



## **2. Fachtagung Klinische Sozialarbeit**

**Ressourcenaktivierende Verfahren in der  
psychosozialen Praxis und Beratung**

**Donnerstag, 4. Juni 2009 14.00 – 17.00 Uhr**

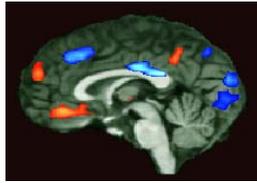
**Raum ORI 108**

### **Workshop Nr. 4**

# **Motivationsförderung als Grundlage ressourcenorientierter Beratung bei Doppeldiagnoseklientinnen/-klienten**

**Moggi Franz, PD Dr. phil.**

Leiter Klinisch-Psychologischer Dienst und Suchtforschung  
Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Bern



## Inhalt

- > Definition und Häufigkeit von Komorbiditäten
- > Diagnostik und Indikation
- > Ursachenmodelle
- > Beratung und Behandlung
- > Veränderungsphasen: Ansätze zur Ressourcenförderung
- > Motivierende Strategien: Aktive Ressourcenförderung

# Definition Doppeldiagnose(n)

- > **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**

# Häufigkeit von Doppeldiagnosen II

(Moggi & Donati, 2004)

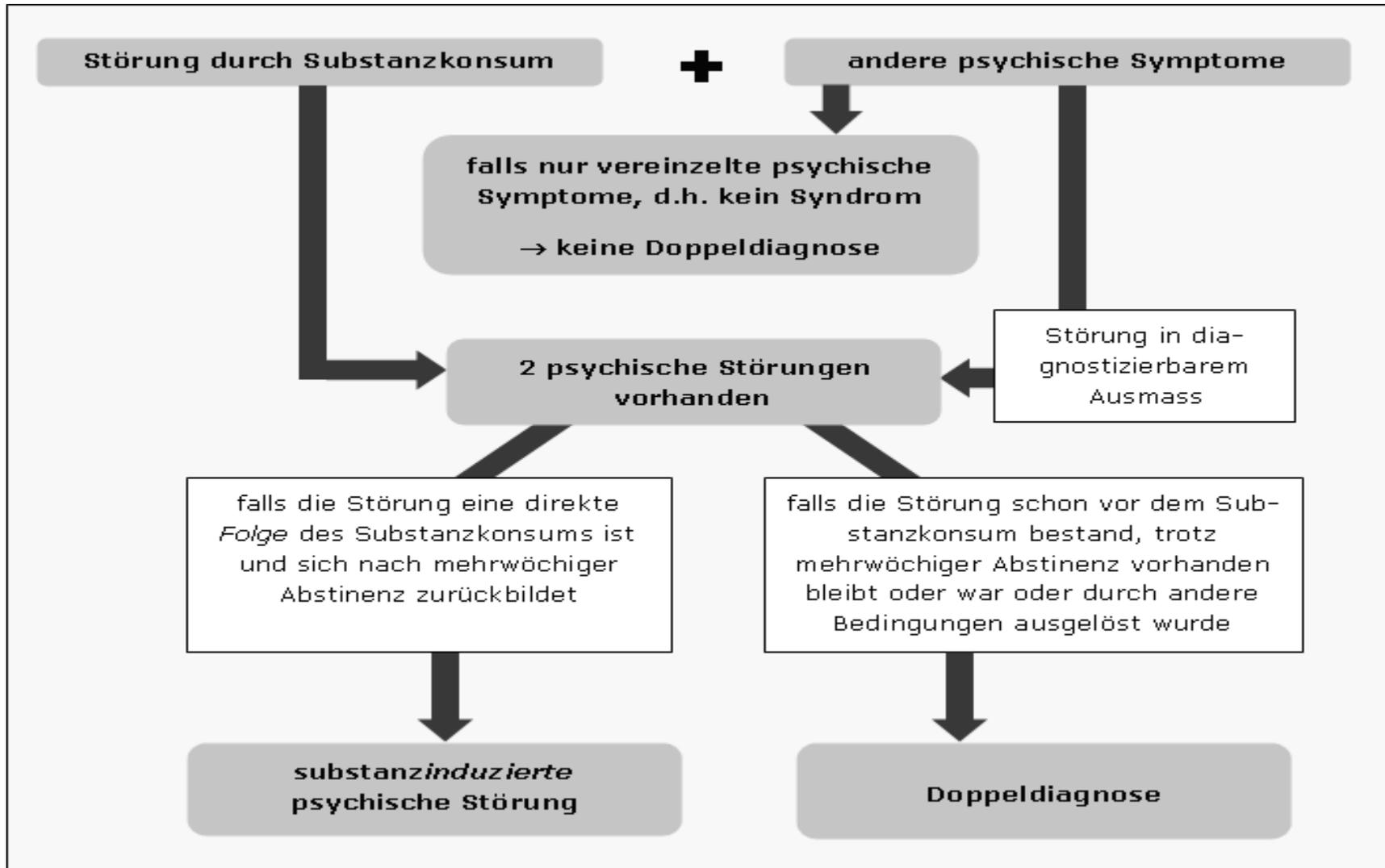
Substanzstörung	Alkoholmissbrauch		Alkoholabhängigkeit		Drogenmissbrauch		Drogenabhängigkeit		Irgendeine Substanzstörung	
	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR	%	OR
<b>Psychische Störung</b>										
<b>Schizophrenie</b>										
ECA	9.7	1.9	24.0	3.8*	14.6	6.9*	12.9	4.2*	47.0	4.6*
<b>Affektive Störungen</b>										
<b>Major Depression</b>										
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*
<b>Dysthymie</b>										
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
<b>Angststörungen</b>										
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*	-	-
<b>Antisoziale Pers'störung</b>										
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*	-	-

\* $p < .05$

# Häufigkeit von Doppeldiagnosen (Lebenszeitprävalenz)

- > Repräsentative Bevölkerungstichproben (*Lieb & Isensee, 2007*):  
33% mit Substanzstörungen weisen auch psychische Störungen auf.
  - > Klinische Stichproben (*Lieb & Isensee, 2007*):  
50% mit Substanzstörungen weisen auch psychische Störungen auf.
- ➔ **Komorbidity ist keine Ausnahme in der Beratung und Therapie**

# Differentialdiagnostik (Moggi, 2006)



# Vier Typen von Doppeldiagnosen (Rosenthal & Westreich, 1999)

**Typ I: Schwere Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung**

**Schizophrenie; Bipolare Störung;  
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;  
Persönlichkeitsstörungen A & B;  
Substanzmissbrauch**

**Typ IV: Leichte Substanzstörung mit niedriger psychopathologischer Belastung**

**Dysthymia, Einfache Phobie, Persönlich-  
keitsstörung C; Substanzmissbrauch**

# Indikation für ambulante oder stationäre bzw. integrative Therapie (Moggi & Donati, 2004)

<p><b>Typ I: Schwere Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung</b></p> <p><b>→ Stationäre integrative Therapie</b></p>	<p><b>Typ III: Schwere Substanzstörung mit geringer psychopathologischer Belastung</b></p> <p><b>→ Stationäre Therapie mit Schwerpunkt Substanzstörung</b></p>
<p><b>Typ II: Leichte Substanzstörung mit hoher psychopathologischer Belastung</b></p> <p><b>→ Stationäre Therapie mit Schwerpunkt psychische Störung</b></p>	<p><b>Typ IV: Leichte Substanzstörung mit geringer psychopathologischer Belastung</b></p> <p><b>→ Ambulante integrative Therapie</b></p>

# Ursachenmodelle zu Komorbidität

(Moggi, 2007a)

Störung A  $\longrightarrow$  Störung B

Unidirektionale direkte Kausalbeziehung

Störung A  $\longleftrightarrow$  Störung B

Bidirektionale direkte Kausalbeziehung

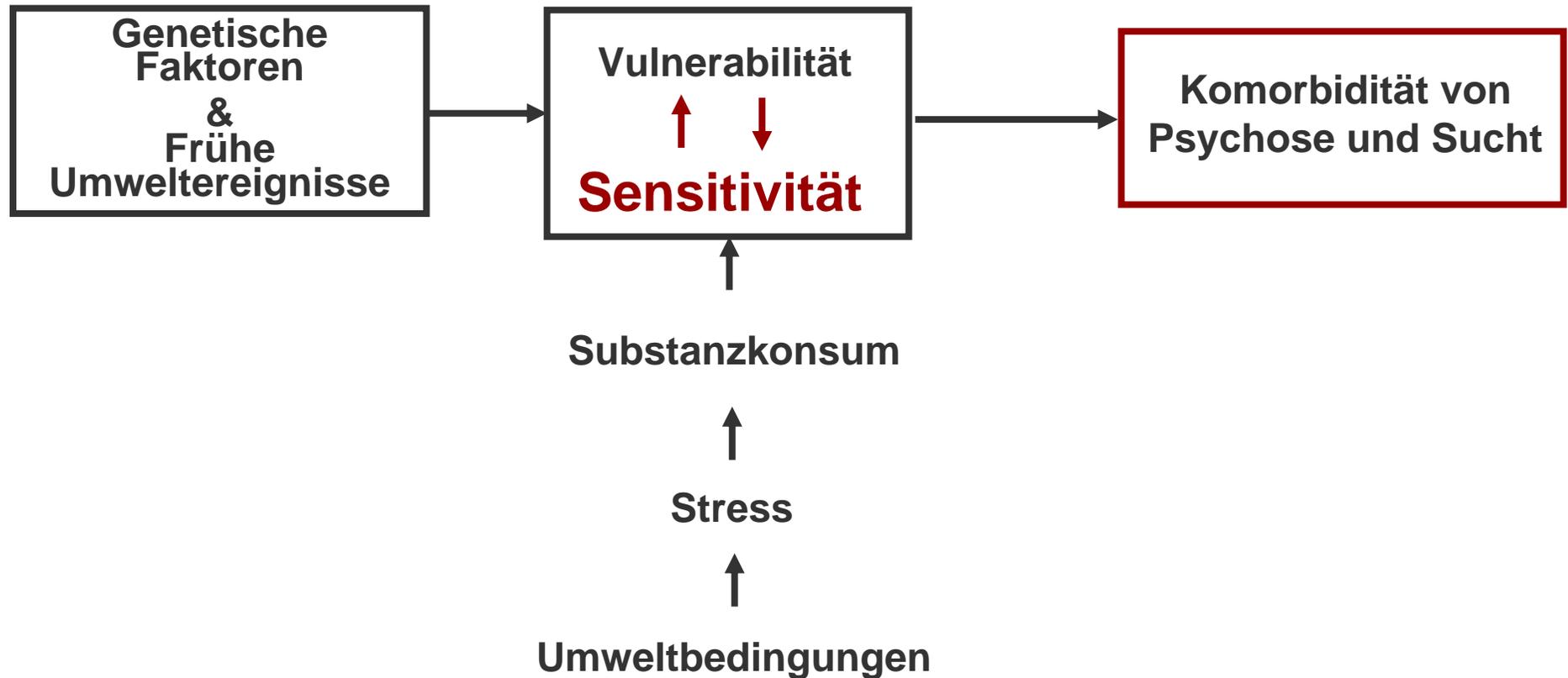
Störung A  $\longrightarrow$  Störung C  $\longrightarrow$  Störung B

Unidirektionale indirekte Kausalbeziehung

Gemeinsame  
Faktoren  $\begin{cases} \longrightarrow & \text{Störung A} \\ \longrightarrow & \text{Störung B} \end{cases}$

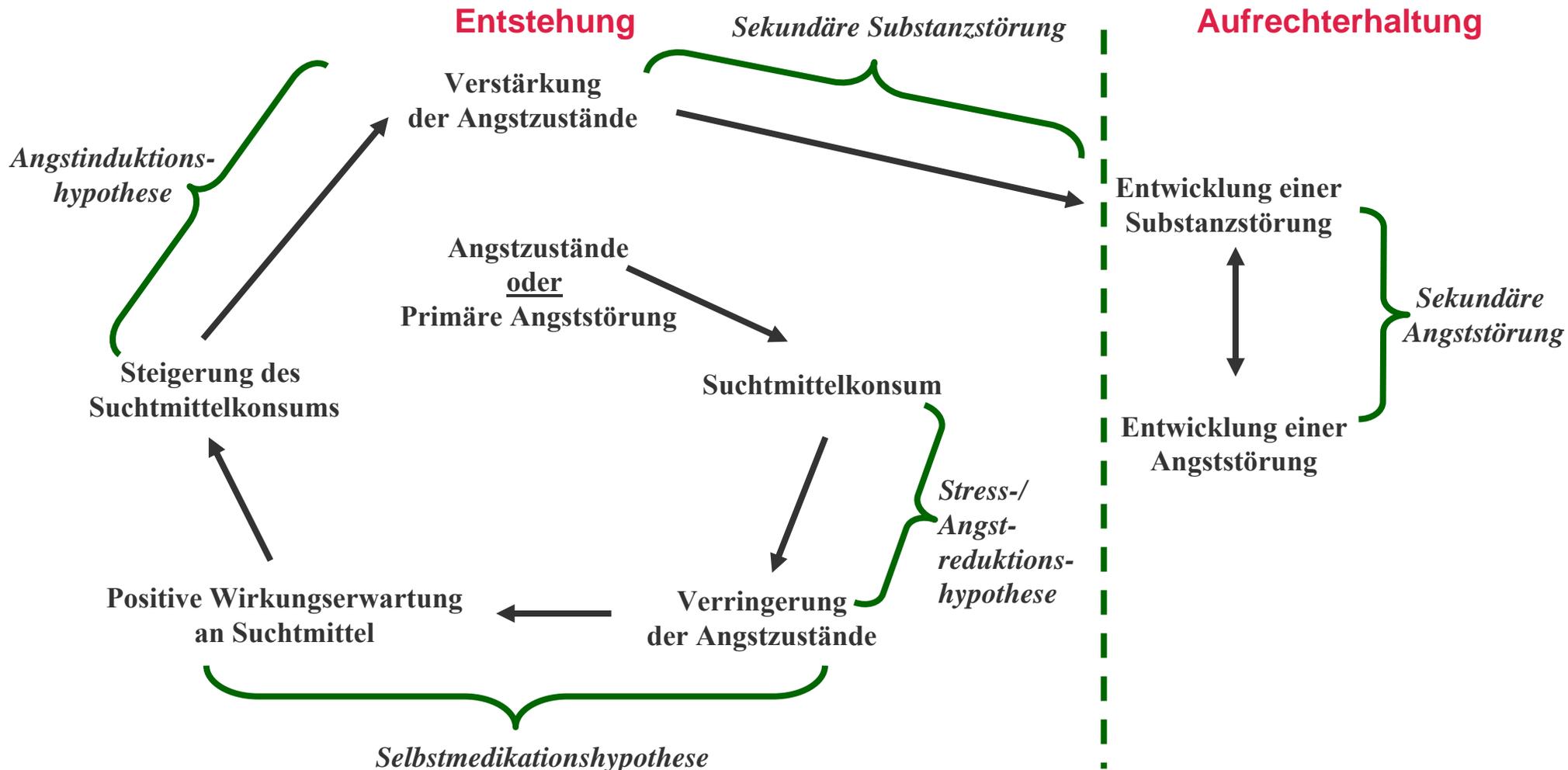
Gemeinsame Faktoren - Modell

# Sensitivitätsmodell: Schizophrenie und Substanzstörung (Mueser & Drake, 2007)



# Teufelskreismodell: Angst- und Substanzstörung

(Moggi, 2007a)



# Impulsivität: Borderline Persönlichkeits- und Substanzstörung (Moggi, 2007a)



# Behandlungsprobleme bei Doppeldiagnosen

(Rosenthal & Westreich, 1999)

- > **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**

# **Kernkomponenten der klinischen Managements I**

**(Drake & Mueser, 2007; Moggi, 2007b)**

## **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**

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

# Kernkomponenten der klinischen Managements II

(Drake & Mueser, 2007; Moggi, 2007)

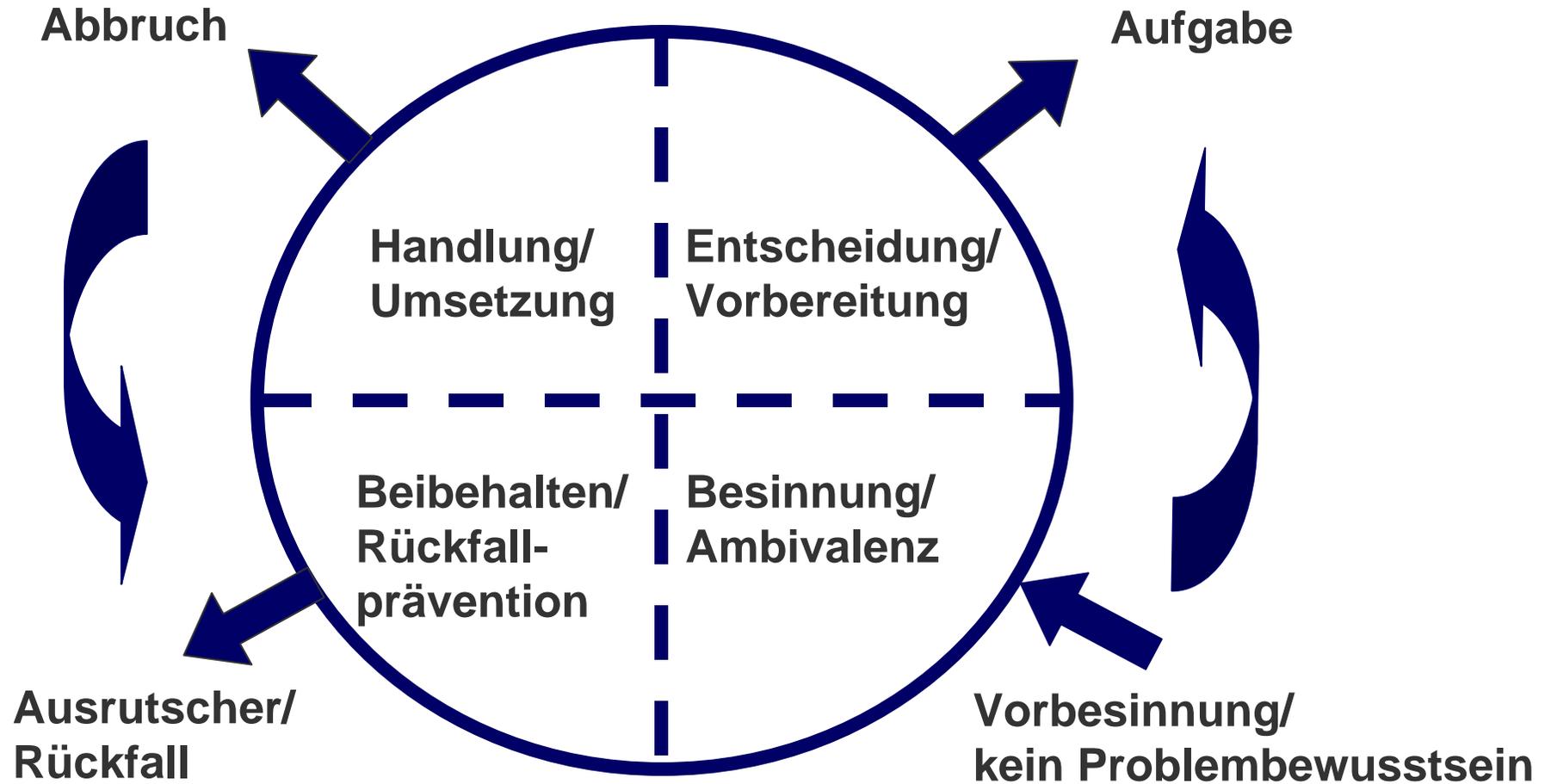
**4. Langzeitperspektive**

**5. Kognitiv-behaviorale Interventionen**

**Einheitliches theoretisches Modell für die Behandlung beider Störungen**

# Veränderungsphasen

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



# Behandlungsphasen

(Drake & Mueser, 2007)

Die *Behandlungsphasen* sind

1. den Patienten in eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung einbinden (*Behandlungsbündnis*),
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*).

# Veränderungsstadien und Rolle der BeraterInnen

## Stadium (PatientIn)

### Vorbesinnung

So weit es mich betrifft, brauche ich mein Verhalten nicht zu ändern. Es könnte ein Problem für mich sein, aber ich glaube es eigentlich nicht.

### Ambivalenz

Ich denke ich wäre bereit dazu, mich in diesem Bereich etwas zu verbessern. Ich erwäge, diesen Teil von mir zu ändern.

### Vorbereitung

Ich verpflichte mich nicht zu trinken / rauchen / konsumieren. Ich habe Dinge von zu Hause entfernt, die mich daran erinnern zu trinken / rauchen / konsumieren.

### Handlung

Es ist nicht leicht, aber ich bin endlich daran an meinem Problem zu arbeiten. Alle können darüber sprechen sich zu ändern; ich bin jedoch bereit an meinem Problem zu arbeiten.

### Beibehalten

Ich Sorge mich, dass ich in mein schon geändertes Problemverhalten zurückfallen könnte. Deshalb bin ich bereit, daran zu arbeiten. Ich belohne mich selbst, wenn ich nicht trinke / rauche / konsumiere.

## Professionelle Rolle

### Näherer Elternteil

### Sokratische Lehrer/in

### Wohlwollender Mentorin/Mentor

### Erfahrene/r Trainer/in

### Weise/r Berater/in

# Veränderungsstadien und Aufgaben von BeraterInnen

---

Stadium des Klienten	Motivationale Aufgaben der/des BeraterIn
Vorbesinnung	Zweifel erzeugen; die Wahrnehmung des Klienten verbessern bezüglich der Risiken und Probleme, die durch sein Verhalten entstehen.
Ambivalenz	„Zünglein an der Waage“ spielen - Gründe für eine Veränderung und Risiken von Beibehalten des Verhaltens suchen; Selbstwirksamkeit bezüglich der Verhaltensänderung unterstützen.
Vorbereitung	Helfen sich für diejenigen Handlungen zu entscheiden, die eine Veränderung des Problemverhaltens unterstützen.
Handlung	Helfen, die Schritte in Richtung Veränderung auszuführen.
Beibehalten	Helfen, Strategien zu entwickeln und anzuwenden, um einem Rückfall vorzubeugen.
Rückfall	Helfen, bei einem Rückfall die Prozesse der Ambivalenz, der Vorbereitung und der Handlung zu erneuern.

---

# Stadien und Prozesse der Veränderung



# Motivationale Gesprächsführung

(Miller & Rollnick, 2004)

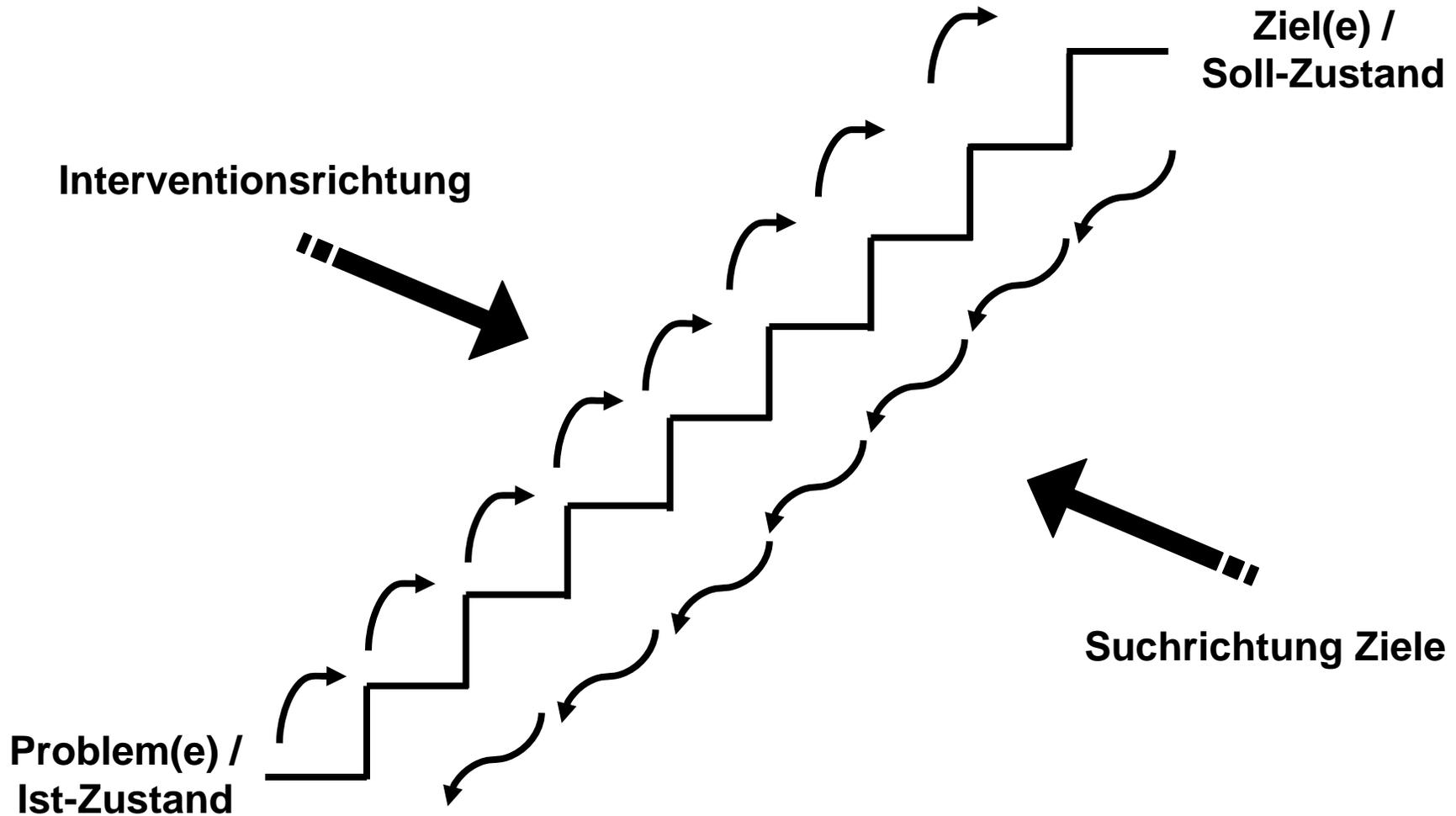
## > Allgemeine Prinzipien

- Einführendes Verstehen/Empathie ausdrücken
- Diskrepanzen im Selbstkonzept verstärken
- Argumentationszwänge vermeiden
- Mit dem Widerstand des Klienten gehen
- Selbstwirksamkeit des Klienten fördern

## > Spezifische Motivationsstrategien

- Information und Feedback geben
- Die Waagemetapher anwenden (Entscheidungsmatrix)
- Anliegen eruieren statt etikettieren
- Ziele erarbeiten
- Genussfähigkeit erhöhen
- Alternativen zur Veränderung anbieten
- Umdeutungen (aus einer Schwäche eine Stärke machen)
- Inspektor Colombo-Technik

# Zielorientierte Problemlösung



# Behandlungsallianz/Krankheitseinsicht

(Moggi & Donati, 2004)

- 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 (z.B. Testphase kontrollierten Trinkens)
- 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

# Überzeugung/Veränderungsmotivation

(Moggi & Donati, 2004)

- **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**

# Entscheidungsmatrix (Moggi & Donati, 2004)

Verhalten beibehalten				Verhalten ändern			
Nutzen A	Gewicht	Kosten B	Gewicht	Nutzen C	Gewicht	Kosten D	Gewicht
Summe A + D = ____ + ____ = Beibehalten ____				Summe B + C = ____ + ____ = Ändern ____			

# **Aktive Behandlung/Veränderung (Moggi & Donati, 2004)**

- **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<sup>®</sup>, Campral<sup>®</sup>, Nemexin<sup>®</sup>)**
- **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)**

# Interventionsplanung (Moggi & Donati, 2004)

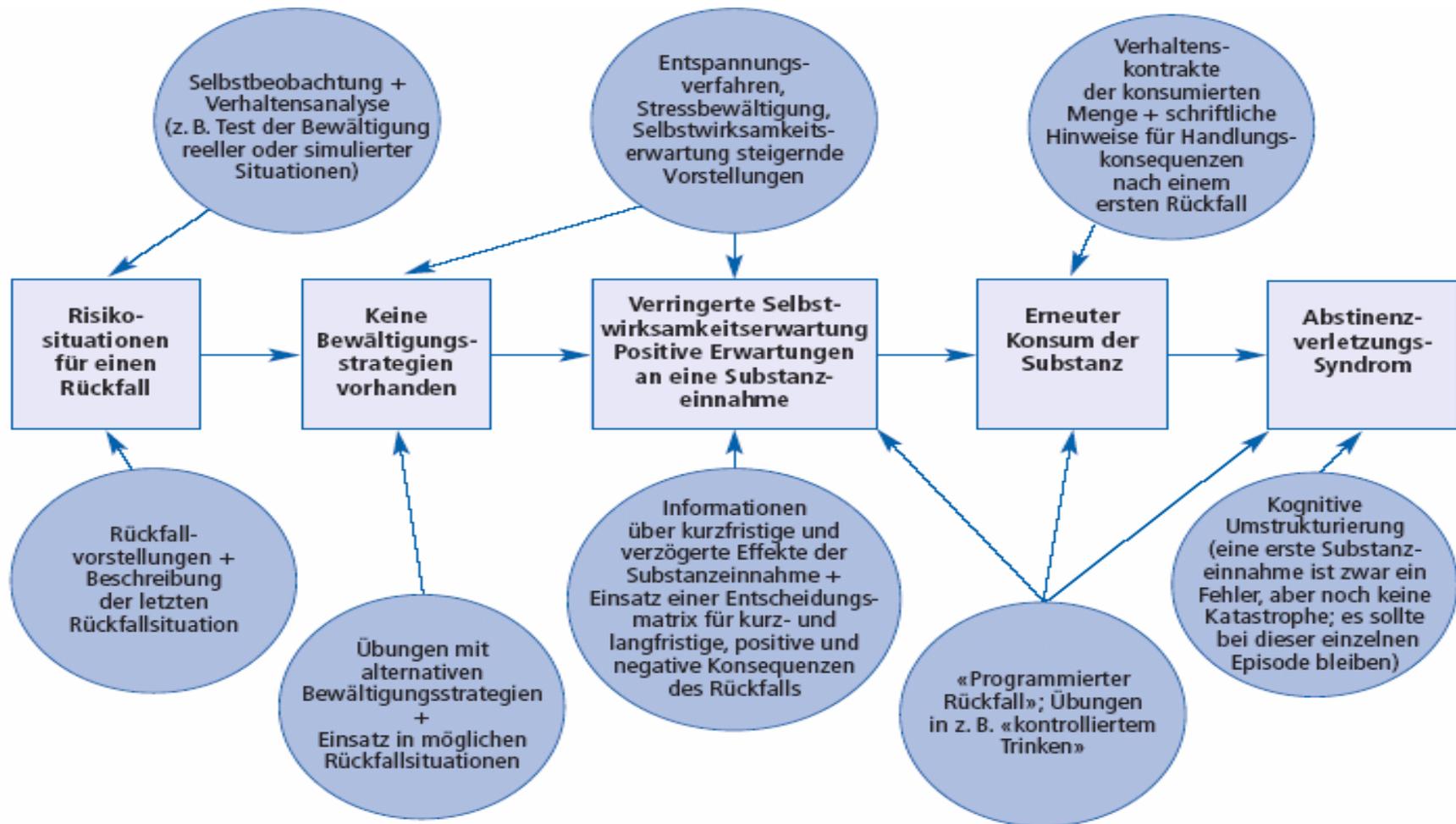
<i>TherapeutIn:</i>	<i>Datum:</i>
<i>PatientIn:</i>	<i>Patient-ID:</i>
<b>Anliegen/Problem (Wie sieht das Problem aus? Möglichst konkrete und verhaltensnahe Beschreibung):</b>	
<b>Zieldefinition (Welches Ziel soll erreicht werden? Möglichst konkrete Beschreibung. Woran erkennt man, dass man am Ziel angelangt ist? Wie sehen die Zwischenschritte aus?):</b>	
<b>Veränderungsstadium</b> Vorbesinnung <input type="checkbox"/> Ambivalenz <input type="checkbox"/> Entscheidung <input type="checkbox"/> Handlung <input type="checkbox"/> Beibehalten	
<b>Intervention (Was tun wir, was der Patient?):</b>	
<b>Überprüfung der Zielerreichung:</b> 1. Datum: _____ 2. Datum: _____ 3. Datum: _____ Ziel erreicht: _____	
<b>Besonderes:</b>	

# Rückfallprävention/Gesundheitsförderung

(Moggi & Donati, 2004)

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

# Kognitives Modell des Rückfalls und der Interventionen (Marlatt & Gordon, 1985)



# Rückfallanalyse (Moggi & Donati, 2004)

## Psychologische Konzepte

Lebensentwurf  
Emotionale Belastung  
Bedürfnis nach Anerkennung durch  
Personal vs. Vermeidung von Ablehnung  
durch Mitpatienten

Psychotische Symptome exazerbieren

Scheinbar unwichtige Entscheidung (später:  
Drogenkauf)

Hoch-Risikosituation

Bedürfnis nach Droge

Akkustische Halluzination  
Positive Wirkungserwartung an Drogen  
Selbstwirksamkeit sinkt

Verhalten: Drogenkonsum

Positive Drogenwirkung

Dissonanzreduktion

Abstinenzverletzungseffekt

## Rückfallverlauf

Ziel: Drogenfreies Leben führen  
Zwei Monate Abstinenz  
Loyalitätskonflikt  
Stress

Zerfahrenes Denken  
Kommentierende Stimmen  
Körperhalluzinationen

Nimmt in den Ausgang ungewöhnlich viel  
Geld mit

Besucht Drogenszene

Craving entsteht

Hört Stimmen, die zu Drogenkonsum  
auffordern.  
Angebot von Heroin  
Glaubt nicht widerstehen zu können.  
Erwartet Entlastung durch Heroin.

Konsumiert Heroin

Heroin entspannt und entlastet, Stimmen  
fallen weg und Loyalitätskonflikt ist  
aufgelöst

Verharmlosung des Rückfalls

Selbstbeschuldigung  
Stellt Therapie in Frage

## Intervention

⇒ *Förderung von Belastungsbewältigung*  
⇒ *Erkennen von Frühwarnzeichen von  
psychotischen Symptomen*

⇒ *Steigerung der Medikation*

⇒ *Sensibilisierung für Frühwarnzeichen von  
Rückfällen*

⇒ *Vermeidung von Drogenszene*

⇒ *Cravingverlauf kennen*

⇒ *Medikation*

⇒ *Kognitive Therapie der  
Wirkungserwartungen*

⇒ *Ablehnungstraining zur Steigerung von  
Selbstwirksamkeit*

⇒ *Kognitive Therapie der  
Wirkungserwartungen*

⇒ *Sensibilisierung für Rückfallverhalten*

⇒ *Kognitive Umstrukturierung*  
⇒ *Rückfall als Lernchance*

# Literatur

**Miller, W.R. & Rollnick, S (2009). Motivierende Gesprächsführung (3. Aufl.)  
Freiburg: Lambertus-Verlag.**

**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. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht*. Darmstadt: Steinkopff.**

**D'Amelio et al. (2007). *Psychoedukation Schizophrenie und Sucht*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Frankfurt: Urban & Fischer.**