

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tübingen
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit
Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. G. Buchkremer

Psychiatrische Komorbidität bei Opiatabhängigen auf einer qualifizierten Drogenentgiftungsstation

Inaugural–Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
der Eberhard–Karls–Universität
Tübingen

vorgelegt von
Sabine Bosch
aus
Esslingen a.N.

2007

Dekan

Professor Dr. I.B. Autenrieth

1. Gutachter:

Professor Dr. A. Batra

2. Gutachter:

Professor Dr. G. Mundle

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Abhängigkeit	2
1.2	Opiate	5
1.3	Komorbidität	10
1.3.1	Psychose und Abhängigkeit	13
1.3.2	Affektive Störungen und Abhängigkeit	13
1.3.3	Angststörung und Abhängigkeit	14
1.3.4	Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeit	14
1.4	Diagnosestellung	14
1.5	Die Drogenentgiftungsstation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen	16
1.5.1	Aufnahme	16
1.5.2	Entgiftung	17
1.5.3	Polytoxikomanie	17
1.5.4	Entlassmodus	18
1.6	Fragestellung und Ziel der Studie	18
2	Material und Methodik	19
2.1	Auswahl der Patienten	19
2.2	Datenerhebung	20
2.3	SCL-90-R	20
2.4	SKID-II	21

2.5	Statistische Auswertung	22
3	Ergebnisse 1. Teil	23
3.1	Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Doppeldiagnose	23
3.2	Psychiatrische Komorbidität	26
3.2.1	Häufigkeit psychiatrischer Komorbidität	26
3.2.2	Frühere psychiatrische Behandlung	27
3.2.3	Entlassmedikation	28
3.3	Soziodemographische Daten	28
3.3.1	Alter und Geschlecht der Patienten	28
3.3.2	Alter bei Erstaufnahme	29
3.3.3	Wohnsituation	29
3.3.4	Familienverhältnisse	29
3.3.5	Haftzeiten	30
3.4	Ausbildung/ Beruf	30
3.5	Stationäre Daten	31
3.5.1	Vorherige Aufnahmen und Abbruchrate	31
3.5.2	Aufenthaltsdauer	31
3.5.3	Anschlusstherapie	31
3.5.4	Aufnahme– und Entlassmodus	32
3.6	Suchtmedizinische Daten	33
3.6.1	Einstiegsdroge und Einstiegsalter	33
3.6.2	Somatische Begleiterkrankungen	34
3.6.3	Suizidgedanken/ Suizidversuche	34
4	Ergebnisse 2. Teil	35
4.1	Komorbidität	35
4.1.1	Häufigkeit des Auftretens psychiatrischer Komorbidität in der 2. Patientengruppe	35
4.1.2	SCL–90–R: Auswertung	36

4.1.3 SKID II: Auswertung	37
4.2 Soziodemographische Daten	39
4.3 Beruf/ Bildung	40
4.4 Stationäre Daten	40
4.5 Suchtspezifische Daten	41
5 Diskussion	44
5.1 Diskussion der Methodik	44
5.2 Diskussion der Ergebnisse	46
Tabellenverzeichnis	58
Abbildungsverzeichnis	59
Literaturverzeichnis	60
Abkürzungsverzeichnis	66

1 Einleitung

Während der letzten 15 Jahre ist im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem ein deutlicher Zuwachs an Opiatabhängigen mit psychiatrischer Komorbidität zu verzeichnen. Daher ist das wissenschaftliche Interesse an dieser Patientengruppe gestiegen; die Publikationen zu diesem Thema haben sich im letzten Jahrzehnt verfünffacht (Moggi, 2004). Begonnen hat die Komorbiditätsforschung, als empirische Zusammenhänge zwischen Substanzgebrauch, psychiatrischer Symptomatik und psychosozialem Outcome festgestellt wurden. Krausz, Degkwitz und Vertheim (2000) beschreiben die grundlegende Hypothese, „dass bei Substanzabhängigen psychische Beeinträchtigung mit erhöhtem Konsum, ungünstigeren Bedingungen bzw. stärkeren Belastungen im sozialen Lebensumfeld und Behandlungsschwierigkeiten einhergehen“. Von dieser These ausgehend konnte in einigen Studien gezeigt werden, dass zum einen unter Drogenabhängigen psychische Störungen häufiger auftreten als in der Normalbevölkerung (Regier, 1990; Darke, 1994; Farrell, 2001; Weaver, 2003; Torgersen, 2001). Genauere Studien ergaben, dass Drogenabhängige mit Kontakt zum Drogenhilfesystem häufiger unter psychischen Zweiterkrankungen leiden, in schlechteren Familienverhältnissen leben und öfter in Konflikt mit dem Gesetz geraten als diejenigen ohne Kontakt zum Drogenhilfesystem (Rounsaville, 1985). Zum anderen konnte auch ein schlechteres Therapieoutcome (Drake et al., 1996; Ross, 2003), höhere Rückfallraten und ein allgemein schlechteres Ansprechen auf drogentherapeutische Maßnahmen (Cacciola, 2001) bei dieser Patientengruppe festgestellt werden, was sich z.B. in häufi-

geren Wiederaufnahmen niederschlägt (Rounsaville, 1986; Tomasson, 1998). Bei Patienten mit Komorbidität besteht die Gefahr, in traditionellen therapeutischen Settings Therapieversager zu werden, was zu wiederholten Hospitalisierungen im Sinne eines Drehtürmechanismus beiträgt (Stohler, 2000). Obwohl sich die Forschung schon lange mit dieser Problematik beschäftigt, werden die Ergebnisse nur selten zur Entwicklung neuer Konzepte in der Entgiftungs- und Entwöhnungstherapie herangezogen. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass sich ein Großteil der bisherigen Arbeiten auf Prävalenzerhebungen beschränkte. Diese sind zwar wichtig, aber aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden und Stichproben sehr uneinheitlich und daher schwer auf eine konkrete Situation wie z.B. in Tübingen zu übertragen. Damit ergibt sich die Notwendigkeit einer Untersuchung, die der jeweiligen Ausgangssituation und der Möglichkeiten, die die einzelne Einrichtung vorweist, angepasst ist. In der vorliegenden Arbeit soll das für die spezialisierte Drogenentgiftungsstation der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen geschehen.

Zuerst soll auf relevante Begriffe eingegangen werden, die zum Verständnis der eigentlichen Komorbiditätsproblematik notwendig sind, und im Anschluss daran wird die Entgiftungsstation der Tübinger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie kurz vorgestellt.

1.1 Abhängigkeit

„Das Phänomen der Abhängigkeit ist dadurch charakterisiert, dass durch den Konsum einer Substanz [...] für den Betroffenen andere Verhaltenformen dominieren, als die, die früher für sie von Bedeutung gewesen sind.“ (Gölz, 1998). *Sucht* ist nach WHO (World Health Organisation) ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, verursacht durch wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Substanz, der für das Individuum und die Gemeinschaft schädlich ist. Bei der klinischen Diagnosestellung einer Abhängig-

keit kommen operationalisierte Diagnosesysteme zur Anwendung. Das in der amerikanischen Psychiatrie verbindliche und in der internationalen Literatur bevorzugte diagnostische System ist das mittlerweile in IV. Ausgabe erschienene *DSM* („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“) System, in dem eine multiaxiale Klassifikation verwirklicht wurde. Achse I erfasst die psychopathologischen Syndrome, Achse II die Persönlichkeitsstörungen, Achse III körperliche Erkrankungen, Achse IV situative Auslöser und Achse V die soziale Adaptation. Auf diese Weise sollen der Diagnose möglichst viele Informationen zugrunde liegen. Die 1991 von der WHO eingeführte und inzwischen in der 10. Ausgabe bestehende *ICD* (International Classification of Diseases) ist ein insgesamt gut zu handhabendes Diagnoseinstrument, das auf dem Grundprinzip einer deskriptiven Psychopathologie beruht und weitgehend auf ideologische Hypothesen und hierarchische Klassifikationsregeln verzichtet. Es knüpft an die Operationalisierungsstrategie des DSM–IV an und ist seit 2000 auch in Deutschland verbindlich. Nach ICD–10 Leitlinien (Dilling, 2002) müssen mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb der letzten zwölf Monate erfüllt sein, um eine Abhängigkeitserkrankung diagnostizieren zu können (F1x.2):

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung oder Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen oder Vergnügen zugunsten des Substanzkonsums; erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

Das DSM–IV fügt diesen Kriterien ein weiteres hinzu: Der anhaltende Wunsch oder der erfolglose Versuch, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren (Uchtenhagen, 2000).

Klassifikation der Störungen durch psychotrope Substanzen nach ICD–10 und DSM–IV:

ICD–10	DSM–IV
F 10: Alkohol	–303.90/305.00 Alkoholabhängigkeit/–missbrauch
F 11: Opioid	–304.00/305.50 Opiatabhängigkeit/–missbrauch
F 12: Cannabinoid	–304.30/305.20 Cannabisabhängigkeit/–missbrauch
F 13: Sedativa oder Hypnotika	–304.10/305.40 Abhängigkeit von Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika
F 14: Kokain	–304.20/305.60 Kokainabhängigkeit
F 15: andere Stimulantien	–304.40/305.70 Abhängigkeit/–missbrauch von Amphetaminen oder ähnlich wirkenden Sympathomimetika
F 16: Halluzinogene	–304.50/305.30 Halluzinogenabhängigkeit/–missbrauch
F 17: Tabak	–305.10 Nikotinabhängigkeit
F 18: flüchtige Lösungsmittel	–304.60/305.90 Abhängigkeit/–missbrauch von Inhalantien

F 19: multipler Substanzgebrauch –304.80 Polytoxikomanie und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Das DSM–IV unterscheidet explizit Abhängigkeit vom Missbrauch, während die ICD–10 zwischen schädlichem Gebrauch (F1x.1) und Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) differenziert.

1.2 Opiate

Opiate sind eine Gruppe heterogener Alkaloide, deren Name sich vom Opium ableitet, das aus dem Milchsaft der unreifen Kapsel des Schlafmohns hergestellt wird. Sie gehören zu den ältesten bekannten psychoaktiven Substanzen der Menschheit. Wegen seiner analgesierenden und schlafinduzierenden Eigenschaften wurden sie schon seit vielen Jahrhunderten als Heilmittel eingesetzt. Als Friedrich Sertürner im 19. Jahrhundert eine psychoaktive Reinsubstanz aus Opium gewinnen konnte, benannte er sie nach dem griechischen Gott des Traumes (Morpheus) *Morphin*, das auch heute noch zu den potentesten Analgetika gehört (Bonnet & Gaspar, 1999). Die Wirkung von Morphin und anderen Opioiden liegt darin begründet an spezielle Opioidrezeptoren zu binden, deren eigentlicher Bindungspartner sogenannte endogene Opioide, nämlich Endorphine bzw. Enkephaline sind. Außer der analgetischen und schlafinduzierenden Wirkung haben Opioide noch eine ganze Reihe anderer Wirkungen. Zu den akuten zentralen Wirkungen zählen Euphorie, Angstlösung, Sedierung und Atemdepression. Periphere Wirkungen sind Opstipation, Hypotonie, Bradykardie, Harnverhalt und sexuelle Funktionsstörungen. Bei der chronischen Anwendung von Opioiden schwächen sich vor allem die zentralen Wirkungen toleranzbedingt ab, können jedoch durch Dosissteigerung wieder erzielt werden. Weitere chronische Wirkungen sind Libidoverlust, Menstruationsstörungen, amotivales Syndrom, und vor allem Substanzabhängigkeit. Die Abhängigkeit vom

Morphintyp ist die stärkste Abhängigkeit unter den in ICD–10 charakterisierten und ist gekennzeichnet durch ein starkes Entzugssyndrom, das im allgemeinen aus der gegensätzlichen Wirkung der vorher beschriebenen Opiatwirkung besteht. Es treten unter anderem Hyperalgesie, Schlaflosigkeit, Dysphorie, Hypervigilanz, Angst und Bauchkrämpfe auf (Bonnet & Gaspar, 1999).

Heroin (Diacetylmorphin)

Seit 1898 produzierte Bayer Heroin (der Essigsäureester von Morphin) und brachte es als Hustenmittel auf den Markt. In den 20er Jahren wurde der Vertrieb gesetzlich verboten, nachdem die abhängigkeiterzeugende Wirkung erkannt worden war. Seitdem wird Heroin überwiegend illegal hergestellt. Das halbsynthetische Opiat entfaltet seine Wirkung sehr schnell, da es gut fettlöslich ist. Dadurch kann die Bluthirnschranke schnell passiert werden und die Wirkung rasch einsetzen (Bonnet & Gaspar, 1999). Nach einem ca. zweistündigen „flash“, der Euphorie und Entspannung bringt, entwickelt sich innerhalb von ca. drei Stunden die Entzugssymptomatik, so dass der Heroinsüchtige möglichst mehrmals täglich Heroin konsumieren will (Bonnet & Gaspar). Heroin kann auf unterschiedliche Weise konsumiert werden. Es kann geraucht, inhaliert („schnupfen“), unter die Haut oder direkt in die Blutbahn gespritzt werden. Dem auf der Straße erhältlichen Heroin werden häufig andere Substanzen wie, z.B. Stärke, Zucker, Milchzucker, Chinin oder Strychnin beigemischt, was zu Schwankungen im Reinheitsgrad des Heroins und somit zu akzidentiellen Überdosierungen mit Todesfolge führen kann (Gözl, 1998). Gehäuft kommt es bei Abhängigen mit chronischem Konsum zu einer Reihe von medizinischen Komplikationen wie Abszessen, bakteriellen Infektionen der Herzklappen, v.a. der Tricuspidalklappe, Hepatitiden und HIV– Infektionen. Die beiden letzteren werden vor allem durch needle–sharing gefördert.

Inzidenz des Opiatkonsums in Deutschland

Die heutige Verbreitung von Heroin in der deutschen Drogenszene ist das Ergebnis einer dramatischen Entwicklung seit Anfang der 70er Jahre. Während 1968 bundesweit nur ein Gramm Heroin sichergestellt wurde, ist diese Zahl bis heute sprunghaft angestiegen. In den folgenden Jahren wurde mit verschiedenen Varianten an Opiaten in der Szene experimentiert und man vermutet, dass die damalige aufbegehrende Jugend die optimale Zielgruppe für die Marketingstrategie professioneller Dealer darstellte. Vermutlich aus diesem Grund nahm der Heroinkonsum zu der Zeit drastisch zu (Gölz, 1998). Auch die Zahl der Drogentoten stieg folglich sprunghaft von ca. 350 jährlich in den 80er Jahren auf über 2000 im Jahr 1991 an. Eine genaue Zahl der Heroinabhängigen liegt derzeit nicht vor, seit den 80er Jahren wird sie auf 50 000 bis 100 000 geschätzt. Diese Zahlen sind indirekte Schätzungen aufgrund von z.B. polizeilich ermittelten „Drogenersttättern“ und der Zahl an Kontakten zur Drogenberatung. Sie werden regional erhoben und dann auf das gesamte Bundesgebiet hochgerechnet, was folglich erhebliche Ungenauigkeiten mit sich bringt (Gölz, 1998).

Psychiatrische Störungen

Im Folgenden sollen die bei Drogenabhängigen häufig auftretenden psychiatrischen Störungen kurz erklärt werden (Erklärungen nach ICD–10).

1. F2–Diagnosen: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung

Kennzeichnend für schizophrene Störungen sind charakteristische Denk– und Wahrnehmungsstörungen sowie inadäquate oder verflachte Affekte. Die Bewusstseinsklarheit und die intellektuelle Fähigkeit sind in der Regel nicht beeinträchtigt, es können sich jedoch kognitive Einschränkungen einstellen. Zu den psychopathologischen Effekten gehören Gedankenlautwerden, Gedankenentzug, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Stimmen, die in der dritten Person das Tun des

Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptomatik.

2. F3–Diagnosen: Affektive Störungen

Diese Gruppe enthält Störungen, deren Hauptsymptomatik in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität – entweder zur Depression mit oder ohne Angst – oder zur gehobenen Stimmung im Sinne der Manie bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Störungen beruhen auf dieser Veränderung. Die affektiven Störungen neigen zu Rückfällen, die einzelnen Episoden beginnen oft mit einem belastenden Ereignis.

3. F4–Diagnosen: neurotische, somatoforme und Belastungsstörung

Diese Gruppe umfasst Störungen, bei denen Angst ausschließlich oder überwiegend durch definierte, eigentlich ungefährliche Situationen ausgelöst wird. Daraus ergibt sich entweder ein Vermeidungsverhalten oder die Situation wird unter Furcht ertragen. Allein das Vorstellen der Situation kann die Angstsymptomatik hervorrufen. Phobien, eine Unterform der Angststörung, treten häufig zusammen mit Depressionen auf.

4. F6–Diagnosen: Persönlichkeitsstörung (erklärt nach DSM–IV- Kriterien)

Andauernde Muster von inneren Erlebensweisen und von Verhalten, die starr und unflexibel sind und deutlich abweichend von den in der Kultur des Individuums zu erwartenden. Sie beginnen in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter und führen zu subjektivem Leiden oder sozialen Beeinträchtigungen. Nur wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und schlecht angepasst sind und deutliche Funktionseinschränkungen oder subjektives Leiden bedingen, sind sie als „Persönlichkeitsstörungen“ zu bezeichnen. Bei Suchtpatienten treten vor allem die Borderline–Persönlichkeitsstörung und die antisoziale Persönlichkeitsstörung gehäuft auf.

Die antisoziale und die Borderline–Persönlichkeitsstörung zählen zu den Cluster B–Persönlichkeitsstörungen. Sie zeichnen sich durch dramatisches, emotionales oder launenhaftes Verhalten aus.

Antisoziale Persönlichkeitsstörung (Kodierung nach DSM–IV 301.7 - ICD–10 F 60.2)

Hauptmerkmal ist ein tiefgreifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das in der Kindheit oder frühen Adoleszenz beginnt und bis ins Erwachsenenalter fort dauert. Das Verhaltensmuster wird auch als Psychopathie, Soziopathie oder dissoziale Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Die Täuschung und Manipulation anderer steht im Vordergrund. Menschen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung stellen ihre Opfer als Schwächlinge hin. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung hängt am engsten mit kriminellen Verhalten aller Art bei Erwachsenen zusammen. Sie beinhaltet aggressives, impulsives Handeln, ohne vorher zu planen. Die Betroffenen haben oft keine feste Adresse, kein Ziel oder Vorhaben, mangelndes Mitgefühl, sind abgebrüht, zynisch und haben eine arrogante Selbsteinschätzung. Zwischen Störungen durch Alkohol/Drogen und der antisozialen Persönlichkeitsstörung besteht eine komplexe Beziehung. Die Prävalenz beträgt 1.5 bis 3.5% der erwachsenen Bevölkerung. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung sollte nicht vor dem 18. Lebensjahr diagnostiziert werden.

Borderline–Störung (Kodierung nach DSM–IV 301.83 – nach ICD–10 F 60.31)

Hauptmerkmal der Borderline–Störung ist ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Betroffene zeigen schwere Stimmungsschwankungen, durchleben schwere Depressionen, Angst– und Erregungszustände, die Stunden bis Tage anhalten. Sie neigen zu Wutanfällen und Anwandlungen von Feindseligkeiten, tätlichen Aggressionen und Gewalttätigkei-

ten. Oft ist ihre Wut auch nach innen gerichtet und kommt in selbstschädigenden Handlungen zum Ausdruck. Selbstzerstörerische Handlungen reichen von Alkohol-, Drogenmissbrauch, Fressanfällen, Delinquenz bis hin zu gefährlichen sexuellen Kontakten, Kauforgien, riskantem Fahren und Aderlassen. Betroffene gehen konflikträchtige Beziehungen ein, schwanken zwischen Überidealisierung und Entwertung der anderen Personen. Sie haben Probleme, eine angemessene interpersonelle Distanz zu wahren und sind schnell enttäuscht und erbost, wenn andere Menschen nicht ihre Erwartungen erfüllen. Sie bleiben dennoch mit ihnen verbunden und gelähmt vor Angst vor dem Alleingelassenwerden. Oft kommt es auch zu Suiziddrohungen und -handlungen, um andere Personen daran zu hindern, die Beziehung zu beenden.


1.3 Komorbidität

„Die Begriffe Komorbidität oder Doppeldiagnose meinen das Vorhandensein von zwei (oder mehreren) diagnostischen Entitäten in einer Person. Im Bereich der Suchtmedizin spricht man von Komorbidität beim Vorliegen einer Störung durch psychotrope Substanzen und einer weiteren psychiatrischen Störung, z.B. einer affektiven Störung, einer Psychose, einer Angststörung oder einer Persönlichkeitsstörung. Der Begriff wird nicht gebraucht für Patienten, die unter mehreren Störungen durch psychotrope Substanzen leiden, z. B. heroin- und kokainabhängig sind“ (Stohler R, 2000). Das gleichzeitige Auftreten von mehreren psychiatrischen Störungen bei Drogenpatienten ist nicht neu. Der Begriff der *Komorbidität* begann sich aber erst mit der Verwendung operationalisierter psychiatrischer Diagnosesysteme durchzusetzen.

Es gibt einige Ätiologiemodelle für das Zusammenwirken von Sucht und psychiatrischer Erkrankung, die nachfolgend zusammengefasst werden. Gouzoulis-Mayfrank (2003) geht auf folgende drei Modelle ein:

- Die psychische Erkrankung tritt zuerst auf, der Patient unternimmt den Versuch, durch Drogenabusus sein Leiden zu lindern und entwickelt dadurch ein süchtiges Verhalten (*Modell der Selbstmedikation*). Dieses Modell wurde von Khanzian (1985) propagiert mit der Schlussfolgerung, dass Patienten, die an einer bestimmten psychischen Störung leiden, z.B. an einer Angststörung, auch ganz bestimmte Drogen, also z.B. Substanzen mit sedierender Wirkung wie Alkohol konsumieren. Dem widersprechen allerdings andere Studien, die keinen Zusammenhang zwischen bestimmten Substanzen und bestimmten psychischen Störungen finden konnten (Lambert et al., 1997).
- Das *Modell der Psychoseinduktion*, d.h., Drogenkonsum kann eine Psychose de novo hervorrufen, die dann auch unabhängig vom Drogenkonsum weiterbestehen kann. Dieses Modell wurde durch klinische Studien gestützt, die zeigten, dass in vielen Fällen Drogenkonsum einer Psychose vorausging (Cleghorn, 1991). Außerdem besteht auch die Möglichkeit, dass vor dem Drogengebrauch schon die Disposition für eine psychische Störung vorhanden ist, die dann gewissermaßen „getriggert“ wird und zu einer manifesten Erkrankung führen kann (Zubin, Spring, 1977).
- Sowohl süchtiges Verhalten als auch psychische Erkrankung haben eine hohe genetische Disposition, so dass auch eine genetische Grundlage für das gemeinsame Auftreten denkbar ist. Es gibt beispielsweise Studien (Chambers, 2001), die sich mit einer gemeinsamen biochemischen Faktor, nämlich einer Störung des Dopaminstoffwechsels im mesolimbischen System, beschäftigen, die für süchtiges Verhalten und Schizophrenie prädisponierend sein soll.

Moggi et al. (2004) haben zur Erklärung zur kausalen Beziehung von Psychose und Abhängigkeit grundsätzlich folgende vier Ansätze:

1. Störung A \longrightarrow Störung B
(unidirektionale direkte Beziehung)
2. Störung A \longleftrightarrow Störung B
(bidirektionale direkte Beziehung)
3. gemeinsame Faktoren

 Störung A Störung B
(Modell der gemeinsamen Faktoren)
4. Störung A \longrightarrow Störung C \longrightarrow Störung B

Während die drei ersten Ansätze bildlich vereinfacht darstellen, was Gouzoulis-Mayfrank (2003) zusammengefasst hat (sie hat sich vor allem auf das gemeinsame Auftreten von Sucht und Psychose bezogen), enthält der vierte Ansatz noch eine indirekte Komponente. Dieses Modell kommt z.B. zum Tragen, wenn aus einer Abhängigkeit Konsequenzen wie Verlust der Arbeitsstelle, Verlassenwerden vom Partner, etc. folgen, und daraus bei weiterbestehender Sucht eine Depression entsteht (Moggi, 2004).

Psychiatrische Komorbidität bei der Sucht beschreibt also nicht die alleinige Gleichzeitigkeit der beiden Erkrankungen, sondern vielmehr die darüber hinausgehende, wechselseitige Bedingtheit und Verschlimmerung sowie die damit verbundenen Chronifizierungsprozesse und die therapeutischen Erfordernisse, die sich daraus ergeben.

Es wird deutlich, dass nicht nur ein Erklärungsmodell der genannten für das Entstehen von Sucht und psychiatrischer Komorbidität greifen kann, sondern, dass je nach Art der psychiatrischen Erkrankung und individueller, auch psychosozialer Prädisposition die Entstehungsfaktoren sehr unterschiedlich sein können.

Moggi et al. haben die jeweiligen Wirkmechanismen, die teils auch durch empirische Studien gestützt werden können, folgendermaßen zusammengefasst:

1.3.1 Psychose und Abhängigkeit

Das *Sensitivitätsmodell*, das den Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Sucht beschreibt, geht von folgender Ätiologie der Schizophrenie aus: Genetische Faktoren plus gewisse Umweltfaktoren bedingen die Vulnerabilität für Psychosen (Chambers et al., 2001). Vulnerabilität wird hier als erhöhte Sensitivität für Stress definiert und kann durch Suchtmittelkonsum verstärkt werden. Das Suchtmittel an sich kann jedoch zusätzlich den Stressfaktor selbst darstellen. Das entspricht der Beobachtung, dass bei schizophrenen Patienten schon geringe Mengen eines Suchtmittels ausreichen, um eine akute Psychose zu entwickeln (Mueser, 2002).

1.3.2 Affektive Störungen und Abhängigkeit

Bei affektiven Störungen können mehrere der vorher angesprochenen Modelle greifen. Zum einen können sich Depression und Drogenkonsum gegenseitig bedingen und fördern, zum anderen gibt es die häufig beobachtete substanzinduzierte Depression, die nach zwei, spätestens vier Wochen Abstinenz wieder verschwindet und keine echte Komorbidität darstellt. Außerdem kann es sich bei der Depression auch um das (oben nicht beschriebene) *unidirektionale indirekte Modell* handeln, dem gemäß die Depression durch Faktoren entsteht, die sich auf Grund der Sucht zum Negativen veränderten. Weiterhin wurde eine hohe Koinzidenz von affektiven und Angststörungen bei Drogenabhängigen festgestellt (z.B. Callaly, 2001) Man könnte also auch annehmen, dass sich der Substanzkonsum aus einer missglückten Selbstmedikation der Angst entwickelt.

1.3.3 Angststörung und Abhängigkeit

Die Angststörung scheint dem Substanzmissbrauch häufiger voranzugehen als umgekehrt. Einige Substanzen verringern kurzfristig die Angstsymptomatik, so auch die Opiate, und werden im Sinne des Selbstmedikationshypothese gebraucht. Aus der Überzeugung, die Angst durch ständigen Konsum zu verhindern, wird der Konsum erhöht und kann bald von sich aus zu Angstzuständen führen. Es kommt zu einem Teufelskreis, in dem sich Angst und Drogenkonsum gegenseitig aufschaukeln (Moggi, 2004).

1.3.4 Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeit

Vor allem die Borderline–Persönlichkeitsstörung und die antisoziale Persönlichkeitsstörung kommen bei Drogenabhängigen gehäuft vor (Ross, 2003). Deshalb soll im Folgenden speziell auf diese eingegangen werden. Es gibt ein empirisch fundiertes Störungsmodell (Trull, 2000), nach dem genetische und Umweltfaktoren die Persönlichkeitsmerkmale Impulsivität und Instabilität erhöhen. Diese beiden Merkmale wirken fördernd sowohl für eine Borderline–Persönlichkeitsstörung, sowie auch für eine Substanzstörung.

1.4 Diagnosestellung

Die Diagnosestellung ist bei Doppeldiagnose–Patienten ein nicht unerhebliches Problem. Die Unterscheidung zwischen primären suchtbegleitenden psychiatrischen Störungen (psychiatrische Komorbidität im eigentlichen Sinn) und suchtmittel-induzierten Folgestörungen ist schwierig und bedarf großer Erfahrung sowohl in der allgemeinen Psychiatrie als auch in der Suchtmedizin. Einseitige Herangehensweisen, wie sie in der Praxis leider häufig der Fall sind, führen zu unterschiedlichen Diagnosen und unzureichender Therapie. Es gibt einige

standardisierte Interviews sowohl für Suchtpatienten als auch für psychische Störungen. Allerdings gibt es bei Doppeldiagnose-Patienten teilweise Anwendungsprobleme dieser Interviews. Die Reliabilität einiger gängiger diagnostischer Tests ist bei Doppeldiagnose-Patienten unzureichend. So zeigte eine Studie von Kranzler (1996), dass der SKID I (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I) zur Diagnose von Angststörungen bei Drogenabhängigen eine schlechte Validität aufwies (Myrick, 2003). Dies ist möglicherweise auf das Überlappen der Symptome zurückzuführen. Entzugssymptomatik und beispielsweise Angststörung oder affektive Störung sind in der Anfangsphase einer Entgiftungstherapie kaum zu unterscheiden. Deshalb ist es wichtig, den Verlauf der vermeintlichen psychischen Störung über einen gewissen Zeitraum hinaus nach dem Entzug zu beurteilen, um eine sichere Diagnose stellen zu können. Die hohe Fluktuationsrate auf einer Entgiftungsstation und die kurzen stationären Aufenthaltszeiten der Patienten macht das nicht leichter, und die ausgedehnte psychiatrische Diagnostik ist in der Suchtkrankenhilfe jedoch längst kein Standard, was wiederum dazu führt, dass Doppeldiagnose-Patienten nicht als solche erkannt werden.

Selbst wenn die erste Hürde der Diagnosestellung überwunden ist, ist fraglich, ob diese letztendlich Konsequenzen für die Therapie des Patienten hat. Patienten mit Doppeldiagnose fielen lange Zeit sowohl durch das Raster der Suchttherapie als auch durch das der Psychotherapie, da diese beiden „Philosophien“ der Patientenbehandlung nicht miteinander vereinbar scheinen. Während die klassische Suchttherapie als Schwerpunkte Eigenverantwortung und Konfrontation beinhaltet, auf Medikamentengabe weitgehend verzichtet, hat die Psychotherapie stützend-fürsorglichen Charakter, die medikamentöse Therapie ist ein wesentlicher Bestandteil. In reinen Suchtkliniken kommen die Patienten mit dem Behandlungsstil und ihren Mitpatienten nicht klar und das nicht ausreichend psychiatrisch ausgebildete Personal ist andererseits mit Doppeldiagnose-Patienten überfordert. Auf allgemeinspsychiatrischen Stationen können andererseits

die erforderlichen Maßnahmen der erfolgreichen Entgiftung oder Entwöhnung nicht erbracht werden. Doppeldiagnose–Patienten haben folglich in beiden Systemen schlechte Chancen, erfolgreich therapiert zu werden. Weitere Problemfelder bei Patienten mit psychiatrischer Komorbidität sind eine schlechtere Compliance, eine höhere Morbiditäts- und Mortalitätsrate und ein erhöhtes Risiko der sozialen Desintegration und höhere Kriminalitätsrate (Rounsaville, 1985; Swartz, 2000).

1.5 Die Drogenentgiftungsstation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Seit April 1997 gibt es eine separate Entgiftungs– und Motivationsstation für Drogenabhängige in der Tübinger Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Ziel dieser Station ist es, den Abhängigen von illegalen Drogen, die bisher auf verschiedenen allgemeinspsychiatrischen Stationen behandelt wurden, ein an ihre Bedürfnisse angepasstes, speziell auf die Suchtproblematik ausgelegtes Angebot zu schaffen, das durch die Einheit einer eigenen Station erheblich gefördert wird.

1.5.1 Aufnahme

Einziges Aufnahmekriterium auf die Station ist der Wunsch zu entgiften und die Einhaltung des Aufnahmetermins. Insbesondere die Motivation des Patienten zur Entgiftung wird zunächst nicht bewertet. Das Erstgespräch findet zwischen behandelndem Arzt, Patient und Bezugsperson aus dem Pflegepersonal statt. Es wird eingegangen auf die Suchtanamnese, soziale und familiäre Situation des Patienten, Motivationen zur Entgiftung und Zukunftspläne. Im freien Interview wird ein psychopathologischer Befund erhoben.

1.5.2 Entgiftung

Der Patient wird bei Aufnahme über die drei Entgiftungsarten informiert, zwischen denen er wählen kann, Arzt und Patient legen gemeinsam die Medikation und Behandlungsdauer fest. Beim reinen Opiatentzug kann sich der Patient entscheiden für:

- **Medikamentenfreie Entgiftung:** Diese Form des Entzugs („kalt“) dauert sieben Tage, und es werden keinerlei Medikamente verabreicht. Die medikamentenfreie Entgiftung birgt die Gefahr der starken Entzugssymptomatik und wird deshalb vor allem Patienten geraten, die erst seit kurzem Opiate konsumieren, z.B. Rückfallpatienten einer Langzeittherapie.
- **Medikamentengestützter Entzug:** Hier werden zur Behandlung der Entzugssymptomatik Antidepressiva wie Doxepin oder auch niedrigpotente Neuroleptika wie Melperon eingesetzt. Der Entzug dauert entsprechend länger: mindestens 14 Tage.
- **Opiatgestützter Entzug:** Auch hier werden gegen die Entzugssymptomatik Antidepressiva und Neuroleptika eingesetzt, zusätzlich erhält der Patient in den ersten Tagen Levomethadon, das innerhalb der ersten ein bis zwei Wochen ausgeschlichen wird. Die Dauer dieses „warmen“ Entzugs beträgt mindestens drei Wochen (Dedner, 2002).

1.5.3 Polytoxikomanie

Polytoxikomanie bezeichnet den gleichzeitigen oder nachfolgenden Gebrauch mehrerer verschiedener psychotroper Substanzen. Patienten in psychiatrischen Kliniken sind zu 80% mehrfachabhängig (Ladewig & Petitjean, 1999). Für sie bietet es sich an, unter anfänglicher Opioidsubstitution zuerst schrittweise von den anderen Substanzen zu entgiften und erst anschließend das Opioid auszuschleichen. Der überwiegende Teil der Patienten weist psychopathologische

Störungen und Verhaltensstörungen auf. Am häufigsten ist das Nebeneinander von Opioiden, Alkohol, Kokain, Benzodiazepinen und Cannabis.

1.5.4 Entlassmodus

Auf der Entgiftungsstation der Tübinger Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie gilt eine Entgiftung dann als regulär abgeschlossen, wenn die Behandlung bis zum bei Aufnahme festgelegten Termin durchgeführt wurde, unabhängig von einem positiven Drogenscreening. Ist die Drogenfreiheit bis zu diesem Termin noch nicht erreicht, kann der Patient die Behandlungsdauer verlängern.

1.6 Fragestellung und Ziel der Studie

Diese Studie ist gegliedert in einen ersten rein retrospektiven Teil, in dem in einer deskriptiven Studie die Frage nach der Häufigkeit von Doppeldiagnosen bei Opiatabhängigen auf der Entgiftungsstation der Tübinger Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie geklärt und anhand anderer Studien diskutiert wird. Es sollen Problemfelder aufgezeigt werden, die bei der Diagnosestellung und bei der späteren Versorgung von Suchtpatienten mit psychiatrischer Komorbidität auf dieser Entgiftungsstation im Vordergrund stehen. Im zweiten Teil der Studie soll untersucht werden, in wieweit der Einsatz standardisierter psychologischer Fragebögen zur Verbesserung der psychiatrischen Diagnosestellung beitragen kann. Hierfür werden die Ergebnisse der SKID II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM–IV, Achse II) und SCL–90–R (Symptom Check List) Fragebögen mit den unabhängig davon nach ICD–10 gestellten Diagnosen der Stationsärzte verglichen.

2 Material und Methodik

Die Arbeit gliedert sich in einen ersten retrospektiven Teil und einen zweiten prospektiven Teil.

2.1 Auswahl der Patienten

Im ersten Teil der Studie wurden alle Patienten miteinbezogen, die im Kalenderjahr 2002 auf die Entgiftungsstation A6 der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen aufgenommen wurden ($n = 247$). Von diesen Patienten wurden über die Tübinger Basisdokumentation Daten zu Diagnose, Aufenthaltsdauer, Entlassmodus und soziodemographische Daten ausgewertet. Patienten mit psychiatrischer Doppeldiagnose wurden anhand der Krankenakten genauer untersucht. Im zweiten Teil der Studie wurden Patienten untersucht, die im Zeitraum vom 1. Juli bis zum 1. September 2004 auf die Entgiftungsstation A6 mit der Diagnose einer Opiatabhängigkeit oder Politoxikomanie aufgenommen wurden. Das Vorliegen einer Doppeldiagnose war hier nicht entscheidend für die Aufnahme in die Studie. Von den insgesamt 59 Patienten flossen 30 in die Studie ein, die sich nach Aufklärung über die Ziele und Hintergründe der Studie bereit erklärten, zwei psychologische Fragebögen auszufüllen.

2.2 Datenerhebung

Zur Erhebung der Daten wurde auf die Tübinger Basisdokumentation zugegriffen, die alle Patienten anonymisiert bei Aufnahme und Entlassung erfasst und Informationen über Diagnose, Aufenthaltsdauer Entlassmodus und soziodemographische Daten enthält. Für Patienten mit Doppeldiagnose wurde ein zweiseitiger Datenerhebungsbogen (siehe Abbildungen 5.1 und 5.2 auf Seite 57) entworfen, der in die fünf Bereiche „soziodemographische Daten“, „berufliche Bildung“, „stationäre Daten“, „suchtmedizinische Daten“ und „Komorbiditäten“ gegliedert ist. Bei der Auswahl der Bereiche wurden die in anderen Studien ausgewählten Faktoren berücksichtigt. Da der erste Teil der Studie rein retrospektiv ist, wurden die Patienten nicht speziell nach diesen Faktoren befragt, sondern die relevanten Daten wurden nur anhand der Anamnesebögen, der Verlaufsprotokolle und den Arztbriefen aus den Patientenakten erhoben. Im zweiten Teil der Studie wurden mit dem selben Datenerhebungsbogen gearbeitet. Die Daten wurden wieder anhand der Patientenakten, aber teils auch durch Patientenbefragung erhoben. Bei den Fragebögen handelte es sich um die etablierten psychologischen Fragebögen SCL-90-R (Symptom Checklist 90-R) und SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview für Achse II Störungen). Die Fragebögen wurden immer innerhalb der ersten Woche, meist drei bis vier Tage nach Aufnahme auf die Station von den Patienten selbständig ausgefüllt. Die Diagnosestellung durch den behandelnden Arzt erfolgte unabhängig von der Testdurchführung und Auswertung.

2.3 SCL-90-R

Die SCL-90-R (Symptom Check List (Derogatis, 1977)) ist ein 90 Fragen umfassendes psychodiagnostisches Instrument, mit dem in unserer Studie die psychische Belastung im Zeitraum der stationären Entgiftung gemessen wurde.

Der Fragebogen geht auf neun psychopathologische Bereiche ein und bezieht sich auf den psychischen Belastungszustand der Patienten in den letzten sieben Tagen. Die Bereiche umfassen Somatisierung, Zwang, Unsicherheit, Depression, Angst, Aggression, Phobie, paranoides Denken, und Psychotizismus. Außerdem werden aus den Antworten drei globale Kennwerte errechnet, der GSI (Global Severity Index), der PST (Positive Symptom Global) und der PSDI (Positive Symptom Distress Index).

2.4 SKID-II

Das strukturierte klinische Interview für Achse-II Diagnosen (nach DSM-IV), also für Persönlichkeitsstörungen, wurde in einigen Studien als diagnostisches Instrument zur Erhebung von Doppeldiagnosen in Form der Persönlichkeitsstörungen benutzt. Das SKID-II (Wittchen et al., 1997) besteht aus einem Fragebogen mit 117 Fragen, die die Merkmale der nach DSM-IV eingeteilten Persönlichkeitsstörungen abfragt. Der Fragebogen wird nach Anzahl der „ja“-Antworten bewertet, bei erhöhter Anzahl an „ja“-Antworten wird das klinische Interview durch geschulte Interviewer durchgeführt, indem die mit „ja“ beantworteten Fragen nochmals gestellt werden und nochmals ausgewertet werden. Von diesem zweistufigen Verfahren wurde nur der Screeningtest durchgeführt und die Anzahl an „ja“-Antworten ausgewertet. Welche Fragen einer Störung zuzuordnen sind, ist dem Handbuch zu entnehmen. Zudem sind dem SKID sog. „Cutoff“-Werte beigefügt. Hierbei handelt es sich um Zahlenwerte, welche ausdrücken, ab welcher Anzahl von „ja“-Antworten zu einem Störungsbild tatsächlich eine Persönlichkeitsstörung bzw. Akzentuierung vermutet werden kann, so dass auf standardisierte Werte zurückgegriffen wurde.

2.5 Statistische Auswertung

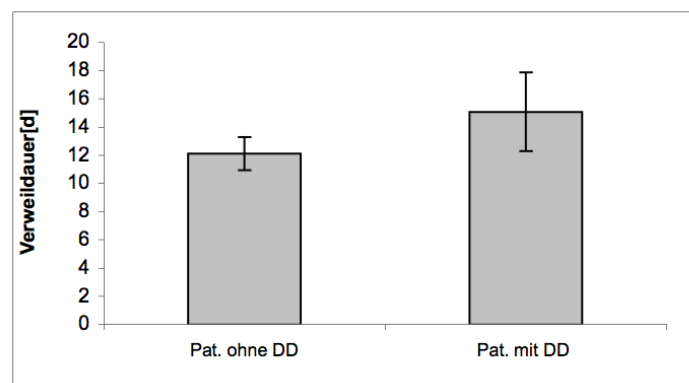
Die Daten, die mit Hilfe der Basisdokumentation erhoben wurden, konnten statistisch ausgewertet werden. Trotz fehlender Normalverteilung der Gruppen konnte wegen der hohen Fallzahlen zum Vergleich der Mittelwerte ein zweiseitiger t -Test für gleiche Varianzen durchgeführt werden (Student). Als Signifikanzniveau wurden 5% angesetzt ($p = 0.05$). Das Signifikanzniveau wurde für mehreres Testen nach der Methode von Bonferroni–Holm angepasst. Für die Gruppenvergleiche von nicht-kontinuierlichen Datenreihen wurde der Fisher’s exact test durchgeführt. Als Signifikanzniveau wurde auch hier 5% (2–Tail = 0.05) angesetzt. JMP IN für Windows wurde für die statistische Auswertung verwendet.

3 Ergebnisse 1. Teil

Von insgesamt 247 im Jahr 2002 aufgenommenen Patienten auf der Entgiftungsstation hatten 48 Patienten eine Doppeldiagnose. Das entspricht 19.4%.

3.1 Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Doppeldiagnose

Die durch die Basisdokumentation erhobenen Daten ergaben folgende Ergebnisse: 47 der 48 Patienten mit psychiatrischer Doppeldiagnose wurden in der Basisdokumentation erfasst.



		mean	Lower 95%	Upper 95%	
Pat. ohne DD	n = 247	12.09	10.91	13.27	p = 0.054
Pat. mit DD	n = 47	15.06	12.28	17.85	

Abbildung 3.1: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Patienten mit bzw. ohne Doppeldiagnose

Es zeigt sich der deutliche Trend, dass Doppeldignosepatienten eine längere Entgiftungstherapie benötigen als Patienten ohne Doppeldiagnose (Abbildung 3.1 auf der vorherigen Seite). Betrachtet man hier nur die Patienten, die die Therapie regulär beendet haben, wird das Ergebnis statistisch signifikant (Abbildung 3.2).

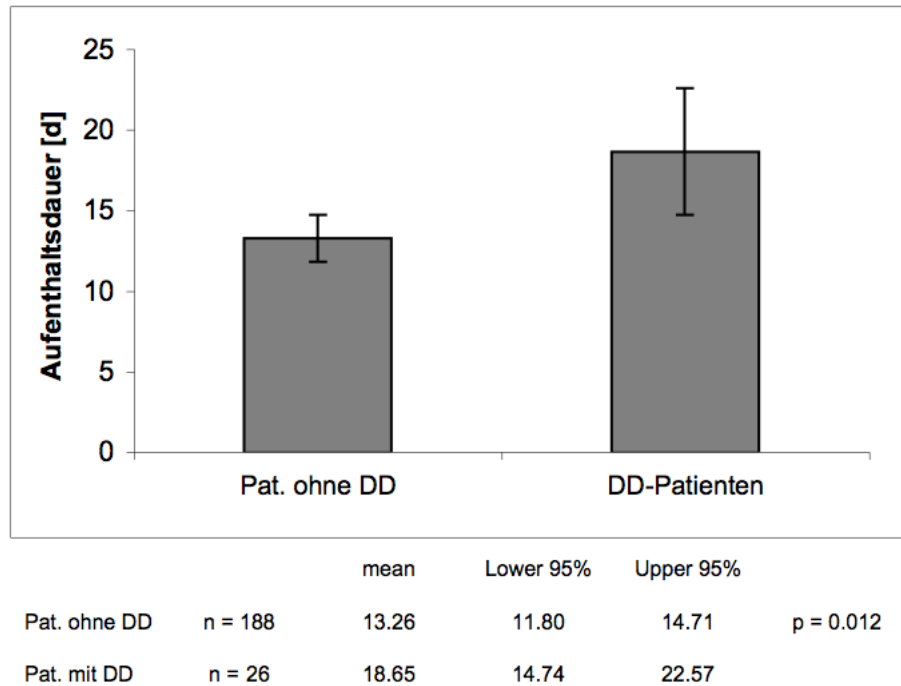
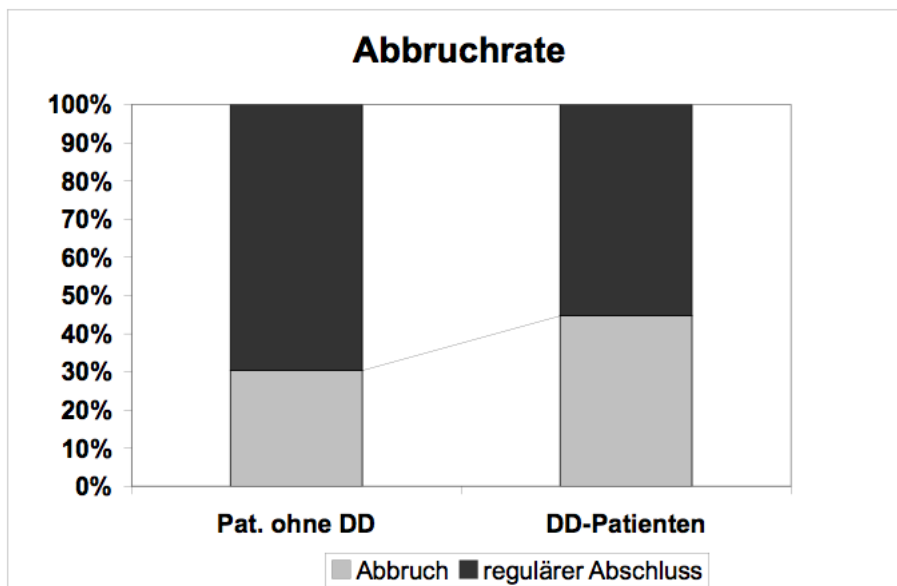


Abbildung 3.2: Patienten mit bzw. ohne Doppeldiagnose, die die Therapie beendeten

Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die Abbruchrate der Doppeldiagnosepatienten im Vergleich zu den restlichen Patienten deutlich höher liegt, nämlich bei ca. 45% (n = 21) gegenüber 30% (n = 74) bei den restlichen Patienten. Dieses Ergebnis ist jedoch nicht signifikant (Abbildung 3.3 auf der nächsten Seite).

Aus den übrigen Daten der Basisdokumentation (soziodemographische Daten, stationäre Daten und Daten zur medizinischen Behandlung während des Aufenthalts) konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit oder ohne Doppeldiagnose aufgezeigt werden. Es zeichnen sich jedoch Trends ab, dass Patienten mit Doppeldiagnose häufiger allein leben, während



Pat. mit DD: n = 47, Pat. ohne DD: n = 247

Abbildung 3.3: Therapieabbrüche, Vergleich Doppeldiagnosepatienten/Patienten ohne DD

der Therapie öfter mit Antidepressiva behandelt werden müssen und häufiger substituiert werden (Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1: Unterschiede Patienten mit/ohne Doppeldiagnose

	Patienten mit Doppeldiagnose (n =)	Patienten ohne Doppeldiagnose (n =)	Signifikanz-niveaun (fisher´s exact test)
<i>Leben ...</i>			
Alleine	31	115	0.07
In Gemeinschaft	16	109	
<i>Therapie</i>			
mit Antidepressiva	24	90	0.06
ohne Antidepressiva	23	155	
<i>Substitution</i>			
Ja	34	12	0.06
Nein	12	97	

Zwischen den beiden Gruppen konnten keine Unterschiede in Daten zum Schulabschluss, beruflicher Bildung und Arbeitssituation gefunden werden. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich nur auf die Patienten mit Doppeldiagnose.

3.2 Psychiatrische Komorbidität

3.2.1 Häufigkeit psychiatrischer Komorbidität

Die psychiatrischen Doppeldiagnosen (n = 53, da es fünf Dreifachdiagnosen gab) nach dem ICD–10-Schlüssel haben sich, wie in der Abbildung 3.4 ersichtlich, folgendermaßen aufgliedert:

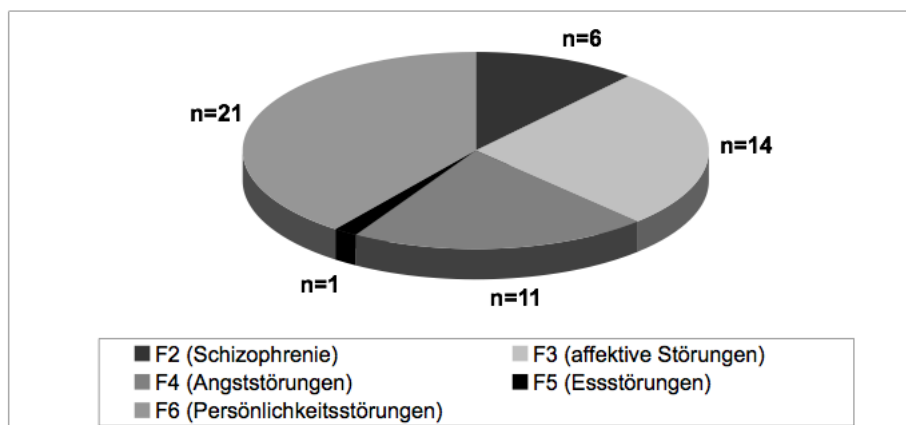


Abbildung 3.4: psychiatrische Komorbidität bei Opiatabhängigen der UKPPT 2002 (nach ICD–10)

In der Tabelle 3.2 auf der nächsten Seite ist die Verteilung der gestellten Diagnosen zusammengefasst.

Die am häufigsten gestellte Diagnose war die Persönlichkeitsstörung, wobei sie praktisch genauso oft als gesicherte wie auch als Verdachtsdiagnose vorkam. Bei der großen Mehrheit der Frauen (n = 6) bestand die Doppeldiagnose in einer Persönlichkeitsstörung, während die sechs F2–Diagnosen ausschließlich bei

Tabelle 3.2: Übersicht der Diagnosenverteilung

Komorbidität	Diagnosen gesamt (n =)	Sichere Diagnosen (n =)	Verdachts- diagnosen (n =)	Männer (n =)	Frauen (n =)
F6 (Persönlichkeits- störungen)	21	11	10	15	6
F5 (Ess- störungen)	1	1	0	1	0
F4 (Angst- störungen)	11	5	6	9	2
F3 (affektive Störungen)	14	8	6	11	3
F2 (Schizo- phrenie)	6	4	2	6	0

den Männern vorkamen. Bei den übrigen F–Diagnosen ist das Männer/Frauen–Verhältnis ausgeglichen. Insgesamt ist ein hoher Anteil an Verdachtsdiagnosen festzustellen.

3.2.2 Frühere psychiatrische Behandlung

Hier wurde untersucht, welche Patienten schon einmal in der Psychiatrie stationär behandelt worden waren oder in wieweit eine ambulante Psychotherapie vor diesem Aufenthalt auf der Entgiftungsstation stattfand. Eine ambulante Psychotherapie bzw. Psychoanalyse fand bisher nur bei vier dieser Patienten mit Doppeldiagnose statt und nur ein Patient (F2–Diagnose) war bisher stationär auf einer anderen psychiatrischen Station behandelt worden.

3.2.3 Entlassmedikation

Eine psychiatrische Entlassmedikation erhielt nur ein kleiner Teil der Patienten. Alle Patienten mit diagnostizierter Psychose oder dem Verdacht auf eine solche bekamen als Entlassmedikation ein Neuroleptikum. Von den Patienten mit F3, F4 oder F6 Diagnose nach ICD–10 bestand nur bei jeweils zwei Patienten eine psychiatrische Entlassmedikation, wobei es sich hier um Antidepressiva handelte (meist Doxepin).

3.3 Soziodemographische Daten

3.3.1 Alter und Geschlecht der Patienten

Mit dem Datenerhebungsbogen wurden Daten von 11 Frauen und 37 Männern erhoben. Das durchschnittliche Alter der Patienten mit Doppeldiagnose lag bei 33.3 Jahren, dabei waren die Frauen mit einem Durchschnittsalter von 31.4 Jahren jünger als die Männer mit einem durchschnittlichen Alter von 33.9 Jahren (Abbildung 3.5).

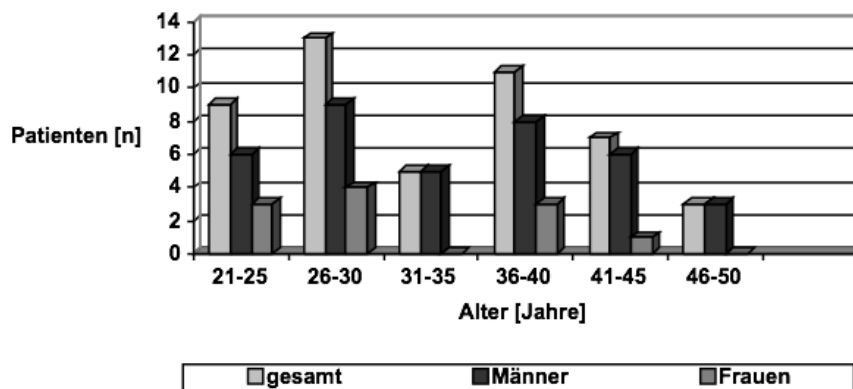


Abbildung 3.5: Altersverteilung

Der Altersgipfel lag bei Männern und Frauen zwischen 26 bis 30 Jahren.

3.3.2 Alter bei Erstaufnahme

Das Alter bei Erstaufnahme auf die Station A6 betrug im Durchschnitt 30.3 Jahre und liegt bei den Frauen mit durchschnittlich 26.6 Jahren deutlich niedriger als bei den Männern mit 31.3 Jahren (Abbildung 3.6).

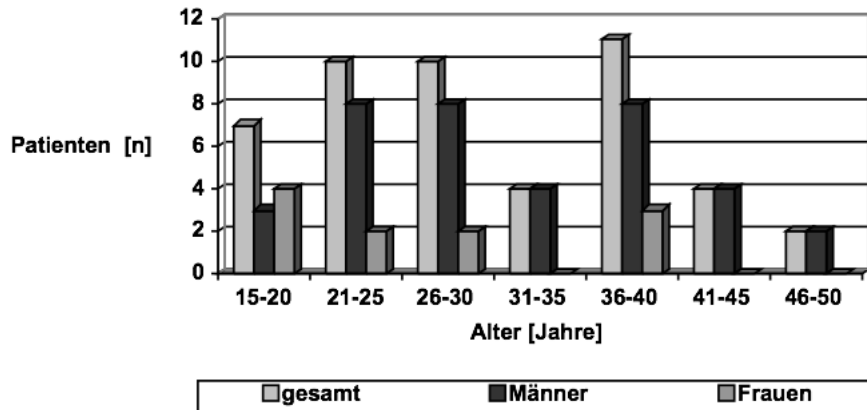


Abbildung 3.6: Alter bei Erstaufnahme

3.3.3 Wohnsituation

Der größte Teil ($n = 36$) der Patienten kam nicht aus dem Stadtgebiet Tübingens, was das überregionale Versorgungsgebiet der Entgiftungsstation illustriert. Zwölf Patienten waren zum Zeitpunkt der Erhebung in Tübingen wohnhaft. 26 Patienten gaben an, alleine zu wohnen, 10 mit ihrem Partner, 7 bei den Eltern, 3 in einer WG/betreutes wohnen, 1 beim Sohn. Ein Patient war wohnsitzlos.

3.3.4 Familienverhältnisse

Von den 48 Patienten waren 23 entweder verheiratet oder lebten in fester Partnerschaft, 25 waren ledig oder geschieden. 19 der Patienten gaben an ein gu-

tes, 19 ein mäßiges Verhältnis zur Familie zu haben, bei 10 Patienten wurde das Verhältnis zur Familie als schlecht bezeichnet oder es bestand kein Kontakt. Von den 48 Patienten waren 30 kinderlos, 18 hatten eines oder mehrere Kinder.

3.3.5 Haftzeiten

Haftaufenthalte bzw. aktenkundige Verstöße gegen das BtmG sind bei 14 der untersuchten Patienten aus den Akten ersichtlich. Diese Zahl kann aber als deutlich zu niedrig angesehen werden und möglicherweise auf ungenaue Dokumentation zurückzuführen sein.

3.4 Ausbildung/ Beruf

21 Patienten schlossen die Hauptschule ab, zwölf die Realschule, neun das Gymnasium, sechs haben keinen Schulabschluss. 29 Patienten begannen eine Lehre, von denen sechs diese abbrachen. Fünf der Patienten absolvierten/absolvieren ein Studium, von denen es einer abbrach. Eine Ausbildung hatten 14 Patienten begonnen. 19 der Patienten sind schon ein Jahr oder länger arbeitslos und fünf Patienten haben noch nie gearbeitet. Nur sechs Patienten gaben an, aktuell in einem Beschäftigungsverhältnis zu stehen, ein Patient befand sich zur Zeit des Aufenthalts in Ausbildung. Die übrigen Patienten gaben an, ab und zu zu arbeiten.

3.5 Stationäre Daten

3.5.1 Vorherige Aufnahmen und Abbruchrate

Von den 48 Patienten waren 18 zum ersten Mal und zehn Patienten zum zweiten Mal auf der Entgiftungsstation A6. Ein großer Teil der Patienten war jedoch schon öfter als zweimal in Tübingen zur Entgiftung; so waren zwölf Patienten schon mindestens zum vierten Mal da. Sieht man sich die Diagnosestellung genauer an, kann man den Trend erkennen, dass die Wahrscheinlichkeit einer manifesten psychiatrischen Zweitdiagnose mit steigender Aufenthaltsfrequenz steigt. Unter den 48 Doppeldiagnosen sind 25 manifeste Diagnosen und 23 Verdachtsdiagnosen, also fast gleich viele. Unter den sicheren Diagnosen haben zehn Patienten schon mehr als zwei Aufenthalte auf der Entgiftungsstation hinter sich, während unter den Verdachtsdiagnosen nur vier Patienten schon häufiger als zwei Mal in Tübingen entgiftet haben. Bei den Patienten mit mehr als drei Aufenthalten fällt eine erhöhte Abbruchrate auf: nur drei der zwölf Patienten schlossen die Therapie regulär ab. Insgesamt haben 50% der Patienten mit diagnostizierter Komorbidität die Therapie regulär abgeschlossen.

3.5.2 Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei 15 Tagen, wobei die Dauer der Aufenthalte zwischen einem und 60 Tagen lag.

3.5.3 Anschlusstherapie

23 Patienten hatten durch den regulären Therapieabschluss die Voraussetzungen, eine stationäre Anschlusstherapie anzutreten, was 13 Patienten auch taten. Jedoch wurden nur sieben von ihnen bezüglich ihrer psychiatrischen Komorbidität weiterbehandelt. Fünf Patienten bekamen einen Therapieplatz in der

speziell auf Patienten mit Doppeldiagnose ausgerichteten Klinik in Eiterbach. Acht Patienten wurden in eine ambulante Weiterbehandlung entlassen und zwei Patienten wurden in die Behandlung eines niedergelassenen Psychiaters entlassen (Abbildung 3.7).

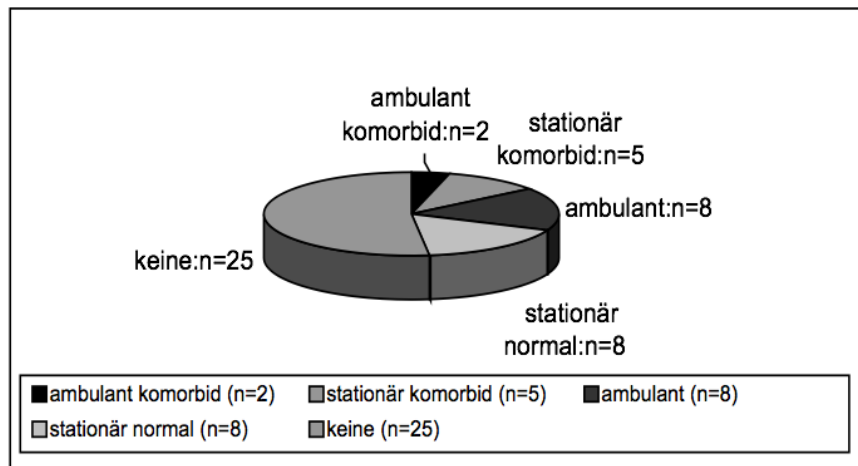


Abbildung 3.7: Anschlusstherapie

Auffallend ist auch die Verteilung der Anschlusstherapien nach Komorbiditäten. Die Patienten mit F4–Diagnosen wurden am häufigsten weiterbehandelt und in spezielle Einrichtungen für Doppeldiagnose–Patienten entlassen, während kein einziger der Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung eine spezielle Anschlusstherapie antrat. Insgesamt wurde bei diesen Patienten auch der kleinste Teil ($n = 3$) überhaupt in eine Anschlusstherapie entlassen (Abbildung 3.8 auf der nächsten Seite).

3.5.4 Aufnahme– und Entlassmodus

29 Patienten traten eine Totalentgiftung an, wovon 18 die Therapie frühzeitig abbrachen. Von den zwölf Patienten, die zur Teilentgiftung kamen, brachen nur drei ab. Sechs Patienten wurden zur Krisenintervention aufgenommen.

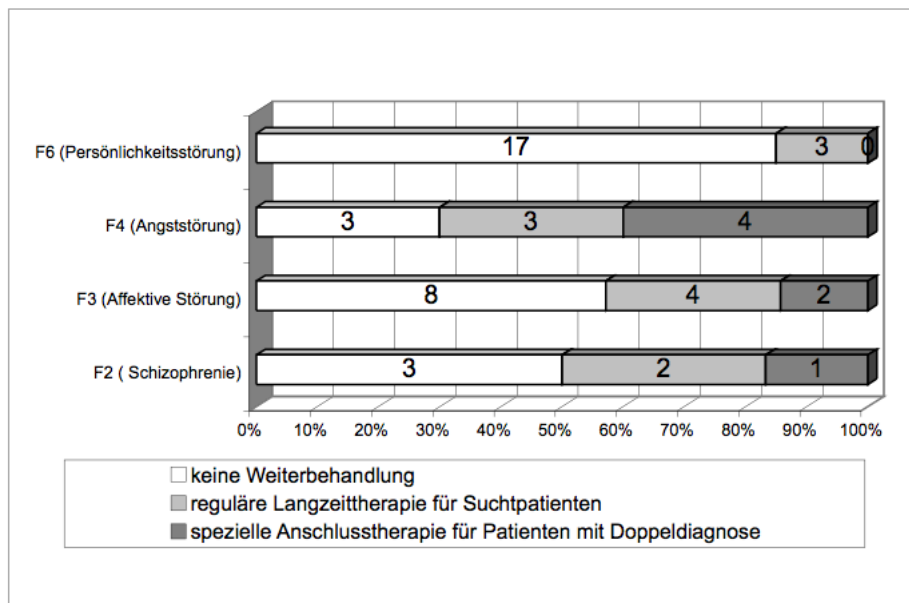


Abbildung 3.8: Anschlusstherapie nach ICD–10 Diagnosen (Auf die Darstellung der F5–Diagnose wurde verzichtet, da dieser Patient auch eine F6–Diagnose erhielt und somit in dieser Säule enthalten ist. Er erhielt keine Anschlusstherapie.)

3.6 Suchtmedizinische Daten

Die meisten Patienten sind substituierte Polytoxikomane mit Beikonsum. Auch substituierte Patienten mit reiner Opiatabhängigkeit gaben meist noch einen Beikonsum von Opiaten an. Neun Patienten wurden nicht substituiert.

3.6.1 Einstiegsdroge und Einstiegsalter

Als illegale Einstiegsdroge gaben über 90% der Patienten Cannabis an. Das Drogeneinstiegsalter lag zwischen zehn und 27 Jahren, 34 der Patienten hatten den ersten Drogenkontakt bereits vor oder im 15. Lebensjahr. Der Heroineinstieg liegt bei den meisten Patienten zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr. Bei den Patienten mit Heroineinstieg nach dem 30. Lebensjahr handelt es sich um Codein– bzw. Schmerzmittelabhängige (Abbildung 3.9 auf der nächsten Seite).

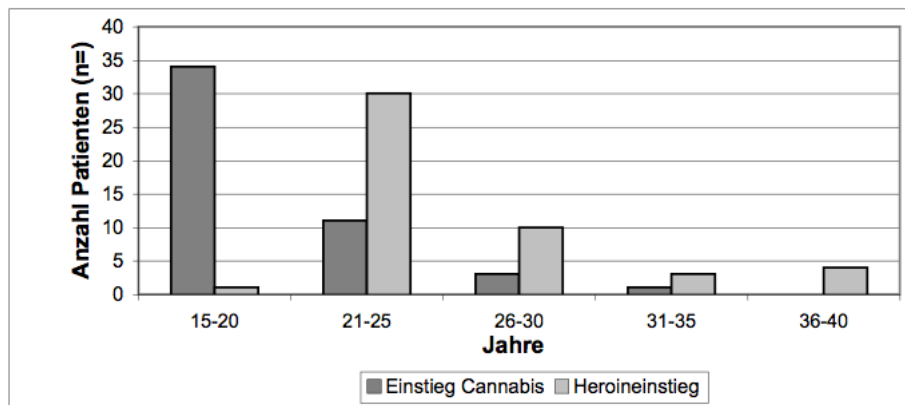


Abbildung 3.9: Drogeneinstiegsalter

3.6.2 Somatische Begleiterkrankungen

32 der Patienten sind an einer chronischen Hepatitis C Infektion erkrankt, wobei bei 3 Patienten auch eine durchgemachte Hepatitis B bekannt war. In dieser Patientengruppe waren ein HIV-positiver Patient und ein Patient, der zusätzlich positiv auf TBC und Toxoplasmose getestet wurde. Bei 16 Patienten war keine somatische Erkrankung vorhanden.

3.6.3 Suizidgedanken/ Suizidversuche

Zwei Patienten kamen nach einem aktuellen Suizidversuch auf die Entgiftungsstation. Zehn Patienten gaben anamnestisch an, früher Suizidversuche begangen zu haben, und fünf gaben aktuelle Suizidgedanken an. Auffallend viele, nämlich neun der Patienten mit Suizidversuch, waren Patienten mit einer F6 (Persönlichkeitsstörung)-Diagnose.

4 Ergebnisse 2. Teil

Der zweite Teil der Studie berücksichtigte alle Patienten, die im Zeitraum zwischen dem 1. Juli und dem 30. September 2004 auf die Entgiftungsstation der UKPPT aufgenommen wurden und opiatabhängig waren (n = 59). Es erklärte sich insgesamt gut die Hälfte (n = 30) dieser Patienten bereit, die für diese Studie notwendigen Fragebögen SCL-90-R und SKID II-Screening auszufüllen. Es werden die Patienten mit Doppeldiagnose mit den Patienten mit erhöhten Belastungswerten im SCL-90-R und der gesamten Stichprobe verglichen.

4.1 Komorbidität

4.1.1 Häufigkeit des Auftretens psychiatrischer Komorbidität in der 2. Patientengruppe

Die diagnostizierten komorbiden psychiatrischen Störungen der zweiten Patientengruppe gliederten sich, wie in der Abbildung 4.1 auf der nächsten Seite dargestellt, auf.

Acht der 30 Patienten bekamen von den Stationsärzten eine Doppeldiagnose gestellt (Einer dieser Patienten erhielt zwei psychiatrische Doppeldiagnosen, Essstörung und Persönlichkeitsstörung). Wie im ersten Teil der Studie war auch hier die Persönlichkeitsstörung die am häufigsten gestellte Diagnose (n = 4). Die affektiven Störungen lagen mit n = 2 an zweiter Stelle.

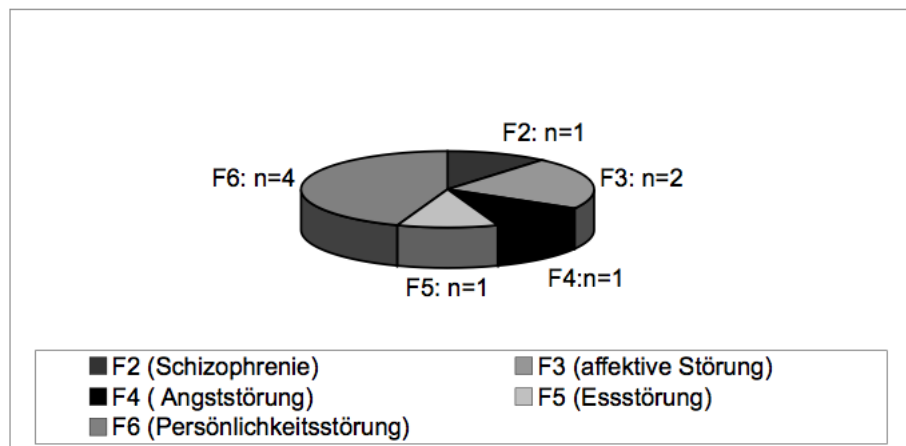


Abbildung 4.1: psychiatrische Komorbidität (nach ICD–10), zweite Patientengruppe

4.1.2 SCL–90–R: Auswertung

28 Patienten füllten die SCL–90–R aus. Die T-Werte der einzelnen Kategorien lagen insgesamt in den meisten Kategorien höher als die Werte einer gesunden Probandenstichprobe (T-Werte zwischen 40 und 60). Ausnahmen bildeten hier die Kategorien Unsicherheit (\emptyset T-Wert: 58), Aggressivität (60), Phobie (59.7) und Paranoia (56). Am weitesten weicht die Stichprobe in den Kategorien Somatisierung (67.3), Angst (65.7) und Depression (65.3) von der Norm ab (Abbildung 4.2 auf der nächsten Seite).

Die Patienten, die tatsächlich eine Doppeldiagnose gestellt bekamen, liegen im Mittel in allen Einzelkategorien über den Werten der restlichen Patienten. Vier der acht Patienten mit Doppeldiagnose haben deutlich erhöhte globale Kennwerte in der SCL–90–R. Das waren die Patienten mit einer Angststörung und einer affektiven Störung. Die Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung hatten Werte im Normbereich. Sieht man sich die Tests der einzelnen Patienten an, so gibt es insgesamt zwölf Patienten, deren globale Belastungswerte stark erhöht sind, die T-Werte über zwei Standardabweichungen über dem Wert der Normalstichprobe liegen. Die SCL–90–R untermauert also zusätzlich die gestellten

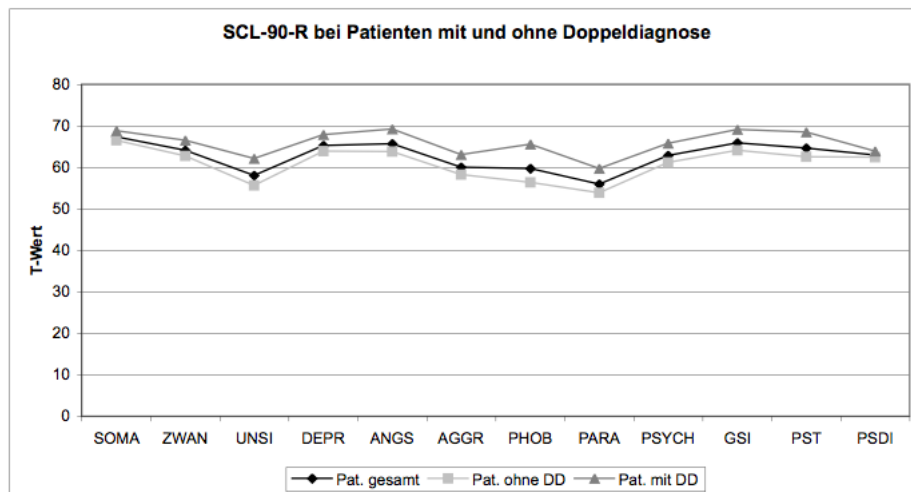


Abbildung 4.2: Patientengruppe 2: psychische Belastungssituation, gemessen mit der SCL-90-R (Legende: T-Werte zwischen 40 und 60 entsprechen einem unauffälligem Test. Kategorien: Somatisierung, Zwang, Unsicherheit, Depressivität, Angst, Aggressivität, Phobie, paranoides Denken, Psychotizismus, allg. Belastungssituation (GSI, PST, PSDI))

Doppeldiagnosen, zeigt aber auch bei Patienten ohne Doppeldiagnose Symptome möglicher psychiatrischer Komorbidität auf.

4.1.3 SKID II: Auswertung

Zur Erfassung von Persönlichkeitsakzentuierungen, wurde der SKID-II-Screeningfragebogen von 25 Patienten ausgewertet. Das gravierendste Ergebnis ist, dass kein einziger Patient in diesem Test völlig normal abgeschnitten hat. Mindestens in einer Kategorie hatte jeder Patient eine Persönlichkeitsakzentuierung, häufiger waren jedoch zwei oder mehr Kategorien auffällig (Abbildung 4.3 auf der nächsten Seite).

Am häufigsten waren wie erwartet die antisoziale Persönlichkeitsakzentuierung ($n = 17$), gefolgt von der paranoiden ($n = 11$), der emotional-instabilen Persönlichkeitsakzentuierung ($n = 10$), der negativistischen ($n = 10$) und der zwanghaften ($n = 10$) Persönlichkeitsakzentuierung. Acht der 30 Patienten waren in mehr als fünf Kategorien auffällig.

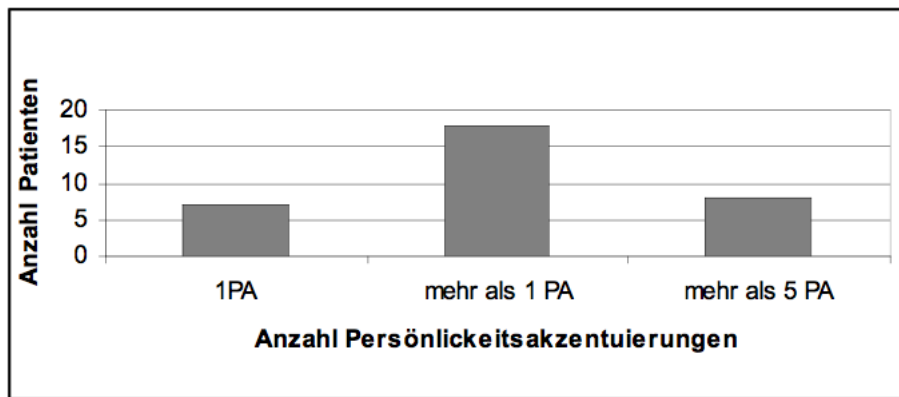


Abbildung 4.3: Persönlichkeitsakzentuierungen pro Patient

Von den vier Patienten, die die Doppeldiagnose Persönlichkeitsstörung erhielten, nahmen drei am SCID II Screening teil. Alle drei Patienten hatten in mehr als fünf Kategorien erhöhte Werte. Allerdings gab es noch fünf weitere Patienten ohne Doppeldiagnose, die in mindestens fünf Kategorien Anzeichen einer Persönlichkeitsstörung aufwiesen, aber keine PS diagnostiziert bekommen hatten (Abbildung 4.4).

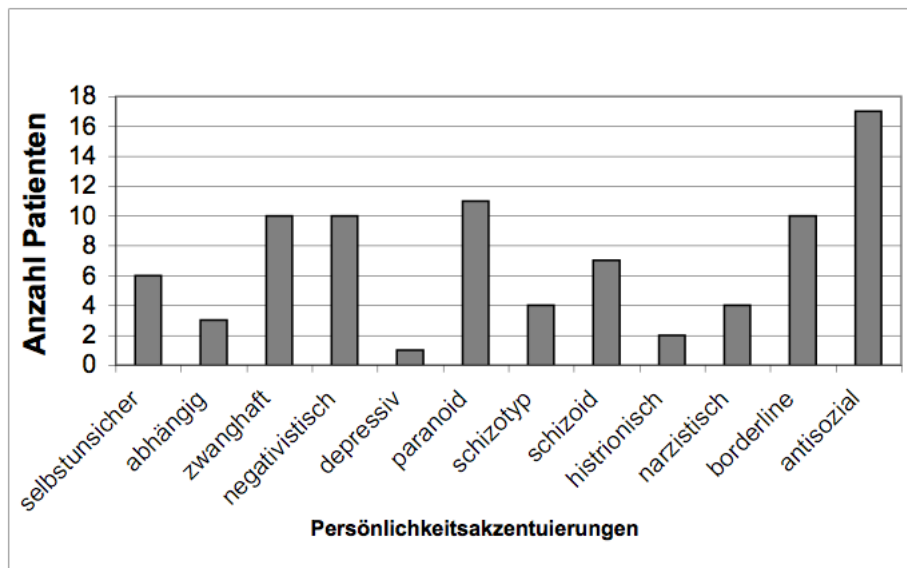


Abbildung 4.4: SKID II-Screening: Häufigkeit der Persönlichkeitsakzentuierungen

4.2 Soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Daten sind in Tabelle 4.1 dargestellt.

Tabelle 4.1: Soziodemographische Daten der 2. Stichprobe

Patienten	Gesamt	Doppeldiagnose	SCL-90 GSI erhöht
Gesamt	30	8	10
männlich	23	7	9
weiblich	7	1	1
<i>Alter</i>			
Durchschnitt	30.1	32.6	33.9
Median	30	33	35
<i>Alter bei Erstaufnahme</i>			
Durchschnitt	29.9	30	32.3
Median	30	31	35
<i>Eigene Kinder</i>			
ja (n =)	12	6	3
nein (n =)	18	2	7
<i>wohnhaft</i>			
Tübingen (n =)	5	1	2
außerhalb (n =)	25	7	8
<i>Haftzeiten</i>			
ja (n =)	14	6	6
nein (n =)	16	2	4
<i>Kontakt zur Familie</i>			
gut (n =)	9	2	1
mäßig (n =)	6	6	5
kein (n =)	15	0	4
<i>Beziehungsstatus</i>			
verheiratet/Partner (n =)	10	4	1
ledig/geschieden (n =)	20	4	9
<i>Wohnsituation</i>			
ohnsitzlos (n =)	1	0	0
WG (n =)	2	1	0
Partner/Eltern (n =)	14	2	3
allein (n =)	11	5	7

Bei dieser Stichprobe entspricht das Durchschnittsalter bei dem aktuellen Aufenthalts praktisch dem Alter bei der Erstaufnahme (durchschnittlich ca. 30 Jahre), da die meisten Patienten Erst- oder Zweitaufnahmen waren. Bei den Patienten mit Doppeldiagnose liegen im Mittel 2.6 Jahre zwischen Erstaufnahme und jetzigem Aufenthalt, bei den im SCL-90-R liegen im Durchschnitt 1.6 Jahre. Weiter fällt auf, dass in der SCL-90-R vor allem ältere Patienten erhöhte Belastungswerte zeigen. Die Mehrzahl der Patienten ist ledig oder geschieden ($n = 20$), trotzdem leben die meisten Patienten nicht alleine ($n = 16$). Die meisten Doppeldiagnosepatienten leben jedoch alleine, wie die meisten Patienten mit auffälligem SCL-90-R. Ein grosser Anteil der Patienten hat bereits Haftzeiten in der Vorgeschichte ($n = 14$). Auch hier ist auffallend, dass die meisten Patienten mit Haftzeit Doppeldiagnose haben oder im SCL-90-R auffällig sind.

4.3 Beruf/ Bildung

In der Tabelle 4.2 auf der nächsten Seite sind die bildungs- und berufsbezogenen Daten der 2. Stichprobe aufgeführt.

Es bestehen keine wesentlichen Unterschiede im Bildungs- und Berufsstand der Doppeldiagnosepatienten im Vergleich zu der gesamten Patientengruppe. Die meisten Patienten sind Hauptschulabsolventen, haben eine Lehre abgeschlossen und sind seit langem arbeitslos.

4.4 Stationäre Daten

Nachfolgend sind die stationären Daten der 2. Stichprobe dargestellt (Tabelle 4.3 auf Seite 42).

Bei den stationären Daten ist auffällig, dass die Patienten, die eine Doppeldiagnose erhielten, durchschnittlich schon häufiger vorherige Aufnahmen hatten

Tabelle 4.2: Beruf/ Bildung der 2. Stichprobe

Patienten	Gesamt (n =)	Doppeldiagnose (n =)	SCL-90 GSI (n =)
<i>Schulabschluss</i>			
Hauptschule	24	7	6
Realschule	3	0	1
Gymnasium	3	1	3
<i>Beruf</i>			
ja	16	4	6
nein	14	4	4
<i>Ausbildung</i>			
Lehre	16	3	6
Studium	2	1	1
keine	12	4	3
<i>Arbeitslos</i>			
nein	5	2	2
seit kurzem	5	1	2
seit langem	20	5	6

als die gesamte Stichprobe, während die im SCL-90-R auffälligen Patienten weniger häufige vorherige Aufnahmen hatten als die gesamte Stichprobe. Die Abbruchrate lag bei den Doppeldiagnosepatienten und den im Test auffälligen Patienten deutlich höher als insgesamt. Vermutlich ist deswegen die Aufenthaltsdauer bei den Doppeldiagnosepatienten durchschnittlich kürzer.

4.5 Suchtspezifische Daten

Im Folgenden sind die suchtspezifischen Daten der 2. Stichprobe zusammengefasst (Tabelle 4.4 auf Seite 43).

Bei 90% aller Patienten und 100% der Doppeldiagnosepatienten wurde die Diagnose Polytoxikomanie gestellt. Wie auch bei der ersten Stichprobe gaben fast alle Patienten als illegale Einstiegsdroge Cannabis an. Bei den somatischen Begleiterkrankungen steht Hepatitis C im Vordergrund (n = 19). Alle Patienten mit

Tabelle 4.3: Stationäre Daten der 2. Stichprobe

	Gesamt	Doppeldiagnose	SCL-90 GSI
<i>Vorherige Aufnahmen</i>			
Durchschnitt	1.10	1.8	0.7
Median	0	1	0
<i>Aufnahmemodus</i>			
Teilentgiftung	8	4	3
Totalentgiftung	12	4	7
<i>Anschluss therapie</i>			
ambulant	4	0	1
ambulant komorbid	1	1	1
stationär	8	1	2
stationär komorbid	1	0	0
<i>Aufenthaltsdauer in Tagen</i>			
Durchschnitt	16.4	11.6	14
Median		12	12.5
<i>Entlassungsmodus</i>			
Abbruch	10	5	5
disziplinarisch	2	0	0
regulär	17	3	5

einem aktuellen oder früheren Suizidversuch bekamen als Zweitdiagnose eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Bei den suchtspezifischen Daten gab es ansonsten keine Unterschiede zwischen Doppeldiagnosepatienten und der restlichen Stichprobe.

Tabelle 4.4: Suchtspezifische Daten der 2. Stichprobe

Patienten	Gesamt	Doppeldiagnose	SCL-90 GSI
Anzahl	30	8	10
<i>Alter (in Jahren)</i>			
Durchschnitt	30.1	32.6	33.9
Median		33	36.5
<i>Diagnose</i>			
Opiatabhängigkeit	3	0	2
Polytoxikomanie	27	8	8
<i>Einstiegsdroge</i>			
Cannabis	27	7	8
Kokain	2	1	2
Ecstasy	1	0	0
<i>Einstiegsalter (in Jahren)</i>			
Durchschnitt	15.5	15.6	16.3
Median		14.5	15
<i>Heroineinstieg (Alter in Jahren)</i>			
Durchschnitt	12.0	21	19.9
Median	19.5	19.5	19.5
<i>Somatische Begleiterkrankungen</i>			
Abszesse	4	3	0
HIV	0	0	0
Hepatitis C	19	3	7
Hepatitis B	8	2	2
<i>Suizidversuche</i>			
aktuell	2	2	1
früher	3	2	1
Suizidgedanken	2	0	1

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Methodik

Die Daten dieser retrospektiven Studie wurden anhand der Tübinger Basisdokumentation, von Anamnesebögen und Arztbriefen sowie weiteren aus den Akten ersichtlichen Informationen gewonnen. Die Fallzahlen der Daten aus der Basisdokumentation unterscheiden sich von der Anzahl der Patienten, weil manche Patienten 2002 mehrfach aufgenommen wurden. Aufgrund der ungenauen Dokumentation, sowohl in der Basisdokumentation als auch in den Anamnesebögen, konnten einige Informationen, die anfangs auf dem Datenerhebungsbogen aufgeführt wurden, nicht für alle Patienten gefunden werden. Somit konnte z.B. nicht untersucht werden, ob eine gerichtliche Auflage zur Durchführung einer Entgiftung auch bei uns, wie in anderen Studien berichtet (Strukturdaten von 2387 Drogenpatienten in Bayern (Erbas et al., 2003), zu einer geringeren Abbruchwahrscheinlichkeit führte. Aufgrund dieser schlechten Datenlage bleibt diese Studie mit ihrer Aussagekraft rein deskriptiven.

Psychologische Fragebögen SCL-90-R und SKID II

Für psychisch kranke Patienten existieren mehrere Tests, um eine Suchtproblematik festzustellen (z.B. der Drug Abuse Screening Test (Skinner, 1982)), während das Screening für psychiatrische Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankung ein wenig untersuchtes Gebiet darstellt. Die Überschneidung der Ent-

zugssymptomatik mit anderen psychischen Symptomen stellt dabei das größte Problem dar.

SCL-90-R (Franke, 1995)

Die SCL-90-R wurde in einigen Studien verwendet, um die psychische Belastung von Opiatabhängigen in der Entzugstherapie zu untersuchen (Verthein et al., 2000) und wird z.B. bei Ladewig und Petitjean (1999) als Screening für Opiatabhängige mit besonderer psychischer Zweitbelastung empfohlen. Hier wird erwähnt, dass die T-Werte des GSI bei einer Stichprobe Opiatabhängiger normalerweise zwischen 60 und 70 liegen, also durchaus erhöht im Vergleich zur Normalbevölkerung. Bei Opiatabhängigen mit Werten über 70 sollte jedoch erhöhte Aufmerksamkeit auf die Doppelbelastung gelenkt werden. Auch Frei und Rehm setzten 2002 in ihrer Studie die SCL-90-R ein. In dieser Studie galt für die SCL-90-R, dass die globalen Kennwerte GSI PST und PSDI bei Patienten mit einer Achse I oder Achse II Diagnose zusätzlich zur Suchterkrankung signifikant höher lagen als bei Patienten mit einer einfachen Suchterkrankung. Daraus wurde gefolgert, dass „die SCL-90 als praktikables, zeitsparendes Instrument im Rahmen der Selektion von Doppeldiagnosepatientinnen und -patienten dienen könnte“ (Frei & Rehm, 2002).

SKID II (Wittchen et al., 1997)

In dieser Studie wurde das SKID II nicht als Interview durchgeführt, sondern es wurde nur der SKID II Fragebogen als Screening verwendet. Dies mindert zwar die Reliabilität des Testes erheblich, jedoch ging es in dieser Studie nur darum, Tendenzen zu erkennen, denen durch eine objektivierte Grundlage (SKID II Fragebogen) möglicherweise in Zukunft besser nachgegangen werden kann. Es ging nicht darum, die klinische Diagnosestellung zu ersetzen, sondern ein einfach handhabbares Instrument zur Seite zu stellen. Die Schwierigkeiten bei der

Durchführung liegen wie bei vielen Tests in der Manipulierbarkeit durch den Patienten. Dazu muss der Patient überhaupt erst bereit sein, sich durch die zahlreichen Fragen zu arbeiten. Außerdem muss der Test unter Anleitung durchgeführt werden, da viele der untersuchten Patienten, die oft aus dem nicht deutschsprachigen Raum stammen, die Fragen nicht richtig verstehen, was wiederum einen zusätzlichen Zeitaufwand im Stationsalltag mit sich bringt.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

Prävalenz

In einer großen US–amerikanischen epidemiologischen Studie des NIMH (National Institut of Mental Health), der Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), die 1990 von Regier et al. (1990) veröffentlicht wurde, wurden unter 20 291 Testpersonen die Prävalenzen von Alkohol– und Drogenabhängigkeit, von psychiatrischen Störungen und von Komorbiditäten in diesen Gruppen untersucht. Dabei wurde eine Prävalenzrate (Lebenszeitprävalenz) von 6.1% für Drogenabhängigkeit errechnet, von diesen Testpersonen litten 53.1% an mindestens einer weiteren psychiatrischen Störung (28.3% Angststörung, 26.4% affektive Störung, 17.8% antisoziale Persönlichkeitsstörung). Das Risiko der drogenabhängigen Personen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem war signifikant höher an einer Komorbidität zu leiden, als das der Gesamtheit der Drogenabhängigen. Als Hochrisikogruppe wurden inhaftierte Drogenabhängige identifiziert. Diese Studie nimmt deshalb einen besonderen Stellenwert ein, weil sie wie die wenigsten anderen Prävalenzstudien auch Drogenabhängige erfasst, die keinen Kontakt zum Drogenhilfesystem haben. Neben rein epidemiologischen Studien, die sich mit der Prävalenz in der Gesamtbevölkerung beschäftigen, gibt es eine Reihe von klinischen Studien, die sich ausschließlich mit der Prävalenz von psychischen Komorbiditäten bei Opiatabhängigen befassen. Hierzu

liegt seit 2002 eine Metaanalyse von 16 Prävalenzstudien bei Opiatabhängigkeit und psychischer Komorbidität vor (Frei et al., 2002). Diese kommt auf eine Lebenszeitprävalenz von 78.3% für mindestens eine psychiatrische Komorbidität unter Opiatabhängigen, wobei die Persönlichkeitsstörungen mit 42.2% den größten Anteil ausmachen. Es muss jedoch beachtet werden, dass zum einen die Stichproben der einzelnen Studien klein waren (Steffen et al. 2000), die diagnostischen Instrumente differierten und teils nur bestimmte Personengruppen, z.B. nur methadonsubstituierte (Kuntze et al., 1998), in die Studien gingen. Das führt dazu, dass die Bandbreite der Prävalenz für psychische Komorbidität bei Opiatabhängigen von 47% (Brooner et al., 1997) bis 97% (Steffen et al., 2000) reicht. In diesen Studien wurden verschieden standardisierte psychodiagnostische Instrumente eingesetzt, die laut Wittchen et al. (1996) zu zwei- bis dreimal höheren Prävalenzen führen, als wenn erfahrene Psychiater im freien Interview die Diagnose stellen. Dies kann einer der Gründe – aber nicht der einzige – dafür sein, warum die Häufigkeit der Patienten mit Doppeldiagnose auf der Tübinger Entgiftungsstation mit 19,4% sehr niedrig ausfällt. Das relative Verteilungsmuster an psychiatrischen Komorbiditäten auf der Tübinger Entgiftungsstation entspricht den Zahlen der bei Frei et al. (2002) untersuchten Studien. Die Persönlichkeitsstörungen sind die häufigsten diagnostizierten psychiatrischen Störungen, gefolgt von den affektiven Störungen und den Angststörungen. Allerdings ist der Anteil an diagnostizierten psychotischen Störungen mit $n = 6$ von insgesamt 48 Patienten mit psychiatrischen Störungen auf der Tübinger Entgiftungsstation deutlich höher als in den genannten Studien (durchschnittlich 5,4%).

Zeitpunkt und Art der Diagnosestellung

Die Daten dieser Studie beziehen sich auf den Aufenthalt der Patienten im Jahr 2002, unabhängig davon, ob es die erste Aufnahme in der Tübinger Psychiatrie ist oder schon zahlreiche Aufnahmen vorausgingen. Es zeichnet sich ab,

dass im normalen Klinikalltag die meisten Patienten erst nach mehrmaligem Aufenthalt auf der Entgiftungsstation eine Zweitdiagnose erhalten. Man kann die Überlegung anstellen, ob die Wahrscheinlichkeit, eine Doppeldiagnose diagnostiziert zu bekommen, mit der Anzahl der Aufenthalte steigt (statistisch ist diese Hypothese aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht zu belegen). Das ist in sofern sinnvoll, als dass man einen Patienten vor der Diagnosestellung auch sicher ohne Entzugssymptomatik und deren Nachwirkungen kennen sollte (Lungerhausen, 1984; Marsden et al., 2000), was bei den kurzen Aufenthaltsdauern und den zahlreichen Abbrüchen schwer ist. Auch in einigen Studien wird darauf hingewiesen, dass der Zeitpunkt der Diagnosestellung einen großen Einfluss auf Prävalenzraten hat (Krausz 1998, Wittchen et al 1996). Krausz stuft die Untersuchung von Opiatabhängigen mit dem DIS in einer holländischen Studie, eine Woche nach Eintritt in die Entzugsklinik z.B. als zu früh ein, weil sich die Patienten zu diesem Zeitpunkt unter Methadonreduktion befinden. „Speziell aus Methadonbehandlungen ist bekannt, dass vulnerable Patienten bei einer Reduktion der Methadondosis psychotisch exazerbieren.“ (Stohler, 2000). Für die vorliegende Studie stellt dies in sofern eine Schwierigkeit dar, dass viele Patienten auch bei regulärem Abschluss der Entgiftung oft nicht länger als eine Woche auf Station sind. Im zweiten Teil der Studie wurden die psychologischen Fragebögen deshalb trotzdem in der ersten Woche auf Station durchgeführt.

Die Diagnosestellung in fast allen Prävalenzstudien wurde mit Hilfe von verschiedenen operationalisierten diagnostischen Instrumenten gestellt, die den Vergleich sowohl zwischen den Studien als auch mit der vorliegenden Untersuchung, die nur auf den Diagnosen des behandelnden Arztes beruhte, erschwert. Da die Diagnosen hier auf einer Entgiftungsstation nicht zum Zweck einer Prävalenzerhebung von Doppeldiagnosen gestellt wurden, darf man also die subjektive Einschätzung des Arztes bei der Diagnosestellung nicht unberücksichtigt lassen. Es werden bisher auf der Entgiftungsstation in Tübingen im Routinebetrieb keine operationalisierten Instrumente zur Diagnosefindung

eingesetzt. Eine Diskrepanz zwischen Prävalenz, wie sie in einer echten objektivierte Studie gemessen wird, und Häufigkeit der tatsächlichen Diagnosestellung ist anzunehmen, und wird mit dem zweiten Teil dieser Studie bestätigt, in der solche Instrumente eingesetzt wurden.

Patientenprofil

Die 2002 untersuchten Patienten mit Doppeldiagnose unterscheiden sich in einigen wichtigen Kriterien von den übrigen Patienten, die 2002 auf die Entgiftungsstation aufgenommen wurden. Ihre Abbruchrate ist mit 45% als bei den Patienten ohne Doppeldiagnose und sie benötigen eine längere Entgiftungstherapie zur erfolgreichen Entgiftung. Weiterhin konnte bei den untersuchten Doppeldiagnosepatienten schlechtere Sozialkontakte, ein höherer Substitutionsbedarf und Bedarf an Psychopharmaka während der Therapie beobachtet werden. Es scheint, dass opiatabhängige Frauen eher zu psychiatrischer Komorbidität neigen bzw. wird bei ihnen eine solche eher diagnostiziert, was mit Ergebnissen anderer Studien zur Prävalenz psychiatrischer Komorbidität bei Opiatabhängigen (Krausz et al., 1998) im Einklang steht. Im Vordergrund stehen hier eindeutig die Persönlichkeitsstörungen. Der Gebrauch illegaler Substanzen beginnt bei den meisten Doppeldiagnosepatienten vor dem 15. Lebensjahr mit Cannabis. Es handelt sich zum größten Teil um Patienten mit einer Polytoxikomanie, die schon mehrere Aufenthalte auf der Tübinger Entgiftungsstation hinter sich haben. Dabei fällt auf, dass mit einer erhöhten Rate an Wiederaufnahmen die Abbruchrate steigt. Somit machen Patienten mit Komorbidität einen Großteil der Drehtürpatienten der Entgiftungsstation aus. Die Patienten haben einen schlechten Ausbildungsstand und sind meist nicht oder nicht mehr in das Arbeitsleben eingebunden, ein Grossteil lebt von der Sozialhilfe. Dieses Patientenprofil entspricht beispielsweise der Studie von Verthein et al. (2000), der in seiner Studie sowohl einen Zusammenhang zwischen psychiatrischer Komorbidität und der aktuellen Lebenssituation als auch einen globalen Zusammenhang

zwischen erhöhtem Drogenkonsum und Auftreten psychiatrischer Symptomatik aufzeigen kann. Auch Marsden et al. (2000) ziehen aus ihrer Studie die Schlussfolgerung, dass Substanzabhängigkeit, das Geschlecht, physische Gesundheit und Beziehungsprobleme Risikofaktoren für eine psychiatrische Störung sind. Erstaunlicherweise geben die meisten Patienten einen guten bis mäßigen Kontakt zur Familie an und auch die Hälfte lebt in einer Partnerschaft, so dass ein gewisser sozialer Rückhalt gegeben scheint.

Anwendung des SCL–90–R als Screening für psychiatrische Komorbidität

Da davon auszugehen war, dass die Prävalenzrate für Doppeldiagnosen in dieser Studie deutlich zu niedrig lag, was mitunter auf ein Diagnosedefizit zurückzuführen sein könnte, wurde der zweite Teil der Studie initiiert. Dieser beinhaltete die Testung der Patienten mit zwei als Screeninginstrumente eingesetzten psychologischen Fragebögen, der SCL–90–R und dem SKID II. Betrachtet man die Ergebnisse, fallen folgende vier Punkte auf:

1. Nur bei drei Patienten lagen die globalen Kennwerte GSI, PST, und PSDI im Normbereich, alle anderen Patienten hatten erhöhte Werte (Abweichung des T-Wertes um mehr als zehn Punkte). Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass einige Werte aufgrund der Situation bzw. des Zeitpunkts der Befragung (Entzugssymptomatik) weniger aussagekräftig in Bezug auf die Komorbiditäten sind. Sehr hohe Werte bei der Kategorie Somatisierung sind so zu erklären, und auch erhöhte Werte in der Kategorie Angst müssen nicht auf eine Angststörung im komorbiden Sinne hinweisen, da Angstzustände auch gehäuft im Entzug von Benzodiazepinen vorkommen. Diese Werte können sich während der Langzeittherapie nach Entzug durchaus wieder normalisieren und sollen nur eingeschränkt zur Diagnosestellung einer komorbiden Störung hinzugezogen werden.

Außerdem muss man berücksichtigen, dass bei einem Kollektiv an Opiatabhängigen bei Antritt einer Entgiftung die globalen Belastungswerte bei T-Werten von 60 bis 70 um durchschnittlich zehn höher liegen als bei der Normalbevölkerung (dies entspricht einer Standardabweichung) (Ladewig & Petitjean, 1999). Ein T-Wert im SCL-90-R zwischen 60 und 70 ist aufgrund der erhöhten psychischen Belastung durch den Entzug noch nicht als Anzeichen einer psychiatrischen Komorbidität zu sehen.

2. Zehn Patienten, also ein Drittel, haben Erhöhungen des T-Wertes um mehr als 20 Punkte, was auf psychische Belastung hinweist, die nicht allein durch die Entzugssituation erklärt werden sollte, sondern auf eine psychiatrische Komorbidität hinweist. Dieses Ergebnis (33% der Patienten) geht in die Richtung der Prävalenzen aus anderen Studien (Krausz 1998). Es wäre zu erwarten, dass auch die Prävalenzraten an komorbiden Störungen bei Opiatabhängigen auf der Tübinger Entgiftungsstation ansteigen würden, wenn man die SCL-90-R als Standardscreening für die psychische Belastung der Patienten einsetzen würde. Durch die SCL-90-R gestützt könnte der Verdacht auf eine psychiatrische Komorbidität bei Patienten mit kurzer Aufenthaltsdauer möglicherweise früher gestellt und im Verlauf mehrerer Aufenthalte erhärtet werden.
3. Es fällt auf, dass auch Patienten, die völlig normale Werte bei der SCL-90-R aufwiesen, Doppeldiagnosen gestellt bekamen. Die Patienten mit Doppeldiagnose und normalen Belastungswerten hatten als Zweitdiagnose eine Persönlichkeitsstörung, die durch den SCL-90-R nicht erfasst werden. Das ärztliche Interview muss also trotzdem immer von höherer Relevanz bleiben als ein standardisiertes Diagnoseinstrument, das durch den Patienten z. B. nach sozialer Erwünschtheit ausgefüllt werden kann.
4. Durch die SCL-90-R wurden alle Patienten mit einer Achse I Störung sowie fünf weitere Patienten erfasst, die noch keine Doppeldiagnose er-

halten hatten. Die in der SCL-90-R auffälligen Patienten unterscheiden sich in den untersuchten Eigenschaften nicht von den Doppeldiagnosepatienten, außer in dem Punkt, dass die vorherigen Aufnahmen bei den SCL-90-R-Patienten deutlich niedriger liegen (\bar{x} 0.7 zu \bar{x} 1.6). Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass durch den Einsatz der SCL-90-R Doppeldiagnosen schneller erkannt werden könnten. Eine Anwendung der SCL-90-R über einen längeren Zeitraum und als Unterstützung bei der klinischen Diagnosefindung kann ein Ansatz für weitere Studien sein. Um die Anwendung dieses Diagnoseinstrumentes effizient zu gestalten, muss in der Dokumentation sichergestellt werden, dass das Ergebnis des Tests bei Wiederaufnahmen oder bei Übertritt in die Langzeittherapie nicht verloren geht und leicht einsehbar ist. Nur dann kann es auch zur längerfristigen Verlaufsbeobachtung und schließlich zur Qualitätssicherung herangezogen werden. Das könnte durch elektronische Datendokumentation erheblich vereinfacht werden.

Anwendung des SKID II als Screening für Persönlichkeitsstörungen

Dass Persönlichkeitsstörungen gehäuft zusammen mit einer Suchterkrankung auftreten, wurde in vielen Studien gezeigt (Verthein, 2001; Kokkevi, 1998). Außerdem tritt bei Suchtpatienten mit einer Achse I Erkrankung zusätzlich häufig eine Persönlichkeitsstörung auf (Ross et al., 2003). Dieser Zusammenhang war auch bei den Tübinger Patienten zu erkennen: Drei der acht gestellten Doppeldiagnosen waren Persönlichkeitsstörungen.

Es fällt auf, dass bei allen 26 Patienten, die den Screeningbogen ausgefüllt haben, mindestens ein Wert erhöht war und bei 21 Patienten mindestens zwei Werte erhöht waren. Dass die antisozialen Tendenzen im Vordergrund stehen, entspricht Studien, in denen die antisoziale Persönlichkeitsstörung als die bei Opiatabhängigen am häufigsten vorkommende benannt wird (Rounsaville, 1982;

Moggi et al., 2004b). Da nur vier Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden, ist von einer Dunkelziffer auszugehen. Das liegt daran, dass die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung mehr Zeit erfordert als das Ausfüllen eines Fragebogens und die kurzen Aufenthaltszeiten der Patienten die Diagnose oft unmöglich machen. Die Untersuchung zeigt, dass der SKID-II-Fragebogen als Screeningmethode von Opiatabhängigen mit Persönlichkeitsstörung als Zweitdiagnose zu ungenau und undifferenziert ist. Die bei allen Entgiftungspatienten erhöhten Werte im SKID-II-Fragebogen lassen keine Selektion zu und würden die routinemäßige Durchführung des gesamten SKID II verlangen. Dies erscheint auf einer Entgiftungsstation jedoch nicht durchführbar. Hier sind weitere Untersuchungen anderer möglicher Screeningmethoden angezeigt. Bei Verthein et al. (2000) wird darauf hingewiesen, dass eine Persönlichkeitsstörung als Zweitdiagnose für den Patienten oft keine Auswirkungen hat. Dies ist sicher diskussionswürdig, da das Übersehen einer solchen die Diagnose auf lange Sicht auch die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung erschweren und das Outcome verschlechtern wird.

Ein Beispiel für den Erfolg einer integrierten Therapie von Sucht und Komorbidität zeigt z.B. die Studie von Charney et al. (2001): In der prospektiven Studie wurden 120 Suchtpatienten bei Aufnahme mit mehreren psychiatrischen Fragebögen auf depressive Störungen gescreent und erhielten dem Ergebnis entsprechend zusätzliche psychiatrische Behandlung. Der Therapieerfolg bei den Patienten mit Depression und der ohne Depression war daraufhin gleichgroß, während in anderen Studien depressive Suchtpatienten ein schlechteres Therapie-Outcome hatten (Greenfield et al, 1998).

Wie im zweiten Teil der Studie gezeigt wurde, werden Doppeldiagnosen auf der Tübinger Entgiftungsstation noch nicht ausreichend berücksichtigt. Man muss sich überlegen, in wieweit hier in Zukunft operationalisierte Fragebögen wie der SKID II oder der SCL-90-R als Unterstützung zur Diagnosefindung eingesetzt werden, um genauer zu diagnostizieren und letztendlich auch besser zu the-

rapieren. Dies illustriert auch die Bedeutung solcher Erhebungen im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen.

Zusammenfassung und Ausblick

Der Anteil der Patienten mit Doppeldiagnose an der Gesamtheit der zur Entgiftung aufgenommenen Opiatabhängigen auf der Entgiftungsstation der Universitätsklinik Tübingen ist mit 19.4% relativ gering. Den größten Anteil machen die Persönlichkeitsstörungen (n = 21) aus, gefolgt von den affektiven Störungen (n = 14), den Angststörungen (n = 11) und den psychotischen Störungen (n = 6).

Man kann davon ausgehen, dass die Prävalenz psychiatrischer Komorbidität deutlich höher liegt und zum schlechten Therapie-Outcome und zu einem steigenden Anteil an Drehtürpatienten beiträgt. Das Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität und deren Wechselwirkung mit der Suchtproblematik muss schon in der Entgiftung stärker in den Fokus der Therapie rücken, um schon hier die Weichen für die Anschlusstherapie und damit den weiteren Krankheitsverlauf zu stellen. Um das zu erreichen, können routinemäßige Screenings eingesetzt werden wie die SCL-90-R für die allgemeine psychiatrische Belastung.

In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass der SCL-90-R ein gutes Screeninginstrument für Doppeldiagnosen bei Opiatabhängigen darstellt und im klinischen Alltag gut einsetzbar ist. Fünf der zehn im SCL-90-R auffälligen Patienten hatten bereits eine Doppeldiagnose, während die restlichen fünf noch nicht diagnostiziert wurden. Dies ist ein weiterer Hinweis auf ein Diagnosedefizit, das mit Hilfe der SCL-90-R behoben werden könnte.

Das in dieser Studie eingesetzte SKID-II-Screening alleine scheint für die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen bei Opiatabhängigen wenig hilfreich zu sein, weil es keinerlei Selektion der Patientengruppe mit sich brachte. Aufgrund

der Komplexität des gesamten SKID II und der Notwendigkeit erfahrener Interviewer stellt dies keine im klinischen Alltag einer Entgiftungsstation routinemäßig durchführbare Alternative dar. Von der Diagnosestellung „Persönlichkeitsstörung“ sollte deshalb im Rahmen einer Entgiftungsbehandlung möglichst abgesehen werden.

Das Ergebnis einer Testung sollte für den weiteren Therapieverlauf, d.h. z.B. für die Wahl und Inhalte der Anschlusstherapie von Bedeutung sein. Dazu muss das Ergebnis auch den Einrichtungen und Ärzten, die die anschließende Therapie durchführen, leicht zugänglich sein. Auch bei erneuten Entgiftungen sollten früher erhobene Zweitdiagnosen bzw. psychiatrische Screenings in den weiterführenden Therapieplan mit einfließen und ggf. überprüft werden. Sinnvoll wäre eine elektronische Datenbank, in der auch frühere psychologische Testungen einsehbar sind und über mehrere Aufnahmen hinweg Verläufe beurteilt werden können. Wie aus diesem Ansatz ersichtlich, ist eine Verbesserung der Situation für Patienten mit Doppeldiagnose nur dann zu erwarten, wenn die psychiatrische Komorbidität einrichtungsübergreifend zum Ansatzpunkt von individuellen Therapieansätzen wird. Der Schwerpunkt einer Entgiftungsstation sollte bei dieser Patientengruppe neben der Entgiftung auf der Erkennung der Doppeldiagnose liegen, und damit die Weichenstellung für einen besseren Therapieerfolg sein.

Erhebungsbogen „Drehtürverhalten und Doppeldiagnosen bei Drogenabhängigen“
Version 1.3

Patientennummer:

Soziodemographische Daten:

Alter	____(aktuell)	____(Erstaufnahme)
Geschlecht	1=m	2=w
Wohnhaft	1=Ausserhalb	2=Tübingen
Wohnsituation	1=Alleine 3=Eltern 5=WG	2=betreutes Wohnen 4=PartnerIn 6=wohnsitzlos
Beziehungsstatus	1=Geschieden 3=Partnerschaft	2=ledig 4=verheiratet
Eigene Kinder	_____	
Kontakt zur Familie	1=gut 2=mäßig 3=nein	
Haftzeiten	1=ja	2=nein
Schulabschluss	1=Gymnasium 2=Hauptschule 3=Real 4=keinen	
Ausbildung	1=Höhere Ausbildung 2=Lehre 3=keine	
Beruf	1=Beruf 2=Gelegenheitsjobs 3=Sozialhilfeempfänger	
arbeitslos	1=arbeitet 2=kurz arbeitslos (bis 1 Jahr) 3=langzeitarbeitslos(über ein Jahr)	
<u>Stationäre Daten:</u>		
Vorherige Aufnahmen	_____	
Aufenthaltsdauer	_____	
Aufnahmemodus	1=Krise 3=Totalentgiftung	2=Teilentgiftung
Anschluss therapie	1=ambulant 3=keine 5=stationär komorbid	2=ambulant komorbid 4=stationär

Abbildung 5.1: Erhebungsbogen DD Drehtür Seite 1

Entlassungsmodus	1=Abbruch 2=Disziplinarisch 3=regulär	
Diagnose	1=Opiatabhängigkeit	2=Polytoxikomanie
Substanzkonsum	1=Illegal 2=Substitution 3=Sub+Beikonsum	
Einstiegsalter	_____	
Einstiegsdroge	1=Alkohol 2=Cannabis 3=Diazepam 4=Kokain 5=Opioide 6=Stimulantien	
Heroineinstieg	_____	
Somatische Begleiterkrankungen	1=Abszesse 2=Hepatitis B 3=Hepatitis C 4=HIV	5=keine
Komplikationen	1=Delir 3=Überdosierung 5=keine	2=Krampfanfälle 4=Reanimation
Suizidversuch	1=aktuell 3=keine	2=früher 4=Suizidgedanken
Drogenberater	1=ja	2=nein
<u>Psychiatrische Komorbidität:</u>		
Diagnose (ICD-10)	_____	
Psychiatrische Behand.	1=ambulant 2=stationär 3=keine 4=Psychotherapie	
Medikation (bisher)	1=Antidepressivum 2=Neuroleptikum 3=keine	
Entlassmedikation	1=Antidepressivum 3=keine	2=Neuroleptikum (neu)

©S.Bosch

Tabellenverzeichnis

3.1	Unterschiede Patienten mit/ohne Doppeldiagnose	25
3.2	Übersicht der Diagnosenverteilung	27
4.1	Soziodemographische Daten der 2. Stichprobe	39
4.2	Beruf/ Bildung der 2. Stichprobe	41
4.3	Stationäre Daten der 2. Stichprobe	42
4.4	Suchtspezifische Daten der 2. Stichprobe	43

Abbildungsverzeichnis

3.1	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Patienten mit bzw. ohne Doppeldiagnose	23
3.2	Patienten mit bzw. ohne Doppeldiagnose, die die Therapie beendeten	24
3.3	Therapieabbrüche, Vergleich Doppeldiagnosepatienten/Patienten ohne DD	25
3.4	psychiatrische Komorbidität bei Opiatabhängigen der UKPPT 2002 (nach ICD–10)	26
3.5	Altersverteilung	28
3.6	Alter bei Erstaufnahme	29
3.7	Anschlusstherapie	32
3.8	Anschlusstherapie nach ICD–10 Diagnosen	33
3.9	Drogeneinstiegsalter	34
4.1	psychiatrische Komorbidität (nach ICD–10), zweite Patientengruppe	36
4.2	Patientengruppe 2: psychische Belastungssituation, gemessen mit der SCL–90–R	37
4.3	Persönlichkeitsakzentuierungen pro Patient	38
4.4	SKID II-Screening: Häufigkeit der Persönlichkeitsakzentuierungen	38
5.1	Erhebungsbogen DD Drehtür Seite 1	56
5.2	Erhebungsbogen DD Drehtür Seite 2	57

Literaturverzeichnis

- Bonnet, U. & Gastpar, M. (1999). Opiode. In: Gastpar, M.; Mann, K. Rommelspacher, H. (Hrsg.). Lehrbuch der Suchterkrankungen. S 237- 247. Stuttgart: Thieme.
- Bronner RK, King VL, Kidorf m ; Schmidt CW, Bigelow GE (1997)* Psychiatric and substance use comorbidity among treatment seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry, **54**(1), 71-80
- Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, Mulvaney FD (2001) The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. Drug Alcohol Depend, **61**(3), 271-80
- Callaly T, Trauer T, Munro L, Whelan G (2001)* Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population. Aust N Z J Psychiatry, **35**(5), 601-5
- Charney DA, Paraherakis AM, Gill KJ (2001) * Integrated treatment of comorbid depression and substance use disorders. J Clin Psychiatry, 62(9), 672-7
- Chambers RA, Krystal JH, Self DW (2001) A neurobiological basis for substance abuse comorbidity and schizophrenia. Biol Psychiatry, **50**, 71-83
- Cleghorn JM, Kaplan RD, Szechtman B, Szechtman H, Brown GM Franco S (1991) Substance abuse and schizophrenia: effect on symptoms but not on neurocognitive function. J Clin Psychiatry, **52**, 26-30

- Darke S, Swift W, Hall W (1994) Prevalence, severity and correlates of psychological morbidity among methadone maintenance clients. *Addiction* **89**, 211-217
- Dedner C (2002)* Prädiktoren für den Behandlungsverlauf opiatabhängiger Patienten in der niedrighschwelliger stationären Entgiftungsbehandlung
- Derogatis LR (1977) *The SCL-90 Manual: scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University School of medicine, Clinical Psychometrics Unit
- Dilling H (2002) WHO: Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Verlag Hans Huber, Bern
- Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA (1996) The course, treatment and outcome of substance disorder in patients with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry* **66**, 42-51
- Erbas B, Jaedicke JP, Tretter F (2003)* Strukturdaten von 2387 Drogenabhängigen in stationärer Entzugsbehandlung in Bayern. *Sucht*, **49**(3), 188-196
- Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, Marsden J, Taylor C, Meltzer H (2001)* Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *Br J Psychiatry*, **179**, 432-437
- Franke G (1995) *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version*. Göttingen. Belz-Test
- Frei A, Rehm J, (2002a)* Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen - Eine Metaanalyse bisheriger Studien. *Psychiatr Prax* **29**(5), 258-62
- Frei A, Rehm J, (2002b) Komorbidität: Psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn einer heroingestützten Behandlung. *Psychiatr Prax*, **29**(5), 251-7

- Gölz (1998) Kap. B4.5 Opiode: Charakteristik der einzelnen Substanzen. Moderne Suchtmedizin. Thiemeverlag Stuttgart
- Gouzoulis-Mayfrank E, (2003) In: Komorbidität Psychose und Sucht - Von den Grundlagen zur Praxis. Steinkopff Darmstadt
- Greenfield SE, Weiss RD, Muenz LR, et al., (1998) The effect of depression on return to drinking: a prospective study. Arch Gen Psychiatry, **55**, 259-265
- Günthner A, Dedner C, Schäfer G, Berl J, Kuder T, Bader T, Dengler W (2000) Komorbidität bei Drogenabhängigen- empirische Ergebnisse und therapeutische Konsequenzen. Suchttherapie 1: 16-20
- Khanzian E, (1985) The self-medication hypothesis on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiatry, **142**, 1259-1264
- Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C (1998) Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with Axis I disorders as predictor of treatment retention. Add Behav **23**, 841-853
- Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF (1996) Validity of the SCID in substance abuse patients. Addiction **91**, 859-868
- Krausz M, Vertheim U, Degkwitz P (1998) Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. Nervenarzt, **69**, 557-567
- Krausz M, Haasen C (1999) Psychose und Sucht. In: Gölz, J.: Moderne Suchtmedizin, B 7.2.1.
- Krausz M, Degkwitz P, Vertheim U (2000) Psychiatrische Komorbidität und Suchtbehandlung. In: Suchttherapie **1**, 3-7.
- Kuntze M, Ladewig D, Stohler R (1998) Art und Häufigkeit der Komorbidität bei methadonsubstituierten Opiatabhängigen in der ambulanten Versorgung. Sucht, **44**(2), 96-103

- Ladewig D, Petitjean S (1999) Drogenentzugstherapie. Internist, **40**, 624-627
- Lambert MT (2002) Linking mental health and addiction services: a continuity-of-care team model. J Behav Health Serv Res, **29**(4), 433-44
- Lungershausen, E. (1984) Differentialdiagnose sog. drogeninduzierter endogener Psychosen. Fortschr Med **45**, 1149 - 1152
- Marsden J, Gossop M, Stewart D, Rolfe A, Farrell M (2000) Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. Br J Psychiatry, **176**, 285-9
- Moggi F, Donati R (2004)a Psychiatrische Störung und Sucht: Doppeldiagnosen, Einführung (S.1) Göttingen: Hogrefe Verlag
- Moggi F, Donati R (2004b) Psychiatrische Störung und Sucht: Doppeldiagnosen, Störungsmodelle (S. 26-32) Göttingen: Hogrefe Verlag
- Mueser KT, Drake RE, Wallach MA (2002) Komorbidität von psychotischen Störungen und Substanzstörungen. In F. Moggi(Hrsg.), Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht (S. 93-122). Bern: Huber
- Myrick H, Brady K, (2003)* Current review of the comorbidity of affective, anxiety, and substance use disorders. Curr Opin Psychiatry, **16**, 261-270
- Raunsaville BJ, Weissmann MM, Kleber H, Wilber C (1982) Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. Arch Gen Psychiatry, **39**(2), 161-168
- Raunsaville BJ, Kleber HD (1985) Untreated opiate addicts: how do they differ from those seeking treatment? Arch Gen Psychiatry, **42**, 1072-1077
- Raunsaville BJ, Kosten TR, Weissmann MM, Kleber HD (1986) Prognostic significance of psychiatric disorders in treated opiate addicts. Arch Gen Psychiatry, **43**, 739-745

- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK, (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA). *JAMA*, **264**(19), 2511-2518
- Ross S, Dermatis H, Levounis P, Galanter M (2003) A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *Am J Drug Alcohol Abuse* **29**(2), 263-279
- Saß H, Wittchen HU, Zandig M, Houben I, (2003) Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Hogrefe Verlag, 1. Auflage
- Stohler R, (2000) Komorbidität. In: Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (Hrsg.). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, S. 271-272. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Swartz JA, Lurigio AJ, Goldstein P (2000) Severe mental illness and substance use disorders among former Supplemental Security Income beneficiaries for drug addiction and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, **57**(7), 701-7
- Tomasson K, Vaglum P (1998) The role of psychiatric comorbidity in the prediction of readmission for detoxification. *Comprehensive Psychiatry*, **39**(3), 129-136
- Torgersen S; Kringlen E; Cramer V (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* **58**(6), 590-6
- Trull, TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R (2000) Borderline disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clin Psychology Review* **20**, 235-253

- Uchtenhagen, A. (2000) Einführung. In: Uchtenhagen, A. & Zieglgänsberger, W. (Hrsg.). Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, S. 1-7. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Verheul R. (2001) Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry* **16**(5), 274-282
- Verthein U, Degwitz P, Krausz M, (2000) Psychische Störungen und Verlauf der Opiatabhängigkeit. *Psychiatr Prax* **27**(2), 77-85
- Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, Barnes T, Bench C, Middleton H, Wright N, Paterson S, Shahan W, Seivewright N, Ford C (2003) Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry* **183**, 304-313
- Wittchen HU (1996) Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* **142**, 1259-1264
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (Achse I und II) Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability- a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* **86**, 103-126

Abkürzungsverzeichnis

DSM–IV	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4. Auflage
ECA–Studie	Epidemiologic Catchment Area Studie
GSI	Global Severity Index
ICD–10	International Classification of Deseases, 10. Revision
NIMH	National Institute of Mental Health
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM–IV
SCL–90–R	Symptom Check List mit 90 Items
UKPPT	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau PD Dr. I. Gärtner, Prof. Dr. A. Batra und Dr. R. Borbé für die Betreuung dieser Arbeit.

Außerdem danke ich Herrn Blumenstock vom Medizinischen Institut für Biometrie für die Beratung bei der Erstellung der Graphiken und Herrn D. Capper für die Hilfe bei der statistischen Auswertung sowie Frau C. Arfeller für ihre Hilfe bei der Gestaltung der Endfassung.

Ein besonderes Dankeschön gilt meiner Familie für die mentale Unterstützung.

Lebenslauf

Angaben zur Person

Vorname, Name	Sabine Bosch
Geburtsdatum	06.04.1980
Geburtsort	Esslingen am Neckar
Staatsangehörigkeit	deutsch
Anschrift	Münzgasse 17 72070 Tübingen
Familienstand	ledig

Schulbildung

1986 – 1990	Burgschule Plochingen
1990 – 1999	Gymnasium Plochingen

Studium

2000 – 2006	Medizinstudium an der Eberhard–Karls–Universität Tübingen
2002	Physikum
2003	Erstes Staatsexamen
2005	Zweites Staatsexamen
2006	Drittes Staatsexamen

Praktisches Jahr

2005 – 2006	Marienhospital Stuttgart: Innere Medizin
	Kantonspital Luzern: Chirurgie
	Universitätsklinikum Tübingen: Psychiatrie

Derzeitige Tätigkeit

seit 12.2006	Assistenzärztin in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
--------------	--