Doppeldiagnose:
Psychische Störungen und Sucht

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

Vortrag für die atf Fachtagung in der Klinik Südhang
am 22. November 2007

Priv.-Doz. Dr. phil. Franz Moggi
Leiter Klinisch Psychologischer Dienst
Dr.phil. Beate Huber
Psychologin
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie Bern
Bolligenstrasse 111
CH-3000 Bern 60

© Dr. Moggi

Inhalte

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- Häufigkeit verschiedener Komorbiditäten
  - Zeitliche Komorbiditätsmuster
- (Ätiologie: Konsequenzen für die Therapie
  - Selbstmedikation?)
- Vier Doppeldiagnosetypen
- Indikationstypen
  - Stationäre vs. ambulante Therapie
- Behandlung
  - Kernkomponenten und Grundsätze
  - Phasen der Veränderung

© Dr. Moggi

Definition Doppeldiagnose(n)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- **Doppeldiagnose = Spezialfall von Komorbidität**

  Gemeinsames Auftreten (=Komorbidität) einer psychischen Störung und einer Störung durch Substanzkonsum bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum
- **Psychische Störungen (Beispiele)**

  - Angststörungen, Depression, Schizophrenie

  - Persönlichkeitsstörungen etc.
- **Störungen durch Substanzkonsum**

  - Missbrauch oder Abhängigkeit von einer/mehreren Substanz/en

  - Alkohol, Medikamente, Cannabis, Heroin, Kokain etc.
- **Diagnosen nach ICD-10 und/oder DSM-IV**

© Dr. Moggi

Kasuistik Frau C.W.

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- ***Geschlecht:*** **weiblich;** ***Alter:*** **52 Jahre;** ***Zivilstand:*** **geschieden, ein Kind (erwachsen)**
- ***Einweisungsumstände:*** **freiwilliger Eintritt**
- ***Diagnosen: F 10.73*** **Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, aber mit aversiven Medikamenten;** ***F 60.0 Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit anankastischen und ängstlich vermeidenden Zügen; F43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion***
- ***Psychopathologischer Aufnahmebefund: Gepflegte, wache, allseits orientierte Patientin. Aufmerksamkeit und Konzentration trotz Alkoholintoxikation unauffällig. Keine formalen Denkstörungen. Kein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen. Patientin ist deprimiert und hoffnungslos. Patientin ist des Lebens müde, hat aber keine Suizidgedanken.***

© Dr. Moggi

Persönliche und Familienanamnese

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- ***Familienanamnese:Scheidung der Eltern, als Pat 3jährig***; ***Vater:kein Kontakt***; ***Stiefvater***: **eigener Bäcker- und Gastgewerbetrieb, gewalttätig, abwertend, sexuell übergriffig, ausbeuterisch;** ***Mutter: Mitarbeit im Betrieb plus 9 Kinder zu versorgen***;
- ***Persönliche Anamnese:*** **Schwangerschaft, Geburt und kindliche Entwicklung unauffällig; ständige Mitarbeit im elterlichen Betrieb. KV-Ausbildung. Mit 17 (1972) 2 Schwangerschaftsabbrüche. 1978 Kennenlernen des Ehemannes (geb.1938), Heirat 1981. 1982 Geburt des einzigen Sohnes; Engagement in christlicher Gemeinschaft mit strengen Regeln; 1992 Scheidung nach massiver Gewalt des Ehemannes. Alleinerziehend und bis 2004 erwerbstätig als Sekretätin; Kündigung wegen 180 Krankheitstagen (6 Monate Suchttherapie); kurzzeitiges betreutes Wohnen wg. sozialer Unsicherheit abgebrochen; mehrere kurzdauernde Arbeitsverhältnisse;**

© Dr. Moggi

Substanzstörung
Psychische Störung

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- ***Suchtanamnese*: Ab dem 17. L.a. regelmässiger Konsum von Wein (abends, an Feiertagen), 2004 bis zu 10 Flaschen Wein auf 3-4 Trinktage. 6 Monate Therapie in Suchtklink, nach Austritt wieder rückfällig. Konsum bei Eintritt: 2 Fl. Wein/d**
- ***SKID-Diagnostik:* Zwangshandlungen in Form von kontrollieren, zählen ordnen (pro Arbeitstag 2 Stunden Kontrollen)**
- ***HZI:* auffällige Werte für kontrollieren, zählen, ordnen**
- ***DIPS:* Kriterien einer Sozialphobie erfüllt**
- ***Liebowitz-Angstskala: Schwere Soziale Phobie, generalisiert***
- ***Wiedekehrende depressive Verstimmtheit***

© Dr. Moggi

Therapie (5 Monate stationär, 2 Monate teilstationär, regulärer Abschluss)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

- ***Medikamentöse Therapie:*** **Efexor ER 150mg, Antabus Dispergetten 400 mg (Mo Mi Fr)**
- ***Milieutherapie:*** **2 Monate Suchtstation, 3 Monate Psychotherapiestation, 2 Monate teilstationär**
- ***Psychologische Psychotherapie:*** **Kognitive-Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt kombinierte Persönlichkeitsstörung (anankastische und ängstlich-vermeidende Züge, bes. soziale Ängste), Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Substanzabhängigkeit, einschliesslich Rückfallprävention**
- ***Wohnsituation:*** **Beibehalten der eigenen Wohnung**
- ***Arbeitssituation: IV-gestützte berufliche Neuorientierung***
- ***Nachbehandlung:*** **Psychiaterin**

© Dr. Moggi

Häufigkeit von Doppeldiagnosen I (Lebenszeitprävalenz)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- **Repräsentative Bevölkerungsstichproben *(Lieb & Isensee, 2002)*:**

  33% mit Substanzstörungen weisen auch psychische Störungen auf.

- **Klinische Stichproben *(Lieb & Isensee, 2002)*:**

  50% mit Substanzstörungen weisen auch psychische Störungen auf.

→ **Komorbidität ist keine Ausnahme in der Therapie**

Häufigkeit von Doppeldiagnosen II
(Moggi & Donati, 2004)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

Substanzstörung	Alkoholmiss-brauch		Alkohol-abhängigkeit		Drogenmiss-brauch		Drogen-abhängigkeit		Irgendeine Substanzstörung	
Psychische Störung	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
Schizophrenie										
ECA	9.7	1.9	24.0	3.8*	14.6	6.9*	12.9	4.2*	47.0	4.6*
Affektive Störungen										
Major Depression										
ECA	5.0	0.9	11.6	1.6	7.3	3.3*	10.7	3.7*	27.2	1.9*
NCS	9.1	1.0	26.4	2.7*	6.6	1.7*	15.4	2.8*	41.4	2.3*
Dysthymie										
ECA	4.8	0.8	18.9	3.9*	8.1	3.6	10.8	3.6*	31.4	2.4*
NCS	8.6	0.9	28.7	1.0	5.8	1.3	16.7	2.5	40.0	1.9
Angststörungen										
ECA	5.8	1.0	12.2	1.8*	5.0	2.3*	6.9	2.4*	23.7	1.7*
NCS	40.9	2.1*	44.9	2.2*	47.6	2.5*	55.4	3.3*	-	-
Antisoziale Pers'störung										
ECA	22.1	5.4*	51.5	14.7*	11.2	5.2*	30.8	15.6*	83.6	29.6*
NCS	25.7	8.8*	37.1	9.9*	33.8	8.3*	43.9	9.8*	-	-

© Dr. Moggi

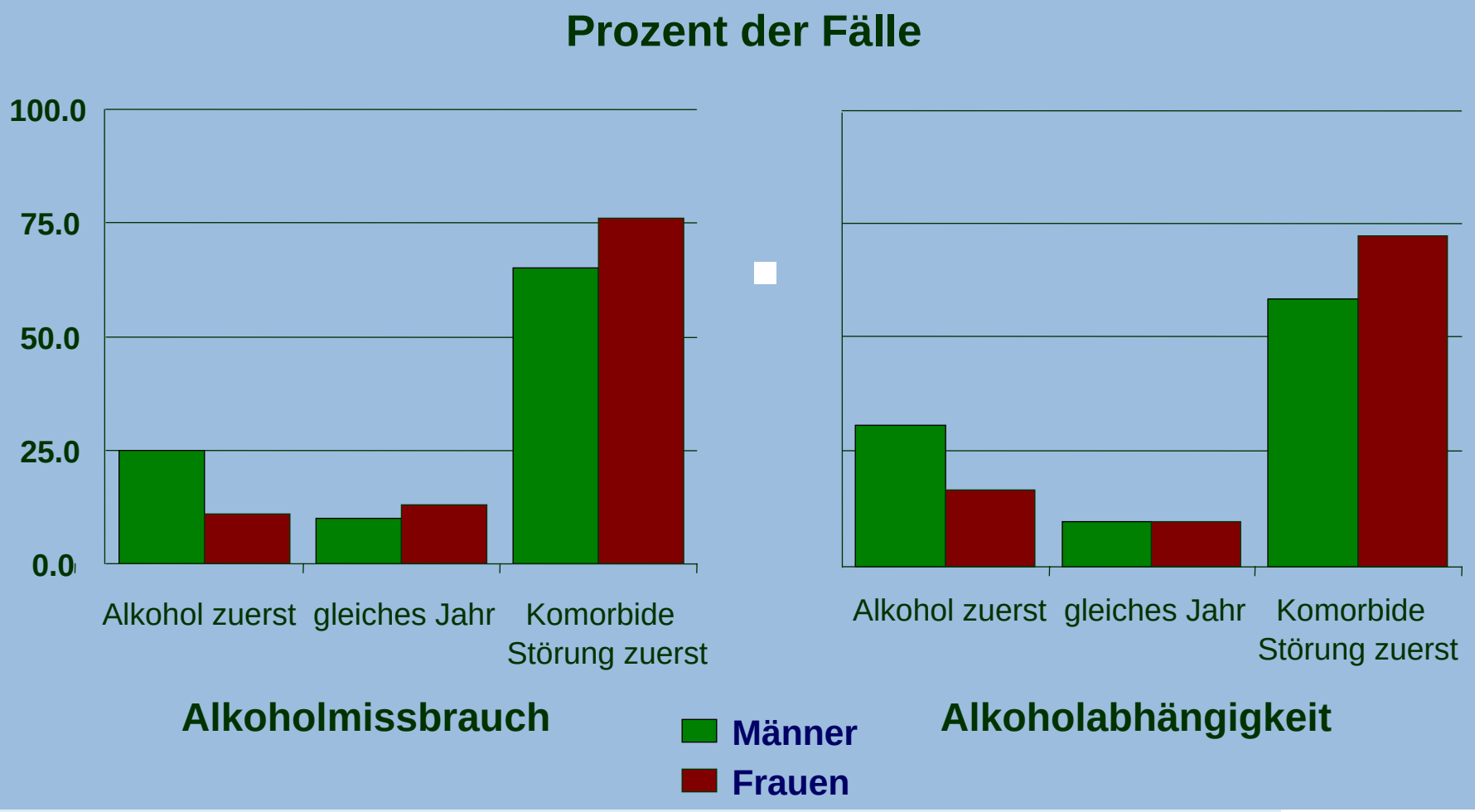
*$p < .05$

Zeitliche Komorbiditätsmuster I: Psychische Störungen und Alkohol

(Lieb & Isensee, 2002)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

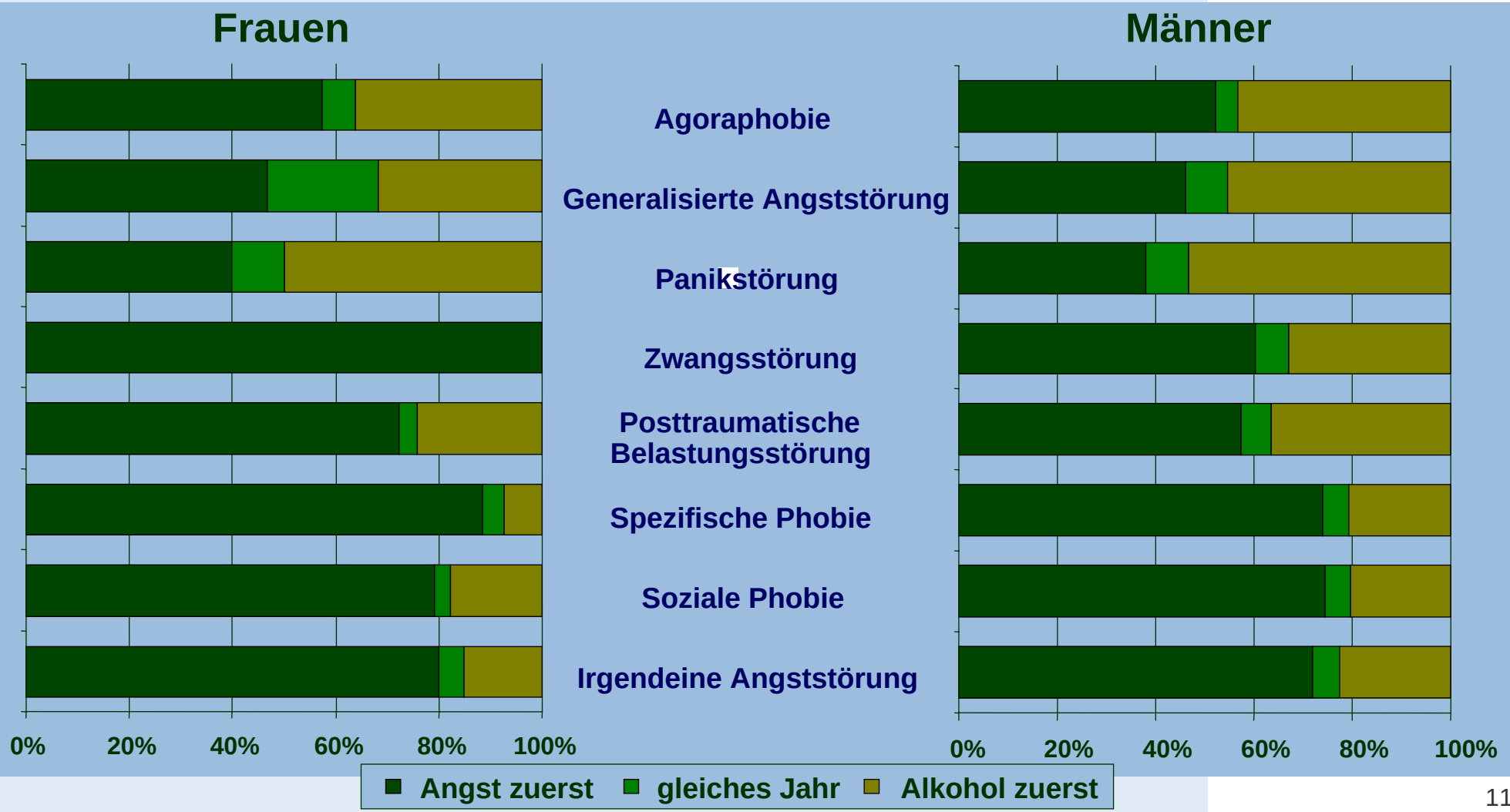


Zeitliche Komorbiditätsmuster II: Angststörungen und Alkohol

(Lieb & Isensee, 2002)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

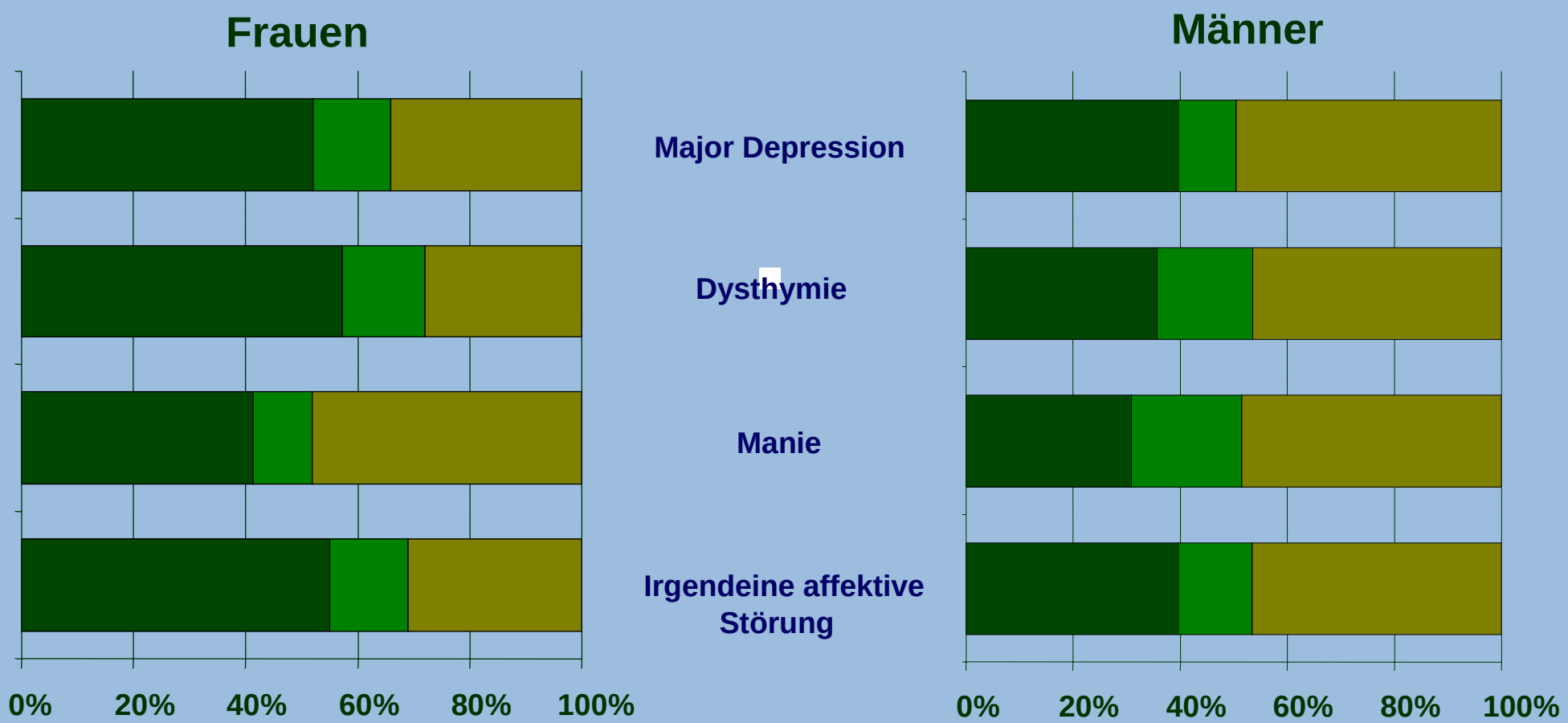


Zeitliche Komorbiditätsmuster III: Affektive Störungen und Alkohol

(Lieb & Isensee, 2002)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie



© Dr. Moggi

Kasuistik Frau T.G.

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- ***Geschlecht:*** **weiblich;** ***Alter:*** **34 Jahre;** ***Zivilstand:*** **geschieden**
- ***Einweisungsumstände:ärztliche Zuweisung auf freiwilliger Basis nach Selbstverletzung in alkoholisiertem Zustand***
- ***Diagnosen: F 60.31 Borderline Persönlichkeitsstörung*****;** ***F 10.21 und F 13.21 Alkohol- und Schlafmittelabhängigkeit, abstinent in beschützender Umgebung*** **. Diverse** ***somatische Diagnosen.***
- ***Psychopathologischer Aufnahmebefund: Patientin ist wach, müde (2,5mg Temesta). Altersentsprechendes Aussehen. Allseits orientiert. Konzentration und Gedächtnis grob kursorisch unauffällig. Formal grübelnd, eingeengt, verlangsamt. Keine AP für Wahn. Keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen. Grundstimmung traurig. Rapport herstellbar. Ratlos, traurig; innerlich unruhig. Schuld- und Insuffizienzgefühle. Distanziert sich von Suzidalität.***

© Dr. Moggi

Persönliche und Familienanamnese

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- ***Familienanamnese: Vater:*** **Polyarthritis, verstirbt 2005;** ***Mutter: Alkohol- und Betäubungsmittelabhängigkeit, verstirbt 1982 an Krebs*****; Suizid der Grossmutter mütterlicherseits; Mutter und Schwester depressiv**
- ***Persönliche Anamnese:*** **Schwangerschaft und Geburt unauffällig;**
- **mehrjähriger sexueller Missbrauch durch Grossvater im Kindesalter;**
- **seit jeher Stimmungsschwankungen mit innerer Leere, Spannungszuständen mit Angst und Wut bis hin zu Panikattacken; Selbstverletzungen seit dem Alter von 13 J.**
- **Ausbildung im Pflegebereich wg. Latexallergie abgebrochen. Arbeit in Fabriken, Lebensmittelgeschäften und als Telefonistin.**
- **1990 Ehemann kennengelernt, gemeinsame Wohnung, Heirat 1996.**
- **Blasenmole 2000, mit Ängsten belastete Schwangerschaft 2001. 2001 Geburt des Sohnes, Wochenbettdepression.**
- **2003 Aufenthalt im KIZ nach Suizidversuch mit Tabletten und Drohung mit erweitertem Suizid.**
- **2005 Tod des Vaters, Eskalation des Alkoholkonsums, Trennung vom Ehepartner, stationärer Benzodiazepine-Entzug, ständige Selbstverletzungen durch Schneiden**
- **Bei Eintrtitt Konsum von bis zu 1 Fl. Whiskey täglich seit 6 Mo; Schuldgefühle, Wertlosigkeitsgefühle**

© Dr. Moggi

Psychische Störung

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- ***SKID-Diagnostik:*** **Borderline-Persönlichkeitsstörung DSM-IV 301.83**

Substanzstörung

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

> **Alkohol- und Schlafmittelabhängigkeit, abstinent in beschützender Umgebung, ICD-10 F 10.21 und ICD-10 F 13.21**

Therapie (4 Monate stationär, 1 Monat teilstationär)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- ***Medikamentöse Therapie:*** **Lamictal, Sinquan, Trittico**
- ***Milieutherapie:*** **2 Monate Suchtstation, 2 Monate Psychotherapiestation, 1 Monat teilstationär**
- ***Psychologische Psychotherapie:*** **Kognitive-Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit**
- **Gespräche mit Ehemann und Schwiegereltern, die Sohn betreuten**
- ***Wohnsituation:*** **eigene Wohnung**
- ***Arbeitssituation:*** **Arbeitssituation klären (letzte Arbeitsstelle gekündet)**
- ***Nachsorge*****: Teilnahme an Skills-Gruppe; Einzeltherapie bei Psychologin**

© Dr. Moggi

Behandlungsprobleme bei Doppeldiagnosen
(Rosenthal & Westreich, 1999)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

- **Fehlen integrierter Therapieangebote**
  - → **Getrennte und/oder kontradiktorische Behandlungsstandards**
  - → **Ping-Pong-Therapie**
- **Behandlungsergebnisse**
  - → **hohe Ausfallraten**
  - → **schlechte Behandlungsergebnisse**
  - → **hohe Rückfallraten**
  - → **häufige Rehospitalisationen**
- **Erhöhte Inanspruchnahme des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems**
  - → **Drehtüreffekt**
  - → **hohe Kosten**

© Dr. Moggi

Kontradiktorische Behandlungsstandards: Sucht und Psychose (Rosenthal & Westreich, 1999)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

Suchttherapie

- konfrontierend
- fordernd
- Realitätsnähe
- gruppenorientiert
- keine Medikation
- strikte Abstinenzforderung
- systematische Überwachung des Suchtmittelkonsums

Psychosebehandlung

- gewährend und beschützend
- fürsorglich
- Schutz vor Überforderung
- individuumszentriert
- langfristige neuroleptische Prophylaxe
- Substanzmissbrauch ist Nebenthema oder toleriert
- mitunter sporadische Überwachung

© Dr. Moggi

Vier Typen von Doppeldiagnosen

(Rosenthal & Westreich, 1999)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

Typ I: Schwere Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung Schizophrenie; Bipolare Störung; Depression Persönlichkeitsstörungen A & B; Substanzabhängigkeit(en)	**Typ III:** Schwere Substanzstörung mit niedriger psychopathologischer Belastung Angst- und Belastungsstörung; Depression; Substanzabhängigkeit(en); Substanz-induzierte Störung
Typ II: Leichte Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung Schizophrenie; Bipolare Störung; Depression Persönlichkeitsstörungen A & B; Substanzmissbrauch	**Typ IV:** Leichte Substanzstörung mit niedriger psychopathologischen Belastung Dysthymia, Einfache Phobie, Persönlich-keitsstörung C; Substanzmissbrauch; Substanzinduzierte Störung

© Dr. Moggi

Kernkomponenten der Behandlung I

(Drake & Mueser, 2002, Moggi, 2002b)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

1. **Krisenintervention**

   Stationärer Suchtmittelentzug, psychische Stabilisierung, Diagnostik, Indikation

2. **Integrative Therapie**

   Interventionen für beide Störungen, zeitliche und inhaltliche Koordination, eine Behandlung/ein Programm und der/die selbe/n Therapeut/en

3. **Transtheoretisches Modell der Veränderungsphase**

   Motivationale Gesprächsführung in den Veränderungsphasen: Problembewusstsein, Ambivalenz, Entscheiden, Umsetzen und Beibehalten

© Dr. Moggi

Kernkomponenten der Behandlung II

(Drake & Mueser, 2002; Moggi, 2002)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

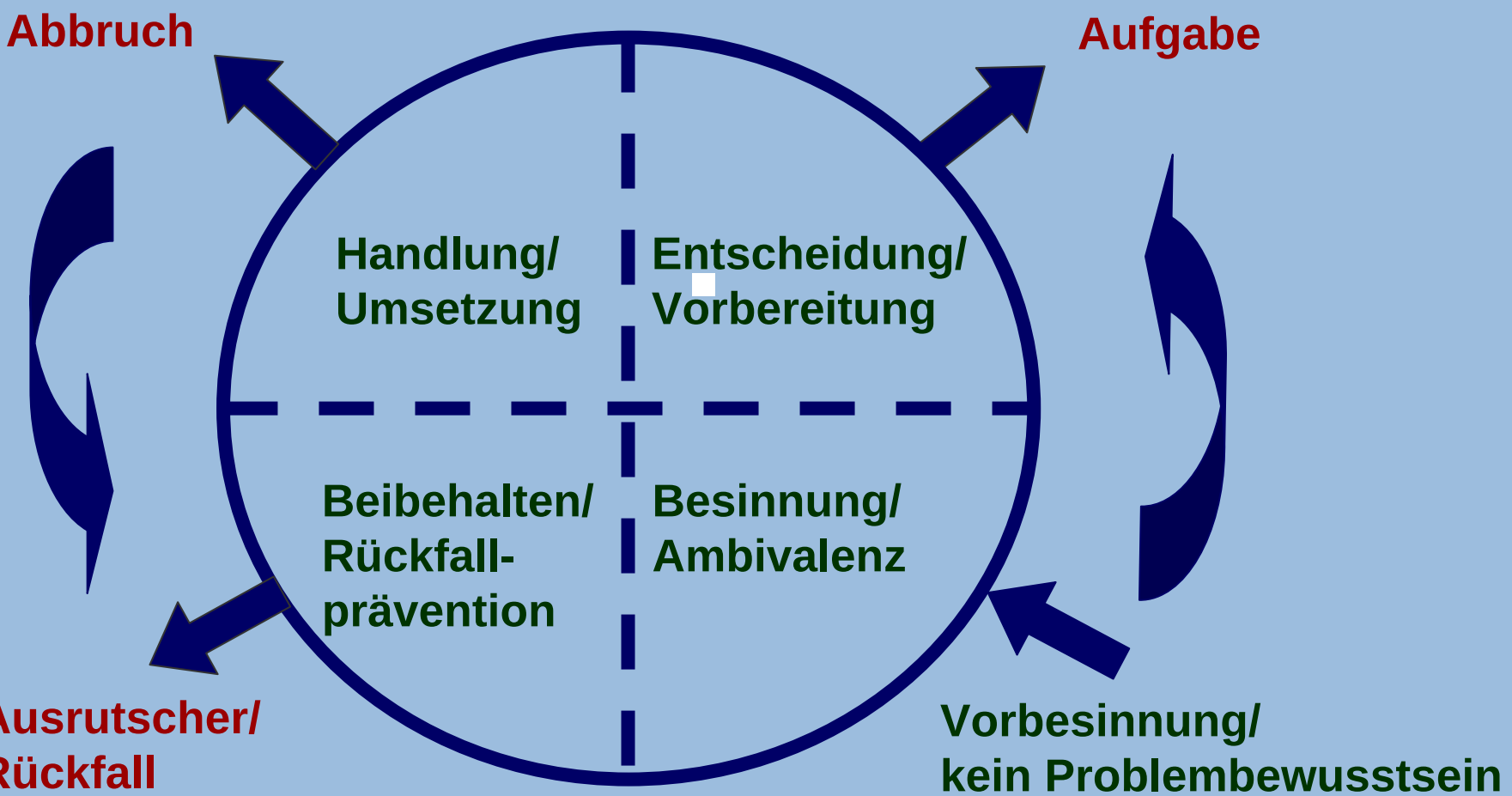
4. **Langzeitperspektive**

5. **Kognitiv- behaviorale Interventionen**

   Einheitliches theoretisches Modell für die Behandlung beider Störungen

Veränderungsphasen
(Prochaska et al., 1992; Miller & Rollnick, 2001)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie



Behandlungsphasen
(Drake & Mueser, 2002)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

Die Behandlungsphasen sind

1. den Patienten in eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung einbinden (Behandlungsallianz),
2. dem eingebundenen Patienten helfen, die Motivation zu entwickeln, sich auf gesundheitsorientierte Interventionen einzulassen (Überzeugung),
3. dem motivierten Patienten helfen, Fertigkeiten zu erwerben und Unterstützung zu holen, um seine Krankheiten zu kontrollieren und seine Ziele zu verfolgen (Aktive Behandlung) und
4. dem stabilen und remittierten Patienten helfen, Strategien für die Rückfallprävention zu entwickeln und erfolgreich anzuwenden (Rückfallprävention).

© Dr. Moggi

Behandlungsphasen II
(Moggi & Donati, 2004)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

Behandlungs-phase	Definition	Ziel
Aufbau einer Behandlungsallianz	Der Patient hat unregelmässige Kontakte mit Arzt, Psychologe oder Mitarbeiter des medizinischen oder psychosozialen Versorgungssystems. Kein oder kaum Problembewusstsein.	Stabile Arbeitsbeziehung. Fördern von Problembewusstsein.
Überzeugung	Der Patient hat regelmässige Kontakte, ist aber ambivalent in bezug auf eine Reduktion des Substanzkonsum und/oder eine Therapie der psychischen Störung.	Fördern Veränderungsmotivation. Danach Fördern der Entscheidung zur Verhaltensänderung.
Aktive Behandlung	Der Patient unternimmt aktive Schritte, den Substanzkonsum zu reduzieren bzw. Abstinenz zu erreichen und/oder seine psychische Störung zu behandeln.	Unterstützung bei Substanz-reduktion oder –entzug. Therapie der psychischen Störung und Substanzstörung.
Rückfallprävention	Der Patient ist seit mehreren Monaten abstinent oder hat keine Probleme mit Suchtmitteln. Seine psychische Störung ist gebessert und er ist aktiv in der Psychotherapie	Sensibilisierung für Rückfälle (Substanzkonsum und psychische Symptome) und Ausweitung der Genesung auf andere Bereiche (z.B. soziale Beziehungen, Arbeit)

© Dr. Moggi

Behandlungsallianz/Krankheitseinsicht
(Moggi & Donati, 2004)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

- Diagnostische Abklärungen und sachliche Rückmeldung der Ergebnisse an DDP
- Informationen zu Doppeldiagnosen vermitteln
- Problembewusstsein fördern (z.B. Aufzeigen von Risiken des Suchtmittelkonsums für den Verlauf der psychischen Störung)
- Anreize für Beratung/Therapie schaffen
- Leichte DD: Beratung in Praxis, ev. ambulante Therapie anbieten
- Schwere DD: Niederschwellige Betreuungsangebote (z.B. Anmeldung in Tageskliniken) und/oder praktische Hilfen z.B. hinsichtlich der Wohnsituation, finanzielle Unterstützung, medizinische Versorgung anbieten/organisieren
- Kriseninterventionen (z.B. bei Suizidalität, Suchtmittelentzug)
- Stabilisierung psychischer Symptome (ev. durch Medikation)
- Unterstützung bei der Einbindung in das medizinische und psychosoziale Versorgungssystem anbieten/organisieren

© Dr. Moggi

Überzeugung/Veränderungsmotivation
(Moggi & Donati, 2004)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

- Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1999)
- Erarbeiten von Vor- und Nachteilen von Veränderung und Beibehaltung von Suchtverhalten bzw. psychischer Störung (z.B. Waagemetapher)
- Ambivalenz in bezug auf Veränderungsmotivation reduzieren und Entscheid zur Behandlung fördern
- Ziel-Wert-Klärung in bezug auf Lebensziele
- Aufklärung der Betroffenen und ihrer Familien über Doppeldiagnosen
- Möglichst konkrete Planung von Therapie bzw. Verhaltensänderung
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen oder Angeboten von Tageskliniken zur Tagesstrukturierung (z.B. Arbeit, Wohnen, Freizeit)
- Gegebenenfalls Medikamente zur Behandlung der psychischen Störung

© Dr. Moggi

Aktive Behandlung/Veränderung
(Moggi & Donati, 2004)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

- Ambulante oder stationäre Entgiftung
- Integrative Behandlung der psychischen Störung und der Sucht in einer individuellen Psychotherapie
- Teilnahme an integrativen Gruppentherapien (z.B. Doppeldiagnosegruppe)
- Medikamentöse Behandlung der psychischen Störung
- Ev. medikamentöse Behandlung, um Abstinenz zu unterstützen (z.B. Antabus®, Campral®, Nemexin®)
- Training sozialer Kompetenzen (z.B. Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen)
- Belastungsbewältigungstraining (z.B. Bewältigung von Stress)
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen (z.B. Anonyme Alkoholiker)
- Aufbau und Stabilisierung alternativer Aktivitäten (z.B. Arbeit, Freizeitaktivitäten)
- Kontingenzmanagement (z.B. Suchtmittelfreiheit an Vergünstigungen knüpfen)

© Dr. Moggi

Rückfallprävention/Gesundheitsförderung
(Moggi & Donati, 2004)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

- Fertigkeiten zur Rückfallprävention und –bewältigung erlernen
- Teilnahme an Therapiegruppen, einschliesslich Selbsthilfegruppen
- Soziale Beziehungen pflegen
- Gesunder Lebensstil fördern (z.B. gesunde Ernährung, regelmässige Bewegung, Belastungsbewältigung)
- Befriedigender Lebensstil in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit etc.
- Nachbehandlung (z.B. ambulante Psychotherapie, Ambulatorium)

© Dr. Moggi

Wirksamkeitsstudien
(Drake & Mueser, 2002; Moggi, 2002b)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

Typ I: Schwere Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung **Gestufte, integrative Therapien mit Langzeitperspektive** **➔ viele kontrollierte Studien**	**Typ III: Schwere Substanzstörung mit niedriger psychopathologischer Belastung** **Suchttherapie mit Ansätzen integrativer Therapie** **➔ kaum kontrollierte Studien**
Typ II: Leichte Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung **Therapie psychischer Störungen mit Ansätzen integrativer Therapie** **➔ keine kontrollierten Studien**	**Typ IV: Leichte Substanzstörung mit niedriger psychopathologischen Belastung** **Ambulante integrative Therapien** **➔ keine kontrollierten Studien**

© Dr. Moggi

Indikation für ambulante oder stationäre bzw. integrative Therapie

(Moggi & Donati, 2004)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie

Typ I: Schwere Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung ➔Stationäre integrative Therapie	**Typ III:** Schwere Substanzstörung mit geringer psychopathologischer Belastung ➔Stationäre Therapie mit Schwerpunkt Substanzstörung
Typ II: Leichte Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung ➔Stationäre Therapie mit Schwerpunkt psychische Störung	**Typ IV:** Leichte Substanzstörung mit geringer psychopathologischer Belastung ➔Ambulante integrative Therapie

© Dr. Moggi

Literatur

Moggi, F. (Hrsg.) (2007). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht.* 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber-Verlag.

Moggi, F. & Donati, R. (2004). *Sucht und psychische Störungen. Doppeldiagnosen.* Hogrefe-Verlag. Erscheint in der Reihe Fortschritte der Psychotherapie, Hrsg. K. Grawe, K. Hahlweg, D. Schulte & D. Vaitl.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2003). *Komorbidität Psychose und Sucht.* Darmstadt: Steinkopff.

Ätiologiemodelle zu Komorbidität
(Moggi, 2002a)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

Störung A ⟶ Störung B

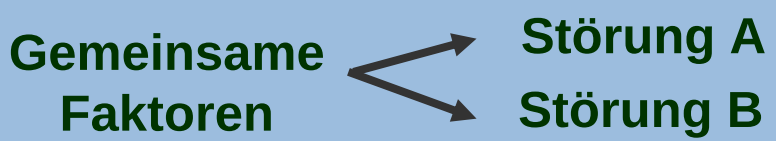
Unidirektionale direkte Kausalbeziehung

Störung A ⟷ Störung B

Bidirektionale direkte Kausalbeziehung

Störung A ⟶ Störung C ⟶ Störung B

Unidirektionale indirekte Kausalbeziehung



Gemeinsame Faktoren - Modell

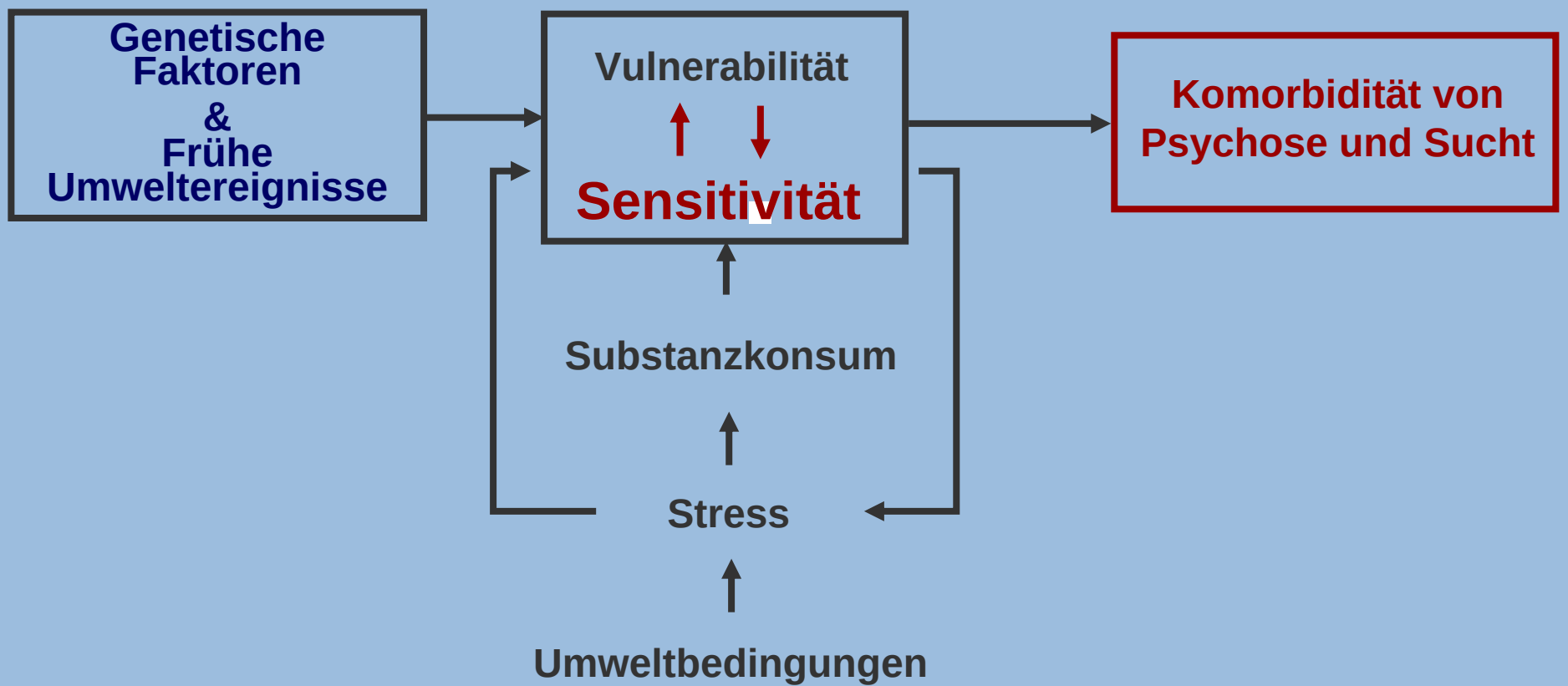
© Dr. Moggi

Sensitivitätsmodell: Schizophrenie und Substanzstörung

(Mueser & Drake, 2002)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie



© Dr. Moggi

Ätiologiemodelle II: Psychose und Sucht

(Mueser et al., 2002, Gouzoulis-Mayfrank, 2004)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

- Selbstmedikationshypothese
  - „Behandlung“ psychotischer Symptome
- Affektregulationsmodell
  - Verringerung von Dysphorie
- Hypothese des sozialen Abstiegs
- Psychoseinduktion
  - Cannabis, Halluzinogene und Stimulanzien
- Gemeinsame Ätiologie
  - Dysfunktion des zentralen dopaminergen Systems
  - Antisoziale Persönlichkeitsstörung

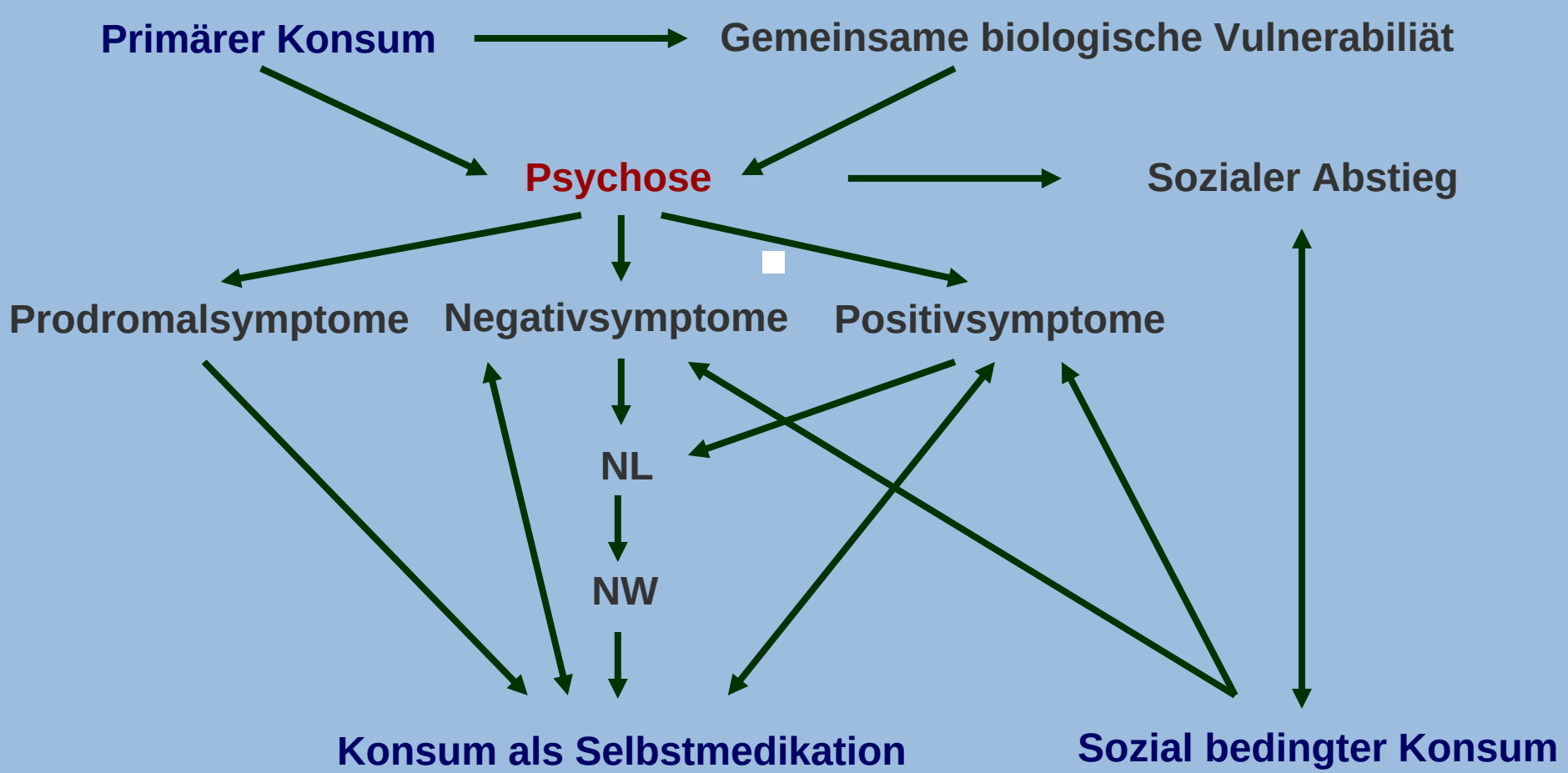
© Dr. Moggi

Integrationsversuch

(Gouzoulis-Mayfrank, 2004)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie

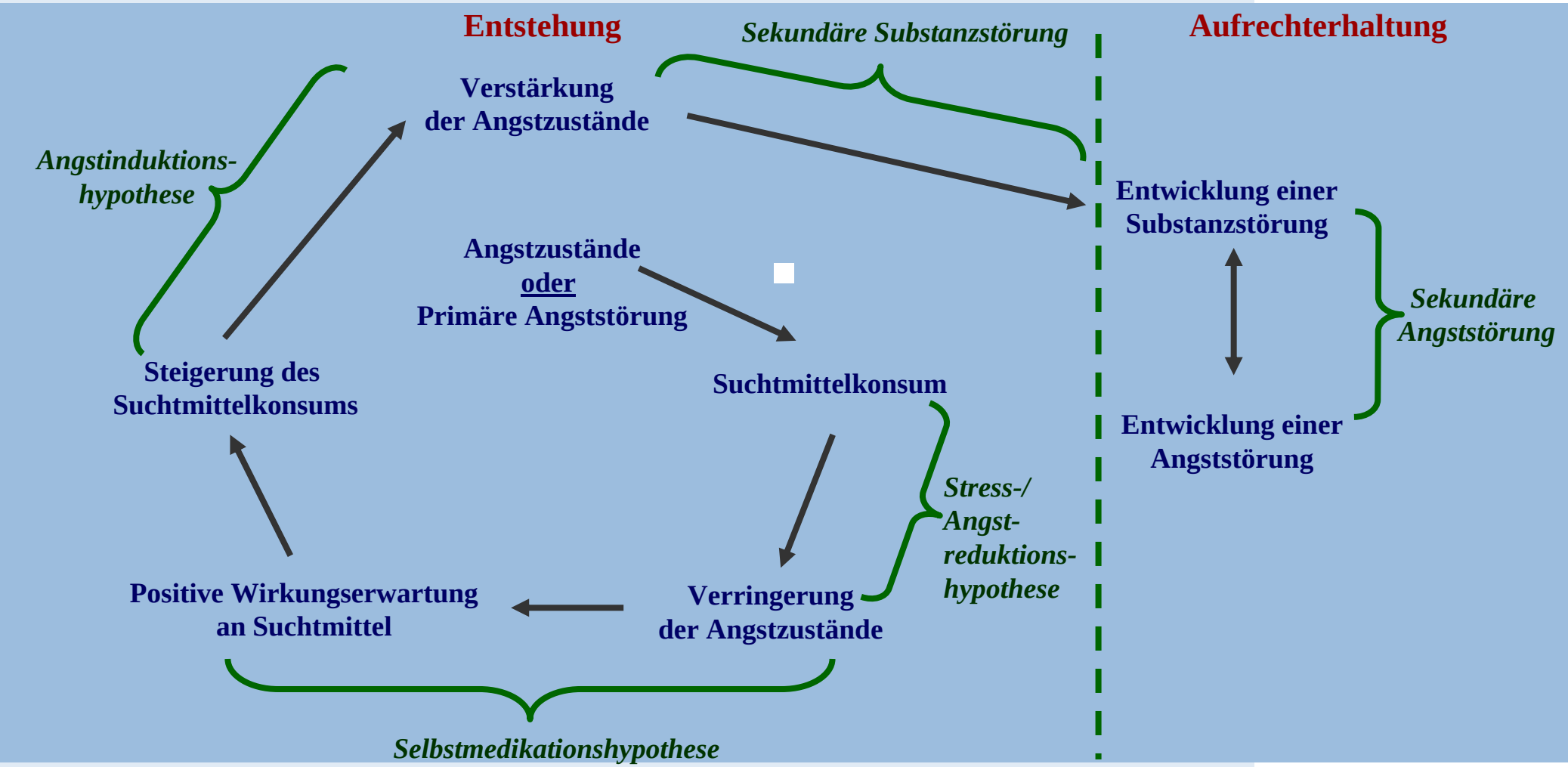


Teufelskreismodell: Angst- und Substanzstörung

(Moggi, 2002a)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie



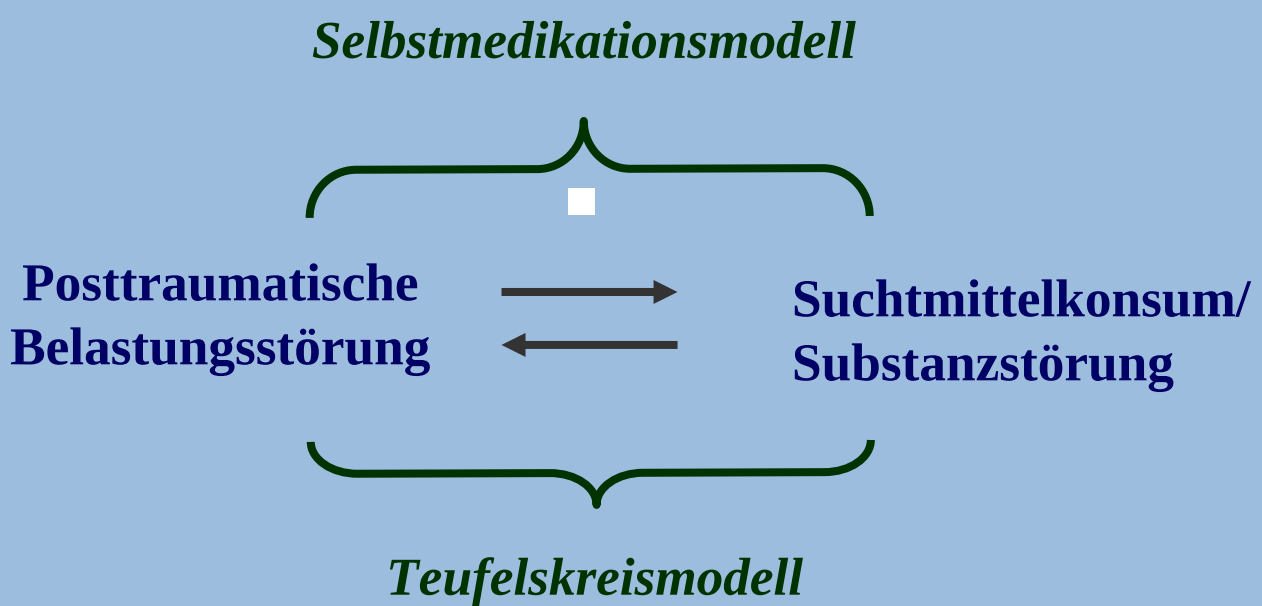
© Dr. Moggi

Selbstmedikation und Teufelskreis: PTBS und Substanzstörung

(Moggi & Donati, 2004)

UNIVERSITÄT BERN

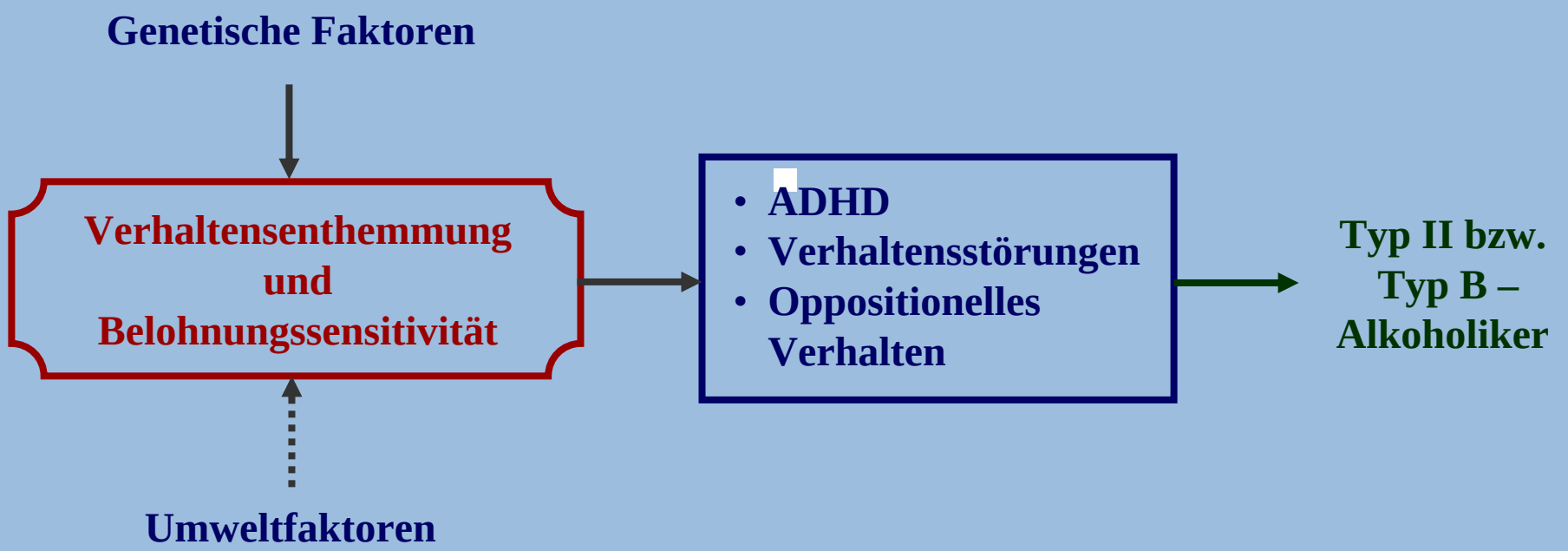
Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie



© Dr. Moggi

Verhaltensenthemmung & Belohnungs-sensitivität: Antisoziale Persönlichkeits-störung (Iacono et al., 1999)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie



Impulsivität: Borderline Persönlichkeits- und Substanzstörung (Moggi, 2002a)

UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie



© Dr. Moggi

Modell der Verhaltensenthemmung
(Verheul, 2001)

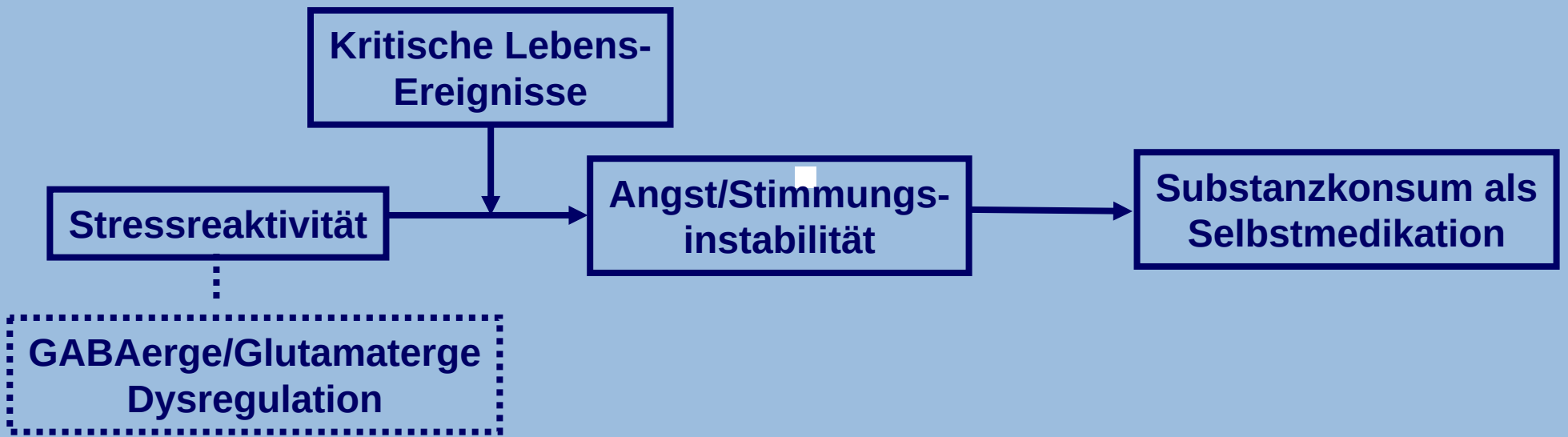
UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie



© Dr. Moggi

Modell der Stressreaktiviät (Verheul, 2001)

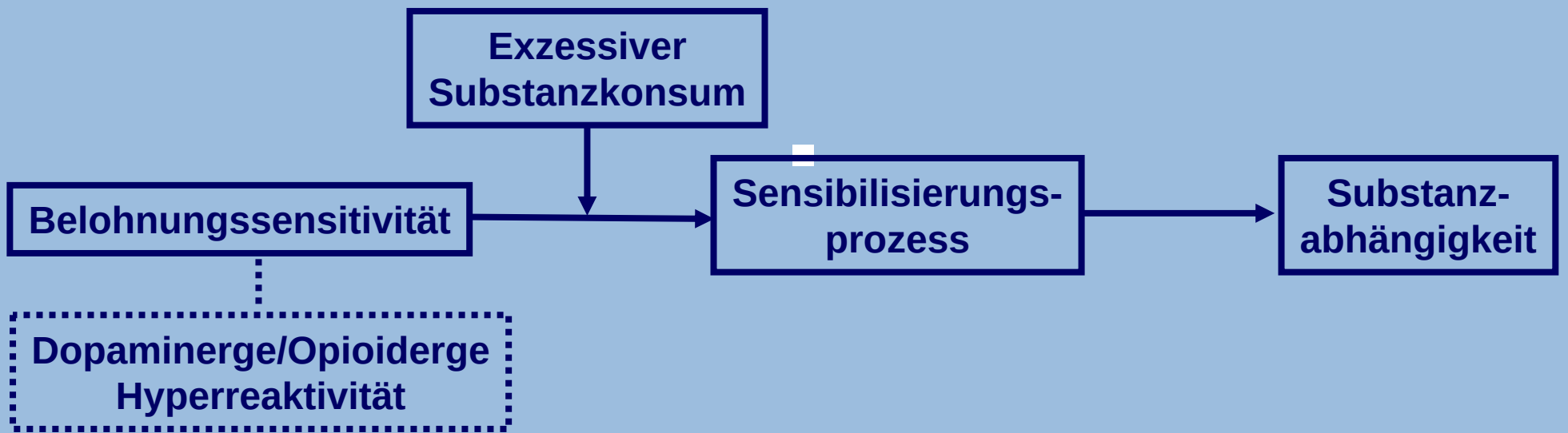
UNIVERSITÄT BERN
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie



Modell der Belohnungssensitivität (Verheul, 2001)

UNIVERSITÄT BERN

Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie



© Dr. Moggi