UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Hamburg – Eppendorf
Direktor Prof. Dr. D. Naber

Klinische Besonderheiten bei Opiatabhängigen mit komorbiden psychotischen Störungen

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Julia Sedlaczek
aus Hamburg

Hamburg 2010

Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 13.12.2011

Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:	**Prof. Dr. C. Haasen**
Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:	**PD Dr. M. Lambert**
Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in:	**PD Dr. U. Verthein**

Zusammenfassung:

Einleitung: Komorbide psychiatrische Störungen stellen ein bedeutendes klinisches Problem bei Opiatabhängigen dar. Dabei wurden psychotische Störungen regelmäßig bei etwa 5% der Opiatabhängigen mit Kontakt zum Hilfesystem gefunden. In kleineren Untersuchungen fanden sich zudem klinische Unterschiede verglichen mit Opiatabhängigen ohne diese psychotischen Störungen. Ziel der Arbeit war es, eine größere Stichprobe Opiatabhängiger mit zusätzlichen psychotischen Störungen mit einer Kontrollgruppe von Opiatabhängigen ohne diese Komorbidität in Bezug auf wichtige klinische Variablen zu vergleichen.

Methoden: Aus einer Stichprobe von 7274 konsekutiven Behandlungsfällen der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Warstein wurden N=51 Patienten mit Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.2) und der zusätzlichen Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (F2-Störung nach ICD-10) identifiziert und zunächst mit einer Gruppe von Opiatabhängigen ohne psychotische Störung (N=2295) verglichen. Anschließend wurden diese Patienten mit einer gematchten Kontrollgruppe von Opiatabhängigen ohne F2-Störung hinsichtlich Soziodemographie, Konsumverhalten, Therapieverlauf und weiterer psychiatrischer Komorbidität verglichen.

Ergebnisse: Im Vergleich der F2-Patienten mit der Gruppe von Opiatabhängigen ohne psychotische Störungen stellte sich heraus, dass die F2-Patienten signifikant älter waren (M=30,8 vs. M=27,3 Jahre, p=,001) und es sich häufiger um Migranten handelte.

Allerdings konnten lediglich geringfügige Unterschiede zwischen der Gruppe der Opiatabhängigen mit F2-Störung nach ICD-10 und der gematchten Kontrollgruppe festgestellt werden. So wiesen F2-Patienten weniger häufig feste Beziehungen, längere stationäre Aufenthalte und mehr psychiatrische Komorbidität auf als die Kontrollgruppe.

Diskussion: In der vorliegenden Untersuchung konnten die klinischen Besonderheiten bei opiatabhängigen Patienten mit F2-Störungen, die in den bislang existierenden kleineren Untersuchungen berichtet wurden, nur begrenzt bestätigt werden. Allerdings fanden sich soziodemographische Besonderheiten, die in diesen Studien nicht berücksichtigt wurden und damit zumindest teilweise die unterschiedlichen Befunde erklären könnten.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG 7

1.1 PROBLEMSTELLUNG 7

1.2 LITERATURSUCHE 7

1.3 LITERATURÜBERBLICK 8

1.4 THEORETISCHER TEIL 9

1.4.1 Komorbidität 9

1.4.1.1 Der Begriff der Komorbidität 9

1.4.1.2 Krankheitstheoretische Modelle 11

1.4.2 Substanzgebrauch bei psychotischen Patienten 16

1.4.2.1 Prävalenzraten des Opiatkonsums bei psychotischen Patienten 16

1.4.2.2 Gründe für die begrenzte Befundlage 18

1.4.2.3 Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und Symptomatik 19

1.4.3 Psychiatrische Komorbidität bei Opiatabhängigen 23

1.4.3.1 Prävalenzraten psychotischer Störungen bei Opiatabhängigen 23

1.4.3.2 Untersuchungen mit Opiatkonsumenten und psychotischen Störungen 25

1.4.3.3 Besonderheiten Opiatabhängiger mit psychiatrischer Komorbidität 28

1.5 ZIELE DER ARBEIT 30

1.6 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN: 31

2. MATERIAL UND METHODEN 32

2.1 STICHPROBE 32

2.2 DATENERHEBUNGSVERFAHREN 33

2.3 MERKMALSBEREICHE UND OPERATIONALISIERUNGEN 33

2.3.1 F2-Patienten vs. Opiatabhängige ohne F2 34

2.3.2 F2-Patienten vs. Kontrollen 34

2.3.2.1 Soziodemographie 34

2.3.2.2 Charakteristika der Opiatabhängigkeit 34

2.3.2.3 Therapieverlauf 35

2.3.2.4 Psychiatrische Komorbidität 36

2.4 STATISTISCHE AUSWERTUNG 38

3. ERGEBNISSE 39

3.1 ART DER ERGEBNISDARSTELLUNG 39

3.2 DARSTELLUNG DER STICHPROBEN 39

3.2.1 Stichprobengröße 39

3.2.2 Stichprobenmerkmale 40

3.3. ERGEBNISSE DER EINZELNEN MERKMALSBEREICHE 42

3.3.1 F2-Patienten vs. Opiatabhängige ohne F2 42

3.3.2 F2-Patienten vs. Kontrollen 43

3.3.2.1 Soziodemographie 43

3.3.2.2 Charakteristika der Opiatabhängigkeit 45

3.3.2.2.1 Opiatkonsum 45

3.3.2.2.2 Aktueller Beikonsum 46

3.3.2.2.3 Verlauf der Opiatabhängigkeit 48

3.3.2.2.4 Infektionsstatus 49

3.3.2.3 Therapieverlauf 49

3.3.2.3.1 Vortherapie 49

3.3.2.3.2 Aktuelle Therapie 51

3.3.2.4 Psychiatrische Komorbidität 54

3.4 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE 55

4. DISKUSSION 56

4.1 DISKUSSION DER GEWÄHLTEN METHODIK 56

4.2 DISKUSSION DER BEFUNDE 58

4.2.1 F2-Patienten vs. Opiatabhängige ohne F2 59

4.2.2 F2-Patienten vs. Kontrollen 60

4.2.2.1 Soziodemographie 60

4.2.2.2 Charakteristika der Opiatabhängigkeit 61

4.2.2.2.1 Opiatkonsum 61

4.2.2.2.2 Beikonsum 61

4.2.2.2.3 Verlauf der Opiatabhängigkeit 65
4.2.2.2.4 Infektionsstatus 66
4.2.2.3 Therapieverlauf 66
4.2.2.3.1 Vortherapie 66
4.2.2.3.2 Aktuelle Therapie 66
4.2.2.4 Psychiatrische Komorbidität 67
4.3 ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION UND AUSBLICK 68
5. LITERATURVERZEICHNIS 69
6. DANKSAGUNG 79
7. LEBENSLAUF 80
8. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG 81

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Komorbide psychiatrische Störungen stellen ein bedeutendes klinisches Problem bei Opiatabhängigen dar. In epidemiologischen Untersuchungen wurden regelmäßig Prävalenzraten von 60 bis 80% gefunden (Krausz 1998; Frei und Rehm 2002). In verschiedenen Studien korrelierte psychiatrische Komorbidität bei Opiatabhängigen mit einem früheren Konsumbeginn, einem intensiveren Krankheitsverlauf sowie einer aktuell problematischeren gesundheitsbezogenen und sozialen Situation der Patienten (z.B. Frei und Rehm 2002; Brooner et al. 1997; Krausz et al. 1998). Während Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen den Hauptteil der psychiatrischen Komorbidität ausmachen, werden schizophrene und weitere psychotische Störungen bei einem kleinen aber stabilen Teil der Patienten gefunden. In Studien mit Opiatabhängigen, die in Kontakt mit dem Drogenhilfesystem standen, lagen diese Störungen regelmäßig bei etwa 5% der Fälle vor (Krausz et al. 1999; Frei und Rehm 2002; von Limbeek et al. 1992). Klinische Berichte und kleinere Studien deuten darauf hin, dass gerade diese Patientengruppe Besonderheiten im Hinblick auf die Entstehung und den Verlauf der Abhängigkeit aufweist (Jaffe et al. 1997; Miotto et al. 2001). Allerdings liegen aufgrund der geringen Prävalenz von psychotischen Störungen bislang lediglich kasuistische Befunde sowie Untersuchungen an kleineren klinischen Stichproben vor (z.B. Westermeyer und Schneekloth 1999). Unter Anderem beinhalteten diese Studien keine Kontrollgruppen mit opiatabhängigen Patienten ohne psychotische Störungen, um potenzielle konfundierende Variablen zu kontrollieren.

1.2 Literatursuche

In die Suche einbezogen wurden die Datenbanken Pubmed (1966 bis 2010) und Medline (1983-2010). Zunächst wurde der Suchterm „(heroin* OR methad* OR opio* OR opiat*) AND (psychos* OR schizoph*)“ eingesetzt, welcher dann mit „(comorbidity OR dual diagnosis)“ eingegrenzt wurde. Anhand der dabei gefundenen Literatur wurden weitere

Referenzen identifiziert und zudem mehrere relevante Monographien in die Suche einbezogen (u.a. Ziedonis und D'Avanzo 1998; Krausz und Müller-Thomsen 1994; Gouzoulis-Mayfrank 2003).

1.3 Literaturüberblick

Seit Anfang der neunziger Jahre ist das Interesse an Patienten, die sowohl von einer Suchterkrankung wie auch einer anderen psychischen Erkrankung betroffen sind, stetig gestiegen. Die Studien bei Drogenabhängigen mit psychischer Komorbidität (z.B. Rosenthal und Miner 1997; Marsden et al. 2000) und speziell bei komorbiden Opiatabhängigen (z.B. Frei und Rehm 2002; Mason et al. 1998; Maremmani et al. 2000) hatten primär zum Ziel, die Prävalenzraten psychiatrischer Erkrankungen zu bestimmen, um die Bedeutung der Komorbidität zu untermauern. Im deutschsprachigen Raum (z.B. Krausz et al. 1998; Verthein et al. 2000; Frei und Rehm 2002; Franke et al. 2003) existieren im Vergleich zum englischsprachigen Raum (z.B. Mason et al. 1998; Brooner et al. 1997; Farrell et al. 2002; Duke et al. 2001) dabei deutlich weniger Studien zur Doppeldiagnose-problematik bei intravenös Drogenabhängigen. Einige weitere Befunde zur Komorbidität von Opiatmissbrauch oder Abhängigkeit und psychotischen Störungen sind in der Literatur zu Substanzmissbrauch bei Schizophrenen zu finden. In diesen Studien wurden ebenfalls Prävalenzraten, das zeitliche Auftreten der Störungen, die Länge des stationären Aufenthaltes sowie Unterschiede bei Betroffenen in Bezug auf weitere klinische und soziodemographische Daten untersucht (z.B. Modestin et al. 1997; Gupta et al. 1996; Mueser et al. 1997; Schofield et al. 2001; Duke et al. 2001; Sevy et al. 2001). Häufig zeigte sich dabei, dass Patienten mit komorbiden Suchterkrankungen einen schwereren Krankheitsverlauf und schlechtere Therapieerfolge aufwiesen. Allerdings finden sich nur wenige Untersuchungen zu Opiatabhängigkeit, verglichen etwa mit Alkohol- oder Cannabisabhängigkeit. Die Literatur zur Komorbidität von Opiatkonsum und psychotischen Störungen, besteht zum jetzigen Zeitpunkt aus Kasuistiken (Miotto et al. 2001; Unglaub et al. 2003) und kleineren Studien, die Opiatpatienten mit und ohne zusätzliche psychotische Störung miteinander verglichen (z.B. Sørensen et al. 2005; Jaffe et al. 1997).

1.4 Theoretischer Teil

Die in der Literatur vorhandenen Befunde zu Opiatabhängigkeit und psychotischen Störungen entstammen Studien mit verschiedenen Sicht- und Vorgehensweisen. Auf der einen Seite stehen die Befunde von Studien aus dem Bereich der Suchtforschung, die Opiatabhängige auf psychische Komorbidität untersuchten. Auf der anderen Seite stehen Studien zu Patienten mit psychotischen Störungen, die auf Substanzkonsum untersucht wurden. In einem einleitenden Kapitel soll zunächst auf Komorbidität eingegangen werden. Im anschließenden Abschnitt wird ein Überblick über die Studien bei Patienten mit psychotischen Störungen bezüglich der Prävalenzraten einer Opiatabhängigkeit vermittelt sowie mögliche Gründe für die eher begrenzte Befundlage und Befunde zu möglichen Zusammenhängen zwischen Substanzkonsum und Symptomatik bzw. Verlauf vorgestellt. In einem dritten Abschnitt werden Studien bei Opiatabhängigen bezüglich der Prävalenz psychotischer Störungen sowie Untersuchungen vorgestellt, welche auf die spezielle Patientengruppe Opiatabhängiger mit psychotischer Komorbidität eingegangen sind, gefolgt von Unterschieden zwischen Opiatabhängigen mit und ohne psychotische Störungen.

1.4.1 Komorbidität

1.4.1.1 Der Begriff der Komorbidität

Das Konzept der „Komorbidität“ fand erstmalig 1987 Eingang in den Klassifikationssystemen DSM-III-R und ICD-10 und wurde erst seit Ende der achtziger Jahre unter dem Druck der zunehmenden Prävalenz schwierig zu betreuender Patientengruppen weiter erforscht (Frei und Rehm 2002). Das Konzept der Komorbidität ersetzte das bis dahin in der Psychiatrie vorherrschende hierarchische Diagnosesystem. Damit wurde anerkannt, dass zwei oder mehr Syndrome nebeneinander existieren können, ohne dass eines davon grundsätzlich als höherwertig oder tiefgreifender einzustufen ist als das Andere (Sass et al. 1998).

Komorbidität bezeichnet die Koexistenz von zwei oder mehreren Erkrankungen (Feinstein, 1970). In der Psychiatrie wird der Begriff zumeist bei Patienten verwendet, die sowohl unter einer Störung durch psychotrope Substanzen als auch unter einer weiteren, neben der Suchterkrankung bestehenden psychischen Störung leiden. (Kranzler und Rounsavillle 1998; Slaby 1998). Es existieren mehrere Bezeichnungen für das Phänomen des gleichzeitigen Auftretens von psychischen Störungen und stofflichen Missbrauchs (z.B. „Komorbidität“, „Doppeldiagnose“, „psychisch beeinträchtigter Substanzmissbrauch“), ohne dass bisher ein Konsens über eine einheitliche Bezeichnung erreicht werden konnte (Drake et al. 1991, zitiert nach Krausz und Müller-Thomsen 1994). Die Bandbreite der Definitionen für den Begriff „Doppeldiagnose“ („Dual Diagnosis“) beinhaltet laut Lehmann (1994) Personen mit einer Suchterkrankung, die weitere psychiatrische Symptome aufweisen sowie Personen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung, die psychoaktive Substanzen benutzen, aber auch Personen die während ihres Lebens beide Störungen aufwiesen, jedoch nicht unbedingt zeitgleich. Von verschiedenen Autoren wurde jedoch Kritik an diesen Begriffen und Definitionen geäußert. So weisen Maslin (2003) auf die Unzulänglichkeiten des Begriffes "Doppeldiagnose" hin, welcher im angloamerikanischen Raum als der am Häufigsten benutzte gilt. Ein wichtiges Problem sei dabei, dass der Begriff für zwei willkürliche Störungen benutzt werden könnte. So sei der Begriff während einiger Zeit für psychische Erkrankungen und Lernschwierigkeiten verwendet worden, bevor die heutige Bedeutung, die sich meist auf komorbiden Substanzmissbrauch bezieht, in den Vordergrund trat. Ebenso sei der Begriff zu beschränkt auf medizinische Probleme und beziehe andere potenzielle Problembereiche, wie soziale und finanzielle Bedürfnisse, nicht mit ein (Barker et al. 1998, Bean et al. 1998). Auch die Definitionen des Begriffes „Doppeldiagnose“ seien unzulänglich, da sie stark variieren würden in Bezug auf Art und Schwere der psychiatrischen Erkrankung, sowie auf Art und Muster des Substanzmissbrauches. Ein Sammelbegriff wie „Doppeldiagnose“ für jegliche Patienten mit kombinierter psychiatrischer Erkrankung und Substanzmissbrauch würde die beachtliche klinische Heterogenität innerhalb dieser Gruppe verschleiern. In diesem Zusammenhang weisen Weiss et al. (1992) darauf hin, dass nicht einmal komorbide Patienten, welche dieselbe Droge benutzen und dieselbe psychische Erkrankung aufweisen,

als homogene Gruppe zu bezeichnen wären. Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt an dem häufig benutzten Begriff „Doppeldiagnose“ besteht in der Tatsache, dass er suggeriert, es handle sich um exakt zwei psychiatrische Krankheitsbilder. Allerdings weisen komorbide Patienten neben ihrer Suchterkrankung oft nicht nur eine, sondern mehrere zusätzliche psychiatrische Diagnosen auf (Maslin 2003). Nach Frei und Rehm (2002) sei die eigentliche, somatischmedizinische Bedeutung der Bezeichnung, die Koexistenz von zwei oder mehreren Störungen mit verschiedenen krankheitsspezifischen Ätiologien. Die eigentlichen ätiologischen Faktoren der meisten psychischen Störungen seien hingegen unbekannt. Mit dem Begriff Komorbidität in der Psychiatrie würde deshalb nichts über gemeinsame oder unterschiedliche Ursachen der betreffenden Störungen ausgesagt. Die Verwendung des Begriffes "Komorbidität" sei deshalb im Grunde genommen ungenau.
Komorbidität deshalb aber mit Koinzidenz gleich zu setzen wäre nach Krausz et al. (1999) eine Vereinfachung, die verkennen würde, dass sich hinter der Mehrfachstörung für die Betroffenen in der Regel eine schwierig zu bewältigende und therapeutisch nur schlecht handhabbare Problem- und Konfliktkonstellation verberge. Aus Doppeldiagnosen können sich komplexere Störungen ergeben als durch die bloße Addition zweier Einzelstörungen. Es könne zu einer Verschränkung und Verstärkung der beiden Symptomkomplexe kommen, wobei der Zusammenhang von Ursache und Wirkung oft nicht durchschaubar sei. In dieser Dissertation wird der Begriff „Komorbidität“ bzgl. Substanzkonsum und psychotische Störung dem Begriff „Doppeldiagnose“ vorgezogen.

1.4.1.2 Krankheitstheoretische Modelle

Zum Thema der Wechselwirkung zwischen Sucht und psychiatrischer Komorbidität gibt es verschiedene Ansätze und Interpretationen, welche zu unterschiedlichen Modellen zur Erklärung der hohen Komorbidität zwischen Psychosen und Suchterkrankungen führten. Gouzoulis-Mayfrank (2003) fasst diese verschiedenen Ansätze und Interpretationen im Wesentlichen zu 3 Modellen zusammen.

Modell der sekundären Suchtentwicklung

Das bekannteste Modell der sekundären Suchtentwicklung ist die sogenannte „Selbstmedikationshypothese“ von Kanthzian (1980). Dieses Grundmodell geht davon aus, dass das Suchtverhalten eine Reaktion bzw. einen dysfunktionalen Copingversuch in Bezug auf direkte Symptome oder Auswirkungen der schizophrenen Psychose darstellen würde und hat über lange Zeit die Vorstellung zu den Grundlagen der Komorbidität dominiert. Nach dieser Hypothese werden bestimmte Substanzen mit besonderem psychotropem Profil bei bestimmten Krankheitssymptomen und Beschwerden oder gegen Nebenwirkungen der neuroleptischen Medikation konsumiert. Das würde bedeuten, dass Patienten, die unter eindeutigen Positivsymptomen der Schizophrenie leiden (wie z.B. Halluzinationen) eher beruhigende, entspannende und dämpfende Substanzen wie z.B. Alkohol, Benzodiazepine und Cannabis konsumieren würden, während Patienten mit Negativsymptomatik eher stimulierende, antriebsteigernde Drogen bevorzugen würden. Bei den meisten neueren Untersuchungen konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen bestimmten schizophrenie-typischen Symptomen und der Bevorzugung einer Substanzgruppe festgestellt werden (z.B. Brunette et al. 1997; Addington und Duchak 1997). Das Konsummuster psychotischer Patienten scheint überwiegend mit der Verfügbarkeit der jeweiligen Substanzen zusammenzuhängen (Mueser et al. 1992). Desweiteren wurde bei schizophrenen Patienten ein Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. hohe Impulsivität und „sensation seeking“) und dem globalen Ausmaß des Substanzmissbrauchs beschrieben, welcher auch in der Allgemeinbevölkerung seit langem bekannt ist. Unter anderem durch diese Ergebnisse kamen Mueser et al. (1998) zu dem Schluss, dass psychotische Patienten aus ähnlichen Gründen und Motivationen wie andere Menschen Substanzen konsumieren und keine "Selbstbehandlung" ihrer psychotischen Symptome durch den Konsum betreiben würden. Eine Weiterentwicklung der Selbstmedikations-hypothese, das Affektregulationsmodell (Blanchard et al. 2000), schlägt vor, dass es die gleichen oder zumindest ähnlichen überdauernden Persönlichkeitseigenschaften seien, die bei gesunden wie bei schizophrenen Menschen bzw. Personen mit einer Empfindlichkeit für diese Erkrankung zur Entwicklung eines Substanzmissbrauchs prädisponieren würden. Hierbei handelt es sich um die Neigung zu negativen Affekten und Neurotizismus sowie

eine starke Impulsivität und Disinhibition. Der Substanzmissbrauch als Copingstrategie gegen den negativen affektiven Zustand könnte die hohe Komorbidität zwischen Psychosen und Sucht erklären. Auch die Tatsache, dass der Substanzkonsum in den meisten Fällen bereits vor dem Ausbruch der Psychose bestand und über längere Zeiträume trotz Änderungen und Fluktuation in der schizophrenen Symptomatik aufrechterhalten wurde, spricht für das Affektregulationsmodell. Dieses Modell kommt dabei ohne die Annahme des Zusammenhangs zwischen einzelnen Symptomen und bestimmten bevorzugten Substanzgruppen aus.

Modell der Psychoseinduktion

Dieses Modell bezieht sich insbesondere auf die Wirkungen von Cannabis, Halluzinogenen und Stimulanzien. Alkohol, Opiate und Sedativa werden äußerst selten als ätiologische Faktoren von Psychosen diskutiert, obwohl zumindest Alkohol und Benzodiazepine insbesondere im Entzug psychotische Symptome induzieren können (Gouzoulis-Mayfrank 2003). Alleine der normale Rauschzustand bei Cannabis und Halluzinogenen weise bereits gewisse Ähnlichkeiten zu der Symptomatik florider Psychosen auf (Bowers 1987). Als Komplikationen können sogenannte drogeninduzierte schizophreniforme Psychosen mit einer Dauer von mehreren Tagen bis Wochen auftreten (Übersichten in Poole und Brabbins 1996; Johns 2001). Das Modell der Psychoseinduktion besagt aber darüber hinaus, dass durch den Konsum dieser Substanzen Psychosen de novo induziert bzw. "ausgeklinkt" werden können. Diese können auch ohne Fortsetzung des Konsums den weiteren Verlauf einer schizophrenen Psychose nehmen. Dieses Modell wird durch klinische Erfahrung gestützt, wonach insbesondere Cannabiskonsum dem Ausbruch von akuten Psychosen häufig vorausgeht (Linszen et al. 1994; Hambrecht und Häfner 1996). Allerdings wurde dieser Befund nicht immer bestätigt (z.B. Soyka et al. 1993). Hambrecht und Häfner (1996) konnten zum Beispiel nachweisen, dass uncharakteristische Prodromalsymptome häufig der Suchtentwicklung vorausgehen. Andreasson et al. (1987) schlugen vor, den Cannabiskonsum als Stressor anzusehen, der bei einer entsprechenden biologischen Vulnerabilität den Ausbruch der Erkrankung triggern bzw. beschleunigen könnte. Diese Schlussfolgerungen implizieren die Annahme, dass zumindest bei einem Teil der Patienten

mit einer diagnostizierten drogeninduzierten Psychose die schizophrene Erkrankung auch ohne Drogenkonsum zu einem späteren Zeitpunkt, nach anderen stressreichen Ereignissen, ausgebrochen wäre (Gouzoulis-Mayfrank 2003). Diese Annahme ist vereinbar mit der relativ stabilen Prävalenz und Inzidenz der Schizophrenie in unterschiedlichen Ländern, sowie mit dem häufig erhobenen Befund, dass Patienten mit Suchtstörung und Schizophrenie bei der Erstmanifestation der Schizophrenie im Durchschnitt jünger waren als schizophrene Patienten ohne Suchtstörung (Kovasznay et al. 1997; Dixon et al. 1999).

Modell der gemeinsamen ätiologischen Faktoren

Nach diesem dritten Grundmodell haben Schizophrenie und Sucht eine gemeinsame neurobiologische Grundlage bzw. einen gemeinsamen prädisponierenden Faktor. Schizophrenie wie auch Suchtstörungen weisen demnach evtl. genetische Komponenten auf, die beim gemeinsamen Auftreten eine Rolle spielen könnten (Gouzoulis-Mayfrank 2003). Allerdings haben die bisherigen Daten aus Familienstudien und einer Zwillingstudie in ihrer Gesamtschau die genetische Hypothese nicht unterstützen können (Kendler und Gardner 1997; Mueser et al. 1998). Eine gemeinsame neurobiologische Grundlage könnte eine Dysfunktion des zentralen dopaminergen Systems im gleichen zerebralen Netzwerk bei Schizophrenie und Sucht sein, wobei die neurobiologischen Grundlagen der Schizophrenie gleichzeitig diejenigen neuronalen Mechanismen unterstützen könnten, welche die positiven Verstärkungseffekte psychotroper Substanzen („reward") vermitteln und somit eine Vulnerabilität für die Suchtentwicklung erhöhen (Chambers et al. 2001). Chambers et al. (2001) kamen in einer Übersichtsarbeit zum Thema dieser sogenannten „primary addiction hypothesis" zu dem Schluss, dass eine primär erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines Substanzmissbrauchs ein Symptom der Schizophrenie darstellen würde. Dieses Modell könnte erklären, weshalb sich ein Missbrauch vor bzw. nach oder gleichzeitig mit dem Auftreten psychotischer Symptome entwickeln kann, und impliziert spezielle Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen gegen eine Suchtentwicklung als Teil der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie. Keines der oben erwähnten Modelle kann bis heute empirisch klar belegt oder widerlegt werden. Auch schließen sie sich gegenseitig nicht aus (Frei und Rehm 2002). Wahrscheinlich ist,

dass einige Modelle besser auf bestimmte Patientengruppen passen, und dass selbst bei einem einzelnen Patienten eine Kombination aus Mechanismen der verschiedenen Modelle vorliegen kann (Gouzoulis-Mayfrank 2003, Mueser et al. 1998). Auch Bachmann et al. (1997) schlagen vor, dass bei komorbiden Patienten vermutlich mehrere Modelle Gültigkeit haben. Die hypothetische Zuordnung der einzelnen Patienten zu einem oder mehreren dieser Erklärungsmodelle könne aber dazu verhelfen, die Ätiologie der Komorbidität besser zu verstehen und individuelle Therapiestrategien daraus abzuleiten.

1.4.2 Substanzgebrauch bei psychotischen Patienten

1.4.2.1 Prävalenzraten des Opiatkonsums bei psychotischen Patienten

Die meisten Studien zum Substanzkonsum bei Patienten mit psychotischen Störungen konzentrieren sich auf Alkohol, Cannabis und Amphetamine, so dass zu Opiaten nur wenige Untersuchungen vorliegen. Neben zwei epidemiologischen Studien und einigen Untersuchungen in Gefängnissen wurden die meisten davon bei klinischen Stichproben im stationären und teilstationären Setting sowie in Kriseninterventionszentren durchgeführt. Die gefundenen Prävalenzraten differieren dabei stark, unter anderem aufgrund methodischer Unterschiede.

In einer epidemiologische Studie, die alle Personen mit „schweren pychischen Erkrankungen“ („severe mental illness“) in einem Londoner Stadtteil einschloss, untersuchten Duke et al. (2001) eine Gruppe von 352 Personen mit Schizophrenie, schizoaffektiven Störungen und anderen psychotischen Störungen. Insgesamt 14% davon gaben dabei Lebenszeitkonsum von Opiaten an. Zu den stationären Studien, in denen schizophrene Patienten mit Substanzkonsum und schizophrene Patienten ohne Substanzkonsum miteinander verglichen wurden, zählen die Studien von Gupta et al. (1996) und Sevy et al. (2001) mit relativ kleinen Patientenzahlen (N=11 bzw. N=118). In diesen Studien lag die Prävalenzrate eines Opiatkonsums bei 9% bzw. 1,8%. Schofield et al. (2001) kam bei einer Untersuchung von 522 stationären schizophrenen Patienten auf eine Prävalenzrate von 3,4% bezüglich des Opiatmissbrauchs. In der Münchner Studie von Soyka et al. (1993) mit 447 stationären schizophrenen Patienten wurde von einer verhältnismäßig hohen Lebenszeit- und 3-Monatsprävalenzrate von ca. 16% für Missbrauch von Opiaten und Opiatanaloga berichtet, bei allerdings nur ungenauen Angaben. Dabei könnte eine Rolle gespielt haben, dass die Stichprobe der Studie auf Grund von höheren Wiederaufnahmeraten und längerer Krankheitsdauer als eine eher chronische Gruppe von Schizophrenen angesehen werden kann. In der Züricher Studie von Modestin et al. (2001) hatten 43 von 525 stationären schizophrenen Patienten (8,2%) die Diagnose einer

opiatbezogenen Störung. Zu den Studien mit ambulanten Patienten zählt die Studie von Zeiler (1990) mit 66 schizophrenen Patienten eines sozialpsychiatrischen Dienstes. Es zeigte sich hierbei eine Prävalenzrate von 1,5% für Opiatmissbrauch (in dieser Studie beinhaltete dies Abhängigkeitssyndrom, schädlichen Gebrauch und gefährlichen Gebrauch). Barbee et al. (1989), untersuchten 53 Patienten einer Kriseninterventions-einheit. 8% der schizophrenen Patienten hatten hierbei in ihrem Leben schon einmal Heroin konsumiert. Westermeyer und Schneekloth (1999) verglichen 29 Suchtpatienten mit zusätzlich psychotischen Störungen und 296 Suchtpatienten ohne eine weitere psychische Störung aus dem Alkohol- und Drogenprogramm zweier Universitätskliniken in Minnesota und Oklahoma. Als Aufnahmekriterium der Studie musste sich die Schizophrenie während einer 6-monatigen Phase, in der keine Substanzen konsumiert wurden, manifestieren. In der Gruppe der Schizophrenen (N=29) gaben 48% einen Lifetimekonsum von Opiaten an, aber nur 3% betrieben zum Zeitpunkt der Untersuchung einen Opiatmissbrauch oder es bestand eine Opiatabhängigkeit. Eine Studie von Farrell et al. (2002) bei 503 inhaftierten Patienten mit „funktionellen Psychosen“ (Schizophrenie, affektive Psychosen aber auch drogeninduzierte Psychosen und Psychosen durch Entzug) zeigte höhere Raten von Opiatgebrauch. 10,9% der Personen mit einer funktionellen Psychose waren heroinabhängig, 8,5% wurden als „schwer heroinabhängig“ und 11,2% als „schwer abhängig von anderen Opiaten“ eingestuft.

Die Befunde der genannten Studien sind auf Grund der teilweise stark selektierten Stichproben allerdings nur eingeschränkt aussagekräftig. Des Weiteren sind die Ergebnisse der Studien nicht direkt vergleichbar, da sie teilweise von unterschiedlichen Arten des Substanzkonsums berichten (Missbrauch vs. Abhängigkeit, aktueller Konsum vs. Lifetime-konsum) und teilweise die Begriffe in anderen Zusammenhängen benutzt werden. So beinhaltet der Begriff „Missbrauch“ bei Zeiler (1990) schädlichen Gebrauch, gefährlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Opiaten. Anzumerken ist jedoch, dass auch in Studien mit teilweise etwas höherem Lebenszeitkonsum (ca. 8-9%) die aktuellen Prävalenzraten in Bezug auf alle opiatbezogenen Diagnosen verglichen mit anderen Substanzen niedrig waren.

1.4.2.2 Gründe für die begrenzte Befundlage

Ein Grund für die geringe Befundlage zu Komorbidität von Psychose und Opiatabhängigkeit scheint zu sein, dass sich eine sorgfältige Diagnostik bei Doppeldiagnosepatienten sehr anspruchsvoll gestaltet, was gerade im ambulanten Behandlungssetting Schwierigkeiten bereiten kann (Frei und Rehm 2002). Aber auch bzgl. der geringen Prävalenz dieser Komorbidität in den existierenden Studien sind unterschiedliche Interpretationen denkbar. Eine Erklärung könnte sein, dass die von den Patienten gemachten Angaben nicht unbedingt der Realität entsprechen und somit zu verfälschten Prävalenzraten führen. So fanden sich in der Studie von Modestin et al. (1997) bei 6 der 142 untersuchten stationär-psychiatrischen Patienten im Urintest Hinweise auf Methadonkonsum, trotz gegenteiliger Angaben. Farrel et al. (2002) kamen in ihrer Studie an über 500 Inhaftierten mit einer funktionellen Psychose (alle psychotischen Störungen inklusive Schizophrenie, affektiven Psychosen und drogeninduzierte Psychose) zu der Erkenntnis, dass starke Heroinabhängigkeit in Zusammenhang mit einem reduziertem Risiko eine Schizophrenie aufzuweisen steht. Ihre Interpretation dieser Ergebnisse ist, dass Opiate nicht psychotogen seien und Erregungszustände reduzieren könnten. Das Risiko an einer Psychose zu erkranken wäre somit nicht erhöht. Weitere antipsychotische Effekte von Opioiden seien hingegen unwahrscheinlich. Westermeyer und Schneekloth (1999) postulierten, dass es zwischen Opiatmissbrauch und Psychosen eine inverse Korrelation gäbe, da sie bei Patienten mit Schizophrenie eine deutlich geringere Rate an Opiatmissbrauch bzw. -abhängigkeit fanden als bei psychiatrischen Patienten ohne eine psychotische Störung. Diese Feststellung stehe in Einklang mit den Ergebnissen anderer Wissenschaftler, die ebenfalls eine geringere Rate von Opiatmissbrauch bei schizophrenen Patienten im Vergleich zu anderen psychiatrischen Patienten fanden (Tsuang 1982; Hekimian und Gershon 1968). In den siebziger Jahren vermutete Comfort (1977) sogar, dass es eine Suppression psychotischer Symptomatik durch die Opiateinwirkung geben könnte. Als Alternative zu der Annahme einer inversen Korrelation zwischen Schizophrenie und Opiatkonsum spekulierten Jaffe et al. (1997), dass der Opiatkonsum die klinische Erscheinung oder Diagnose so beeinflussen könnte, dass Opiatabhängige seltener

als psychisch Schwerkranke diagnostiziert würden. Eine andere Erklärung für die niedrige Prävalenzrate des Opiatkonsums bei Personen mit psychotischen Störungen könnte sein, dass psychotische Patienten den Opiaten andere Substanzen vorziehen. Mueser et al. 1990 fand heraus, dass Patienten mit psychotischen Störungen angstreduzierende Substanzen wie Alkohol und Cannabis oder stimulierende Drogen wie Kokain und Amphetamine bevorzugen würden. Auch in einer Studie von Lammertink et al. (2001) bei polytoxikomanen Patienten konsumierte die Gruppe der Patienten mit psychotischen Störungen bevorzugt Cannabis, die Patienten mit einer reinen Suchtstörung hingegen eher Kokain. Eine alternative Erklärung könnte sein, dass der Grad der sozialen Fähigkeiten, die ein Leben auf der Szene und die Beschaffung harter Drogen erfordert, von schizophrenen Patienten nicht erreicht wird (Mueser et al. 1992; Dixon 1991). Nach Meinung der Autoren würden die oben genannten Ergebnisse damit nicht die Selbstmedikationshypothese bestätigen, sondern wohl eher das Ergebnis von schlechteren sozialen Fähigkeiten und Beschaffungsschwierigkeiten sein. Dieser Meinung stimmen auch Modestin et al. (2001) zu. Sie vermuten, dass Angaben in Fragebögen zu Drogenmissbrauch nicht der Realität entsprechen und eher die Verfügbarkeit der Substanz als die Präferenz reflektieren würden.

1.4.2.3 Zusammenhänge zwischen Substanzkonsum und Symptomatik

Unterschiede zwischen psychotischen Patienten mit und ohne Substanzkonsum wurden in vielen Studien untersucht. Die komorbiden Patienten wurden hierbei auch nach Substanzgruppen unterteilt und auf Besonderheiten untersucht. Allerdings wurde in den meisten Studien nicht genauer auf Opiatkonsum eingegangen, offensichtlich aufgrund der niedrigen Prävalenzrate und der vermeintlich geringen Relevanz des Themas. In den folgenden Abschnitten werden allgemeine Befunde zu Besonderheiten bei psychotischen Patienten mit komorbidenm Substanzkonsum in Bezug auf drei wichtige Bereiche dargestellt: Soziodemographie und soziale Faktoren, Krankheitsverlauf und Therapie.

Soziodemographie und soziale Faktoren

Bezüglich soziodemographischer Charakteristika wurden häufig Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen berichtet. So wurden in mehreren Studien Unterschiede zwischen schizophrenen Patienten mit und ohne substanzbezogene Störung hinsichtlich des Alters und des Geschlechtes berichtet. Die komorbiden Patienten waren dabei im Durchschnitt jünger und häufiger männlichen Geschlechts (Ries et al. 2000; Swofford et al. 2000). Auch die Präferenzen bezüglich der jeweiligen Substanz könnten mit dem Alter zusammenhängen. Duke et al. (2001) untersuchten Substanzkonsum bei Schizophrenen in London und fanden andere Substanzen als Alkohol bei 57% der unter 36jährigen im Gegensatz zu 9% bei den über 35-jährigen. Auch bei Modestin et al. (2001) waren diejenigen schizophrenen Patienten, die außer Alkohol keine weiteren Substanzen konsumierten, älter und sozial besser angepasst, als Patienten mit illegalem Substanzkonsum. Dem widersprechen allerdings die Ergebnisse einer Metanalyse von elf internationalen Studien mit insgesamt 1135 Patienten (Potvin et al. 2006), die diesbezüglich keine Unterschiede feststellen konnte. In einer Untersuchung von Brunette et al. (1997) an 172 Patienten mit psychotischen und substanzbezogenen Störungen sprechen sich die Autoren gegen die Selbstmedikationshypothese aus und postulieren, dass Schizophrene ein erhöhtes Risiko hätten eine Sucht zu entwickeln, weil sie von vielen psychosozialen Risikofaktoren betroffen seien, wie zum Beispiel Armut, verminderten sozialen Fähigkeiten und Arbeitslosigkeit. Ferner beschreiben sie einen schwachen Trend dahingehend, dass eine schwere Symptomatik der Psychose in Zusammenhang mit stärkerem Drogenkonsum stehen würde. Auch im Hinblick auf die prämorbide Persönlichkeit sowie den Intellekt wurden Besonderheiten der komorbiden Patientengruppe festgestellt. Drake et al. (1998) berichteten, dass komorbide Patienten über bessere soziale Fähigkeiten verfügen würden und mehr soziale Kontakte hätten als Patienten mit lediglich einer psychiatrischen Störung. Dies gelte zumindest für den Zeitraum, in dem der Substanzkonsum der Patienten noch nicht zu chronisch sei. Bei dieser Patientengruppe scheint eine stabilere prämorbide Persönlichkeit und eine bessere psychosoziale Anpassungsfähigkeit zu bestehen (Arndt et al. 1992, Breakey et al. 1974, Buckley et al. 1994). Es scheint möglich, dass diejenigen psychotischen Patienten, die sozial kompetenter und aktiver sind, eher einen

problematischen Drogenabusus entwickeln, weil sie Drogen durch ihre sozialen Kontakte verstärkt ausgesetzt sein könnten (Arndt et al. 1992). Auch Sevy et al. (2001), die Personen mit einer ersten schizophrenen Episode mit und ohne Drogenmissbrauch verglichen, fanden bei den psychotischen Patienten mit Substanzkonsum höhere Intelligenzquotienten, eine bessere kognitive und sprachliche Begabung sowie eine höhere soziale Stellung der Eltern, als bei psychotischen Patienten ohne Substanzkonsum.

Krankheitsverlauf

In Bezug auf den Beginn des Drogenkonsums und des Erstmanifestationsalters der Psychose kamen bisherige Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen. Laut Sevy et al. (2001) begann in verschiedenen Untersuchungen der Drogenkonsum vor der Erstmanifestation der psychotischen Störung (z.B. Silver und Abboud 1994) und würde somit das Vulnerabilitätsmodell unterstützen. Auch in der Untersuchung von Farrell et al. (2002) konnte ein früher Beginn des Heroinkonsums mit unter 16 Jahren mit einem erhöhten Risiko eine Schizophrenie aufzuweisen in Zusammenhang gebracht werden. Andere Studien konnten diese Ergebnisse allerdings nicht bestätigen. Soyka et al. (1993) beschrieb in einer Studie an 630 schizophrenen Patienten, dass „im Allgemeinen“ der Beginn des Substanzkonsums der Erstmanifestation der Schizophrenie folgte. Dies traf besonders auf weibliche Patienten zu. Duke et al. (2001) hingegen fanden in einer epidemiologischen Studie überhaupt keinen Zusammenhang zwischen dem Konsum von illegalen Substanzen und dem Erstmanifestationsalter der Schizophrenie. Das Risiko eines Suizidversuchs bei komorbiden Patienten scheint erhöht zu sein. Krausz et al. (1996) fanden heraus, dass 27,3% der Patienten mit Schizophrenie und Suchterkrankung zwei- oder mehrfach einen Suizidversuch begangen hatten, im Vergleich zu 18,2% der Schizophrenen ohne Suchtstörung.

Therapieverlauf

Bezüglich des Verlaufes der Therapie zeigte sich in stationärer Behandlung bei komorbiden Patienten eine schlechtere Compliance (Übersicht bei Ziedonis und D’Avanzo 1998). Verschiedene Untersuchungen zeigten, dass komorbide Patienten insgesamt schlechter auf

die Behandlung ansprachen (z.B. Bowers et al. 1990), die Behandlung erfolgloser war (z.B. Hambrecht und Häfner 1996) und Schizophrene mit Drogenkonsum eine höhere Wiederaufnahmerate hatten (Gupta et al. 1996; Ziedonis und D'Avanzo 1998). In diesem Zusammenhang erklären Brunette et al. (1997), dass der Grund für eine erhöhte Institutionalisierung von komorbiden Patienten neben einer stärkeren Symptomatik auch auf direkte Effekte von Alkohol und Drogen auf Aggression und Straftaten und damit verbundene Unterbringungen zurück zu führen sein könnte. Darüber hinaus berichten Duke et al. (2001), dass Patienten mit komorbiden substanzbezogenen Störungen schlechter auf neuroleptische Medikation ansprechen würden (Bowers et al. 1990), sowie unter einer höheren Rate von Nebenwirkungen leiden würden (Dixon et al. 1991).

1.4.3 Psychiatrische Komorbidität bei Opiatabhängigen

1.4.3.1 Prävalenzraten psychotischer Störungen bei Opiatabhängigen

Im folgenden Abschnitt werden Studien zu Prävalenzraten von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis bei Opiatabhängigen dargestellt. Geordnet sind die Studien dabei nach Art des Patientenkollektivs (epidemiologische Studien, Studien bei stationären Patienten, sowie Studien bei ambulanten Patienten).

Besonders aussagekräftig ist die bevölkerungsbasierte „Epidemiological Catchment Area" (ECA) Studie aus den Vereinigten Staaten (Regier et al. 1990), mit einem besonders großen Kollektiv (N=20291) und einer sorgfältigen Diagnostik. Insgesamt gaben darin 142 der befragten Personen an, opiatabhängig zu sein (0,7%). In dieser Gruppe hatten 65% mindestens eine komorbide psychische Störung und 11% davon litten unter einer schizophrenen Störung. Zu den Studien mit stationären Patienten zählt eine Studie von Maremmani et al. (2000). Diese Autoren verglichen 90 stationäre Opiatabhängige mit und ohne komorbide psychische Störung und fanden für die Diagnose einer Schizophrenie eine Prävalenz von 4,4%. Zu ähnlichen Prävalenzraten kam auch eine weitere stationäre Studie (Hendricks et al. 1990). Darin wurde festgestellt, dass 80% von 152 stationären Opiatabhängigen zusätzlich an einer psychiatrischen Störung erkrankt waren. Für Schizophrenie lag sowohl die Lifetime-Prävalenz als auch die 6-Monats-Prävalenz bei 4%. In Bezug auf manche anderen Störungen erschienen deren Prävalenzraten den Autoren allerdings durch die Entzugssymptomatik fälschlich erhöht, da bei den Patienten zum Zeitpunkt der Diagnosestellung eine Methadonreduktion erfolgte. Zu den Studien bei ambulanten Patientenkollektiven gehört die Studie von Krausz et al. (1998). In ihrer Langzeitstudie wurden 350 Opiatabhängige mit Kontakt zum Hamburger Drogenhilfesystem untersucht und eine Prävalenzrate für psychotische Störungen, ähnlich den stationären Studien, von insgesamt 5% (2% Schizophrenie, 3% schizoaffektive Störungen) gefunden. Mit 5,9% (8,3% bei Frauen und 5,5% bei Männern) ermittelten Frei und Rehm (2002) eine ähnliche Zahl in Bezug auf die Lebenszeitprävalenz für

Schizophrenie und andere psychotische Störungen bei 85 Opiatabhängigen aus 17 Zentren für heroingestützte Behandlungen. Analog zu diesen Prävalenzraten fanden von Limbeek et al. (1992) bei 219 Heroinabhängigen aus niedrigschwelligen Methadonsubstitutions-programmen und Entgiftungseinrichtungen eine Prävalenz von 5% für Schizophrenie und 0.5% für schizophrenieforme Störungen. Niedrigere Prävalenzraten für Schizophrenie bei ambulant geführten opiatabhängigen Patienten fanden sich in der Untersuchung von Brooner et al. (1997). Von 716 Patienten aus einer Methadonambulanz hatte nur 1 Teilnehmer (0,14%) eine Schizophrenie. Eine gleichsam niedrige Prävalenzrate fanden Raschke et al. (1996). Bei ihrer Evaluationsstudie eines Hamburger Methadonprogrammes wurden bei 2% der substituierten Patienten nach Angabe der behandelnden Ärzte eine schizophrene Störung gefunden. Die Prävalenzraten sämtlicher Psychosen (nicht spezifisch Schizophrenie) bei ambulanten opiatabhängigen Patienten lagen in vielen Studien höher. Sørensen et al. (2005) untersuchten 188 Personen mit einer Opiatabhängigkeit in der Vorgeschichte aus dem Kopenhagener Drogenbehandlungszentrum. 8,5% dieser Personen wurden dabei schon einmal aufgrund einer Psychose stationär aufgenommen. Als einen Grund für diese etwas erhöhte Prävalenzrate vermuteten die Autoren einen Zusammenhang mit dem Zeitpunkt des intravenösen Erstkonsums von Opiaten. Die Patienten der Stichprobe hatten in den siebziger Jahren mit intravenösem Opiatkonsum begonnen, zu einem Zeitpunkt also, zu dem LSD und andere Halluzinogene „en vogue“ gewesen seien und Auslöser einer Psychose gewesen sein könnten. Bei 75 Patienten eines Methadonbehandlungsprogrammes in New York fanden Mason et al. (1998) acht Patienten (10,7%) mit einer zum Zeitpunkt der Untersuchung bestehenden Schizophrenie nach DSM-III und 2 Patienten (2,7%) mit einer Schizophrenie in der Vergangenheit. Eine relativ hohe Rate fanden Unglaub et al. (2003) bei ambulant substituierten Opiatabhängigen. Fünf Personen (10%) erfüllten zusätzlich die ICD-10 Kriterien einer schizophrenen Psychose und wurden kasuistisch in Bezug auf ihre Neuroleptikatherapie beschrieben. Auch bei Gefängnisinsassen bestand in einer Studie von Franke et al. (2003) eine leicht höhere Prävalenzrate verglichen mit der Mehrheit der bereits genannten Studien. Bei Gefängnisinsassen, die gegen das Betäubungsmittelgesetz verstoßen hatten, bestand bei 7,8% der Opiatabhängigen eine Schizophrenie.

Eine Studie mit sehr hohen Prävalenzen, bei der allerdings keine klaren diagnostischen Kriterien zum Einsatz kamen, stammt von Marsden et al. (2000). Diese Autoren untersuchten ein Kollektiv von Patienten aus dem stationären Bereich, aus Rehabilitationseinheiten sowie aus dem ambulanten Bereich und fanden bei 1075 Substanzabhängigen, von denen 90% opiatabhängig waren, bei 33,3% der Männer und 19,6% der Frauen Anzeichen für „Psychotizismus“. Um eine umfassendere Aussage über die Häufigkeit der Komorbiditätsproblematik unter Opiatabhängigen zu ermöglichen, haben Frei und Rehm (2002) aus 16 einschlägigen Studien die ermittelten Lebenszeitprävalenzen von psychischen Störungen bei Opiatabhängigen im Rahmen eines Gewichtungsverfahrens aggregiert und zu einer Metaanalyse zusammengefasst. Die Studien beinhalteten Opiatabhängige in methadongestützten und heroingestützten Behandlungen, abstinenzorientierten Therapien sowie eine epidemiologische Studie. Für den Anteil der Patienten, die neben der Opiatabhängigkeit unter mindestens einer zusätzlichen Störung litten, wurde ein Gesamtwert von 78,3 errechnet. Schizophrenie oder andere psychotische Störungen waren mit einer Prävalenzrate von 0,3% eher seltener vorhanden (Frei und Rehm 2002).

1.4.3.2 Untersuchungen mit Opiatkonsumenten und psychotischen Störungen

Die vorliegende Untersuchung ist zurzeit die erste Studie weltweit die sich ausschließlich mit der speziellen Patientengruppe der Opiatabhängigen mit psychotischer Komorbidität befasst. Untersuchungen, welche ebenfalls ausführlicher auf diese spezielle Patientengruppe eingegangen sind, werden in diesem Abschnitt vorgestellt.

Zu den Berichten über Opiatabhängige mit psychotischen Störungen gehört eine Fallserie von Miotto et al. (2001) über 5 Opiatabhängige mit Schizophrenie, die zu einer Stichprobe von 135 Opiatabhängigen in Behandlung gehörten. Bei 4 dieser Patienten koinzidierte der Beginn der psychotischen Symptome mit dem Beginn des illegalen Drogenmissbrauches, ging aber dem Beginn des langfristigen Heroinmissbrauches voraus. Im Gegensatz zu der Mehrheit der Heroinabhängigen traten in dieser Gruppe während des Cannabis- und Halluzinogenkonsums unerwünschte Effekte wie z.B. die Verschlimmerung psychotischer

Symptome auf, woraufhin sie den Konsum dieser Substanzen reduzierten. Die fünf Patienten konsumierten regelmäßig oder gelegentlich Heroin aufgrund der euphorisierenden Effekte. Zwei der Patienten berichteten von einer Verbesserung der Negativsymptomatik nach einer therapeutischen Dosis Methadon. In einem weiteren Fall schien eine erhöhte Dosis Methadon eine erneute Exazerbation der psychotischen Symptomatik während eines plötzlichen Zusammenbruches zu kontrollieren. Zwei der fünf Patienten berichteten von einer Verbesserung positiver Symptome nach Heroinkonsum, welche einer Neuroleptikatherapie ohne Verschlimmerung negativer Symptome gleichen würde. Miotto et al. (2001) kommen aufgrund dieser Beobachtungen zu dem Schluss, dass die antipsychotischen Effekte von Opioiden besser erforscht werden sollten, da Opiate dopaminerge Bahnen beeinflussten, die an der Pathogenese der Schizophrenie beteiligt sein könnten. Eine der vorliegenden Studie ähnliche Stichprobe und ein ähnliches Studiendesign liegt in einer Studie von Jaffe et al. (1997) vor. In dieser Studie wurden 43 Opiatkonsumenten mit schweren psychischen Erkrankungen (davon 20 mit einer Abhängigkeit) und 297 Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen ohne Opiatkonsum aus demselben ambulanten Behandlungsprogramm auf demographische, klinische und therapiebezogene Charakteristika verglichen. In einem zweiten Schritt wurden die 20 Opiatabhängigen mit schweren psychischen Erkrankungen mit Opiatabhängigen ohne Komorbidität nach Geschlecht, Alter und Rasse gematcht und verglichen. Im Hinblick auf den ersten Vergleich zeigte sich, dass sich die Opiatkonsumenten mit schweren psychischen Störungen wenig von anderen Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen unterschieden. Eine interessante Ausnahme stellte die Tatsache dar, dass in der Gruppe der Opiatkonsumenten halb so viele Schizophrene waren wie in der Gruppe ohne Opiatabhängigkeit (26% vs. 53%). Bei dem Vergleich mit den gematchten Opiatabhängigen ohne Komorbidität in der Studie von Jaffe et al. (1997) zeigten sich soziodemographisch keine Unterschiede mit der Ausnahme, dass die Gruppe der psychisch schwer Erkrankten seltener mit einem Partner zusammenlebte. Die Gruppe mit komorbiden Störungen wies eher eine schwächere Opiatabhängigkeit auf. So hatte diese Gruppe im Vergleich nicht so regelmäßig und auch nicht so häufig intravenös Opiate konsumiert. Das Einstiegsalter war bei beiden Gruppen gleich. Innerhalb der Gruppe der

komorbiden Patienten zeigte sich ein unterschiedlicher Therapieerfolg. So waren die psychotischen Patienten erfolgreicher als die unipolar depressiven Opiatabhängigen, die zuvor oral Opiate konsumiert hatten. Westermeyer und Schneekloth **(**1999) verglichen 29 Personen mit einer substanzbezogenen Störung und Schizophrenie mit 296 Personen mit einer substanzbezogenen Störung ohne eine komorbide psychische Störung. Unter den Schizophrenen hatten 48% Personen schon einmal Opiate konsumiert und bei 3% Personen bestand eine Opiatabhängigkeit als Lebenszeitdiagnose. Demographische Charakteristika, Einstiegsalter, Verlauf der Abhängigkeit und Substanzkonsum der schizophrenen Patienten mit einer Suchtstörung waren denen der Patienten mit einer reinen Suchtstörung sehr ähnlich. Bemerkenswert war, dass die Gruppe der Schizophrenen mit einer substanzbezogen Störung signifikant weniger Opiate konsumierten als die Gruppe der Personen mit substanzbezogenen Störungen ohne eine komorbide psychische Störung (3% vs. 20%). In Bezug auf die Opiate zeigte sich ein späteres Erstkonsumalter der Schizophreniepatienten mit substanzbezogener Störung im Vergleich mit der Gruppe der Personen mit substanzbezogenen Störungen ohne eine komorbide psychische Störung (23,8 Jahre vs. 21,7 Jahre). Die Autoren schlugen dabei vor, dass der Grund für den späteren Beginn des Substanzkonsums die soziale Isolation durch die prodromalen Symptome der Schizophrenie gewesen sein könnte.

1.4.3.3 Besonderheiten Opiatabhängiger mit psychiatrischer Komorbidität

Wie bei psychotischen Patienten mit substanzbezogener Komorbidität (Kapitel 1.4.2.3) konnten auch zwischen opiatabhängigen Patienten mit und ohne psychiatrischer Komorbidität Unterschiede festgestellt werden, zu denen im Folgenden geordnet nach soziodemographischen Merkmalen, Krankheits- und Therapieverlauf, ein Überblick gegeben werden soll.

Soziodemographie

Opiatabhängige Frauen scheinen von Komorbidität deutlich stärker betroffen zu sein als opiatabhängige Männer. In der Studie von Krausz et al. (1997) ergaben sich beim Vergleich der durchschnittlichen Anzahl komorbider Störungen pro Person signifikante Geschlechtsunterschiede. Alle häufig vorhandenen Störungen traten bei den Frauen öfter, zum Teil doppelt so häufig auf wie bei den Männern. Insgesamt bestand bei 69% der Frauen im Gegensatz zu 49% der Männer neben der Opiatabhängigkeit eine weitere psychiatrische Störung. Ein ähnliches Ergebnis ergab die Studie von Frei und Rehm (2002). Auch bei Brooner et al. (1997) bestanden pro Patientin aus einer Methadonambulanz durchschnittlich mehr psychische Störungen (1,8 psychische Störungen pro Person) als bei männlichen Patienten der Stichprobe (durchschnittlich 1,0 psychische Störungen). Interessanterweise betrug die bei Marsden et al. (2000) in ihrer Studie bei 1075 Drogenabhängigen (90% davon opiatabhängig) genannte Rate für „Psychotizismus" bei den Frauen 33,3%, bei den Männern 19,6% (OR=2,05, 95% CI=1,51-2,79). Auch die Intensität der psychiatrischen komorbiden Erkrankung war unterschiedlich bei Männern und Frauen in dieser Studie. Weibliche Studienteilnehmer berichteten bei allen psychiatrischen Symptomskalen von stärkeren Symptomen.

Das psychosoziale Funktionsniveau scheint bei methadonsubstituierten mit einer psychotischen Erkrankung erniedrigt zu sein.In der Studie von Krausz et al. (1997) an Hamburger Methadonsubstituierten zeigte sich das psychosoziale Funktionsniveau bei allen Patienten mit einer zusätzlichen komorbiden Störung vermindert. Den geringsten Wert aber erzielten die Opiatabhängigen mit einer Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung.

Die Mortalitätsrate Opiatabhängiger mit psychotischen Störungen könnte erhöht sein. Sørensen et al. (2005) untersuchten die 15-Jahres Mortalität von 188 Personen mit einer Opiatabhängigkeit in der Vorgeschichte aus einem Kopenhagener Drogenbehandlungszentrum. 8,5% dieser Personen wurden dabei schon einmal aufgrund einer Psychose stationär aufgenommen. Es zeigte sich ein deutlicher Trend zu einer erhöhten Mortalitätsrate bei Opiatabhängigen mit einer komorbiden Psychose im Vergleich zu seit Jahren abstinenten Opiatabhängigen, zu gelegentlichen Opiatkonsumenten sowie zu aktuell Opiatabhängigen ohne zusätzliche Psychose.

Verlauf der Erkrankung/ Charakteristika der Opiatabhängigkeit

Das Alter des ersten Auftretens psychischer Störungen scheint zumeist vor dem Beginn des Heroinkonsums zu liegen. So lag das Alter des ersten Auftretens psychischer Störungen in der Untersuchung an Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem von Krausz et al. (1998) meist zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr. Der Einstieg in den Heroinkonsum erfolgte später, im Durchschnitt mit knapp 20 Jahren. Auch bei Callaly et al. (2000) lag bei den 62 Methadonpatienten der Beginn der psychiatrischen Erkrankung in 71% der Fälle vor dem erstmaligen Heroinkonsum. In der Studie von Mason et al. (1998) an stationären Methadonpatienten betrug das durchschnittliche Einstiegsalter für Heroin 17,1 Jahre und für andere Opiate mit 20,4 Jahre. Bei den 10 Patienten mit einer zusätzlichen psychotischen Störung lag das Durchschnittsalter zu Beginn der Psychose 13,7 Jahre, so dass der Beginn der Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit vor dem Beginn des Opiatkonsums lag.

Komorbide Patienten scheinen einen höheren Beikonsum zu haben. Die Einnahme von psychotropen Substanzen kann laut Khantzian (1985), der als einer der ersten Autoren die sog. „Selbstmedikationshypothese“ formuliert hat, als Versuch der Bewältigung von psychischen oder emotionalen Belastungen angesehen werden. Nach dieser Hypothese müssten Patienten mit komorbiden psychischen Störungen einen häufigeren Substanzkonsum als Patienten mit reiner Suchtdiagnose aufweisen. Zur Überprüfung dieser Hypothese verglichen Frei und Rehm (2002) den Substanzkonsum komorbider Patienten während des letzten Monats vor der Befragung mit dem der Patienten, die ausschließlich eine Opiatabhängigkeit aufwiesen. In Bezug auf Opiate wurde kein statistisch signifikanter

Unterschied gefunden, aber die Gruppe der komorbiden Patienten wies häufiger einen Benzodiazepin- und Cannabiskonsum auf. Auch Marsden et al. (2000) berichten, dass psychiatrische Symptome bei Opiatpatienten mit einem stärkeren Beigebrauch von Benzodiazepinen, Alkohol und insbesondere Stimulantien in Zusammenhang stand.

Therapieverlauf

Der Therapieverlauf komorbider Patienten gestaltet sich komplizierter. In einer Studie von Maremmani et al. (2000) brauchten Opiatabhängige, die zusätzlich unter einer Achse-I-Störung nach DSM-IV litten, zu Beginn der Methadontherapie eine erheblich höhere tägliche Methadondosis um klinisch stabilisiert zu werden, als Substituierte ohne eine zusätzliche psychische Störung (154 mg vs. 99 mg). In derselben Studie brachen Opiatabhängigen mit einer komorbiden psychischen Störung in den ersten 3 Monaten signifikant häufiger die Therapie ab, als Opiatabhängige ohne Komorbidität. Die verbliebenen Patienten dieser Gruppewelche? verhielten sich jedoch im Verlauf sehr compliant und die Therapie war erfolgreich. Auffällig war allerdings, dass sie überdurchschnittlich lange (häufig länger als 5 Monate) behandelt wurden. Opiatabhängigen ohne Komorbidität ging es im Gegensatz dazu schon früher besser und sie verließen das Programm deshalb eher. Opiatabhängige mit psychotischen Störungen scheinen häufig von weiterer psychischer Komorbidität betroffen zu sein. Dabei scheinen, nach einer Studie von von Limbeek et al. (1992) an 502 Heroinabhängigen, psychotische Störungen stark im Zusammenhang mit affektiven Störungen und Angststörungen zu stehen.

1.5 Ziele der Arbeit

Ziel der Arbeit war es, in Zusammenarbeit mit der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Warstein, eine größere Stichprobe Opiatabhängiger mit zusätzlichen psychotischen Störungen mit einer Kontrollgruppe von Opiatabhängigen ohne diese Komorbidität zu vergleichen und etwaige Besonderheiten dieser Gruppe in Bezug auf wichtige klinische Variablen aufzudecken.

1.6 Fragestellungen und Hypothesen:

Fragestellungen

1. Zeigen sich Unterschiede im Hinblick auf soziodemographische Charakteristika (Schul- und Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, Partnersituation, Kinder) zwischen Opiatabhängigen mit und ohne komorbide F2-Störungen?
2. Zeigen sich Unterschiede im Hinblick auf den Verlauf der Abhängigkeit (Einstiegsalter, Konsummuster, Beigebrauch, Infektionsstatus) zwischen Opiatabhängigen mit und ohne komorbide F2-Störungen?
3. Zeigen sich Unterschiede im Hinblick auf den Therapieverlauf (Aufenthaltsdauer, Anzahl der bisherigen Entzugsbehandlungen, Methadonsubstitution vor der Entzugsbehandlung, Anzahl der Tage an denen Methadon verordnet wurde, Art der Entlassung) zwischen Opiatabhängigen mit und ohne komorbide F2-Störungen?

Hypothesen

Zu 1: Opiatabhängige mit F2 Störungen unterscheiden sich signifikant im Hinblick auf die untersuchten soziodemographischen Charakteristika (geringere Schul- und Berufsausbildung, geringere Erwerbstätigkeit, weniger Partnerschaften und Kinder)

Zu 2: Opiatabhängige mit F2 Störungen unterscheiden sich signifikant im Hinblick auf den Verlauf der Abhängigkeit (u.a. späteres Einstiegsalter, polyvalentere Konsummuster).

Zu 3: Opiatabhängige mit F2 Störungen unterscheiden sich signifikant im Hinblick auf den Therapieverlauf (häufigere Therapieabbrüche/häufigere Voraufenthalte, häufiger vorangehende Versuche einer Substitutionsbehandlung).

2. Material und Methoden

Die vorliegende Arbeit wurde in Kooperation mit der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Warstein durchgeführt (Landschaftsverband Westfalen Lippe, Klinik Warstein), die über eine große und etablierte Suchtabteilung verfügt, mit über 1000 Aufnahmen jährlich. Die Grundlage der Auswertung bildet die Basisdokumentation dieser Klinik, die dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung in Hamburg vom leitenden Arzt, Dr. Bernhard Baetz, freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurde.

2.1 Stichprobe

Die Stichprobe umfasste 7274 konsekutive Behandlungsfälle aus den Jahren 1994 bis 2003. In dem von uns verwendeten Datensatz gingen 95% der in diesem Zeitraum in der Klinik durchgeführten Behandlungen ein. Aus dem gesamten Datensatz wurden zunächst Patienten mit einer Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.2) und der zusätzlichen Diagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (Kapitel F2 der ICD-10) ausgewählt. Ausgeschlossen wurden Patienten, die nur die Diagnose eines Opiatmissbrauchs (ICD-10 F 11.1) erfüllten. Bei mehreren Behandlungen einzelner Patienten wurde jeweils die Erstbehandlung zugrunde gelegt. Die so identifizierte Gruppe von Fällen, im folgenden F2-Patienten genannt, umfasste N=51 Patienten. Die Gruppe der F2-Patienten wurde in einem ersten Schritt mit einer Stichprobe aller opiatabhängigen Patienten des Datensatzes ohne komorbide F2-Diagnose (N=2295) hinsichtlich des Alters, Geschlechts, Herkunftslandes und Behandlungsjahres, sowie des Migrationsstatus verglichen. Anschließend wurde die Fallgruppe nach Geschlecht, Alter, Migrationsstatus, Herkunftsland und Behandlungsjahr mit 51 Patienten aus dem Pool aller Opiatabhängigen ohne F2-Störung gematcht, im Folgenden Kontrollen genannt. Im Falle mehrerer möglicher Matchingpartner wurde der in der zeitlichen Reihenfolge an erster Stelle stehende Datensatz ausgewählt. Einzelne fehlende Daten wurden, falls vorhanden, anhand der Daten aus anderen Behandlungszeiträumen desselben Patienten ergänzt. Daten zum Behandlungsverlauf bildeten dabei eine Ausnahme. Außer bei zwei Matchingpaaren, bei denen das Alter, und

weiteren sechs Matchingpaaren, bei denen das Geburtsland und das Behandlungsjahr nicht identisch waren, konnten in allen Fällen passende Matchingpartner gefunden werden.

2.2 Datenerhebungsverfahren

Die Patienten wurden im Rahmen des Aufenthaltes durch den jeweiligen Stationsarzt anhand eines strukturierten Erhebungsinstrumentes untersucht, das neben den klinischen Diagnosen nach ICD-10 und soziodemographischen Daten auch Angaben zur Vorgeschichte, dem Krankheitsverlauf und der Behandlung erfasste. Diese „Basisdokumentation“ der Klinik wurde bei Aufnahme und die Teile zum Behandlungsverlauf bei Entlassung ausgefüllt.

2.3 Merkmalsbereiche und Operationalisierungen

Die verschiedenen Stichproben wurden wie folgt benannt:

- F2-Patienten bezeichnet die Gruppe der Opiatabhängigen mit komorbider psychotischer Störung.
- Kontrollen beinhaltet die Gruppe der Opiatabhängigen ohne komorbide psychotische Störung, die hinsichtlich des Alters, Geschlecht und Migrationshintergrund mit der Gruppe der Opiatabhängigen mit F2-Störung identisch ist.
- Opiatabhängige ohne F2 beinhaltet alle Opiatabhängigen ohne zusätzlich F2-Störung.

Zunächst wurde die Gruppe der Opiatabhängigen mit komorbiden psychotischen Störungen F2-Patienten mit den verbliebenen Opiatabhängigen ohne F2-Diagnose (Opiatabhängige ohne F2) verglichen. Danach wurde die Gruppe F2-Patienten mit ihrer gematchten Kontrollgruppe (Kontrollen) verglichen.

2.3.1 F2-Patienten vs. Opiatabhängige ohne F2

Die Gruppe der F2-Patienten wurde mit der großen Gruppe der Opiatabhängigen ohne komorbide F2-Störung in Bezug auf Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund verglichen.

2.3.2 F2-Patienten vs. Kontrollen

Die ausgewählten Variablen werden zunächst nach den Merkmalsbereichen gegliedert und abschließend in Tabelle 1 im Überblick dargestellt.

2.3.2.1 Soziodemographie

Neben dem höchsten erreichten Schulabschluss, der beruflichen Ausbildung und der derzeitigen Erwerbstätigkeit wurde die Frage, ob zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Partnerschaft bestand, der Familienstand und die Anzahl der Kinder in die Auswertung mit einbezogen.

2.3.2.2 Charakteristika der Opiatabhängigkeit

Opiatkonsum

Erfasst wurde zunächst, ob die Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung Heroin, Methadon und/oder Codein konsumierten, welches nicht zum Zwecke der Substitution diente. Die dominierende Form des Konsums des jeweiligen Patienten wurde als „Hauptdroge“ gekennzeichnet. Da einige Patienten angaben, Opiate nicht intravenös zu

konsumieren, wurde des Weiteren die Konsumart erfasst (geraucht oder oral), sowie die Konsumzeit in Monaten.

Beikonsum

Die Patienten wurden zu ihrem aktuellen Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Benzodiazepin- und Tabakkonsum befragt. Als „aktueller Alkoholkonsum“ wurde dabei gewertet, wenn die Patienten bei der Aufnahme alkoholisiert waren, die Angabe machten über 40g Alkohol pro Tag zu sich zu nehmen, oder falls sie im Aufnahmegespräch von aktuell bestehendem, als problematisch eingestuftem Alkoholkonsum berichteten. Früherer Konsum von Alkohol, ohne dass eines der genannten Kriterien erfüllt war, wurde nicht gewertet. Überdies wurde das Alter bei Beginn des jeweiligen Beikonsums untersucht.

Verlauf der Opiatabhängigkeit

Das Alter bei Beginn des Konsums, die Anzahl der Jahre des Opiatkonsums und die Anzahl der Jahre des i.v. Drogenkonsums insgesamt wurden zwischen F2-Patienten und Kontrollen verglichen.

Infektionsstatus

Der Infektionsstatus der beiden Gruppen mit Hepatitis B, Hepatitis C sowie HIV wurde verglichen (HCVAk, HbsAg, HIV).

2.3.2.3 Therapieverlauf

Vortherapie

Erfasst wurde die Frage nach Substitution vor der Indexaufnahme sowie dem jeweiligen Substitutionsmittel (Methadon und/oder Codein). Die Anzahl der vorherigen opiat-bezogenen Therapien und Entwöhnungen, sowie die Anzahl der bisherigen Folgetherapien wurden ebenfalls erfasst.

Aktuelle Therapie

In Bezug auf die Therapie während des Indexaufenthaltes wurde erfasst, ob der Konsum von Opiaten in einer Weise erfolgte, dass zum Aufnahmezeitpunkt eine körperliche Entgiftung nötig wurde („aktuelle Entgiftung“). Die Art des Entzuges, die Rechtsgrundlage der Behandlung sowie die Methadongabe (Tag der ersten Methadongabe, Anzahl der Tage an denen Methadon verordnet wurde). Hinsichtlich der Therapiebeendigung wurde die Art der Entlassung (Beendigung durch Patienten, Rückfall, Verlegung, Sonstiges) sowie die Anzahl der Tage vor Entlassung ohne Psychopharmaka einbezogen (Methadon, und andere verordnete Medikamente).

2.3.2.4 Psychiatrische Komorbidität

Zusätzlich zu den Diagnosen, die zur Definition der Fall- bzw. Kontrollgruppe dienten, konnte auf die in der Basisdokumentation festgehaltenen zusätzlichen klinischen Diagnosen zurückgegriffen werden (ICD-10 Diagnosen F0 „Organische oder Symptomatische Störungen“, F3 „Affektive Störungen“, F4 „Neurotische oder Somatoforme Störungen“, F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“, F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“, F7 „Intelligenzstörungen“, F8 „Entwicklungsstörungen“, F9 „Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend“ und F99 „Nicht näher bezeichnete psychische Störung“).

Tabelle 1: Überblick über die untersuchten Merkmalsbereiche

Merkmalsbereiche	Variablengruppen	Variablen
Soziodemographische Charakteristika[a] (vgl. 2.3.2.1)		- Schulbildung - Berufsausbildung - Derzeitige Erwerbstätigkeit - Partnersituation - Kinder
Charakteristika der Opiatabhängigkeit (vgl.2.3.2.2)	Opiatkonsum	- Aktueller Heroin-, Methadon-, - Codeinkonsum
	Beikonsum	- Alkohol, Cannabis, Kokain, Nikotin, - Benzodiazepine - Alter bei Beginn des Beikonsums
	Verlauf der Opiatabhängigkeit	- Alter bei Beginn des Opiatkonsums - Anzahl der Jahre des Opiatkonsums und des i.v. Konsums
	Infektionsstatus	- HCVAk, HbsAg, HIV
Therapieverlauf (vgl. 2.3.2.3)	Vortherapie	- Vorherige Substitution und Art der Substitution - Anzahl der vorherigen Therapien Entzüge, Entwöhnungen
	Aktuelle Therapie	- Aktuelle Entgiftung von Opiaten - Art des Entzugs - Rechtsgrundlage des Aufenthaltes - Geplante Folgetherapie - Benzodiazepingabe während des Entzuges - Anzahl der Tage im Krankenhaus - Art der Entlassung
Psychiatrische Komorbidität (vgl. 2.3.2.4)		- Klinische Diagnosen nach ICD-10

Anmerkungen. [a]Geschlecht, Migrationshintergrund und Alter waren bei beiden Gruppen identisch, da sie matchen der Stichprobe der Kontrollen dienten. Sie sind deshalb nicht in der Tabelle aufgeführt.

2.4 Statistische Auswertung

Bei der Auswertung kamen zunächst die Methoden der deskriptiven Statistik zur Anwendung (statistische Kennwerte, Tabellen und Grafiken). Bei verschiedenen Variablen beschränkte sich die Auswertung darauf, da aufgrund von fehlenden Daten keine Gruppenunterschiede berechnet werden konnten. Dies betraf die Variablen: Migrationshintergrund, Schulbildung, Berufsausbildung, Infektionsstatus, Vorherige Substitution, Methadonsubstitution, Codeinsubstitution, Art des Entzugs, Rechtsgrundlage, Art der Entlassung, Psychische Komorbidität, Psychische Komorbidität der F2-Patientengruppe. Gruppenunterschiede wurden in Abhängigkeit von den Skalenniveaus mit unabhängigen T-Tests oder dem Chi-Quadrat Test überprüft. Variablen, die beim Vergleich berücksichtigt werden konnten, waren bei Vergleich der F2-Patienten vs. Opiatabhängige ohne F2 die Variablen: Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund. Im Vergleich der F2-Patienten vs. Kontrollen betraf es die Variablen: Derzeitige Erwerbstätigkeit, Derzeitige Partnerschaft, Kinder, Heroin-, Methadon-, Codein, Alkohol-, Cannabis-, Kokain-, Benzodiazepinkonsum, Nikotinabhängigkeit, Alter bei Beginn des Cannabis-, Kokain-, Benzodiazepin-, Nikotin-, Opiatkonsums, Alter bei Beginn von „Alkoholproblemen“, Jahre des i.v. Konsums, Jahre des Opiatkonsums, Infektionsstatus, Vorherige Substitution, Methadon- Codeinsubstitution, Vorherige Therapien/ Entzüge, Vorherige Entwöhnungen, Aktuelle Entgiftung, Folgetherapie geplant, Anzahl der Tage im Krankenhaus Das Signifikanzniveau wurde in allen Tests auf p=,05 gesetzt. Die verwendete Software war SPSS für Windows.

3. Ergebnisse

3.1 Art der Ergebnisdarstellung

Nach einem Kapitel zur Darstellung der Stichprobe folgen die Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche. Hierbei wird zunächst die Gruppe der Opiatabhängigen mit komorbiden psychotischen Störungen (F2-Patienten) mit den verbliebenen Opiatabhängigen ohne F2-Diagnose (Opiatabhängige ohne F2) verglichen. Danach wird die Gruppe F2-Patienten mit ihrer gematchten Kontrollgruppe (Kontrollen) verglichen sowie die F2-Patienten untereinander.

3.2 Darstellung der Stichproben

3.2.1 Stichprobengröße

Der ursprüngliche Datensatz beinhaltete 7274 dokumentierte stationäre Aufenthalte aus den Jahren 1994-2003, davon 5398 weitgehend vollständige Datensätze. Viele Patienten wurden mehrfach stationär behandelt. Von diesen Patienten wurde jeweils die Erstbehandlung in die Auswertung einbezogen. Bei 2346 Patienten bestand die Diagnose einer Opiatabhängigkeit (F11.2) nach ICD-10. Bei insgesamt 87 Patienten war als Haupt- oder Nebendiagnose eine F2-Störung nach ICD-10 diagnostiziert worden (Schizophrenie, anhaltend wahnhafte Störung, akute vorübergehende psychotische Störung, schizoaffektive Störung). Bei 41 dieser Patienten bestand neben der Diagnose einer psychotischen Störung (F2) auch die Diagnose einer aktuellen komorbiden Opiatabhängigkeit (F11.2). Weitere 10 Patienten mit der ICD-Diagnose einer psychotischen Störung hatten zwar keine aktuelle Diagnose einer Opiatabhängigkeit, gaben jedoch an, zu einem früheren Zeitpunkt mit Methadon oder Codein substituiert worden zu sein. Diese 10 Patienten wurden ebenfalls zu der Gruppe F2-Patienten gezählt. Die einzelnen Stichproben umfassten somit 51 Patienten mit einer komorbiden F2-Diagnose, 51 Kontrollen und 2295 Opiatabhängige ohne zusätzliche F2-Störung (inklusive der 51 Patienten aus der Gruppe der Kontrollen).

3.2.2 Stichprobenmerkmale

Beschreibung der Gruppe der opiatabhängigen Schizophrenen (F2-Patienten)

Neben der ICD-10 Diagnose F11.2 (Opiatabhängigkeit) hatten alle 51 Patienten die ICD-10 Diagnose F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen; Tabelle 2).

Tabelle 2: Unterdiagnosen der F2-Störung in der Gruppe F2-Patienten

F2-Störung nach ICD-10	N	%
Schizophrenie (F20)	43	84,3
Anhaltende wahnhafte Störungen (F22)	2	3,9
Akute vorübergehende psychotische Störung (F23)	2	3,9
Schizoaffektive Störung (F25)	4	7,8
Gesamt	51	100,0

Bei 84% der Patienten bestand eine Schizophrenie, wobei der paranoide Subtyp am Häufigsten vertreten war (54%; Tabelle 3). 73% der Patienten wurden auf einer spezialisierten Station für Sucht und Psychose behandelt.

Tabelle 3: Subtypen der Schizophrenie in der Gruppe F2-Patienten

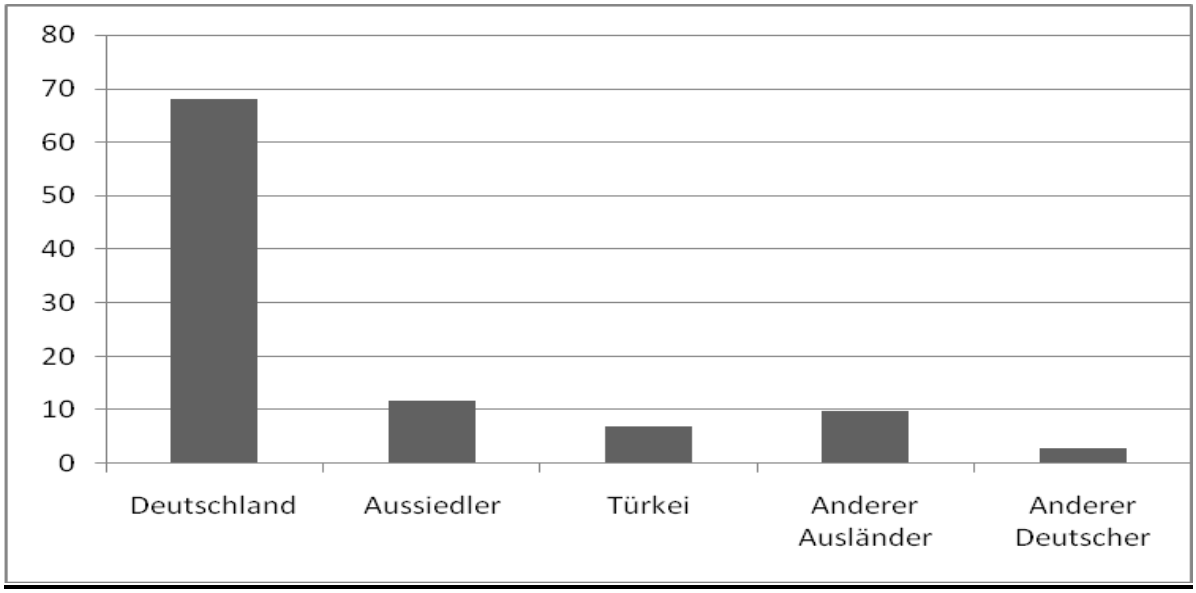
Subtyp	N	%
Paranoide Schizophrenie (F20.0)	24	55,8
Katatone Schizophrenie (F20.2)	2	4,7
Schizophrenes Residuum (F20.5)	3	7,0
Nicht näher bezeichnete Schizophrenie (F20.9)	14	32,6
Gesamt	43	100,0

Beschreibung von Alter, Geschlecht und Herkunft der Stichproben F2-Patienten und Kontrollen

Die 51 opiatabhängigen Schizophrenen wurden nach Geschlecht, Alter, Migrationsstatus, Geburtsland und Behandlungsjahr mit 51 Patienten aus dem restlichen Patientenpool der Entzugsklinik Warstein gematcht. Als Grundvoraussetzung galten eine Opiatabhängigkeit

(F11.2) als ICD-Diagnose (oder eine Substitution mit Opiaten in der Vorgeschichte) und der Ausschluss einer aktuell bestehenden psychotischen Störung (F2). Bei allen Matchingpartnern waren Geschlecht, Alter und Migrationsstatus identisch. Für die Variablen „Geburtsland“ und „Jahr der Behandlung“ (in dieser Rangfolge) konnten mit der Ausnahme von 6 Fällen ebenfalls passende Matchingpartner zugeordnet werden. In diesem Abschnitt werden F2-Patienten und Kontrollen gemeinsam beschrieben, da sie hinsichtlich dieser Merkmale durch das Matching identisch waren. Die Gesamtgruppe (F2-Patienten und Kontrollen) bestand zu vier Fünfteln aus Männern (Männer N=82, 80,4%; Frauen N=20, 19,6%). Die Teilnehmer waren im Mittel M=30,8 Jahre alt (SD=7,4, Range=19-47 Jahre). Zur Herkunft der Stichprobe (Abbildung 1) lässt sich sagen, dass die Mehrzahl der Patienten einen deutschen Hintergrund hatten: 68,6% waren Deutsche (Geburtsland), 11,8% waren Aussiedler (Kasachstan und Russland), 6,9% kamen aus der Türkei, 9,8% waren Ausländer die nicht aus der Türkei kamen (Libanon und Italien) und 2,9% wurden unter der Variable „Andere Deutsche“ geführt (Geburtsland: DDR oder ein bzw. beide Elternteile mit Migrationshintergrund). Bei den 29 Personen mit Migrationshintergrund betrug die mittlere Aufenthaltsdauer in Deutschland M=14,9 Jahre (SD 9,1, N=28).

Abbildung 1: Migrationshintergrund der Stichprobe (F2-Patienten und Kontrollen)



Anmerkungen. N=102.

3.3. Ergebnisse der einzelnen Merkmalsbereiche

3.3.1 F2-Patienten vs. Opiatabhängige ohne F2

Alter

Die Gruppe der Opiatabhängigen mit komorbider psychotischer Störung war signifikant älter (F2-Patienten: M=30,8 Jahre, SD=7,4) als die Gruppe aller Opiatabhängigen der Klinik ohne zusätzliche psychotische Störung (Opiatabhängige ohne F2: M=27,3 Jahre, SD=37,2, p=,001).

Geschlecht

Auch in Bezug auf das Geschlecht zeigten sich leichte Unterschiede. So waren in der F2-Patientengruppe etwas mehr Frauen vorhanden, allerdings erreichte dieser Unterschied keine statistische Signifikanz (F2-Patienten vs. Opiatabhängige ohne F2: 19,6% Frauen vs. 17,5% Frauen, N=51 vs. N=2244, n.s.).

Migrationshintergrund

Die Gruppe der „F2-Patienten“ bestand im Vergleich mit der Gesamtgruppe aller Opiatabhängigen ohne F2-Diagnose aus weniger Patienten mit Migrationshintergrund (33,3% Migrationshintergrund vs. 35,2% Migrationshintergrund). Dabei zeigte sich ein Trend zur statistischen Signifikanz (p=,09; Tabelle 4).

Tabelle 4: Migrationshintergrund

	F2-Patienten		Opiatabhängige ohne F2		Sign.
	N	%	N	%	
Deutsche	34	67,0	1025	45,0	p=,09
Aussiedler	6	12,0	805	35,0	
Türken	4	7,8	127	5,6	
Andere Ausländer	5	9,8	240	11,0	
Andere Deutsche	2	3,9	88	3,9	
Gesamt	51	100	2285	100,0	

3.3.2 F2-Patienten vs. Kontrollen

3.3.2.1 Soziodemographie

Schulbildung

Aufgrund fehlender Daten konnte diese Variable nur deskriptiv ausgewertet werden. F2-Patienten hatten im Vergleich zu den Kontrollen häufiger keinen Schulabschluss (32,7% vs. 22,0%) und erreichten seltener das Abitur (2,0% vs. 12,0%; Tabelle 5).

Berufsausbildung

Auch diese Variable wurde aufgrund zu geringer Daten lediglich deskriptiv ausgewertet. Dabei gab es hinsichtlich der Berufsausbildung keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Nur etwa ein Drittel beider Gruppen hatte eine abgeschlossene Ausbildung (28,0% vs. 35,5%; Tabelle 5).

Derzeitige Erwerbstätigkeit

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Tabelle 5). Etwa 88% beider Gruppen gingen keiner geregelten Tätigkeit nach (Erwerbslose, Rentner, Hausfrau/-mann). Lediglich fünf der F2-Patienten und sechs der Kontrollen (10,4% bzw. 11,8%, n.s.) hatten eine geregelte Tätigkeit wie Angestellter, Arbeiter, Schüler oder Azubi.

Derzeitige Partnersituation

F2-Patienten hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme signifikant seltener eine feste Beziehung (21,3% vs. 88,2%, p=,046; Tabelle 5).

Kinder

Hinsichtlich der Anzahl der Kinder ließen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede feststellen (Tabelle 5). In beiden Gruppen hatte die Mehrzahl der Patienten Kinder (62,5% vs. 72,5%, n.s.).

Tabelle 5: Soziodemographie

Merkmal	Ausprägung	F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
		N	%	N	%	
Schulbildung	Ohne Abschluss	16	32,7	11	22,0	-
	Sonderschule	1	2,0	3	7,0	
	Hauptschule	19	38,8	22	44,0	
	Mittlere Reife	12	24,5	8	16,0	
	Abitur	1	2,0	6	12,0	
Berufsausbildung	Abgeschlossen oder in Ausbildung	14	28,0	18	35,5	-
	Abgebrochen	19	38,0	17	33,5	
	Keine Ausbildung	17	34,0	16	31,5	
Erwerbstätigkeit	Geregelte Tätigkeit	5	10,4	6	11,8	n.s.
	Keine geregelte Tätigkeit	43	89,6	45	88,2	
Partnersituation	Alleinstehend	37	78,7	6	11,8	p=,046
	Feste Beziehung	10	21,3	45	88,2	
Kinder	Ja	32	62,8	37	72,6	n.s.
	Nein	17	33,3	14	27,5	

Anmerkungen. Schulbildung: F2-Patienten N=49, Kontrollen N=50; Berufsausbildung: F2-Patienten N=50, Kontrollen N=51; Erwerbstätigkeit: F2-Patienten N=48, Kontrollen N=51; Partnersituation: F2-Patienten N=47, Kontrollen N=50; Kinder: F2-Patienten N=49, Kontrollen N=51.

3.3.2.2 Charakteristika der Opiatabhängigkeit

3.3.2.2.1 Opiatkonsum

Die folgenden Merkmale bezogen sich auf den Konsum von Opiaten, der nicht zum Zwecke der Substitution diente. Die Ergebnisse zur Substitutionsform finden sich im Kapitel zum Krankheitsverlauf.

Aktueller Heroinkonsum

Hinsichtlich des aktuellen Heroinkonsums ergab sich ein signifikanter Unterschied. Zum Zeitpunkt der Befragung konsumierten die Gruppe der Opiatabhängigen ohne eine psychotische Störung häufiger Heroin als die Gruppe der opiatabhängigen Schizophrenen (50,0% vs. 29,4%, p =,034; Tabelle 6).

Aktueller Methadonkonsum

Opiatabhängige Schizophrene und Opiatabhängige ohne eine psychotische Störung unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich des aktuellen Methadonkonsums (nicht Methadonsubstitution). Beide Gruppen hatten Methadon benutzt, zum Zeitpunkt der Untersuchung konsumierte die Gruppe der F2-Patienten etwas mehr als ihre Vergleichsgruppe (71,4% vs. 55,6%, n.s.; Tabelle 6).

Aktueller Codeinkonsum

Der aktuelle Codeinkonsum unterschied sich ebenfalls nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen (18,2% vs. 33,3%, n.s.; Tabelle 6).

Tabelle 6: Opiatkonsum

Merkmal	Ausprägung	F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
		N	%	N	%	
Heroinkonsum	Früher oder nie	25	50,0	15	29,4	p=,034
	Aktuell	25	50,0	36	70,6	
Methadonkonsum	früher oder nie	10	28,6	16	44,4	n.s.
	Aktuell	25	71,4	20	55,6	
Codeinkonsum	Früher oder nie	9	81,8	14	66,7	n.s.
	Aktuell	2	18,2	7	33,3	

Anmerkungen. Heroinkonsum : F2-PatientenN=50, Kontrollen N=51; Methadonkonsum: F2-Patienten N=35, Kontrollen N=36; Codeinkonsum: F2-PatientenN=11, Kontrollen N=21.

3.3.2.2.2 Aktueller Beikonsum

Alkohol

Der aktuelle Alkoholkonsum war zum Zeitpunkt des Aufnahmegesprächs bei den F2-Patienten etwas geringer als bei der Kontrollgruppe (21,6% vs. 33,3%, n.s.; Tabelle 7).

Cannabis

Betrachtet man den aktuellen Cannabiskonsum der beiden Vergleichsgruppen, zeigte sich kein signifikanter Unterschied. Alle Personen, die eine Angabe zu dieser Variable gemacht hatten (N=96), hatten Cannabis konsumiert. Opiatabhängige ohne psychotische Störung (Kontrollen) gaben jedoch häufiger den Cannabiskonsum insgesamt an als die Gruppe F2-Patienten (33,3% vs. 45,1%, n.s.; Tabelle 7).

Kokain

Die Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer (86,7%) hatte schon mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert. Die Unterschiede waren nicht signifikant. Aktuell konsumierte die Gruppe der F2-Patienten etwas häufiger Kokain (23,5% vs. 13,7%, n.s.; Tabelle 7).

Nikotinabhängigkeit

Die Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer waren nach eigenen Angaben zum Zeitpunkt der Untersuchung nikotinabhängig (84,3% vs. 92,2%,; n.s.; Tabelle 7). Im Durchschnitt rauchte die Gruppe der F2-Patienten 25 Zigaretten pro Tag (M=28,2 Zigaretten pro Tag, SD=9,9,; N=25), die Gruppe der Kontrollen 31 Zigaretten pro Tag (M=26,6 Zigaretten pro Tag, SD=12,7,; N=31, n.s.).

Benzodiazepin

Auch der Benzodiazepinkonsum unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen (47,1% vs. 45,1%, n.s.; Tabelle 7).

Tabelle 7: Aktueller Beikonsum

	F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
	N	%	N	%	
Alkohol	11	21,6	17	33,3	n.s.
Cannabis	17	33,3	23	45,1	n.s.
Kokain	12	23,5	7	13,7	n.s.
Nikotin	43	84,3	47	92,2	n.s.
Benzodiazepin	24	47,1	23	45,1	n.s.

Anmerkungen. Schädlicher Gebrauch von Alkohol: F2-Patienten N=48, Kontrollen N=45; Aktueller Cannabiskonsum: F2-Patienten N=49, Kontrollen N=47; Aktueller Kokainkonsum F2-Patienten N=45, Kontrollen N=46; Aktuelle Nikotinabhängigkeit F2-Patienten N=45, Kontrollen N=47; Aktueller Benzodiazepinkonsum: F2-Patienten N=41, Kontrollen N=41.

Alter bei Beginn des Beikonsums

Es wurden das Alter bei Beginn des Cannabis-, Kokain-, Benzodiazepin und Nikotinkonsums sowie das Alter bei Beginn von „Alkoholproblemen“ untersucht (Tabelle 8). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Numerisch zeigte sich eine Tendenz dazu, dass der Erstkonsum von Substanzen bei der Gruppe der F2-Patienten früher erfolgte. Hinsichtlich des Alters bei Beginn des Nikotinkonsums konnte dies auch statistisch als Trend nachgewiesen werden (M 12,3 vs. 13,7, SD 3,0 vs. 3,2, p= ,056, n.s.).

Tabelle 8: Alter bei Beginn des Beikonsums in Jahren

	F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
	M	SD	M	SD	
Alter bei Beginn des Cannabiskonsums	15,5	3,2	16,3	2,8	n.s.
Alter bei Beginn des Kokainkonsums	22,9	6,3	24,1	6,8	n.s.
Alter bei Beginn des Benzodiazepinkonsums	25,0	8,7	23,6	5,9	n.s.
Alter bei Beginn des Nikotinkonsums	12,3	3,0	13,7	3,2	n.s.
Alter bei Beginn von „Alkoholproblemen"	13,1	3,2	13,7	3,2	n.s.

Anmerkungen. Cannabiskonsum: F2-Patienten N=45, Kontrollen N=43; Kokainkonsum: F2-Patienten N= 34, Kontrollen N=30; Benzodiazepinkonsum: F2-Patienten N=19, Kontrollen N=23; Nikotinkonsum:F2-Patienten N= 37, Kontrollen N=39; „Alkoholprobleme“F2-Patienten N=29, Kontrollen N= 32.

3.3.2.2.3 Verlauf der Opiatabhängigkeit

Alter bei Beginn des Opiatkonsums

Beide Gruppen waren bei Beginn des Opiatkonsums nahezu gleich alt (M=20,6 vs. 20,1 Jahre, SD 5,3 vs. 4,7, n.s.; Tabelle 9).

Anzahl der Jahre des i.v.-Konsums

Die Gruppe der F2-Patienten hatte durchschnittlich 1,8 Jahre länger intravenös die Opiate konsumiert (M=10,2 vs. 8,5 Jahre, SD 7,2 vs. 7,2; Tabelle 9). Allerdings war auch dieser Unterschied statistisch nicht signifikant.

Anzahl der Jahre des Opiatkonsums

Beide Gruppen hatten etwa 10 Jahre lang Opiate konsumiert (M= 10,1 vs. 10,6 Jahre, SD 6,7 vs. 7,0, n.s.; Tabelle 9).

Tabelle 9: Alter bei Beginn des Opiatkonsums und Anzahl des Konsums in Jahren

	F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
	M	SD	M	SD	
Alter bei Beginn des Opiatkonsums	20,6	5,3	20,1	4,7	n.s.
Jahre des i.v. Konsums	10,2	7,2	8,5	7,2	n.s.
Jahre des Opiatkonsums	10,1	6,7	10,6	7,0	n.s.

Anmerkungen. Alter bei Beginn des Opiatkonsums: F2-Patienten N=48, Kontrollen N=51; Jahre des i.v. Konsums: F2-Patienten N=42, Kontrollen N=36; Jahre des Opiatkonsums: F2-Patienten N=48, Kontrollen N=51.

3.3.2.2.4 Infektionsstatus

Bei beiden Gruppen bestand am Häufigsten eine HCV-Infektion (77,5% vs. 59,0%, N=40 vs. N=47, n.s.). Es bestand ein Trend dazu, dass die Stichprobe der F2-Patienten häufiger infiziert war (p=,07). HbsAg positiv war nur ein kleiner Teil der Stichprobe (5,6% vs. 2,3%, N=36 vs. N=44, n.s.). Eine HIV-Infektion lag bei lediglich zwei Kontrollpatienten vor (0,0% vs. 14,3%; N=13 vs. 14, n.s.).

3.3.2.3 Therapieverlauf

3.3.2.3.1 Vortherapie

Vorherige Substitution

66,6% der F2-Patientengruppe hatte im Vergleich zu 62,8% der Kontrollen-Gruppe vor dem Krankenhausaufenthalt substituiert. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Tabelle 10).

Art der Substitution

Auch in Bezug auf die Art der Substitution existierten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (Methadon, Codein; Tabelle 10).

Tabelle 10: Substitution

Merkmal	Ausprägung	F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
		N	%	N	%	
Vorherige Substitution	Ja	34	66,6	32	62,8	n.s.
	Nein	17	33,3	19	37,3	
Methadonsubstitution	Ja	34	94,4	28	87,5	n.s.
	Nein	2	5,6	4	12,5	
Codeinsubstitution	Ja	7	77,8	10	83,5	n.s.
	Nein	2	22,2	2	16,7	

Anmerkungen. Vorherige Substitution: F2-Patienten N= 51, Kontrollen N= 51; Methadonsubstitution: F2-Patienten N=36, Kontrollen N=32; Codeinsubstitution F2-Patienten N=9, Kontrollen N=12.

Anzahl der vorherigen Therapien

Ein Großteil der Patienten beider Stichproben hatten in der Vergangenheit bereits Erfahrungen mit Therapien gemacht und auch diesbezüglich zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 11).

Tabelle 11: Vorherige Therapien (Entzüge) und Entwöhnungen

	F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
	M	SD	M	SD	
Anzahl der vorherigen Therapien (inklusive Entzüge)	4,1	5,3	3,9	4,1	n.s.
Anzahl der vorherigen Entwöhnungen	0,7	1,2	0,8	1,2	n.s.

Anmerkungen. Anzahl der vorherigen Therapien: F2-Patienten N=33, Kontrollen N=46; Anzahl der vorherigen Entwöhnungen: F2-Patienten N= 40, Kontrollen N= 50.

3.3.2.3.2 Aktuelle Therapie

Aktuelle Entgiftung von Opiaten

Diese Variable beschrieb den „Konsum von Opiaten in einer Weise, dass ein Entzug von Opiaten nötig wurde“. Darunter fielen z.B. auch Teilentzüge, wenn eine Substitutionsbehandlung wegen zu starkem Beikonsum von Heroin nicht weiter hätte fortgesetzt werden können. 98,0% der Kontrollen führten während des Aufenthaltes eine Entgiftung durch, im Vergleich zu 70,6% der F2-Patienten. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war damit höchst signifikant (p = ,000; Tabelle 12).

Tabelle 12: Aktuelle Entgiftung von Opiaten

Merkmal	Ausprägung	F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
		N	%	N	%	
Aktuelle Entgiftung von Opiaten	nein	15	29,4	1	2,0	p=,000
	ja	36	70,6	50	98,0	

Anmerkungen. Aktuelle Entgiftung von Opiaten: F2-PatientenN=51, Kontrollen N=51.

Therapieverlauf

Die Art des Entzugs, die Rechtsgrundlage, und ob ein fraktionierter Benzodiazepinentzug erfolgte, konnte nur deskriptiv ausgewertet werden (Tabelle 13). Der Standard in der Entzugsbehandlung in der Klinik Warstein war bis 1995 ein „kalter Entzug“. Nach 1995 wurde ab dem 2. Tag regelmäßig Methadon gegeben. Die Beikonsumentgiftung erfolgte methadonunterstützt. Die Stichprobe der F2-Patienten entzog häufiger kalt (14,3% vs. 2,0) und seltener methadonunterstützt (28,6% vs. 45,1%) als die Stichprobe der Kontrollen. F2-Patienten waren häufiger nicht freiwillig in der Klinik (11,8% vs. 2,0%). In Bezug darauf, ob und wann eine Folgetherapie beantragt wurde, zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede (Tabelle 13).

Tabelle 13: Therapieverlauf in Klinik 1

		F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
		N	%	N	%	
Art des Entzugs	Kalter Entzug	6	14,3	1	2,0	-
	Medikamenten-gestützt	4	9,5	5	9,8	
	Methadongestützt, von Anfang an	12	28,6	23	45,1	
	Methadongestützt, Beginn im Verlauf	13	31,0	17	33,3	
	Beikonsumentgiftung, methadonunterstützt	7	16,7	5	9,8	
Rechtsgrundlage	Freiwillig	45	88,2	50	98	-
	Nicht freiwillig	6	11,8	1	2,0	
Folgetherapie geplant	Nein	33	64,7	33	64,7	n.s.
	Ja, vor Aufnahme beantragt	6	12,0	11	21,6	
	Ja, während Entzug beantragt	11	21,6	7	13,7	

Anmerkungen. Art des Entzugs: F2-Patienten N= 42 , Kontrollen N= 51; Rechtsgrundlage: F2-Patienten N=51, Kontrollen N=51; Folgetherapie geplant: F2-Patienten N=50, Kontrollen N=51.

Die Gruppe der F2-Patienten verbrachte signifikant mehr Tage im Krankenhaus (28,4 vs. 15,6 Tage) benutzte jedoch über einen signifikant längeren Zeitraum vor der Entlassung keine Opiate oder andere verordnete Medikamente mehr. Dabei ist nach Durchsicht der verordneten Medikamente zu bedenken, dass etwa die Hälfte der beiden Stichproben, 43,9% der F2-Patienten und 48,0% der Kontrollen, weiterhin Medikamente verordnet bekamen. Darunter war Methadon das häufigste Medikament. Hinsichtlich des Zeitpunkts und des Zeitraumes der Methadongabe ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 14).

Tabelle 14: Therapieverlauf in Klinik 2

	F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
	M	SD	M	SD	
Anzahl der Tage im Krankenhaus	28,4	29,1	15,6	9,1	p=,004
Falls Methadon im Verlauf, ab wievieltem Tag	1,6	0,5	1,4	0,5	n.s.
Wieviele Tage Methadon	13,1	6,9	14,5	6,3	n.s.
Wieviele Tage vor Entlassung ohne Psychopharmaka/Opiate	10,0	20,9	2,5	3,1	p= ,000

Anmerkungen. Anzahl der Tage im Krankenhaus: F2-Patienten N=51, Kontrollen N=51; Falls Methadon im Verlauf, ab wievielten Tag: F2-Patienten N=26, Kontrollen N=40; Wieviele Tage Methadon: F2-Patienten N=26, Kontrollen N=40; Wieviele Tage vor Entlassung ohne Psychopharmaka/Opiate: F2-Patienten N=41, Kontrollen N=50.

Art der Entlassung

Die Variable „Beendigung durch den Patienten“ beinhaltet zu jeweils ca. 50% eine vorzeitige Beendigung gegen therapeutisches Einverständnis. Unter „Rückfall“ wurden alle Beendigungen aufgrund eines Rückfalls oder eines verweigerten Drogenscreenings zusammengefasst. „Verlegung“ bedeutete Verlegung in ein anderes Krankenhaus. „Sonstiges“ beinhaltete eine Überstellung in eine JVA sowie eine vorzeitige Entlassung mit therapeutischem Einverständnis und sonstige Gründe. Diese Variable wurde nur deskriptiv ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass ein höherer Anteil der Patienten mit zusätzlicher psychotischer Störung (F2-Patienten) weiterverlegt wurden, verglichen mit der Kontrollgruppe (Tabelle 15).

Tabelle 15: Art der Entlassung

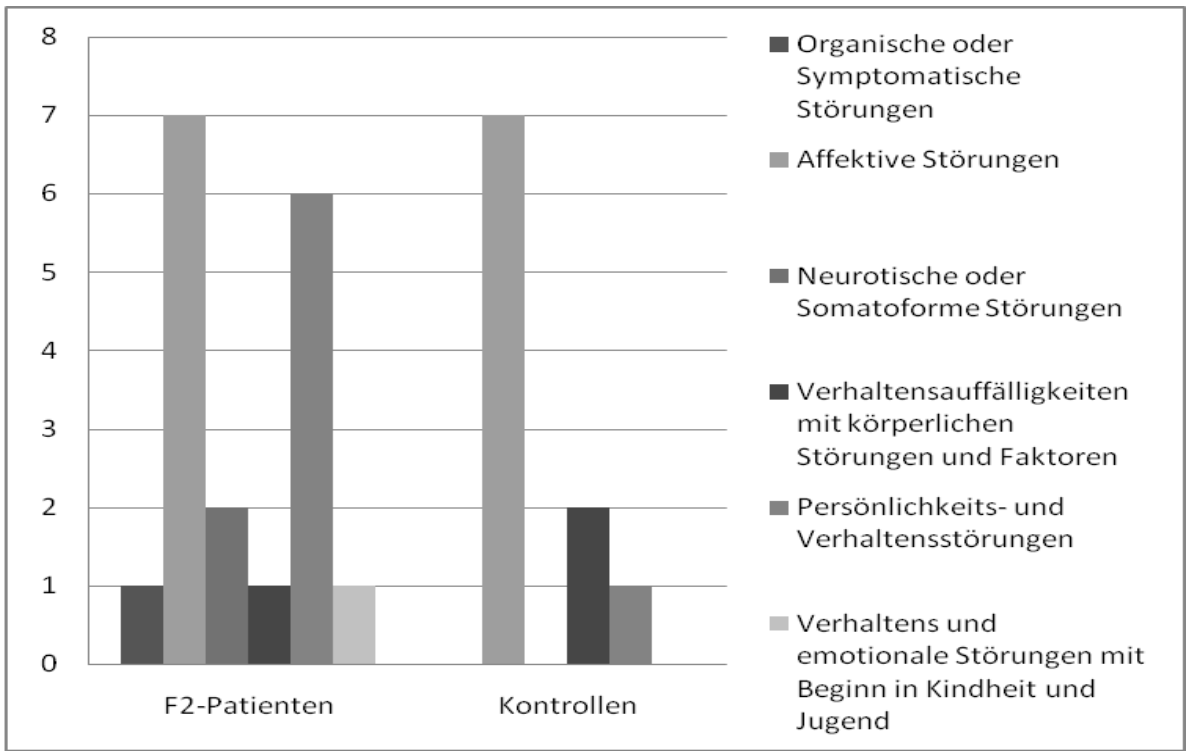
	F2-Patienten		Kontrollen		Sign.
	N	%	N	%	
Beendigung durch Patienten (jeweils ca. 50% gegen therapeutisches Einverständnis)	38	74,5	37	72,5	-
Rückfall bzw. verweigertes Drogenscreening	0	0,0	6	11,8	
Verlegung	11	21,6	6	11,8	
Sonstiges	2	3,9	2	3,9	

Anmerkungen. F2-Patienten N=51, Kontrollen N=51.

3.3.2.4 Psychiatrische Komorbidität

Auch die Variable zur psychiatrischen Komorbidität wurde deskriptiv ausgewertet. Dabei fand sich vermehrt psychiatrische Komorbidität in der Gruppe der F2-Patienten im Vergleich mit der Kontrollgruppe (Abbildung 2). Während affektive Störungen sich auf einem vergleichbaren Niveau befanden, waren Persönlichkeitsstörungen häufiger in der Stichprobe der F2-Patienten aufzufinden (F2-Patienten vs. Kontrollen: Affektive Störungen in 13,7% vs. 13,7%, Persönlichkeitsstörungen in 11,8% vs. 2,0% und weitere Störungen in 9,8% vs. 3,9%).

Abbildung 2: Psychiatrische Komorbidität



Anmerkungen. Psychische Komorbidität: F2-Patienten N=18, Kontrollen N=10.

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das Durchschnittsalter der Patienten mit psychotischen Störungen (F2-Patienten) war 30,8 Jahre (SD =7,4, Range 17-47). Sie waren zum größten Teil männlich (80,4 %). Von ihnen waren 67,0% in Deutschland geboren, 11,8% waren deutsche Immigranten aus Osteuropa (Aussiedler) und 19,6% hatten einen anderen Migrationshintergrund.

Beim Vergleich der F2-Patienten mit der Gruppe der Opiatabhängigen ohne F2-Diagnose stellte sich heraus, dass die F2-Patienten signifikant älter (M=30,8 vs. M=27,3 Jahre, p=,001) und seltener einen Migrationshintergrund hatten (67,0% vs. 45,0%), mit einem Trend zur statistischen Signifikanz (p=,09).

Zwischen den F2-Patienten und der Kontrollgruppe. fanden sich nur wenige signifikante Unterschiede in Bezug auf soziodemographische (Schulbildung, Berufsausbildung und derzeitige Partnerschaft) und klinische Variablen (z.B. Alter bei Beginn des Konsums, Beikonsum und Anzahl der Tage im Krankenhaus). Patienten mit einer komorbiden psychotischen Störung waren häufiger alleinstehend (78,7% vs. 11,8%, p=,048), wiesen einen längeren stationären Aufenthalt auf als die Kontrollgruppe (28,4 vs. 15,6, p=,004) und konsumierten zum Zeitpunkt der Aufnahme seltener Heroin (50,0% vs. 29,4%, p=,034). Numerisch fand sich eine höhere Anzahl von Persönlichkeitsstörungen (11,8% vs. 2,0%) und weiteren psychischen Störungen (9,8% vs. 3,9%) in der Gruppe der F2-Patienten verglichen mit der Gruppe der Kontrollen. Es konnten keine Unterschiede hinsichtlich des Konsums anderer Substanzen (Alkohol, Cannabis, Benzodiazepine, Kokain, Methadon und Nikotin) gefunden werden.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der gewählten Methodik

Forschungsansatz und Studiendesign

Einige methodische Aspekte müssen bei der Interpretation der Ergebnisse kritisch gewürdigt werden. Die größte methodische Schwäche bestand darin, dass auf retrospektive Daten zurückgegriffen wurde, die von verschiedenen Ärzten im Rahmen der klinischen Routinediagnostik erhoben worden waren. Die Tatsache, dass es sich zwar um eine standardisierte Dokumentation handelte, aber bei der Erhebung der Daten kein standardisierter Fragenkatalog zugrunde gelegt worden war, könnte weiteren Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben. So führt laut Wittchen (1996) die Verwendung standardisierter psychodiagnostischer Instrumente zu zwei- bis dreimal höheren Prävalenzen psychiatrischer Komorbidität bei Opiatabhängigen, als wenn die Diagnostik im offenen Interview durch erfahrene Psychiaterinnen und Psychiater durchgeführt wird. Dies lasse sich dadurch erklären, dass im Falle von offenen Interviews die Tendenz bestehe, Symptome unterschiedlicher Diagnosen unter einer Hauptdiagnose zu subsummieren und frühere Erkrankungen wegen eines verstärkten Augenmerks auf aktuelle Störungen zu übersehen (Frei und Rehm 2002). Eine weitere Schwäche der vorliegenden Arbeit bestand darin, dass nicht alle Daten vollständig dokumentiert wurden. Dieses Problem konnte teilweise gelöst werden, indem fehlende Stammdaten durch Daten aus anderen Aufenthalten der Patienten ergänzt wurden. Aktuelle, nur den jeweiligen Aufenthalt betreffende Daten, konnten jedoch nicht ergänzt werden. Oft reichte deshalb die jeweilige Gruppengröße nicht aus, um verlässliche Aussagen zu treffen bzw. diese Daten statistisch auszuwerten. Die größte Einschränkung durch das gewählte Studiendesign bestand schließlich darin, dass kein Einfluss mehr auf die Auswahl der Variablen genommen und weiteren interessanten Fragestellungen so nicht nachgegangen werden konnte.

Art der Stichprobe

Die hier gewählte Stichprobe kann nicht ohne weiteres als repräsentativ für alle Opiatabhängigen in Deutschland gelten. Bei den Patienten der LWL-Klinik Warstein handelte es sich um den kleinen Teil der Opiatabhängigen, welche für therapeutische Interventionen zugänglich waren. Die Therapie kann aufgrund der Kliniklage, der Verweildauer und der Art der Aufnahme als eine relativ hochschwellige Therapie gelten. Ungeachtet dieses Aspektes könnte allein schon die Tatsache, dass es sich um ein Patientenkollektiv eines Therapieprogrammes handelt, ein Grund dafür sein, dass die Ergebnisse unserer Stichprobe nicht auf die Mehrheit der Opiatabhängigen übertragbar sind. Laut Ward et al. (1998) sind bei Patienten, die am Beginn eines Therapieprogrammes stehen, höhere Prävalenzraten für psychiatrische Komorbidität zu erwarten, als bei unbehandelten Opiatabhängigen. Dies ließe sich nach Ward et al. (1998) dadurch erklären, dass vor allem diejenigen Patienten mit stärkerem psychischem Leidensdruck eine Behandlung aufsuchen und daher in den entsprechenden Kollektiven vergleichsweise überrepräsentiert seien. In epidemiologischen Studien sei deshalb, im Vergleich mit klinischen Studien, die Koexistenz von Substanzabhängigkeit und weiteren psychischen Störungen seltener. Diese Tatsache könnte zu der Annahme führen, dass Substanzabhängige, neben ihrer Sucht, auch aufgrund akuter psychischer Krisen eine Behandlungsstelle aufsuchen. Dieser Sachverhalt ist im angloamerikanischen Raum bekannt als „Berkson's Bias" und meint genau genommen, dass im Falle von Komorbidität eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die koexistierende Störung besteht, entdeckt zu werden (Frei und Rehm 2002). Ein weiterer Grund, weshalb die Ergebnisse nicht auf die Mehrheit der Opiatabhängigen übertragbar sein könnten, war die Spezialisierung der Klinik mit einer Station für „Psychose und Sucht". Dieses Angebot führte überproportional viele Patienten mit psychotischen Störungen in diese Klinik.

4.2 Diskussion der Befunde

Das Ziel dieser Arbeit war, besondere Charakteristika der Gruppe der Opiatabhängigen mit einer komorbiden psychotischen Störung aufzudecken, sowie einen Überblick über deren soziodemographische Merkmale, Krankheitsverlauf und Therapieverlauf zu erhalten. Die relativ große Stichprobe von 51 Patienten mit komorbiden psychotischen Störungen ermöglichte uns einen aussagekräftigen Blick auf diese Gruppe zu werfen und sie mit einer passend gematchten Kontrollgruppe, bestehend aus Opiatabhängigen ohne eine psychotische Störung, zu vergleichen. Es handelte sich damit um die Untersuchung mit der weltweit bislang größten Stichprobe dieser Art. Leider konnte aufgrund der oben genannten methodischen Einschränkungen dabei nicht allen relevanten Fragestellungen nachgegangen werden und insgesamt traten nur wenige Unterschiede bezüglich der Soziodemographie, des Verlaufes der Opiatabhängigkeit und des Therapieverlaufes zwischen beiden Gruppen hervor. Signifikante Unterschiede fanden sich lediglich hinsichtlich der aktuellen Partnersituation (F2-Patienten hatten seltener eine feste Beziehung), dem aktuellen Heroinkonsum (F2-Patienten konsumierten zum Zeitpunkt der Untersuchung seltener Heroin) sowie einiger Variablen bezüglich des Therapieverlaufes (nur 70% der F2-Patienten führten einen Entzug durch und ihr Klinikaufenthalt war länger). Unterschiede zur bestehenden Literatur scheinen zumeist der Tatsache geschuldet, dass keine weitere Studie sich ausschließlich mit dieser Patientengruppe befasste. Lediglich drei Kasuistiken (Miotto et al. 2001; Unglaub et al. 2003; Feinberg und Hartman 1991) mit insgesamt 11 Personen beschrieben einige Charakteristika und stellten entsprechende Hypothesen auf. In die Studien, die vom Design her der vorliegenden Studie vergleichbaren waren (Westermeyer und Schneekloth 1999; Jaffe et al. 1997), waren insgesamt nur 5 Patienten mit Opiatabhängigkeit und psychotischer Störung eingeschlossen worden. Insgesamt hatte die vorliegende Untersuchung deshalb weitgehend explorativen Charakter und es können nur schwer Vergleiche mit der existierenden Literatur gezogen werden.

4.2.1 F2-Patienten vs. Opiatabhängige ohne F2

Im Vergleich mit der Gesamtgruppe aller Opiatabhängigen war die Gruppe der F2-Patienten signifikant älter. Ein möglicher Grund für das erhöhte Durchschnittsalter könnte darin zu suchen sein, dass schizophrene Patienten aufgrund mangelnder sozialer Kontakte weniger Anreiz oder Druck von Freunden oder Angehörigen bekommen, eine Entwöhnungstherapie zu beginnen, als die übrigen Opiatabhängigen. Auch könnte ihnen die soziale Kompetenz fehlen einen längeren stationären Aufenthalt zu planen oder die Einsicht der Notwendigkeit einer Therapie. Dafür spricht die Tatsache, dass 11,8% der F2-Patientengruppe im Gegensatz zu 2,0% der Kontrollen sich unfreiwillig in der Klinik aufhielten. All dies könnte dazu führen, dass die Patienten erst nach einer längeren Opiatabhängigkeit sich zu einer Entwöhnungstherapie entschließen und sich somit das Durchschnittsalter dieser Gruppe von Patienten erhöht. In einer Studie von Krausz et al. (1997) zeigte sich bei allen opiatabhängigen Patienten mit einer zusätzlichen komorbiden Störung ein erniedrigtes psychosoziales Funktionsniveau. Das niedrigste Niveau zeigte sich jedoch bei Patienten mit einer Schizophrenie oder schizoaffektiver Störung. Des Weiteren unterschied sich die untersuchte Stichprobe von F2-Patienten von den restlichen Opiatabhängigen signifikant hinsichtlich ihres Migrationshintergrundes. Es waren insgesamt weniger Patienten mit Migrationshintergrund in der F2-Patientengruppe enthalten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Westfälische Klinik für Psychiatrie in Warstein einen Schwerpunkt auf die Behandlung von Migranten setzt und sogar über eine spezielle Station „Drogenentzug für Migranten“ verfügt. Letztlich könnten dadurch überproportional viele Migranten, besonders aus osteuropäischen Staaten, in dieser Klinik behandelt werden, während Personen mit psychotischen Störungen aufgrund ihrer Einschränkungen nicht so häufig nach Deutschland immigrieren und in ihren Heimatländern verbleiben. Weiter zeigte sich eine Tendenz dazu, dass mehr Frauen in der Stichprobe der F2-Patienten vertreten waren, als unter den restlichen Opiatabhängigen der Klinik. Dieses Ergebnis erreichte keine statistische Signifikanz, steht aber in Einklang mit anderen Komorbiditätsstudien, in denen Frauen von Komorbidität häufiger betroffen waren als Männer. In der Studie von Krausz et al. (1997) traten alle häufig vorhandenen

Störungen bei Frauen öfter, zum Teil doppelt so häufig auf wie bei Männern. Auch in der Studie von Frei und Rehm (2002) lag der Mittelwert der Anzahl von Störungen bei Frauen bei 3,25 während er bei Männern 1.90 betrug. Bei Brooner et al. (1997) bestanden pro Patientin im Mittel 1,8 psychische Störungen. Bei Männern betrug dieser Wert dagegen lediglich 1,0.

4.2.2 F2-Patienten vs. Kontrollen

Zwischen Opiatabhängigen mit komorbiden psychotischen Störungen und ihrer gematchten Kontrollgruppe konnten nur geringfügige Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer Variablen, Charakteristika der Opiatabhängigkeit und Therapieverlauf festgestellt werden. Ähnliche Ergebnisse wurden in den am ehesten vergleichbaren Studien beschrieben. So berichteten Westermeyer und Schneekloth (1999), dass sich Schizophrene mit einer Suchtstörung („substance use disorder“) und Patienten mit einer reinen Suchtstörung hinsichtlich ihrer demographischen Charakteristika, dem Einstiegsalter und dem Verlauf der Abhängigkeit insgesamt sehr ähnlich seien. Auch Jaffe et al. (1999) beobachteten zwischen einer Gruppe psychisch schwer kranker Opiatabhängiger und einer gematchten Kontrollgruppe von Opiatabhängigen nur sehr wenige Unterschiede hinsichtlich der Wohnsituation, der Rente, der Konsummenge und der Stärke der Abhängigkeit.

4.2.2.1 Soziodemographie

Betrachtet man die soziodemographischen Charakteristika beider Gruppen, so zeigten sich kaum Unterschiede. Die Schul- und Berufsausbildung beider Gruppen verlief sehr ähnlich. Die Gruppe der F2-Patienten hatte etwas häufiger keinen Schulabschluss und seltener das Abitur erreicht. Beide Gruppen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung größtenteils nicht erwerbstätig. Lediglich in Bezug auf die aktuelle Partnersituation zeigten sich signifikante Unterschiede, wobei Opiatabhängige mit einer psychotischen Störung seltener eine feste Beziehung (p=,046), aber genauso häufig Kinder hatten. Insgesamt entsprachen diese Ergebnisse denen von Jaffe et al. (1999). Auch in dieser Untersuchung bei psychisch schwer erkrankten Opiatabhängigen und einer gematchten Kontrollgruppe von

Opiatabhängigen zeigten sich keine soziodemographischen Unterschiede bis auf die Tatsache, dass sich die Gruppe der psychisch schwer Erkrankten signifikant seltener in Partnerschaften befanden und vermehrt in betreuten Wohneinrichtungen oder obdachlos waren als die Gruppe der Opiatabhängigen ohne psychische Störungen.

4.2.2.2 Charakteristika der Opiatabhängigkeit

4.2.2.2.1 Opiatkonsum

Die Stichprobe der F2-Patienten konsumierte zum Zeitpunkt der Untersuchung signifikant häufiger Heroin als die Kontrollgruppe (p=,034), welche jedoch geringfügig häufiger Methadon einnahmen. Dies ließ sich in der Studie von Jaffe et al. (1997) nicht feststellen, in der die Gruppe der psychisch schwer Erkrankten nicht so regelmäßig und auch nicht so häufig intravenös Opiate konsumierten, wie die Kontrollgruppe. Berücksichtigt man die Befunde verschiedener Untersuchungen zu selbstberichtetem Drogenkonsum bei psychotischen Patienten, so wäre auch denkbar, dass die F2-Patienten in der vorliegenden Untersuchung eher einen Heroinkonsum angaben als die Kontrollgruppe. So fanden Beaurepaire et al. (2007) in einer Studie, die Selbstberichte mit den Ergebnissen biologischer Messungen verglich, dass Patienten mit einer Schizophrenie oder einer Persönlichkeitsstörung eher einen illegalen Drogenkonsum offenbarten als Patienten mit einer affektiven Störung oder Alkoholabhängigkeit.

4.2.2.2.2 Beikonsum

Im Hinblick auf den Beikonsum zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Einnahme von psychotropen Substanzen kann laut Khantzian (1985) auch als Versuch der Bewältigung von psychischen oder emotionalen Belastungen angesehen werden. Demnach müssten die Patienten mit komorbiden psychischen Störungen über einen häufigeren Substanzkonsum als Patienten mit einer reinen Suchtdiagnose berichten. Zur Überprüfung dieser Hypothese verglichen Frei und Rehm 2002 den

Substanzkonsum komorbider Patienten während des letzten Monats vor der Befragung, mit dem von Patienten, die ausschließlich eine Suchtstörung hatten. Es wurde kein statistisch signifikanter Unterschied gefunden. Die Gruppe der komorbiden Patienten wies aber häufiger einen Benzodiazepin- und Cannabiskonsum auf. Im Gegensatz hierzu beschrieben Brooner et al. (1997) in einer Studie bei 716 Patienten aus einer Methadonambulanz eine Assoziation zwischen psychischer Komorbidität und schwerem Drogenmissbrauch. Auch Strain et al. (1991) berichteten, dass komorbide Opiatabhängige, allerdings mit der Lebenszeitdiagnose einer schweren Depression, gegenüber anderen methadonsubstituierten Patienten der Studie ein 1,9-fach erhöhtes relatives Risiko hatten, Sedativa oder Cannabis zu konsumieren. Zu einer anderen Sichtweise des Zusammenhangs zwischen psychischer Symptomatik und Substanzkonsum könnte die Studie von Marsden et al. (2000) führen. Diese Autoren berichteten, dass der häufige Gebrauch von Benzodiazepinen, Alkohol und insbesondere Stimulantien jegliche psychiatrischen Symptome unter den Opiatkonsumenten in ihrer Studie verstärkt hätte. Infolgedessen könnte die Hypothese, dass komorbide Substanzkonsumenten schwereren Substanzkonsum betreiben, in Frage gestellt werden. Umgekehrt könnte angenommen werden, dass Opiatabhängige, die einen schwereren Substanzkonsum betreiben, stärkere psychische Symptome entwickeln und deshalb eher als komorbide Patienten diagnostiziert werden. Weiter wurde in der vorliegenden Untersuchung deutlich, dass alle untersuchten Patienten einen vielfältigen Beikonsum hatten. Nahezu 100% der Patienten hatten in ihrem Leben Alkohol, Cannabis und Nikotin konsumiert und etwa 90% Kokain und Benzodiazepine. Auch dieses Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen anderer Studien überein. So beschrieben etwa Strain et al. (1991), dass die untersuchten Opiatabhängigen im Allgemeinen einen polyvalenten Konsum aufwiesen und der alleinige Opiatkonsum eher selten vorkomme. Frei und Rehm (2002) stellten in einer Metanalyse fest, dass über 60% der Heroinabhängigen die Lebenszeitdiagnose eines Kokain- und Cannabismissbrauchs erfüllten und in den letzten 4 Wochen vor der Befragung 22,4% der Patienten Kokain und 32,9% Cannabis konsumiert hatten. Insgesamt ließ sich in der vorliegenden Untersuchung feststellen, dass beide Gruppen angaben in der Vergangenheit mehr Alkohol, Cannabis, Kokain und weniger Benzodiazepine als zum Zeitpunkt der Untersuchung konsumiert zu haben. Diese Tendenz

schien interessanterweise bei der F2- Gruppe deutlicher ausgeprägt zu sein. Dies könnte darauf hindeuten, dass diese Substanzen Symptome der Schizophrenie verschlimmerten und deshalb von dieser Patientengruppe gemieden wurden. Die Kasuistik von Miotto et al. (2001) deutet auf ähnliche Zusammenhänge hin. Die fünf opiatabhängigen Patienten mit Schizophrenie (im Gegensatz zu der Mehrheit der Heroinabhängigen der betreffenden Klinik) hatten von unerwünschten Effekten während des Cannabis- und Halluzinogenkonsums berichtet, wie z.B. der Verschlimmerung psychotischer Symptome, woraufhin sie den Konsum dieser Substanzen reduziert hätten.

Alkohol

Die Gruppe der F2-Patienten hatte zum Zeitpunkt der Aufnahme geringfügig seltener Alkohol konsumiert als ihre Kontrollgruppe. Beide Gruppen gaben an, in der Vergangenheit häufiger einen „problematischen Alkoholkonsum" gehabt zu haben als aktuell. Insgesamt hatten nahezu alle Patienten einen problematischen Alkoholkonsum. Von einem ähnlichen Befund berichten Barbee et al. (1989), die bei vier von fünf opiatabhängigen Schizophrenen ihrer Studie über „Alkohol und Drogenmissbrauch bei Drogenabhängigen in einer psychiatrischen Notaufnahme" einen Alkoholmissbrauch oder eine Abhängigkeit vorfanden.

Cannabis

Nahezu alle untersuchten Patienten hatten während ihres Lebens Cannabis konsumiert. Jedoch war zum Zeitpunkt der Aufnahme der Cannabiskonsum der F2-Patientengruppe nicht so stark wie in der Vergleichsgruppe. Dafür hatte diese Gruppe in der Vergangenheit viel häufiger Cannabis konsumiert als ihre Vergleichsgruppe. Dies könnte für das Vulnerabilitätsmodell der Psychoseinduktion sprechen.

Kokain

Die Gruppe der F2-Patienten hatte zum Zeitpunkt der Aufnahme geringfügig häufiger Kokain konsumiert als ihre Kontrollgruppe. Dies steht nicht im Einklang mit Ergebnissen der Studie von Westermeyer und Schneekloth (1999). Sie berichteten, dass schizophrene Patienten mit einer Suchtstörung in ihrer Studie Substanzen, die Symptome der Schizophrenie exazerbieren können (Koffein, Kokain und Opiate), vermieden. Zu bedenken ist hierbei, dass in der Studie von Westermeyer und Schneekloth (1999) Opiate ebenfalls als Substanzen beschrieben wurden, welche die Schizophrenie exazerbieren könnten. Dies widerspricht den in der Literatur vorhandenen Kasuistiken über diese spezielle Patientengruppe (Miotto et al. 2001; Unglaub et al. 2003; Brizer et al. 1985; Feinberg und Hartmann 1991), welche von erfolgreichen therapeutischen Einsätzen von Opiaten bei Schizophrenie berichten konnten.

Nikotin

Bis auf eine Person waren alle Patienten nikotinabhängig. Bei Menschen mit psychischen Störungen und besonders bei Schizophrenen scheint dies die Regel zu sein. Ähnliche Befunde wurden von verschiedenen Autoren berichtet. In der Studie von Westermeyer und Schneekloth (1999) hatten Patienten mit Schizophrenie und einer Suchtstörung Nikotin genutzt, um Symptome der Schizophrenie und Nebenwirkungen der Neuroleptika zu mildern. So würde Nikotin Müdigkeit vermindern und den Blutspiegel der Neuroleptika senken (Swett 1974, zitiert nach Westermeyer und Schneekloth 1999).

Benzodiazepine

Benzodiazepine wurden zum Zeitpunkt der Datenerhebung häufiger konsumiert als in der Vergangenheit. Dies spricht eventuell für eine zunehmende psychische Instabilität, der mit Benzodiazepinen entgegengesteuert werden sollte. Nach Raschke et al. (1996, zitiert nach Krausz et al. 1997) ist vor allem der Beikonsum von Medikamenten (Benzodiazepine, Barbiturate) mit einer besonders starken psychischen Beeinträchtigung assoziiert.

4.2.2.2.3 Verlauf der Opiatabhängigkeit

Anzahl der Jahre des Opiatkonsums und des i.v. Konsums

Beide Gruppen hatten in etwa gleich lang Opiate konsumiert. Die Gruppe der F2-Patienten hatte zwar durchschnittlich 1,8 Jahre länger intravenös die Opiate konsumiert, was allerdings keine statistische Signifikanz erreichte.

Alter bei Beginn des Beikonsums

Das Alter bei Beginn des Beikonsums unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen. Interessanterweise gab die F2-Patientengruppe aber insgesamt bei allen Substanzen (außer Benzodiazepin), ein geringfügig früheres Einstiegsalter an. Diese Tendenz deckt sich nicht mit den Ergebnissen von Westermeyer und Schneekloth (1999), die in der Gruppe mit komorbider Schizophrenie ein späteres Einstiegsalter jeglicher Substanzen im Gegensatz zur Gruppe mit reiner Suchtstörung berichteten. Der Grund für den späteren Beginn des Substanzkonsums könnte, den Autoren zufolge, die soziale Isolation durch die prodromalen Symptome der Schizophrenie sein. Jugendliche mit dem Risiko einer Schizophrenie seien „Spätentwickler“, sozial inkompetenter und hätten dadurch schwerer Zugriff auf illegale Substanzen.

Alter bei Beginn des Opiatkonsums

Das Alter bei Beginn des Opiatkonsums lag bei der F2-Gruppe bei 20,6 Jahren und unterschied sich nicht signifikant von den Kontrollen (20,1 Jahre). Auch bei Jaffe et al. (1997) war das Einstiegsalter von Opiatabhängigen mit und ohne psychische Störungen gleich. Bei Westermeyer und Schneekloth (1999) hingegen war das Erstkonsumalter von Opiaten bei der Gruppe der Schizophrenen mit Suchtstörungen (n=4) später als bei der Gruppe der Patienten mit reiner Suchtstörung (23,8 Jahre vs. 21,7 Jahre). Der Erstkonsum von Heroin mit 20,6 Jahren in der vorliegenden Untersuchung entspricht dabei in etwa dem in der Literatur beschriebenen Durchschnittsalter von psychisch komorbiden Opiatabhängigen (Krausz et al. 1998; Callaly et al. 2000; Mason et al. 1998).

4.2.2.2.4 Infektionsstatus

Auch im Hinblick auf den Infektionsstatus ergaben sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Hepatitis C war die häufigste Infektionskrankheit. Bei diesen Ergebnissen sollte man aber bedenken, dass die Gruppengrößen nicht ausreichten, um verlässliche Aussagen treffen zu können. Brooner et al. (1997) berichteten hingegen in ihrer Studie mit psychisch komorbiden Opiatabhängigen, dass Psychopathologie bei Opiatabhängigen durch ein gesteigertes Risikoverhalten mit einer höheren Rate an HIV-Infektionen assoziiert sei.

4.2.2.3 Therapieverlauf

4.2.2.3.1 Vortherapie

Die Mehrheit der Patienten beider Gruppen wurde schon vor Therapiebeginn mit Methadon substituiert. Codein wurde selten verwendet. Gruppenunterschieden wurde dabei aufgrund zu kleiner Untergruppen lediglich deskriptiv nachgegangen. Auch vor Beginn des aktuellen Aufenthaltes hatten beide Gruppen ähnlich viele Therapien (F2-Patienten: 0,7 vs. Kontrollen: 0,8) und Entwöhnungen (0,7 vs. 0,8) absolviert.

4.2.2.3.2 Aktuelle Therapie

Patienten aus der Gruppe der F2-Patienten befanden sich häufiger gegen ihren Willen in der Klinik, führten häufiger einen kalten Entzug durch und ihre Folgetherapie wurde öfter erst im Verlauf des Aufenthaltes geplant als in der Vergleichsgruppe. Ein fraktionierter Benzodiazepinentzug wurde in beiden Gruppen ähnlich häufig durchgeführt, insgesamt bei etwa einem Viertel aller Patienten. Auch die Anzahl der Tage, an denen Methadon verordnet wurde, sowie der Zeitpunkt, ab dem Methadon verordnet wurde, unterschied sich nicht zwischen den beiden Gruppen. Statistisch hoch signifikante Unterschiede (p=,004) zeigten sich hingegen in der Anzahl der im Krankenhaus verbrachten Tage. Auch bei Jaffe et al. (1999) waren Schizophrene mit Komorbidität eher Langzeitpatienten. Eine nahe liegende Interpretation der Befunde wäre, dass ihre Therapie durch die Komorbidität

komplexer war und deshalb mehr Zeit in Anspruch nahm. Auch die Anzahl der Tage, welche die F2-Patientengruppe ohne Psychopharmaka vor der Entlassung verbrachte, war signifikant länger (p=,000), verglichen mit der Kontroll-Gruppe. Schließlich zeigte sich auch ein Unterschied hinsichtlich der Art der Entlassung, wobei aufgrund der zu geringen Gruppengrößen lediglich eine deskriptive Auswertung erfolgte. So wurden Opiatabhängige mit einer psychotischen Störung häufiger als die Opiatabhängigen der Vergleichsgruppe verlegt, meist innerhalb des Krankenhauses. Etwa die Hälfte der Patienten in beiden Gruppen beendigte die Therapie selbst, welches in ca. 50% der Fälle gegen das therapeutische Einverständnis geschah. Im Gegensatz zur Vergleichsgruppe gab es jedoch in der Gruppe der Schizophrenen keinen einzigen Fall einer Beendigung der Therapie aufgrund eines verweigerten Drogenscreenings bzw. eines Rückfalls.

4.2.2.4 Psychiatrische Komorbidität

Es wurde kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich der zusätzlichen psychischen Störungen zwischen beiden Gruppen gefunden. Allerdings wiesen Opiatabhängige mit einer psychotischen Störung nominell etwas häufiger zusätzliche psychische Störungen auf. Besonders häufig waren zusätzliche Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6 nach ICD-10). Die fehlenden Unterschiede zwischen beiden Gruppen könnten dadurch bedingt sein, dass auch unter den Opiatabhängigen ohne psychotische Störungen Personen mit zusätzlichen Belastungen sich häufiger in Behandlung begeben. Dieser Sachverhalt ist im angloamerikanischen Raum als „Berkson's Bias"bekannt und meint genau genommen, dass im Falle von Komorbidität eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die koexistierende Störung besteht entdeckt zu werden (Frei und Rehm 2002).

4.3 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

In der vorliegenden Untersuchung wurden nur wenige klinische Unterschiede zwischen opiatabhängigen Patienten mit und ohne zusätzliche psychotische Störungen gefunden. Dies betraf insbesondere einige soziodemographische Charakteristika und den aktuellen Substanzkonsum. Die Ergebnisse konnten die in kleineren Studien und Kasuistiken beschrieben klinischen Besonderheiten dieser speziellen Patientengruppe damit nicht bestätigen. Auch wenn sich aus dem retrospektiven Design und der Auswertung anhand klinischer Routinedaten methodische Einschränkungen ergeben, handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um die bislang einzige Studie, die den genannten Unterschieden bei einer großen Stichprobe von F2-Patienten und einer gematchten Kontrollgruppe nachging. Interessanterweise waren in der vorliegenden Untersuchung die F2-Patienten im Vergleich zur Stichprobe aller Opiatabhängigen ohne psychotische Störung signifikant älter und unterschieden sich signifikant in Bezug auf die Geschlechterverteilung und den Migrationsstatus. Die in anderen Studien beschriebenen Unterschiede könnten deshalb zumindest teilweise durch den Einfluss solcher Variablen, die in den anderen Studien nicht kontrolliert wurden, erklärt werden. Deutlich wurde dagegen ein Bedarf an intensiveren Therapien bei psychotischen Patienten, der sich in den insgesamt längeren Behandlungszeiten widerspiegelte. Auch wenn manche der zuvor berichteten Unterschiede in der vorliegende Studie nicht bestätigt wurden, kann deshalb kein Zweifel an den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe bestehen, denen in künftigen Studien weiter nachgegangen werden sollte.

5. Literaturverzeichnis

Addington J, Duchak V (1997) Reasons for substance use in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 96:329-333.

Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U (1987) Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet 2:1483-1486

Arndt S, Tyrell G, Flaum M, Andreasen NC (1992) Comorbidity of substance abuse and schizophrenia: the role of pre-morbid adjustment. Psychol Med 22:379-388

Bachmann KM, Moggi F (1993) Doppeldiagnosen: Sucht und andere psychische Erkrankung. Theorie, empirische Befunde und therapeutische Grundvorstellungen eines neuen Konzeptes. Psychiatr Prax 20:125-129

Barbee JG, Clark PD, Crapanzano MS, Heintz GC, Kehoe CE (1989) Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatric service. J Nerv Ment Dis 177:400-407

Barker I (1998) Mental illness and substance misuse. Mental Health Review 3:6-13

Bean P (1998) Dual diagnosis and beyond. Alcohol Update, Oct: 2-3

Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP, Sherwood AR (2000) Substance use disorders in schizophrenia: review, integration, and a proposed model. Clin Psychol Rev. 20:207-234

Bowers MB jr (1987) The role of drugs in the production of schizophreniform psychoses and related disorders. In: Meltzer HY (ed) Psychopharmacology : the third generation of progress. Raven Press, New York, 819-823

Breakey WR, Goodel H, Lorenz PC McHugh PR (1974) Hallucigenic drugs as precipitants of schizophrenia. Psychol Med 4:255-261

Brieger P, Marneros A (2000) [Comorbidity in psychiatric diseases. Theoretical considerations]. Nervenarzt 71:525-534

Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Jr., Bigelow GE (1997) Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry 54:71-80

Brunette MF, Mueser KT, Xie H, Drake RE (1997) Relationships between symptoms of schizophrenia and substance abuse. J Nerv Ment Dis 185:13-20

Buckley P, Thompson P, Way L, Meltzer HY (1994) Substance abuse among patients with treatment-resistant schizophrenia : characteristics and implications for clozapine therapy. Am J Psychiatry 151:385-389

Cacciola JS, Alterman AI, Rutherford MJ, McKay JR, McLellan AT (1998) The early course of change in methadone maintenance. Addiction 93:41-49

Chambers RA, Krystal JH, Self DW (2001) A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. Biol Psychiatry 50:71-83

Comfort A (1977) Morphine as an antipsychotic. Relevance of a 19th-century therapeutic fashion. Lancet. 2(8035):448-449.

Darke S, Swift W, Hall W (1994) Prevalence, severity and correlates of psychological morbidity among methadone maintenance clients. Addiction 89:211-217

Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ (1991) Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. Am J Psychiatry 148:224-230

Drake RE, Osher FC, Wallach MA (1991) Homelessness and dual diagnosis. Am Psychol 46:1149-1158

Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR (1998) Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. Schizophr Bull 24:589-608

Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TR (2001) Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia: epidemiological study in central London. Br J Psychiatry 179:509-513

Farrell M, Boys A, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Marsden J, Singleton N, Taylor C (2002) Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. Br J Psychiatry 181:393-398

Feinstein AR (1970) The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. Journal of Chronic Diseases 23: 455-468

Franke P, Neef D, Weiffenbach O, Gansicke M, Hautzinger M, Maier W (2003) Psychiatrische Komorbiditat in Risikogruppen fur Opiatabhangigkeit: eine Untersuchung an opiatabhangigen und nichtopiatabhangigen BtmG-Inhaftierten. Fortschr Neurol Psychiatr 71:37-44

Freed EX (1970) Alcoholism and manic-depressive disorders; some perspectives. Q J Stud Alcohol 31:62-89

Frei A, Rehm J (2002) Komorbidität: Psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn einer heroingestützten Behandlung. Psychiatr Prax 29:251-257

Frei A, Rehm J (2002) Die Prävalenz psychischer Komorbidität unter Opiatabhängigen - Eine Metaanalyse bisheriger Studien- Psychiatr Prax 29:258-262

Goldsmith RJ (1999) Overview of psychiatric comorbidity. Practical and theoretic considerations. Psychiatr Clin North Am 22:331-349

Gouzoulis-Mayfrank E (2003) Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis. Steinkopff, Darmstadt

Gupta S, Hendricks S, Kenkel AM, Bhatia SC, Haffke EA (1996) Relapse in schizophrenia: is there a relationship to substance abuse? Schizophr Res 20:153-156

Hambrecht M, Häfner H (1996) Substance abuse and the onset of schizophrenia. Biol Psychatry 40:1155-1163

Hekimian U, Gershon S (1968) Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital. JAMA 107:125-130

Jaffe C, Comtois KA, Calsyn DA, Saxon AJ (1998) A pilot study comparing severely and persistently mentally ill opiate-addicted patients in dual-diagnosis treatment with patients in methadone maintenance. Am J Addict. 7(4):288-298

Johns A (2001) Psychiatric effects of cannabis. Br J Psychiatry 178:116-122

Kendler KS, Gardner CO (1997) The risk for psychiatric disorders in relatives of schizophrenic and control probands: a comparison of three independent studies. Psychol Med 27:411-419

Khantzian EJ (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiatry 142:1259-1264

Kovasznay B, Fleischer J, Tanenberg-Karant M, Jandorf L, Miller AD, Bromet E (1997) Substance use disorder and the early course of illness in schizophrenia and affective psychosis. Schizophr Bull 23:195-201

Kranzler HR, Rounsaville BJ (1998) Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders. Marcel Dekker Inc., New York

Krausz M, Müller-Thomsen T (1994) Komorbidität. Therapie von psychiatrischen Störungen und Sucht. Lambertus Verlag, Freiburg

Krausz M, Degkwitz P, Kuhne A, Verthein U (1998) Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. Addict Behav 23:767-783

Krausz M, Verthein U, Degkwitz P (1998) Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. Nervenarzt 69:557-567

Krausz M, Verthein U, Degkwitz P (1999) Psychiatric comorbidity in opiate addicts. Eur Addict Res 5:55-62

Lambert M, Haasen C, Mass R, Krausz M (1997) Konsummuster und Konsummotivation des Suchtmittelgebrauchs bei schizophrenen Patienten. Psychiatr Prax 24:185-189

Lammertink M, Lohrer F, Kaiser R, Hambrecht M, Pukrop R (2001) Differences in substance abuse patterns: multiple drug abuse alone versus schizophrenia with multiple drug abuse. Acta Psychiatr Scand 104:361-366

Lehman AF, Myers CP, Corty E, Thompson JW (1994) Prevalence and patterns of “dual diagnosis” among psychiatric inpatients. Comprehensive Psychiatry 35:106-112

Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME (1994) Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. Arch Gen Psychiatry 51:273-279

Maremmani I, Zolesi O, Aglietti M, Marini G, Tagliamonte A, Shinderman M, Maxwell S (2000) Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with Axis I psychiatric comorbidity. J Addict Dis 19:29-41

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 176:285-289

Maslin J (2003) Substance misuse in psychosis: contextual issues. In: Graham H, Copello A, Birchwood M, Mueser KT (eds) Substance misuse in psychosis. Approaches to treatment and service delivery. Wiley, Hoboken, 3-23

Mason BJ, Kocsis JH, Melia D, Khuri ET, Sweeney J, Wells A, Borg L, Millman RB, Kreek MJ (1998) Psychiatric comorbidity in methadone maintained patients. J Addict Dis 17:75-89

Miotto P, Preti A, Frezza M (2001) Heroin and schizophrenia: subjective responses to abused drugs in dually diagnosed patients. J Clin Psychopharmacol 21:111-113

Modestin J, Nussbaumer C, Angst K, Scheidegger P, Hell D (1997) Use of potentially abusive psychotropic substances in psychiatric inpatients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 247:146-153

Modestin J, Gladen CJ, Christen S (2001) A comparative study on schizophrenic patients with dual diagnosis. J Addict Dis 20:41-51

Mueser KT, Yarnold PR, Bellack AS (1992) Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. Acta Psychiatr Scand 85:48-55

Mueser KT, Drake RE, Ackerson TH, Alterman AI, Miles KM, Noordsy DL (1997) Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia. J Abnorm Psychol 106:473-477

Mueser KT, Drake RE, Wallach MA (1998) Dual diagnosis: a review of etiological theories. Addict Behav 23:717-734

Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg SD, Swett C, Jr., Miles KM, Hill D (2000) Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. Schizophr Bull 26:179-192

Poole R, Brabbins C (1996) Drug induced psychosis. Br J Psychiatry 168:135-138

Potvin S, Sepehry AA, Stip E (2006) Comorbid substance-use in schizophrenia: The file drawer effect In reply to: Talamo et al., 2006. "Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms". Schizophr Res. 86:251-255.

Raschke P, Verthein U, Kalke J (1996) Substitution in Hamburg-Methadonbehandlung Opiatabhängiger von 1990 bis 1995. Forschungsbericht, Universität Hamburg

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) Study. Jama 264:2511-2518

Ries RK, Russo J, Wingerson D, Snowden M, Comtois KA, Srebnik D, Roy-Byrne P (2000) Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance use disorders. Psychiatric Services 51:210-215

Rosenthal RN, Miner CR (1997) Differential diagnosis of substance-induced psychosis and schizophrenia in patients with substance use disorders. Schizophr Bull 23:187-193

Sass H, Wittchen HU, Zaudig M (1998) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen, Hogrefe-Verlag

Schofield N, Quinn J, Haddock G, Barrowclough C (2001) Schizophrenia and substance misuse problems: a comparison between patients with and without significant carer contact. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 36:523-528

Sevy S, Robinson DG, Holloway S, Alvir JM, Woerner MG, Bilder R, Goldman R, Lieberman J, Kane J (2001) Correlates of substance misuse in patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. Acta Psychiatr Scand 104:367-374

Silver H, Abboud E (1994) Drug abuse in schizophrenia :comparison of patients who began drug abuse before their first admission with those who began abusing drugs after their first admission. Schizophr Res 13:57-63

Slaby AE (1991) Dual diagnosis : Fact or fiction? In : Gold MS, Slaby AE (eds) Dual diagnosis in substance abuse, Marcel Dekker Inc., New York, 3-28

Sørensen HJ, Jepsen PW, Haastrup S, Juel K (2005) Drug-use pattern, comorbid psychosis and mortality in people with a history of opioid addiction. Acta Psychiatr Scand 111:244-249

Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R, Immler B, Sand P (1993) Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 242:362-372

Swofford CD, Scheller-Gilkey G, Miller AH, Woolwine B, Mancer R (2000) Double Jeopardy : schizophrenia and substance use. American Journal of Drug & Alcohol Abuse 26:343-353

Tsuang MT, Simpson JC, Kronfol Z (1982) Subtypes of drug abuse with psychosis : demographic characteristics, clinical features and family history. Arch Gen Psychiatry 39:141-147

Unglaub W, Kandel M, Zenner D, Wodarz N, Klein H (2003) Neuroleptikatherapie von komorbiden Opiatabhangigen in der Methadonambulanz. Psychiatr Prax 30:121-124

Verthein U, Degkwitz P, Krausz M (2000) Psychische Störungen und Verlauf der Opiatabhängigkeit. Psychiatr Prax 27:77-85

von Limbeek J, Wouters L, Kaplan CD, Geerlings PJ, von Alem V (1992) Prevalence of psychopathology in drug-addicted Dutch. J Subst Abuse Treat 9:43-52

Ward J, Mattick RP, Hall W (1998) Psychiatric comorbidity among the opioid dependent. In: Ward J, Mattick RP, Hall W (eds) Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies, Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 419-440

Westermeyer JJ, Schneekloth TD (1999) Course of substance abuse in patients with and without schizophrenia. Am J Addict 8:55-64

Zeiler J (1990) Schizophrenie und Alkohol. Zur Psychopathologie schizophrener Bewältigungsstile. Monogr Gesamtgeb Psychiatr Psychiatry Ser 61:1-154

Ziedonis DM, D´Avanzo K (1998) Schizophrenia and substance abuse. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ (eds) Dual diagnosis and treatment. Marcel Dekkker, New York, 427-465

6. Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Haasen für die Überlassung des Themas, meinem Doktorarbeitsbetreuer Dr. Ingo Schäfer, PD Dr. Uwe Verthein und Dr. Bernhard Baetz und seinem Team sowie meinen Eltern für die Unterstützung.

7. Lebenslauf

Name: Julia Sedlaczek, geborene Haartje

Veröffentlichungen:

Haartje J, Schäfer I, Verthein U, Baetz B, Haasen C, Krausz M (2004) Opiate Addicts with psychotic disorders: How do they differ from patients without this comorbidity?
Poster, 16th. International Conference on Addiction, Wien, 08.09.-10.09.

8. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht mit einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: