	203	70	59	36	38	6
Bender et al. (1995)	223	70	46	14	5	-
Kidorf et al. (1996)	138	60	48	23	17	
Brooner et al. (1997)	716	47	35	19	8	0
Kokkevi et al. (1998)	173	79	60	42	41	3
Kuntze et al. (1998)	110	75	46	25	5	14
Magura et al. (1998)	212	-	26	54	41	0
Krausz et al. (1999)	351	66	34	32	46	5
Bohnen (2000)	226	78	46	49	19	5
Steffen et al. (2000)	77	97	68	39	5	9
AG HegeBe (2002)	85	86	58	55	26	6

Häufige Beikonsummuster

Grundkonsum	Bevorzugter Beikonsum
Alkohol	Benzodiazepine, Cannabis, Kokain
Heroin	Alkohol, Kokain, Codein, Dihydrocodein, Benzodiazepine
Methadon	Alkohol, Cannabis, Heroin, Cocain, Benzodiazepine
Kokain	Alkohol, Benzodiazepine
Cannabis	Alkohol
Amphetamine	Alkohol, Cannabis, Cocain, LSD, Designerdrogen
Designerdrogen	Alkohol, Cannabis, Cocain, LSD, Amphetamine
Benzodiazepine	Alkohol, andere Benzodiazepine

Komorbidität bei der Substitutionsbehandlung

Diagnose	Anteil an Patienten
Mind. 1 Diagnose	47-97 %
Persönlichkeitsst.	26-68 %
Affektive Erkrankung	18-54 %
Angststörung	3-49%
Schizophrenie	0-14%

Quelle: FREI & REHM, 2002. METAANALYSE VON INSG. 16 STUDIEN

Psychiatr. Komorbidität in der Methadonbehandlung

Psychiatr. Symptome	Lifetime-Prävalenz	Letzte 30 Tage
Depression	48.3	16.6
Angstproblematik	51.2	22.9
Halluzinationen	8.6	2.3
Suizidversuche	8.5	0.4
1 + Symptome	68.4	35.4

Quelle: Bail & Ross, 1991 (n=567)

Psychiatr. Komorbidität in der Methadonbehandlung

	Nur Substanzabh.	Axe I oder II	Axe I & Axe II
Kokain	10.0	7.59	2.27
Benzodiazapine	11.12	14.59	15.8
Cannabis	13.12	15.75	15.19

Epidemiologie - Zusammenfassung

Angststörung

- 45% der Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Affektive Störung

- 24-36% der Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Persönlichkeitsstörung

- 45%-90% der Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Psychotische Störung

- 15%-20% der Personen mit Abhängigkeit von illegalen Substanzen

Spielsucht

- Rund 38% der Personen mit Abhängigkeit bzw. Missbrauch von illegalen Substanzen

– Quelle: Wurst, Haemmig et al. 2009

Retention of dual diagnosis patients in Methadonprogrammen

- **Schwierigere psychiatrische Probleme führen zu niedrigen Retentionsraten** (McLeilan et al. 1983; Joe et al. 1991)
- **Aber: Patienten mit DSM-IV Axe I Komorbidität haben höhere Retentionsraten (50%) im Vergleich zu Pat. ohne Komorbidität (30.2%).** (Maremmani et al. 2008; n=129)

PTSD- Epidemiologie

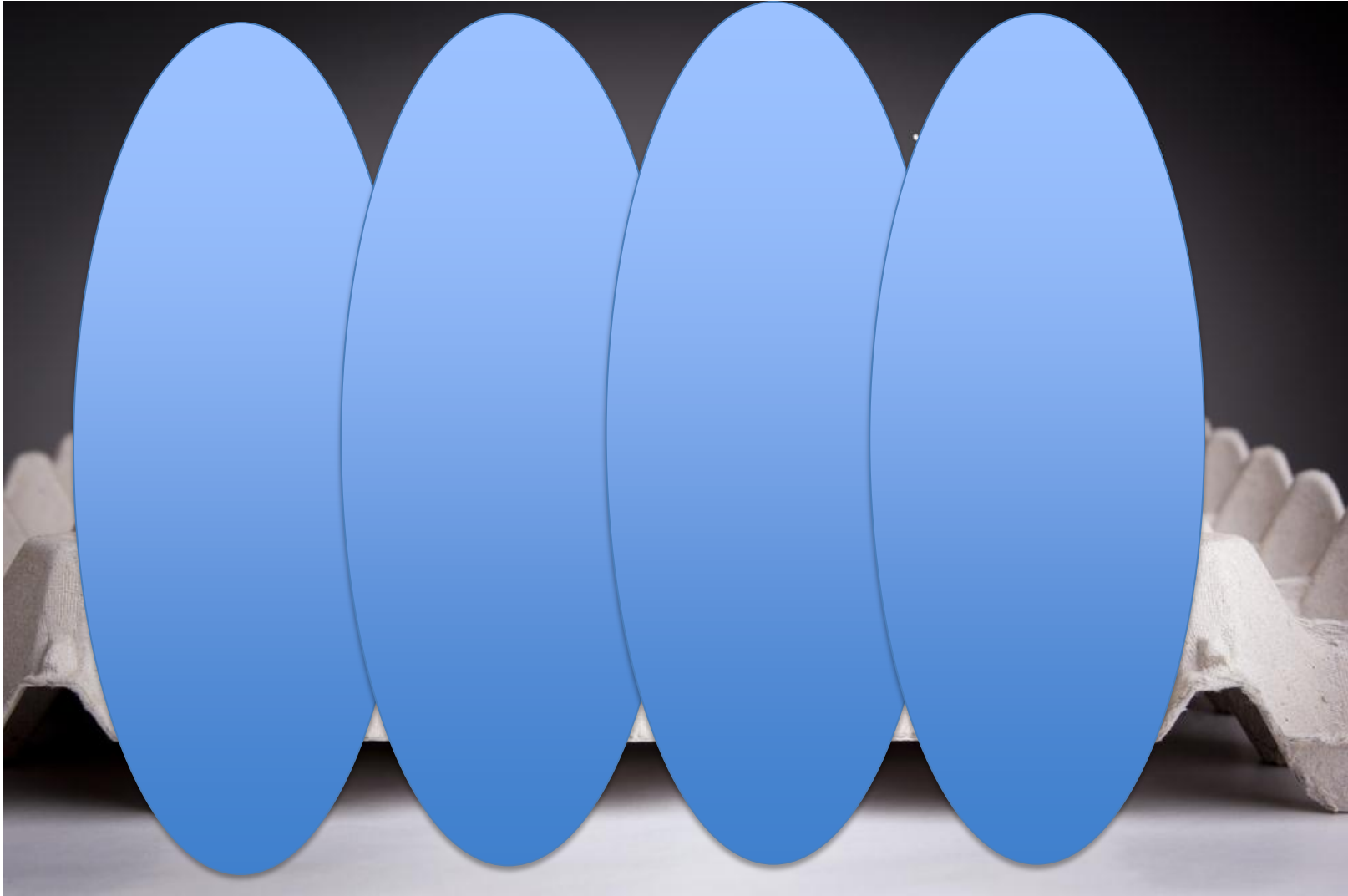
- **PTSD bei Soldaten** : 75% SUD
- **PTSD bei Nicht-Militär**: 21.6-43% SUD
- **Substanzmissbrauch** in der Allgemeinbevölkerung: 8.3% PTSD
- **Substanzmissbrauch** bei Patienten in institutioneller Behandlung: 42.5% PTSD
- **Substanzmissbrauch** bei schwangeren Frauen in stationärer Behandlung: 62% PTSD

... mais encore ...

Seulement ≈60 % des femmes qui ont été victimes d'abus sexuel pendant l'enfance se rappellent de ces faits à l'âge adulte – quand bien même ces abus ont été documentés par des rapports de police ou par des tribunaux!

Diagnosestellung





Einige nützliche Fragen bei der Diagnostik

Wann ?

Wie häufig ?

Wieviel ?

Wie lange schon ?

Was ?

Welchen Effekt
hat die Substanz
?



Vorherige Entzüge
oder Behandlungen
?

Entzug bei
Absetzen ?

Wie geht es Ihnen
nach dem
Konsum ?

Diagnosestellung

- **Die Diagnostik einer komorbiden Störung bedarf einer ausführlichen Anamnese**
 - **Substanzanamnese (welche Substanz seit wann, warum, mit welchem Effekt- Substanztimeline)**
 - **Verlaufsbeobachtung**
 - **Psychiatrische Anamnese**
 - **Familienanamnese**
 - **Erhebung der persönlichen Lebensgeschichte, etwa in Form einer Timeline**
 - **Ressourcenanalyse**
 - **Coping-Strategien**
 - **Persönlichkeit**

Labordiagnostik

- Urinscreening
- Labordiagnostik
 - V.a.
 - Blutbild
 - Transaminasen inkl. CDT
- Haaranalyse

Screening-Fragebögen (Beispiele)

- **Depression:**
 - Hamilton, Beck-Depressionsinventar
- **Angststörungen:**
 - STAI, State- Trait- Angstinventar (Laux et al, 1981)
- **Persönlichkeitsstörungen**
 - **SKID-I und SKID-II, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und Achse II**
(Wittchen et al, 1997)

Screening-Fragebögen zur Sucht (Beispiele)

- **Alkohol**
 - **MALT**, Münchner Alkoholismus Test (Feuerlein et al, 1979)
 - **AUDIT** (Babor et al. 1993, Babor et al. 2001)
- **Sucht allgemein**
 - **Rapid-Addiction-Profile** (Besson, 2007)

Behandlungsstrategien

- **Wenig spezifische Studien zur Behandlung komorbider Störungen**
- **Konsum oftmals Ausschlusskriterium für Studien**
- **Oftmals kleine Stichprobengrößen**
- **Wenig kontrollierte Studien**
- **Studien oft wenig differenziert**

Behandlungsstrategien

- **Integrierte, multimodale Behandlung**
- **Psychotherapeutische Unterstützung**
- **Psychoedukation**
- **Psychopharmakotherapeutische Behandlung der zugrundeliegenden Störung im Sinne einer wirkungsvollen Rückfallprophyaxe**
- **Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung** hat entscheidenden Einfluss auf den Heilungsverlauf (keine Suchttherapie ohne Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung)

**Merci de votre
attention**



RFSM

ADHS und Sucht

- Prävalenz Kindesalter: **2-7%**
- Persistenz: (*Barkley, 1997; Wilens, 2006; Faraone et al., 2006*)
 - In bis zu 60% bei Erwachsenen
- Prävalenz Erwachsene (*Simon et al., 2009*): **2,5-3.5%**
- Bis 90% komorbide Störungen (*Wilens et al., 2002; Edel et al., 2003; Biederman et al., 2004; Fallgatter et al., 2009*)
- Die Diagnose erfolgt vornehmlich klinisch, ergänzt um psychometrische Verfahren
- Das Risiko bei ADHS an einer Sucht zu erkranken, ist auf den Faktor 3-4 erhöht
- Die Therapie orientiert sich an den klinischen Symptomen

Symptome des ADHS

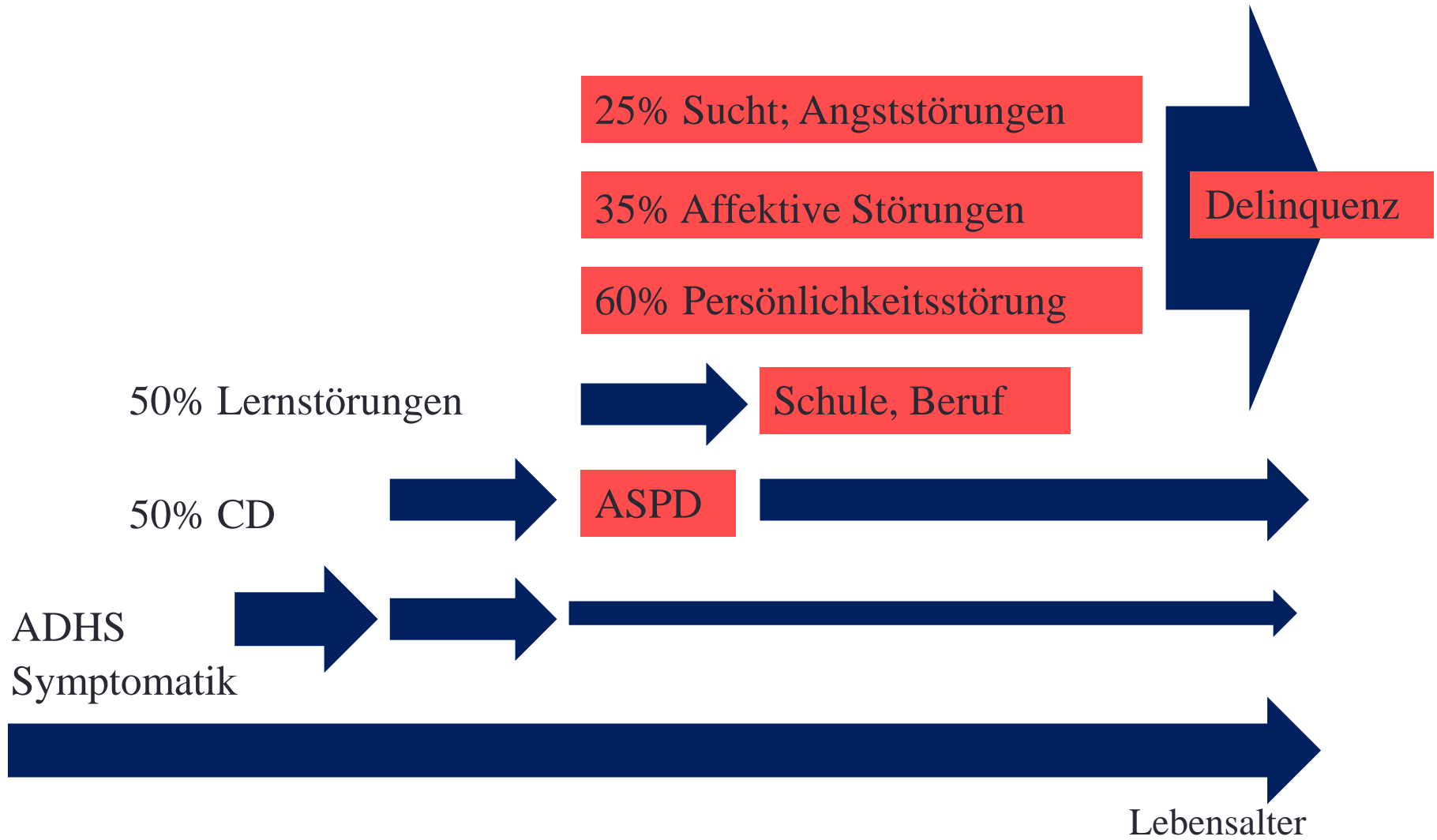
- Aufmerksamkeitsstörung (6/9)
- Hyperaktivität (6/9)
- Impulsivität
- Affektive Labilität
- Desorganisation
- **Planung, Organisation, zielorientiertes Verhalten**
- **Problemlösung**
- Symptome \leq 6./7. Lebensjahr
- Symptomatik in mindestens 2 Umgebungen
- Erhebliche Beeinträchtigungen in Schule, Beruf, Familie, soziales Umfeld
- Keine Rückführung auf andere psychiatrische Störung

Funktional

- Hohes Aktivitätsniveau
- Begeisterungsfähigkeit
- Kreativität
- Spontaneität

Barkley, 1997; Barkley, 1998; Brown, 2000; Jakob et al., 2006; Volkow et al., 2007

Verlauf des ADHS



(VanEmmerik et al., 2012)

Metaanalyse - Effekte der Stimulanzientherapie auf Schutz vor Substanzabhängigkeit



Weitere Psychopharmaka beiADHS

- **Selektive Serotonin- / Noradrenalin Wiederaufnahme Hemmung**

Venlafaxin Efexor®, Trevilor®; Depressionsbehandlung, Retardkapseln: 75-150mg

Duloxetine Cymbalta®; im unteren Dosisbereich NA-WA-Hemmung (*Ohlmeier, 2007*)

Fluoxetine SSRI; ähnelt chemisch Atomoxetin (*Schulz, 2004*)

- **Selektive Noradrenalin Re-uptake Hemmung**

Atomoxetin seit März/2005 auch für adultes ADHS zugelassen, Strattera®, 80 mg, Symptomred. ca. 50% auf 1/3 der Ausgangssymptome (*Spencer et al., 1998; Adler et al., 2005*)

Reboxetin Edronax®, 2-8 mg, Symptomred. 56% (*Colla et al., 2004*)

- **Dopamin- / Noradrenalin Re-uptake Hemmung**

Bupropion Zyban®, Wellbutrin® , 360 mg, Raucherentwöhnung, Symptomreduktion bei ca. 75% (*Wender et al., 1990; Wilens et al., 2001; Levin et al., 2006*)

Schlaf- und Beruhigungsmittel

„2013 war bei **14.6% der Klientinnen und Klienten**, die in eine stationäre, auf Alkoholprobleme spezialisierte Institution aufgenommen wurden, **Benzodiazepine** und Barbiturate das Haupt- oder Nebenproblem.

Der Anteil war höher als in den vergangenen Jahren.“

Quelle: Sucht Schweiz, 2014

Schlafhygiene

Die 10 Regeln der Schlafhygiene

1. Körperliche Aktivität	z.B. Abendspaziergang fördert Müdigkeit, Regelmässigkeit vor Spitzenleistungen
2. Mahlzeiten	abends nur leichte Kost
3. Warm/kalt duschen	Training des vegetativen Nervensystems
4. Verzicht auf Stimulanzien (Kaffee, Tee u. a.) und Alkohol	ein- und durchschlafstörende Genussmittel
5. Schlafumgebung	wohliges Bett, Dunkelheit, Ruhe
6. Schlafzeit knapp bemessen	keine Mittagsschläfchen, Erhöhung des Schlafdrucks, Förderung der Schlafeffizienz
7. Regelmässigkeit	gleichmässiger Schlaf-Wach-Rhythmus, Einschlafritual
8. Lieber aufstehen und sich wach entspannen als sich stundenlang im Bett wälzen	Bett nicht zum Kampfplatz machen
9. Paradoxie: «Ich will gar nicht einschlafen.»	Durchbrechen des Terrors der Erwartungshaltung
10. Cave! Schlafmittel	Programmierung von Schlafstörungen

Schlafstörungen und psychiatrische Komorbidität

Störungsbild	Störung der Schlafkontinuität	Tiefschlafreduktion	REM-Schlaf-Enthemmung	Hypersomnie
Affektive Erkrankungen	+++	++	++	+
Angsterkrankungen	+	∅	∅	∅
Alkoholabhängigkeit	++	+++	+	∅
Borderline-Persönlichkeitsstörungen	+	∅	+	∅
Demenzen	+++	+++	∅	+
Essstörungen	+	∅	∅	∅
Schizophrenien	+++	+++	+	+

+++ fast bei allen Patienten vorhanden

++ bei ca. 50% aller Patienten vorhanden

+ bei ca. 50% aller Patienten vorhanden

∅ bisher nicht berichtet

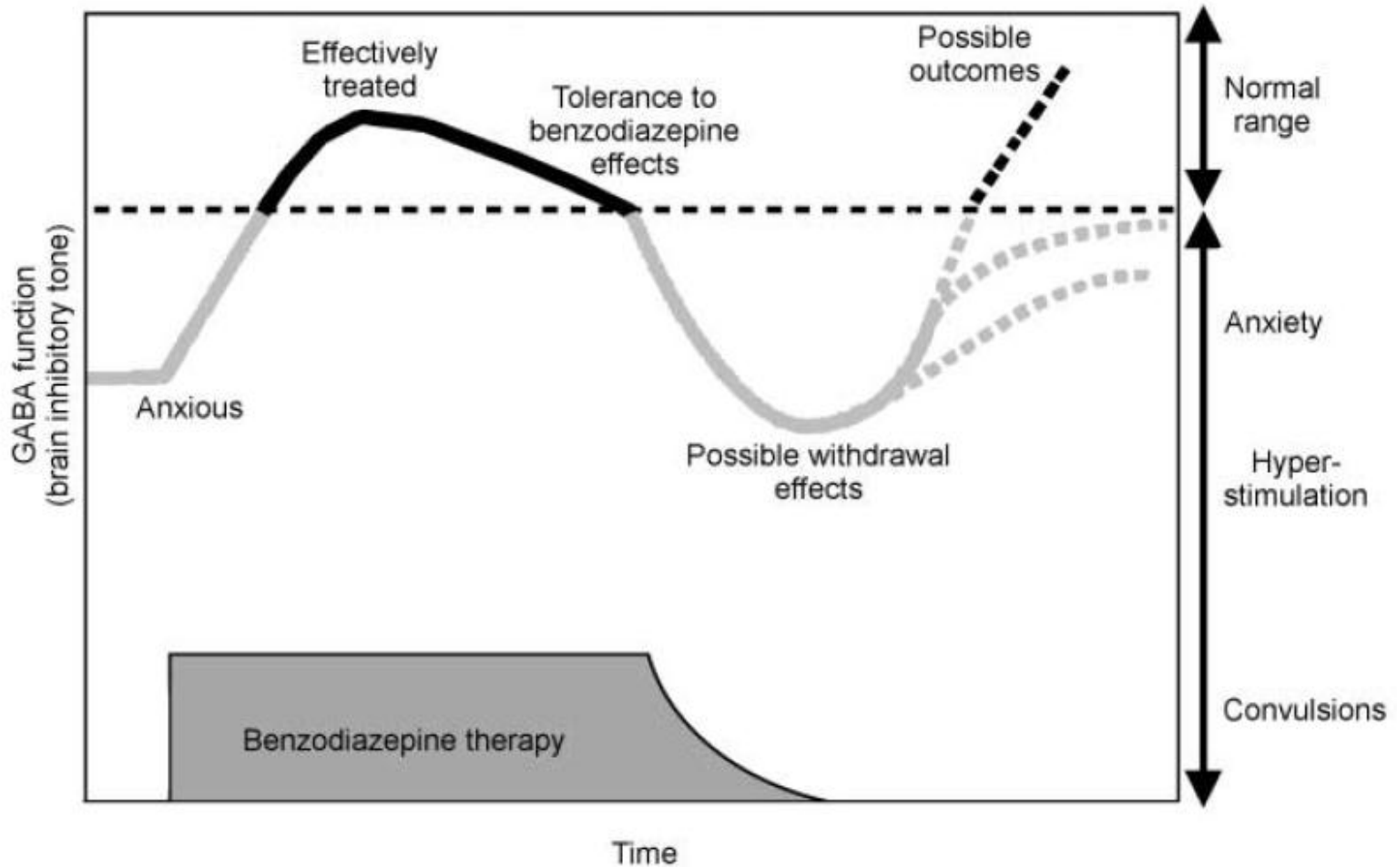
Benca et al., 1992; Riemann, 2010

Wirkung von Antidepressiva auf den Schlaf

Antidepressivum	Schlafkontinuität	Tiefschlaf	REM-Schlaf	Bemerkungen
Trizyklika, Trimipramin	↑ bis ↓	↔ bis ↑	↓ bis ↓↓↓	verstärken PLMS verschlimmern OSAS
SSRI, SNRI	↑ bis ↓	↔	↓↓	verstärken PLMS verschlimmern OSAS
Bupropion	↓	↔ bis ↓	↔ bis ↑	vigilanzsteigernd
Trazodon	↑	↔ bis ↑	↓	sehr sedierend
Mirtazapin	↑	↑	↔	Sedierung in niedriger Dosis
Agomelatin	↑	↑	↔	keine Sedierung
Hypericum	↔	↑	↔	keine Sedierung

REM: Rapid Eye Movement; PLMS: Periodic Limb Movement Syndrome; OSAS: Obstructive Sleep Apnea Syndrome

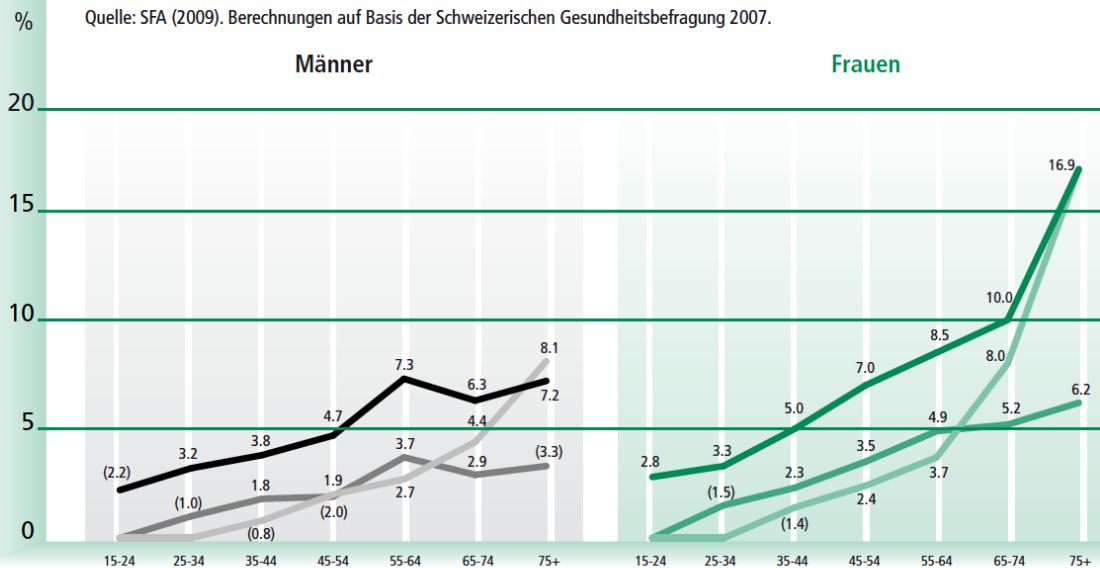
Zus. Gest. von Holsboer, 2013



Schlafstörungen und Sucht

Täglicher Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln während der 7 letzten Tage bei Männern und Frauen, nach Alter (2007)

SUCHT | INFO | SCHWEIZ



*(keine Angabe -: Wert entspricht weniger als 10 Personen / in Klammern: Wert entspricht zwischen 10 und 29 Personen)

■ Schmerzmittel (n=450 / n=793) ■ Beruhigungsmittel (n=218 / n=415) ■ Schlafmittel (n=231 / n=522)

Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln in der Schweiz

Täglicher Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln während der letzten 7 Tage, Wohnbevölkerung ab 15 Jahre (in%)											
	Männer	Frauen	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Älter als 74	Total	davon vom Arzt verschrieben
Schlafmittel	1.9	3.8	-*	[0.4]**	1.1	2.2	3.2	6.3	13.4	2.8	95.2%
Beruhigungsmittel	2.0	3.1	[0.6]**	1.2	2.0	2.7	4.3	4.2	5.1	2.6	92.5%

* Wert entspricht weniger als 10 Personen. ** Wert entspricht weniger als 30 Personen

Quelle: SFA (2009). Berechnungen auf Basis der

Melatonin

- **Relativ NW-arm**
- **Natürliches Hormon**
- Melatonin **kann einen Benzodiazepinentzug unterstützen** (Kunz et al., 2012; Baandrup et al., 2011). Wirkung evtl. über Beeinflussung des GABAergen Systems (Kumar et al., 2011)
- Melatonin **kann Schlafstörungen nach einem Alkoholentzug lindern** (Grosshans et al., 2014), da die Melatoninfreisetzung auch nach dem Alkoholentzug noch verzögert bleibt (Conroy et al. 2012)
- Melatonin **kann Schlafstörungen von alkoholabhängigen Pat. Lindern** (Brower et al., 2011, allerdings sehr kleine Fallzahl)
- Erste Studien **zeigen auch Wirksamkeit bei der Insomniebehandlung im Rahmen einer Depression** (Seinivasan et al., 2011)

Medikamentöse Behandlung des ADHS bei Suchtpatienten

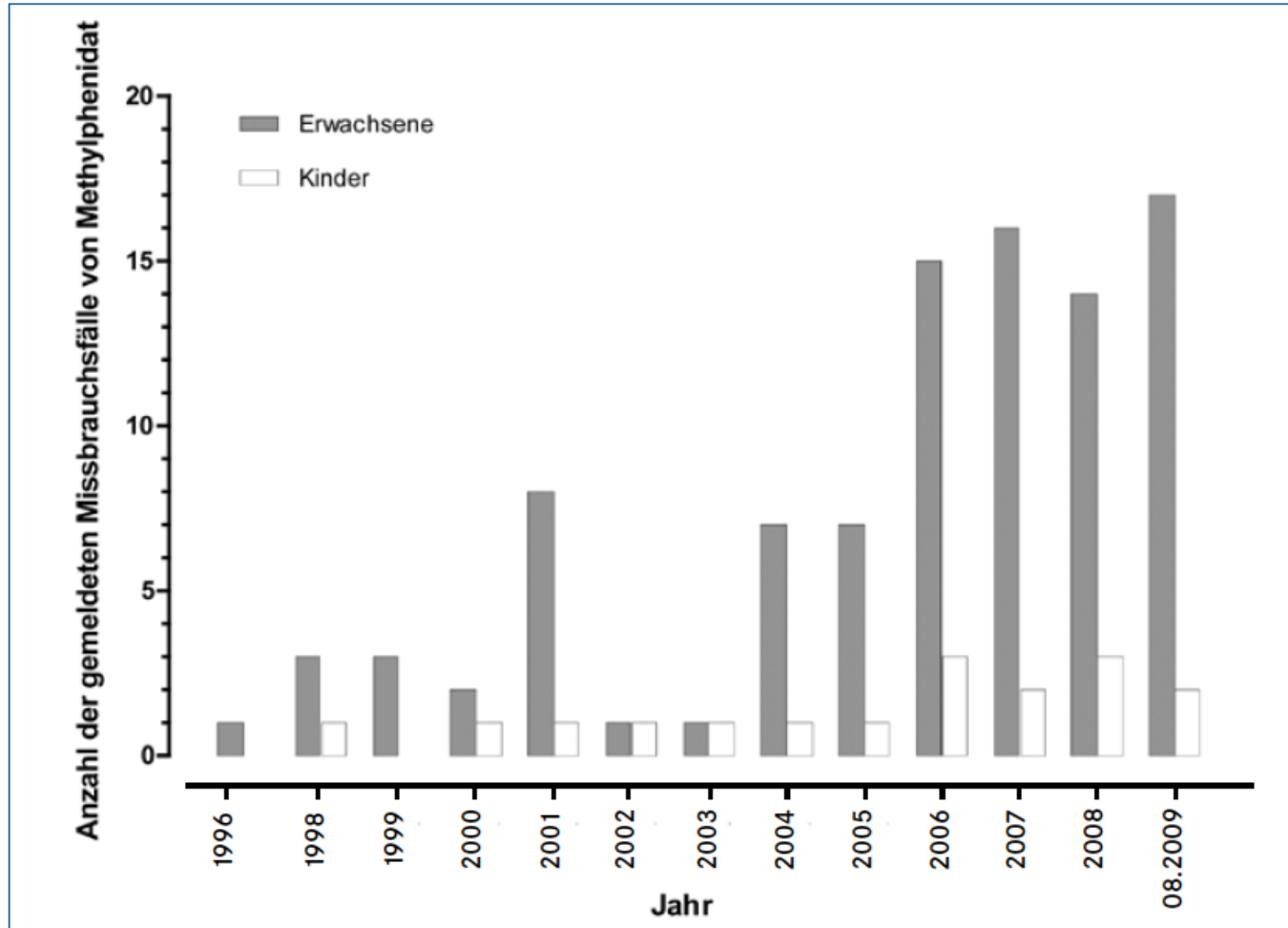
- Methylphenidat kann eine wirksame Behandlungsmöglichkeit nach sorgfältiger Anamneseerstellung darstellen
- Cave: Missbrauchsrisiko (Clemow et al., 2014), Ritalin wird auch auf der Strase verkauft

Beschreibung	Markenname
Sofort verfügbares, kurzwirksames Methylphenidat	Ritalin® 10 mg
Retardiertes Methylphenidat	Ritalin® SR [Sustained Release] 20 mg
Eine Mischung aus sofort verfügbarem und retardiertem Methylphenidat	Ritalin® LA [Long Acting] 20 mg, 30 mg, 40 mg Concerta® 18 mg, 36 mg, 54 mg

Tab. 3. Handelspräparate: Anteil an herkömmlichem, sofort verfügbarem Methylphenidat, Gipfelzeiten (t_{\max}) und ungefähre Wirkdauer.

	Ritalin®	Ritalin® SR	Ritalin® LA	Concerta®
Anteil an sofort verfügbarem Methylphenidat	100%	0%	50%	22%
t_{\max} 1	1,5 h	3,3 h	2,1 h	3,3 h
t_{\max} 2			5,6 h	6 h
Wirkdauer	3–7 h	8 h	8–9 h	10–12 h

Methylphenidat und Missbrauchsrisiko



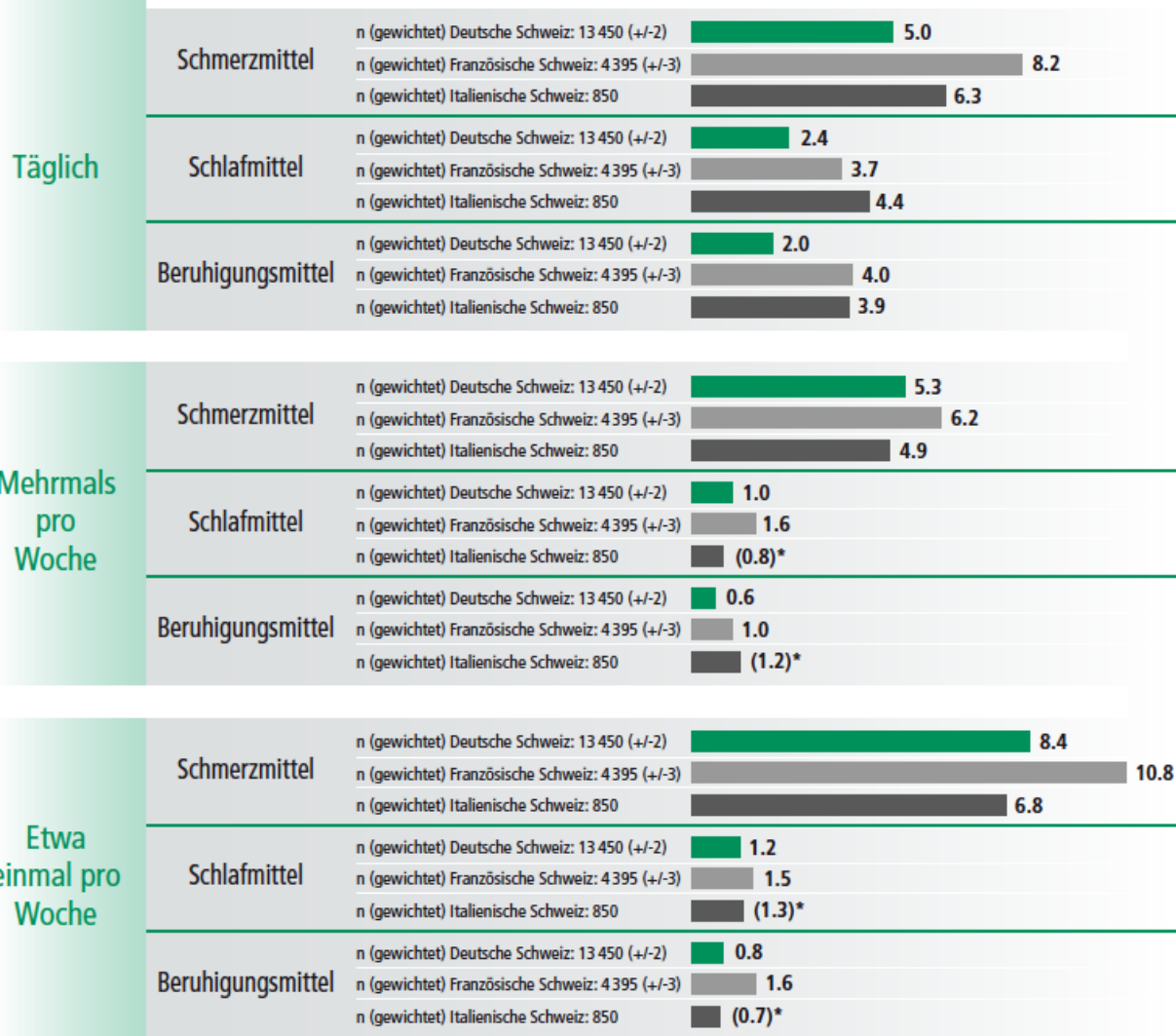
Livio et al., 2009

<http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol20/n5/pdf/45-48.pdf>

Häufigkeit des Gebrauchs von Schmerz- Schlaf- und Beruhigungsmitteln nach Sprachregion (während der 7 letzten Tage, Gesamtbevölkerung), Jahr 2007

%

Quelle: Notari, L., Delgrande Jordan M., Maffli, E. (2010). *Zusammenfassende Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 2007, 2002, 1997 und 1992 hinsichtlich des Konsums von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen*. Lausanne: Sucht Info Schweiz.



*Werte in Klammern stehen für unter 30 Personen

CAS CLINIQUE

Séquence I

Intervalle libre de qualité moyenne
Mariage

Divorce

Accouchement

1996

1997-1998

1999

2000

2000 -2003

2004 -2007

27 ans

Abus de benzodiazépines

1^{ère} hospitalisation Psychiatrie
Trouble Anxio-dépressif ?

10 séjours
TAD ? + Abus BZD

Séquence II

Intervalle libre de qualité moyenne
Mariage

2008

Appendicite

36 ans

2008

Divorce

10 séjours hôpital psychiatrique
TAD ? + Abus amphétamines/opiacés

2008

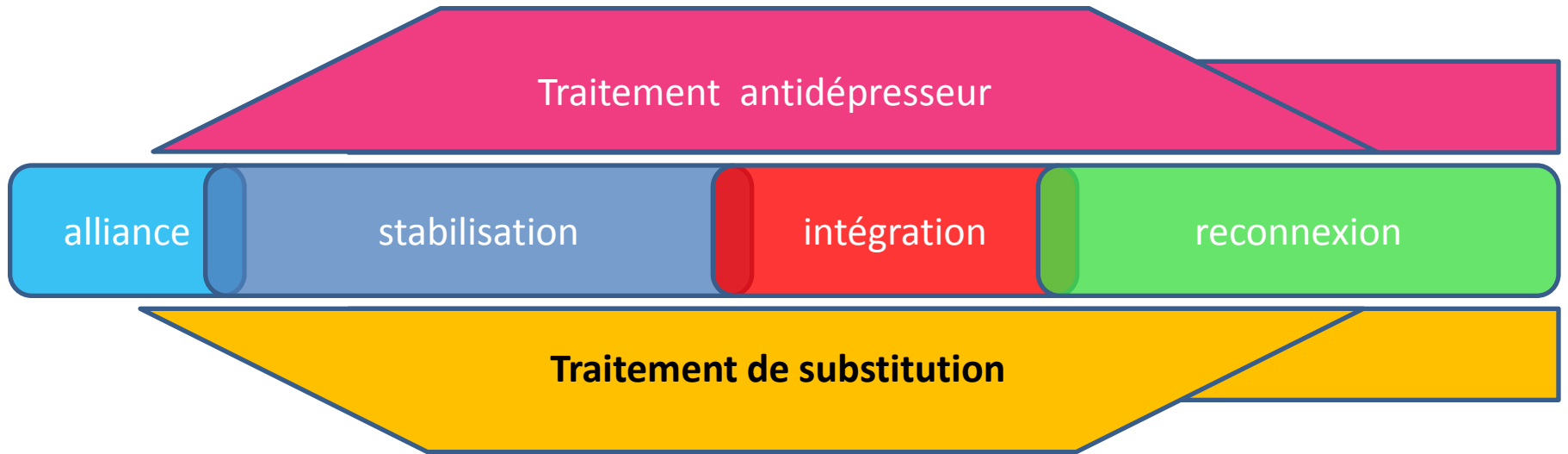
Intervalle libre de **bonne** qualité

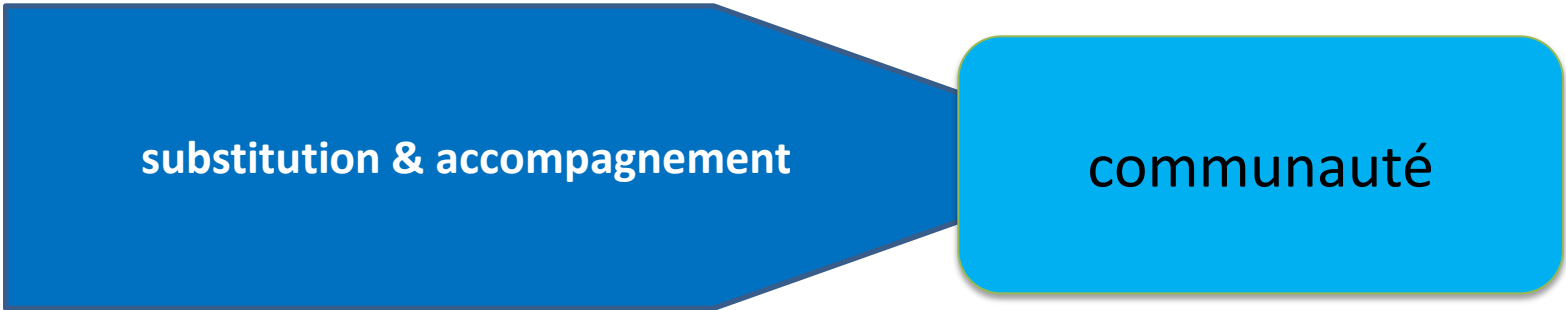
2009 -2011

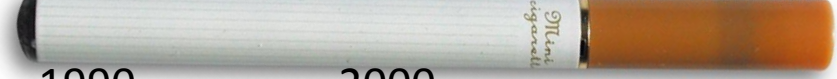
2012

Traitement intégré orienté en phases

Steele, K. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2005







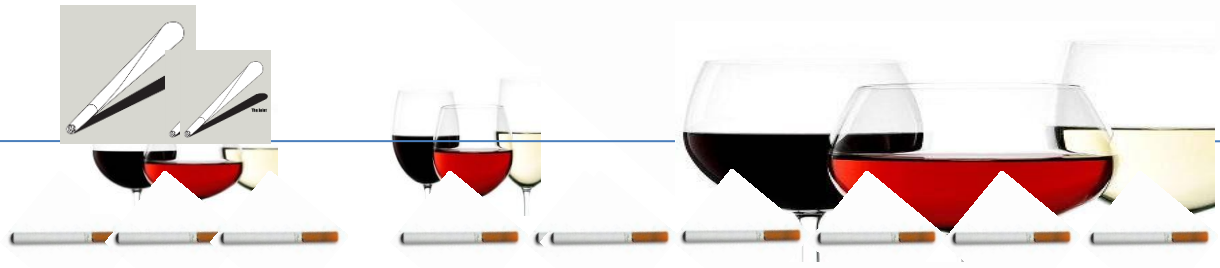
1970

1980

1990

2000

1958



1958

Schulisch Schwierig

Phobie

1958



Trennung

Scheidung

Substanzproblem Tochter

Demenz Mutter

1958

Schule

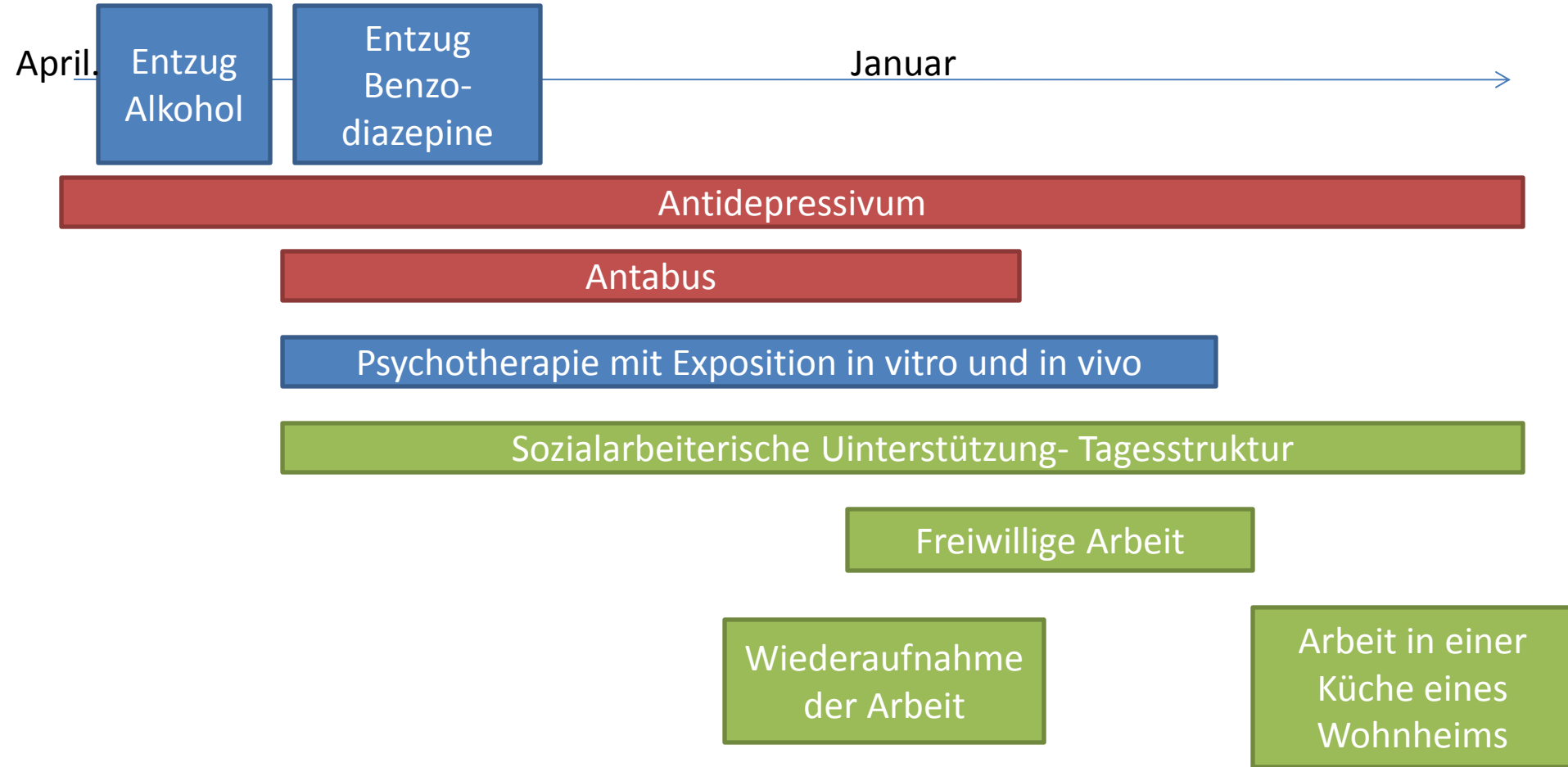
F
O
R
M

Lehre.

Sekretärin

Haushaltshilfe

Behandlung



Cas Clinique

-Patient de 54 ans hospitalisé suite à un tentamen par veinosection

-A l'admission présente des idées suicidaires tjrs présentes, une faible estime de soi, perte d'intérêt et de plaisir, tbles du sommeil, appétit préservé.

Status psych. Pat. P.

Tenue légèrement négligée. Hygiène correcte. Patient éveillé.

Conscience sans particularités. Orienté dans les quatre modes.

Rapport affectif possible. Bonne collaboration.

Aperception sans particularités, mémoire, attention et concentration diminuées.
Pensée formelle cohérente ralentie, fixé sur le suicide.

Pas d'idées délirantes. Pas de troubles des perceptions. Pas de troubles du Moi.

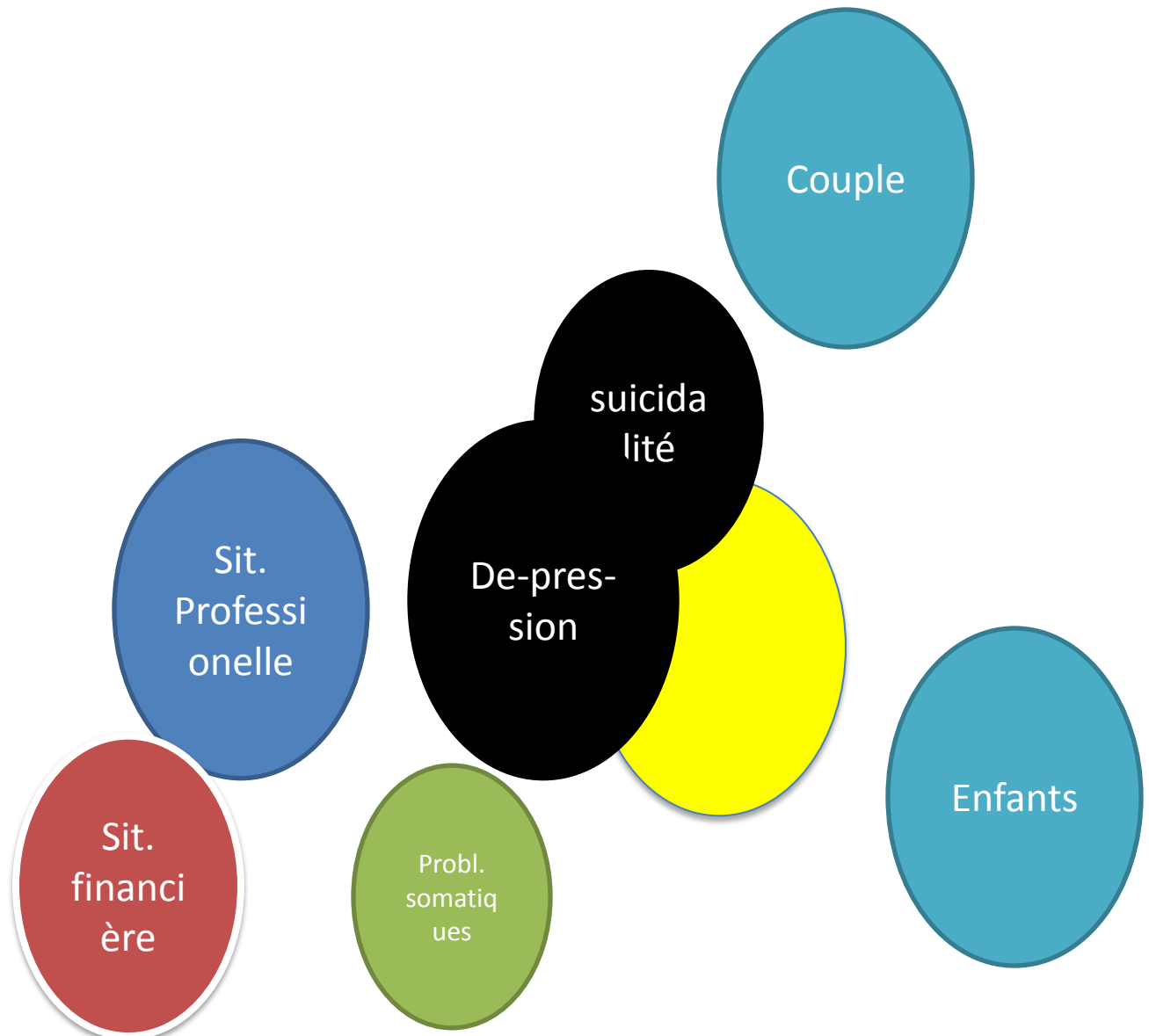
Discours pauvre, ralenti. Humeur déprimé, modulation affective réduite.

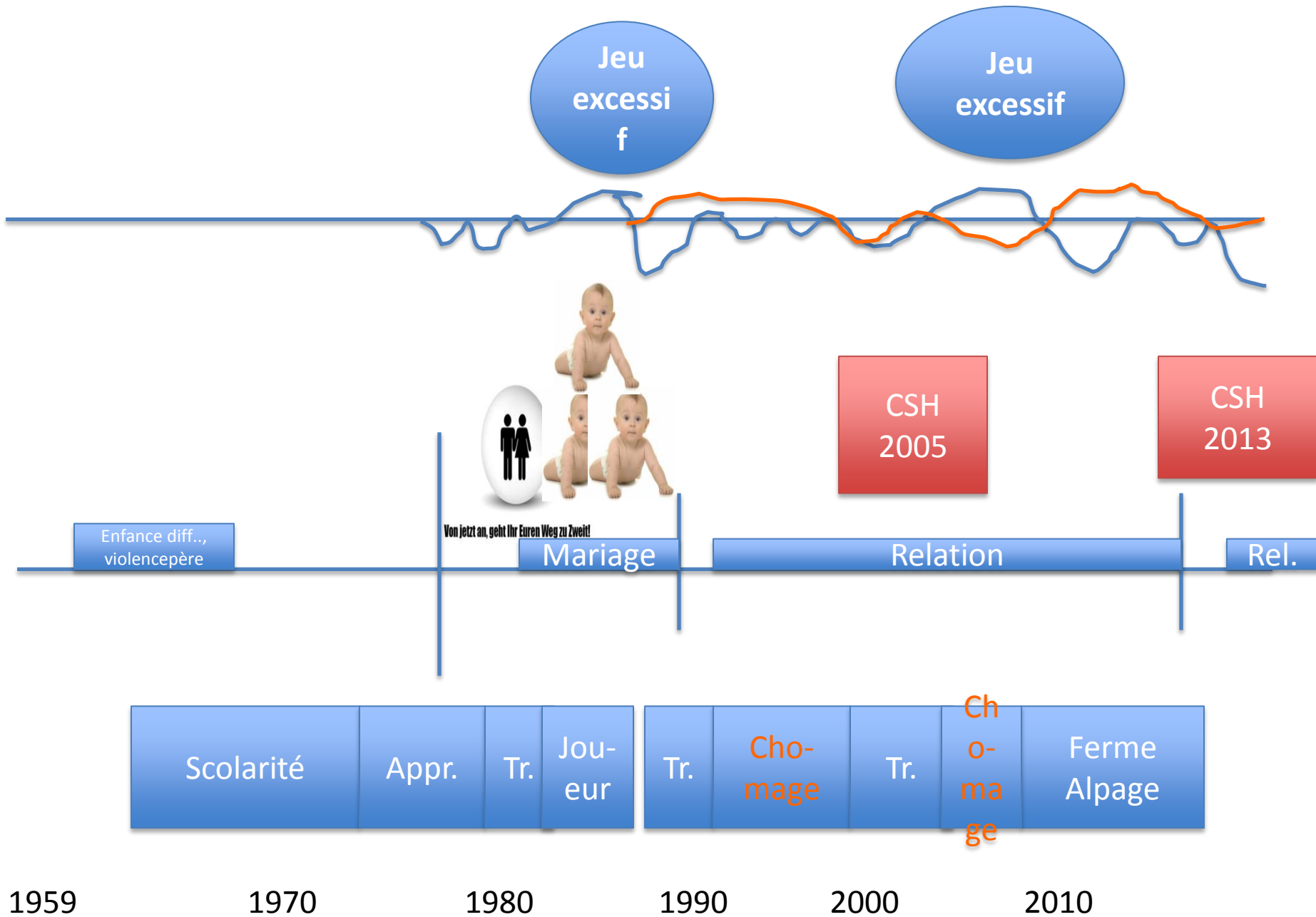
Activité psychomotrice ralentie.

Sommeil avec des troubles d'endormissement et de dormir toute la nuit.

Ruminations. Appétit préservé. Conscience de la maladie et acceptation du traitement.

Idées suicidaires évoquées avec projet de se jeter d'un pont, mais s'engage à chercher de l'aide et promet de ne pas passer à l'acte.





Antécédents

- Antécédents médicaux :
- Blocage intermittent du genou gauche sur arthrose et chondrocalcinose du genou gauche
- S/p TVP du MSD en 2000
- Tendinite le 25.11.11

- Antécédents psychiatriques:
 - Hosp. 2005 1 semaine

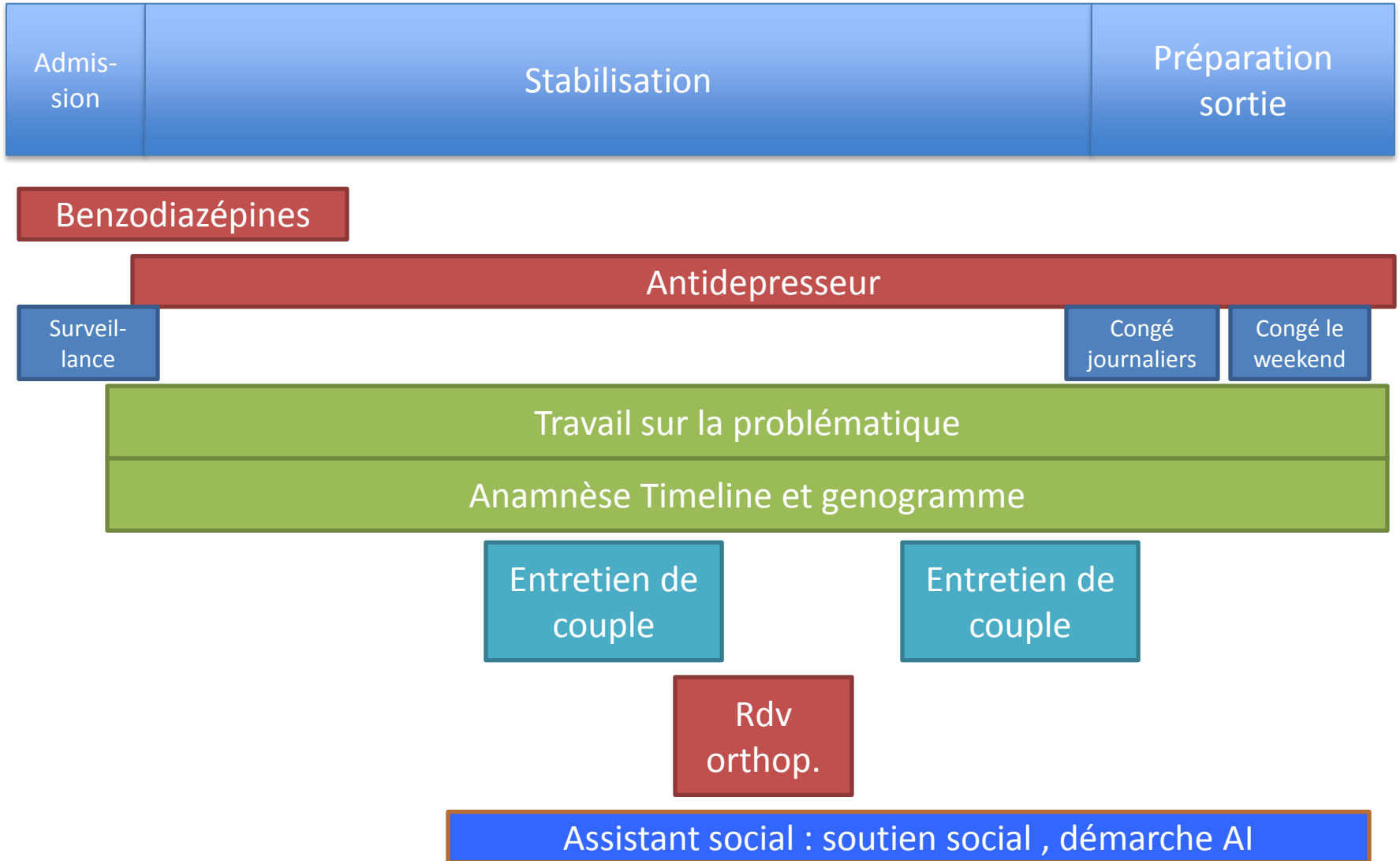
Tests psychologiques

Conclusion

Structure psychotique non-déficitaire de type affectif, marquée par des angoisses de mort et de persécution combattues par le déni maniforme. Le négativisme mélancoliforme se traduit par un perfectionnisme morbide, une auto-surveillance sévère qui équivaut à une auto-persécution et correspond à ce que le discours psychodynamique a décrit en termes de "surmoi archaïque". Parallèlement, toute remarque critique venant de l'extérieur est vécue sur un mode persécutoire comme un rejet et une confirmation extérieure de ce jugement sévère.

Le tableau peut être rapproché du "spectre" de la bipolarité au sens large, avec une dominante "dépressive". En effet, les défenses maniformes mobilisées apparaissent relativement peu efficaces pour lutter contre le mouvement mélancoliforme.

Prise en charge



Traitement médicamenteux à la sortie

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX A LA SORTIE

MÉDICAMENTS

Cipralex cpr pell 10 mg

POSOLOGIE

1-0-0-0

Dafalgan cpr pell 1 g

1-1-1-1

Irfen retard cpr ret 800 mg

1-0-1-0

Olfen gel 1 %

1-1-1-0

REMARQUES

Equivalent de Ecofenac lipogel

Pantozol cpr 20 mg

1-0-0-0

Quetiapin mepha cpr pell 25 mg

0-0-1-0

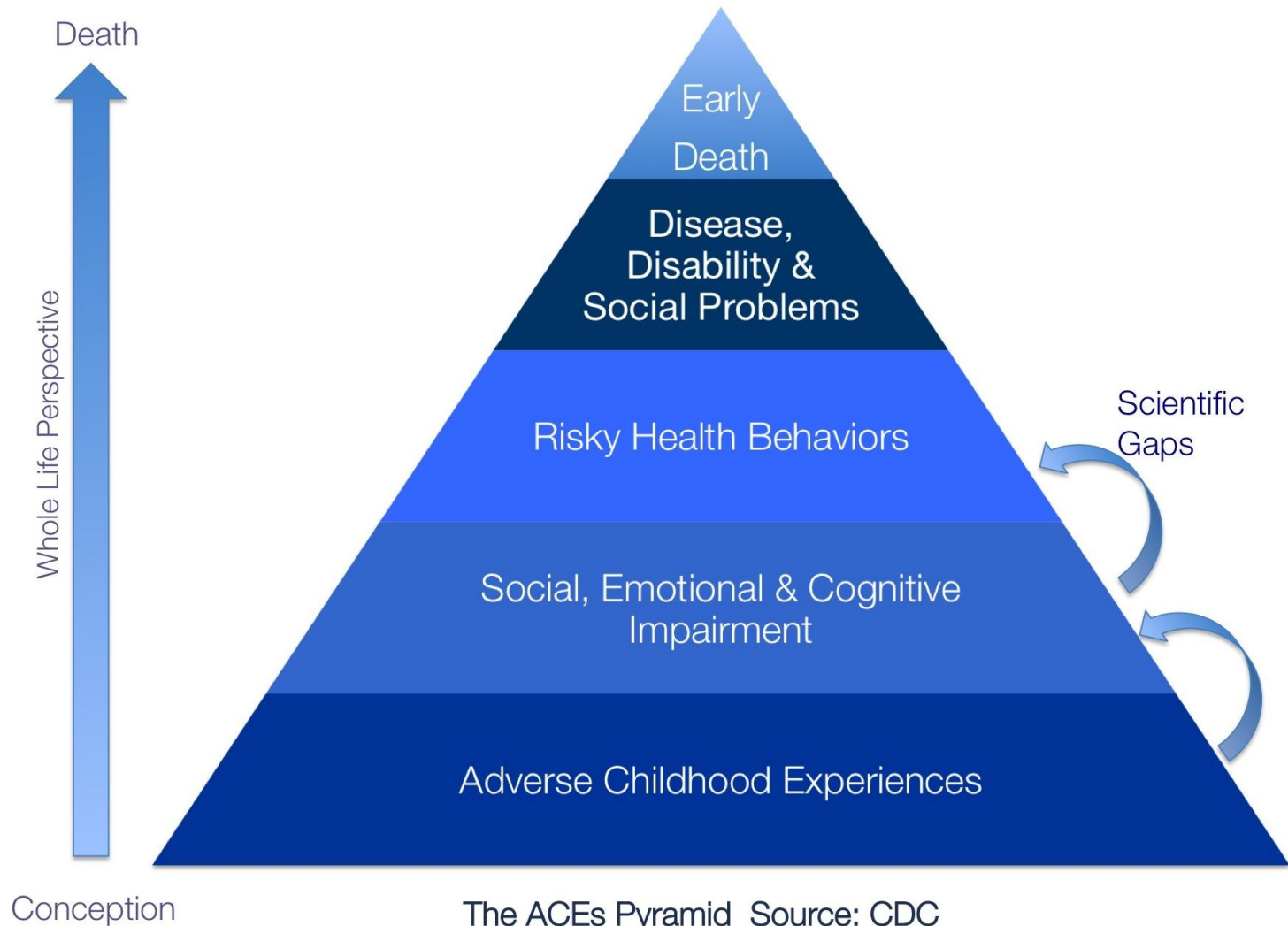
TABLE 84.2 Similarities and Differences between DSM-IV Intoxication or Withdrawal Symptoms and Symptoms of DSM-IV Mood Disorders

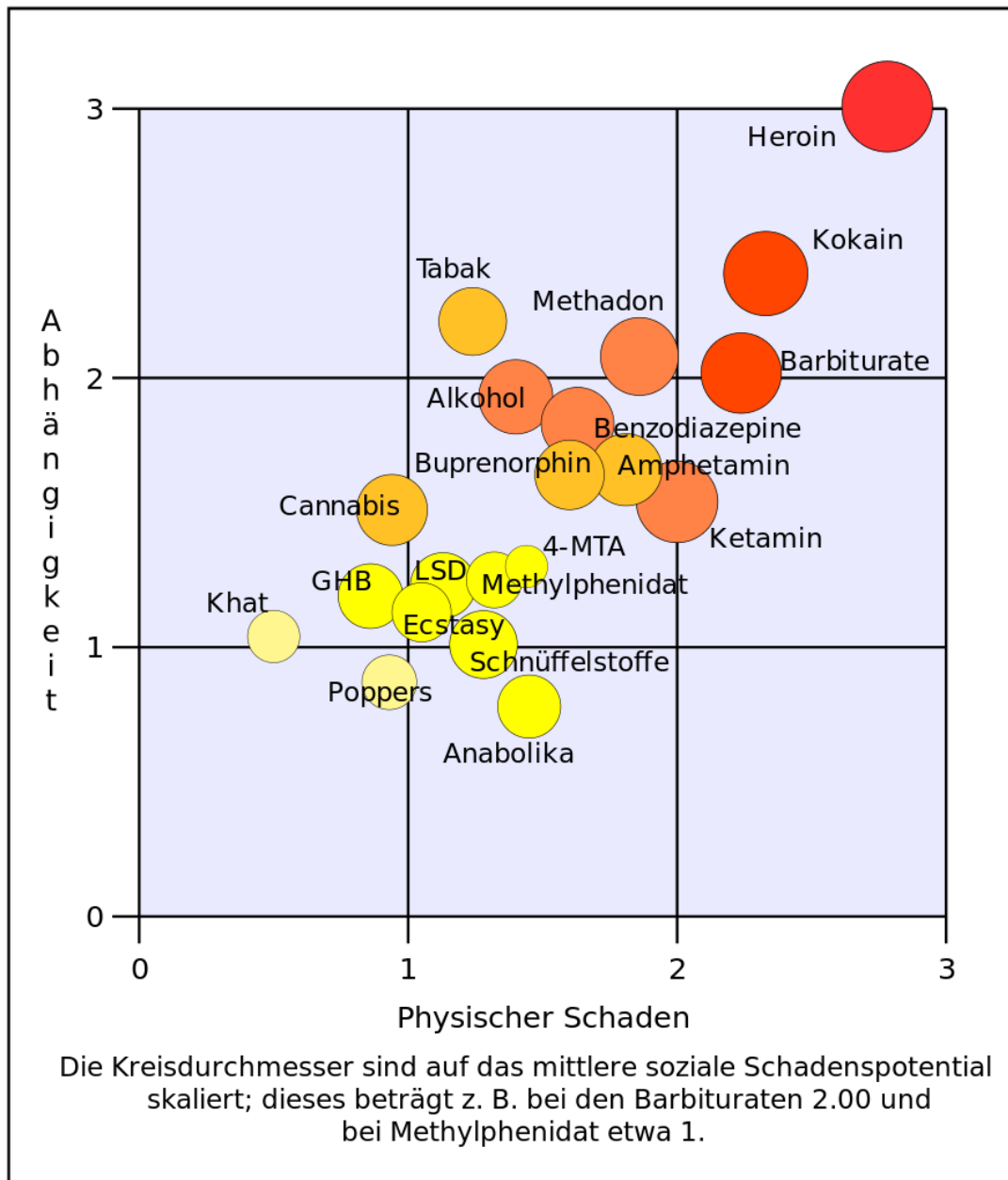
	Intoxication or withdrawal symptoms that resemble major depression or dysthymia	Intoxication or withdrawal symptoms that resemble mania or hypomania	Intoxication or withdrawal symptoms that are distinct from symptoms of mood disorder
Alcohol or sedatives	Intoxication: mood lability Withdrawal: anxiety, insomnia	Intoxication: inappropriate sexual or aggressive behavior, mood lability, impaired judgment, impaired functioning, impaired attention Withdrawal: insomnia, agitation, auditory hallucinations	Intoxication: slurred speech, incoordination, unsteady gait, nystagmus, impaired memory, stupor, coma Withdrawal: autonomic hyperactivity (e.g., sweating, increased pulse, blood pressure, temperature), tremor, nausea/vomiting, visual or tactile hallucinations, seizures, delirium
Cocaine or amphetamines	Intoxication: anxiety, anger, psychomotor agitation or retardation, weight loss Withdrawal: dysphoria, fatigue, insomnia or hypersomnia, increased appetite, psychomotor agitation or retardation	Intoxication: euphoria, increased sociability, hypervigilance, anger, impaired judgment, impaired functioning, agitation, auditory hallucinations, paranoia Withdrawal: insomnia, agitation	Intoxication: stereotyped behaviors, vital sign abnormalities, pupillary dilation, sweating or chills, nausea or vomiting, respiratory depression, cardiac symptoms (chest pain, arrhythmias), confusion, coma, dyskinesia, dystonia, tics/toures, visual or tactile hallucinations or illusions Withdrawal: vivid unpleasant dreams
Carbids	Intoxication: social withdrawal, anxiety, increased appetite Withdrawal: depressed mood, irritability, anxiety, insomnia, decreased appetite, restlessness	Intoxication: euphoria, impaired judgment Withdrawal: irritability, anger, increased aggression, insomnia	Intoxication: impaired coordination, conjunctival injection, tachycardia Withdrawal: strange dreams, headache, shakiness, sweating, stomach upset, nausea
Quids	Intoxication: apathy, dysphoria, psychomotor retardation Withdrawal: dysphoria (irritability, anxiety), insomnia, fatigue	Intoxication: euphoria, agitation, impaired judgment or social functioning Withdrawal: irritability, insomnia	Intoxication: pupillary constriction, slurred speech, drowsiness, respiratory depression, stupor, coma (pupillary dilation and other signs of anoxia) Withdrawal: nausea, vomiting, muscle aches, lacrimation, rhinorrhea, pupillary dilation, piloerection, sweating, diarrhea, yawning, fever
Hallucinogens	Intoxication: anxiety, depression, paranoia	Intoxication: euphoria, paranoid, impaired judgment or functioning	Intoxication: ideas of reference, fear of losing one's mind, perceptual changes (depersonalization, derealization, hallucinations, synesthesia), pupillary dilation, tachycardia, sweating, palpitations, tremors, blurred vision, incoordination
PCP	Intoxication:	Intoxication: belligerence, impulsiveness, agitation, impaired judgment or functioning	Intoxication: nystagmus, tachycardia, hypertension, decreased responsiveness to pain, unsteady gait, slurred speech, muscular rigidity, seizures, coma, hyperacusis Withdrawal: bradycardia
Nicotine	Withdrawal: dysphoria, insomnia, irritability, anxiety, difficulty concentrating, restlessness, increased appetite, weight gain	Withdrawal: irritability, impaired concentration, restlessness, insomnia	

Note: The table lists DSM-IV symptoms for intoxication or withdrawal from each of the main substance classes, and shows where there is overlap with similar symptoms of DSM-IV depressive syndromes (major depression, dysthymia) in column 2, or bipolar syndromes (mania, hypomania) in column 3. Column 4 lists intoxication and withdrawal symptoms that are not consistent with mood disorder symptoms and would be helpful to distinguish substance effects from mood disorders.

Pyramide ACE-Study

Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

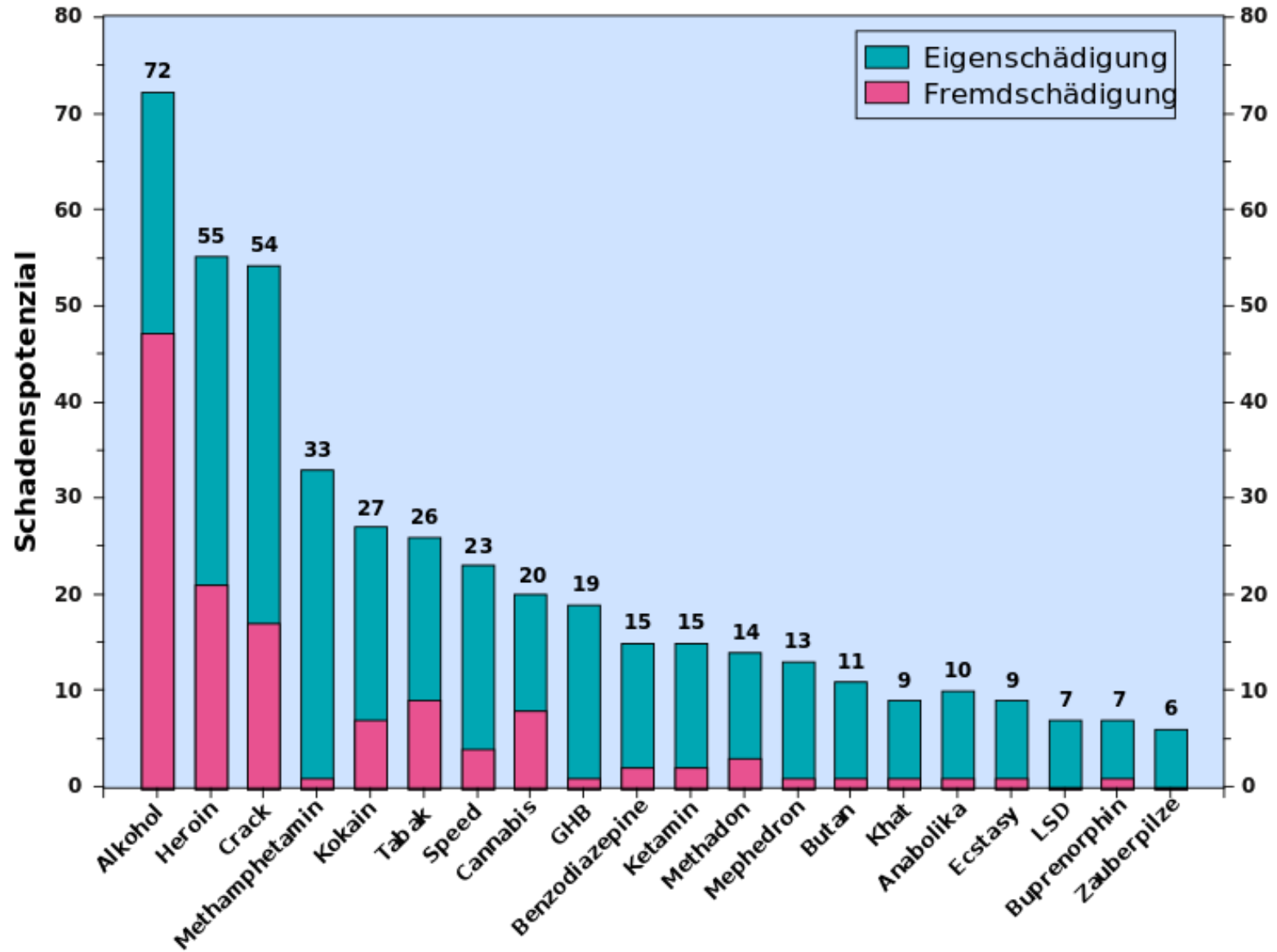




Nutt, David, Leslie A King, William Saulsbury, Colin Blakemore. "Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse" *The Lancet* 2007; 369:1047-1053.

Schadenspotenzial geläufiger Drogen

nach David Nutt, 2010



David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips (11/ 2010). "Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis". *Lancet* 376 (9752): 1558–65.