

**PSYCHIATRISCHE KLINIK DES
UNIVERSITÄTSKRANKENHAUSES
HAMBURG- EPPENDORF
(DIREKTOR: PROF. DR. MED. D. NABER)**

**PSYCHOPATHOLOGIE UNTERSCHIEDLICHER
GRUPPEN
OPIATABHÄNGIGER IM VERGLEICH -
SUBSTITUIERTE IM VERGLEICH ZU AKTUELL
ABSTINENTEN**

DISSERTATION

**ZUR ERLANGUNG DES GRADES EINES DOKTORS DER MEDIZIN
DEM FACHBEREICH MEDIZIN DER UNIVERSITÄT HAMBURG**

**VORGELEGT VON
ULRICH TRAPPE
AUS MÜNSTER**

HAMBURG 1999

Angenommen vom Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am 2.11.1999

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches Medizin
der Universität Hamburg.

Sprecher: Prof. Dr. med. H.-P. Leichtweiß

Referent: Prof. Dr. med. M. Krausz

Referent: Prof. Dr. med. D. Naber

INHALTSVERZEICHNIS

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	1
1 Allgemeiner Teil	4
1.1 Ziel der Dissertationsarbeit	4
1.2 Überblick über die Arbeit	5
1.3 Drogenkonsum und Heroinabhängigkeit	6
1.3.1 Die Droge - Definition nach der WHO	6
1.3.2 Definition Heroinabhängigkeit (Diagnose nach ICD- 10: F11.2)	7
1.4 Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung stofflicher Abhängigkeit	9
1.4.1 Einführung in die Modellvorstellungen	9
1.4.2 Heroinabhängigkeit und andere psychiatrische Erkrankungen	10
1.4.3 Kritik am Komorbiditätsmodell	16
1.5 Darstellung von Behandlungsmodellen	17
1.5.1 Grundsätzliche Merkmale von Behandlungsmodellen	17
1.5.2 Merkmale der Abstinenztherapie	19
1.5.3 Merkmale der Substitutionstherapie	20
1.5.4 Relevanz der Therapieunterschiede für die nachfolgende Untersuchung	23
2 Stand der Literatur	24
2.1 Komorbidität von Drogenkonsum und psychiatrischen Störungen	24
2.1.1 Affektive Störungen	25
2.1.2 Angststörungen	26
2.1.3 Persönlichkeitsstörungen	27
2.1.4 Suizidalität	28
2.2 Vergleichende Untersuchung der Psychopathologie von Teilnehmern verschiedener Therapieangebote der Drogenhilfe	29
3 Der Untersuchung zugrunde liegende Hypothesen	31
3.1 Annahmen zu der psychiatrischen Morbidität in der untersuchten Gruppe	32
3.2 Annahmen zur Gruppe der affektiven Störungen	32
3.3 Annahmen zu den Angststörungen	33

3.4 Annahmen zur Suizidalität	33
4 Methodik	33
4.1 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe	33
4.1.1 Repräsentativität der erhobenen Daten	34
4.1.2 Beschreibung der Abstinenzgruppe	35
4.1.3 Beschreibung der Gruppe der Substituierten	36
4.2 Beschreibung der Untersuchungsinstrumente	37
4.2.1 Der Addiction Severity Index (ASI)	37
4.2.2 Das Beck Depression Inventory (BDI)	37
4.2.3 Das Composite International Diagnostic Interview (CIDI)- Sektion C, D, E, F, G, H, P, X	38
4.2.4 Untersuchungsgruppen für die Verlaufsuntersuchung der BMFT-II- Studie	39
4.3 Probleme bei der Datenverarbeitung	41
4.4 Datenschutz	41
4.5 Statistik	42
5 Ergebnisse	42
5.1 Vergleich der Gruppen	42
5.1.1 Drogenrelevantes Verhalten der Gruppen im Vergleich	43
5.1.2 Die gesundheitliche Situation der untersuchten Gruppe	45
5.2 Allgemeine Beschreibung der psychiatrischen Morbidität im untersuchten Kollektiv	46
5.2.1 Psychiatrische Morbidität in der Lebensgeschichte	46
5.2.2 Prävalenz aktueller psychiatrischer Störungen	49
5.2.3 Vergleich der Lifetime- und der aktuellen psychopathologischen Situation	50
5.2.4 Vergleich der Ergebnisse zur Gruppeneinteilung nach unterschiedlicher Krankheitsschwere	52
5.2.5 Zusammenhang von Abhängigkeitsdauer und Inzidenz psychiatrischer Störungen	53
5.2.6 Geschlechtervergleich zur psychiatrischen Morbidität	55
5.3 Vergleichende Betrachtung der psychiatrischen Morbidität der Substituierten und der Abstinenten	56
5.3.1 Ausmaß affektiver Störungen der Gruppen im Vergleich	56
5.3.2 Ausmaß von Angststörungen (F4) der Gruppen im Vergleich	63
6 Diskussion	71
6.1 Einordnung der Studie in den internationalen Vergleich	71
6.2 Unterschiede zwischen Teilnehmern der Substitutions- und der Abstinenztherapie	71

6.2.1 Demographischer Vergleich der Gruppen	71
6.2.2 Unterschiede der physischen Morbidität im untersuchten Kollektiv	73
6.2.3 Beurteilung der psychopathologischen Situation	73
6.3 Vergleich der Validität verschiedener Beurteilungssysteme im Hinblick auf die Therapie-relevanz der beobachteten Störungen	75
6.4 Zusammenfassung	77
6.5 Fazit- „Maßgeschneiderte“ Therapie oder „ Therapie von der Stange“?	78
7 Literaturliste	80
8 Danksagung	87
9 Lebenslauf	88

1 ALLGEMEINER TEIL

1.1 ZIEL DER DISSERTATIONSARBEIT

Der Behandlung psychiatrischer Begleiterkrankungen wird eine Schlüsselrolle in der Überwindung der Opiatabhängigkeit eingeräumt. Hintergrund hierfür ist die nach wie vor große Zahl abgebrochener Therapien und Drogenrückfälle, wie auch die große Zahl Drogentoter. Allein im Jahr 1996 starben in Deutschland 1700 Menschen an den Folgen der Drogenabhängigkeit. Bei der Analyse für Ursachen dieser anhaltenden Misere ist man zu der Erkenntnis gelangt, daß viele Drogenabhängige neben der Heroinabhängigkeit unter weiteren psychiatrischen Erkrankungen wie etwa Depressionen oder Angststörungen leiden. Verschiedene Modelle beschreiben einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an psychiatrischen Störungen bei Opiatabhängigen und der Möglichkeit, sie für eine Therapie zu motivieren. Vor dem Eintritt in eine Therapie standen lange Zeit Anforderungen an die Heroinabhängigen wie eine vorangegangene Entgiftung ohne medikamentöse Abmilderung der Entzugssymptome (sogenannter kalter Entzug). Die Annahme, daß Opiatabhängige mit schweren psychiatrischen Störungen diese Vorleistungen nicht erbringen können, bietet eine mögliche Erklärung dafür, daß mit dem gegenwärtigen Hilfsangebot längst nicht alle Heroinabhängigen erreicht werden. In der jüngeren Vergangenheit hat sich das Behandlungsangebot für Opiatabhängige deutlich vergrößert und es wird versucht, die Fähigkeiten der Betroffenen im therapeutischen Prozeß stärker zu berücksichtigen, anstatt sie in rigide Therapieschemen zu zwingen.

Möglicherweise läßt sich für bestimmte Störungsmuster eine adäquate Therapiesituation finden und somit der Therapieerfolg vergrößern.

Es wird in der vorliegenden Arbeit dargestellt, mit welchen psychiatrischen Störungen bei zwei großen Gruppen der Hamburger Drogenhilfe, nämlich den Klienten der Abstinenztherapie und der Substitutionstherapie zu rechnen ist

und wie stabil (zeitlich gesehen) sich die Psychopathologie der Untersuchten darstellt. Weiterhin wird geklärt, ob und inwiefern sich die o.g. Gruppen Opiatabhängiger hinsichtlich ihrer Psychopathologie als einem Störungsmuster, das neben der Heroinabhängigkeit besteht und mit der Abhängigkeit interagiert, unterscheiden. Auf eine einfache Formel gebracht geht es um die Frage: „Sind alle Klienten im Drogenhilfesystem mehr oder weniger gleich und befinden sich nur, wenn überhaupt, an unterschiedlichen Zeitpunkten ihrer Suchtkarriere, oder haben sie unterschiedliche Voraussetzungen, in eine Therapie zu gehen?“ Bei der Untersuchung wird auf Daten zurückgegriffen, die unter der Leitung von Prof. Dr. Michael Krausz im Rahmen der Ausgangserhebung zu einer prospektiven Studie mit dem Titel „Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen - Prävalenz, Langzeitverlauf und Behandlung“, im Hamburger Drogenhilfesystem 1995 erhoben wurden.

1.2 ÜBERBLICK ÜBER DIE ARBEIT

Im ersten Teil der Arbeit werden die für die Fragestellung relevanten Grundlagen erläutert. Es werden Begrifflichkeiten geklärt und Modellvorstellungen über Suchtentstehung und Aufrechterhaltung dargestellt. In diesem Kontext wird die Rolle begleitender psychiatrischer Störungen beleuchtet und weiterhin ein Abriss der Drogentherapieformen gegeben, die in der vorliegenden Untersuchung von Bedeutung sind.

Im zweiten Teil schließt sich eine Darstellung der relevanten internationalen Untersuchungen zu den Themen Komorbidität von psychiatrischen Störungen und Drogenabhängigkeit sowie dem Vergleich der Häufigkeit ihres Auftretens in der Abstinenztherapie einerseits und der Substitutionstherapie andererseits an.

Der dritte Teil beinhaltet die der Untersuchung zugrundegelegten Arbeitshypothesen.

Nach einem Exkurs in die Methodik der Untersuchung im vierten Teil der Arbeit werden im fünften Abschnitt die Untersuchungsergebnisse präsentiert und abschließend im sechsten Teil diskutiert.

1.3 DROGENKONSUM UND HEROINABHÄNGIGKEIT

1.3.1 DIE DROGE - DEFINITION NACH DER WHO

Jede Substanz, die innerhalb des lebendigen Organismus eine oder mehrere seiner Funktionen zu verändern vermag, [...wird als Droge bezeichnet,...] insbesondere eine solche mit zentralnervöser Wirkung [WHO (1964) nach Feuerlein, 1988].

Nach der oben angeführten Definition lassen sich viele gesellschaftlich akzeptierte Genuß- und Rauschmittel als Drogen bezeichnen. Wenn in dieser Arbeit von einer Droge gesprochen wird, dann ist zunächst die oben genannte Definition gemeint. Ob ein Genußmittel gesellschaftsfähig ist oder als Droge ausgegrenzt wird, hängt vom Wohl und Wehe der öffentlichen Meinung ab, die oftmals von ökonomischen und politischen Interessen und weniger von gesundheitlichen Aspekten geprägt ist. So muß sich ein Verständnis von Sucht auf die kulturelle „Normalität“ des Drogenkonsums in unserer Gesellschaft beziehen [Behrendt, 1995: S.24]. Die entsprechenden Regeln über „richtigen“ und „falschen“ Gebrauch von Drogen werden in der Sozialisation erworben [Behrendt, 1995: nach Warns 1994].

Während die Abstinenz von einigen Drogen vorausgesetzt und deren Konsum mit gesellschaftlicher Ausgrenzung bestraft wird, wie es bei Opiaten der Fall ist, werden sogenannte gesellschaftsfähige Drogen unabhängig von ihrem gesundheitsgefährdenden Potential akzeptiert. Abweichend davon hat die WHO in der aktuellen Klassifikation der Krankheiten auch gesellschaftlich akzeptierte Konsummittel wie Tabak als abhängigkeiterzeugende Stoffe geoutet.

Auf den Begriff der Sucht wird in diesem Zusammenhang verzichtet, weil sich an dessen Wertung im Rahmen des stofflichen Mißbrauches leidenschaftliche Diskussionen entzünden [vgl. Behrendt, 1995].

In der vorliegenden Arbeit übernehme ich deshalb den Begriff der stofflichen Abhängigkeit, wie ihn die WHO definiert, und wende ihn auf den Gebrauch von Heroin an.

1.3.2 DEFINITION HEROINABHÄNGIGKEIT (DIAGNOSE NACH ICD- 10: F11.2)

Nach dem Verständnis der ICD- 10 kann Abhängigkeit durch verschiedene Substanzen hervorgerufen werden. Entscheidend ist dementsprechend, daß innerhalb eines Jahres drei oder mehr der im folgenden benannten Kriterien erfüllt werden:

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, die betreffenden Substanzen zu konsumieren. (im Englischen mit dem Wort craving bezeichnet)
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezügl. des Beginns, der Beendigung des Konsums und der Substanzmenge.
3. Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und der entsprechenden positiven Erfahrung.
4. Vorliegen eines körperlichen Entzugssyndroms.
5. Nachweis einer Toleranz (...) [gegenüber der Drogenwirkung (Anm. d. A.)].
6. Eingeengtes Verhaltensmuster (...) , wie zum Beispiel die Tendenz, Regeln eines gesellschaftlich üblichen Konsumverhaltens außer Acht zu lassen.
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums.
8. Anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (...).[WHO, 1991]

Alle Klienten, die in der hier dargestellten Untersuchung berücksichtigt wurden, waren vor Eintritt in die Therapie heroinabhängig im Sinne der ICD- 10 Definition.

Es lag in allen Fällen ein exzessiver, meist intravenöser Konsum von Heroin über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten innerhalb eines Jahr vor.

1.4 MODELLE ZUR ENTSTEHUNG UND AUFRECHTERHALTUNG STOFFLICHER ABHÄNGIGKEIT

1.4.1 EINFÜHRUNG IN DIE MODELLVORSTELLUNGEN

Viele vereinfachende lineare Erklärungen, die zu dem Problem der Drogenabhängigkeit bestehen, haben die Frage der Suchtentstehung und Aufrechterhaltung nicht zufriedenstellend lösen können. Vorstellungen, wonach alle Drogenabhängigen aus sozial unterprivilegierten Schichten kommen und wonach schon der einmalige Konsum von Heroin abhängig macht, haben sich als ebenso falsch herausgestellt, wie das Vorurteil, alle Drogenkonsumenten, die nicht clean werden, verweigern die Zusammenarbeit mit den Hilfseinrichtungen aus willentlicher Ablehnung oder Charakterschwäche.

Die moderne Drogenforschung geht davon aus, daß Erklärungsmodelle für Entstehung und Aufrechterhaltung abhängigen Verhaltens viele unterschiedliche Faktoren berücksichtigen müssen.

Das drogenbezogene Verhalten spiele sich in einem „Magischen Dreieck von Droge, Umwelt und Person ab“ [Feuerlein, 1979 nach Behrendt, 1995].

Viele verschiedene Wissenschaften beschreiben die Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens jeweils aus ihrer Sicht und leisten so wertvolle Beiträge zu einem integrativen multifaktoriellen Modell der Drogenabhängigkeit.

Die Droge selber als Ligand an spezifischen Rezeptoren im menschlichen Körper steht im Mittelpunkt einer pharmakologisch/ biochemischen Betrachtungsweise. Heroin wirkt nach dem Konsum an verschiedenen Opiatrezeptoren im Zentralnervensystem und erzeugt über eine Toleranzentwicklung eine körperliche Abhängigkeit. Den Einfluß der Umwelt auf drogenbezogenes Verhalten kann man weiterhin in das persönliche Umfeld

der Betroffenen und den gesellschaftlich normativen Umgang mit Drogen unterteilen. Das engere Umfeld, wie Sozialisation in Familie und Freundeskreis (peer group), steht im Fokus psychologischer Betrachtung ebenso wie die Jugendentwicklung.

Psychotherapeuten legen auf die Rolle traumatisierender Erfahrungen in der Kindheit, wie etwa das oft zitierte zerrüttete Elternhaus (broken home), großen Wert.

Währenddessen liegt ein Schwerpunkt soziologischer Sicht auf der Bewertung gesellschaftlicher Umstände im Umgang mit Drogen und Drogenkonsumenten.

Lerntheoretische Erklärungsansätze wiederum berücksichtigen eine Funktionalisierung der Droge beispielsweise zur Spannungsreduktion [vgl. Behrendt et al., 1995].

Die Droge wird vielfach als ein künstlicher Schutzwall vor Unlustspannungen angesehen (siehe Kapt. 1.4.2.2.2.) [Khantzian, 1985].

1.4.2 HEROINABHÄNGIGKEIT UND ANDERE PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN

1.4.2.1 Das Komorbiditätsmodell

Unabhängig von den Modellen zur Entstehung von „stofflicher Abhängigkeit“ fiel in den 70er Jahren in der Drogentherapie auf, daß Heroinabhängige im Vergleich zur „Normalgesellschaft“ und zu früheren Konsumentengenerationen überdurchschnittlich oft von psychiatrischen Störungen betroffen waren [Rounsaville, 1986].

Das gleichzeitige Vorhandensein verschiedener psychiatrischer Störungen, deren eine die Abhängigkeit ist, wird als Komorbidität bezeichnet.

Für die konkurrierenden psychiatrischen Erkrankungen stellt sich somit die Frage, ob diese Ursache oder Folge des abhängigen Drogenkonsums und seiner Begleitumstände sind.

1.4.2.2 Psychiatrische Störungen - Ursache oder Folge des Heroinkonsums

„Entweder sucht der psychisch Gestörte seine Droge, die ihm eine besondere Form der Besserung bietet, oder der prolongierte Gebrauch der Drogen ist hier-für (für die psychische Störung; Anm.d.Verf.) verantwortlich“ [McLellan, 1979].

Diese Frage wird nach wie vor ausgiebig und kontrovers diskutiert.

1.4.2.2.1 Psychiatrische Störungen als direkte Folge des Heroinkonsums

Während grundsätzlich „... der Konsum von Rauschmitteln (...) offenbar das Risiko, an einer drogeninduzierten Psychose zu erkranken, (erhöht)“, „(wurden) zur Chronifizierung neigende, schizophrenieähnliche Psychosen bei Morphinabhängigen nach Absetzen des Morphins nie beobachtet“ [vgl.Täschner, 1980].

Wenngleich nach prolongiertem Konsum von Stimulantien beispielsweise die Entstehung von Psychosen oder nach jahrelangem Gebrauch von Antidepressiva die Entwicklung von Depressionen beschrieben und eine Kausalität mit dem Drogenkonsum hergestellt worden ist, ließen sich selbst nach längerer Konsumdauer von Heroin keine psychiatrischen Störungen als direkte Folgeerscheinungen beobachten [McLellan, 1979].

Nach einer Untersuchung in einer Gruppe der Anonymen Drogenabhängigen nahm hingegen die Prävalenz an Psychopathologie nach Konsumende deutlich ab [O'Connor, 1992].

1.4.2.2.2 Heroinkonsum zur Selbstmedikation

Opiate sollen untergründige Symptome von Angst, Depression und Paranoia bessern [McLellan, 1979].

Nach der Selbstmedikationshypothese von KHANTZIAN (1985) wählen Drogenkonsumenten die für sie passende Droge und versuchen damit gezielt, ihre individuelle Problemkonstellation positiv zu beeinflussen. Demnach setzen

sie Opiate gezielt gegen ihre bedrohlichen Gefühle von Wut und Aggressionen aber auch gegen Scham und Einsamkeit ein [Khantzian, 1985].

Opiatkonsum scheint sogar vor affektiven und gedanklichen Störungen zu schützen [McLellan, 1985]. Nach diesem Modell kommt psychiatrischen Störungen für die Aufrechterhaltung und auch für die Überwindung der Heroinabhängigkeit eine entscheidende Rolle zu, weil „...„Therapieresistenz“ und „Psychopathologie“ (...) direkt miteinander korrelieren und den Therapieerfolg somit immer unwahrscheinlicher werden lassen“ [Rounsaville, 1986].

Während sich also die Frage nach Ursache und Folge von Abhängigkeit und Psychopathologie nicht abschließend beurteilen läßt [vgl. Schuckit nach Ladewig, 1988], scheint in der Behandlung zusätzlicher psychiatrischer Störungen bei Schwerstheroinabhängigen ein Schlüssel für Therapieerfolge zu liegen. Generell gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, welche Drogen sich bei welchen psychiatrischen Störungen finden. So wurde bei „psychisch schwer gestörten“ Drogenabhängigen verhältnismäßig hoher Konsum von Nicht-opiaten und eher mäßiger Opiatkonsum registriert [McLellan, 1984].

1.4.2.3 Wechselwirkung zwischen Psychopathologie und drogenbelastetem Umfeld

Auch heutzutage ist Drogenpolitik hierzulande „zuerst Kriminalpolitik“ [Leutheusser- Schnarrenberger, 1997].

Die widrigen Lebensumstände in Illegalität und Kriminalität gelten als mögliche Ursachen für die hohe Prävalenz an Angststörungen unter drogenabhängigen Frauen [Darke, 1992]. Die vehemente Verelendung dieser Personengruppe ist auf ihre gesellschaftliche Ausgrenzung zurückzuführen. Schlechtes psychisches Befinden und Suchtdruck führen zu erhöhtem Risikoverhalten in Hinblick auf gesundheitliche Schäden wie Hepatitis - oder HIV- Infektionen. So scheint die

gemeinsame Benutzung von Spritzen und Kanülen (needle- sharing) bei Patienten mit Dysthymie weit verbreitet [Abbott, 1994]. Persönlichkeitsstörungen wie die Anti- Soziale- Persönlichkeitsstörung (ASP) erhöhen das Risikoverhalten auf der Szene ebenfalls [Brooner, 1993].

Weiterhin werden straffällig gewordene Drogenabhängige verhältnismäßig hart verurteilt. Innerhalb der Haftsituation sind sie zudem Traumatisierungen und Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt, die einen Circulus Vitiosus anschieben [vgl. Sickinger 1994; Kindermann 1989]. Im „Knast“ verschlechtern sich die Bedingungen für Süchtige weiter und die Infektionsgefahr durch Needle-sharing steigt.

Letztlich muß man wohl davon ausgehen, daß sich vorhandene psychiatrische Störungen während des Lebens inmitten der Drogenszene verschlimmern und durch die anhaltende Traumatisierung neue hinzukommen.

1.4.2.4 Prognostische Bedeutung der Psychopathologie für den Therapieverlauf

„ Komorbidität wird häufig erst nach viel Zeit, Schmerz und Scham entdeckt, weil Therapieversuche fehlschlagen“ [Kofoed, 1991].

Insgesamt werden in der Beurteilung der psychopathologischen Situation zwei Ebenen unterschieden. Zum einen läßt sich die individuelle Befindlichkeit in verschiedenen Lebensbereichen abbilden. In ihr kommen Lebenszufriedenheit, subjektiver Leidensdruck und Gesundheitsempfinden zum Ausdruck, sie wird auch als „state“- Ebene verstanden. [vgl. Schall, 1994] Der psychische Status eines jeden Menschen unterliegt sicherlich mehr oder weniger großen Schwankungen, was durch die Lebensumstände abhängigen Drogenkonsums verstärkt wird. Dem „Stimmungsbarometer“ kommt im Verlauf der Drogentherapie eine große Rolle zu, weil beim Stimmungstief, in der Krise, das Zurückgreifen auf die Droge besonders nahe liegt. Beispielsweise hat sich in der Substitutionstherapie gezeigt, daß der exessive Beikonsum „harter“ Drogen häufig ein Indiz für schwere depressive Verfassung ist und mit einer deutlich erhöhten Suizidalität einhergeht. [Verthein, 1994]

Im Gegensatz dazu steht die Diagnostik bereits verfestigter psychiatrischer Krankheitsbilder auf der sogenannten „trait“-Ebene.

Hier bewegt sich das „Stimmungsbarometer“ durch eine zugrundeliegende psychiatrische Erkrankung fortwährend im Krisenbereich.

In großen Untersuchungen hat sich herausgestellt, daß „state“-gegenüber „trait“- Befunden überwiegen [Swift, 1990]. Dennoch kommt der Untersuchung beider Teile gleiche Bedeutung bei der Beurteilung der psychischen Verfassung der Patienten zu.

Viele Untersuchungen haben ergeben, daß das Ausmaß psychischer Störungen, gemessen bei Eintritt in die Therapie, Voraussagen über den Therapieerfolg zuläßt [vgl. Darke, 1992; Swift, 1990].

McLELLAN wies nach, daß der Behandlungserfolg stärker mit dem Maß an psychischer Störung als mit den Behandlungsmodalitäten korreliert [McLellan, 1985]. KOSTEN ET AL. haben in einer 2,5 Jahre Follow-up Untersuchung herausgefunden, daß Klienten, die bei Therapieeintritt als depressiv diagnostiziert worden waren, weniger wahrscheinlich abstinent wurden als andere Klienten und vertreten wie ROUNSAVILLE deshalb die Ansicht, daß Erfolg und Mißerfolg der Therapie am besten durch initiale psychiatrische Symptomatologie einzuschätzen sind [vgl. Rounsaville, 1986; Kosten, 1988]. Nach ROUNSAVILLE stehen alle Störungsgruppen, die eine Prävalenz von mehr als 10% haben, in signifikantem Zusammenhang zum Therapieausgang [Rounsaville, 1986]. Aus dieser offensichtlich engen Korrelation zwischen psychischer Morbidität und Behandlungserfolg erwächst die Forderung nach einem „aggressiven“ Screening zu Therapiebeginn [vgl. Abbott, 1994].

Im Rahmen dieser Screenings hat sich herauskristallisiert, daß schwerer aktueller Drogenkonsum häufig Ausdruck von Depressivität ist [Kosten, 1988]. Weiterhin wird beschrieben, daß es einen engen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Angststörungen und dem Ausmaß an Depressivität gibt, wobei durch das Auftreten einer Störung die andere wahrscheinlicher wird. [vgl. Darke, 1994]

Depressivität wiederum gilt gemeinsam mit kritischen Lebensereignissen und dem Therapiestatus (gemeint ist konkret, ob sich eine Person zur Zeit in einer Therapie befindet und wie lange sie dort schon behandelt wird) als

Prognosekonstellation, um die Gefahr eines Rückfalls zu beurteilen. Dies geschieht vor der Vorstellung, daß eine schlechte Affektlage in kritischen Situationen zur Dekompensation und „zurück“ zu Drogenkonsum führen kann, wobei das Therapiesetting als stützende Resource verstanden wird [Kosten, 1988].

Da es, wie im folgenden noch ausgeführt werden wird, geschlechtsspezifische Häufungen bestimmter Diagnosen gibt, fordert DARKE besondere Sensibilität im Hinblick auf Indikatoren für Angststörungen bei weiblichen Therapieteilnehmern [vgl. Darke, 1992]. Persönlichkeitsstörungen gelten als ungünstige Voraussetzungen für den Therapieerfolg, wobei Borderline-Störungen höhere Signifikanz aufweisen als Anti- Soziale-Persönlichkeitsstörungen (im folgenden auch ASP). Letztere werden häufiger beim männlichen Geschlecht diagnostiziert. Borderline-Persönlichkeitsstörungen ziehen nach ROUNSAVILLE häufig Depressionen nach sich, während bestehender Alkoholismus sich verbessere. Bei der ASP hingegen sei mit der Entwicklung von Depressionen und einer Verschlimmerung des Alkoholismus zu rechnen.

Affektiven Störungen weist ROUNSAVILLE wegen ihrer hohen Instabilität hingegen nur geringe Voraussagekraft zu.

Letztendlich schützt das Wissen um konkurrierende psychiatrische Erkrankungen die Klienten auch vor überzogenen Erwartungen und Anforderungen durch die Therapeuten.

1.4.2.5 Die Bedeutung der Behandlungsmöglichkeiten einer die Sucht begleitenden psychiatrischen Erkrankung

Die Meinungen, ob sich der Einsatz einer Psychotherapie in der Behandlung der Heroinabhängigkeit lohnt, gehen weit auseinander.

Einigen Studien zufolge profitieren Drogenabhängige von einer die Drogentherapie begleitenden Psychotherapie [vgl. Woody, 1983]. Allerdings profitieren diejenigen ohne psychische Störungen und diejenigen mit Depressionen am meisten, und jene mit Soziopathie konnten nur dann deutliche Fortschritte machen, wenn sie gleichzeitig unter Depressionen litten [Woody,

1985]. Anderen Studien zufolge sind Depressionen bei Opiatabhängigen meist selbstlimitierend und nur 2 % der Betroffenen benötigten eine medikamentöse Therapie [Rounsaville, 1982].

Wiederum andere Untersucher betonen, daß eine spezielle Therapie für Dualdiagnosepatienten nicht vonnöten ist, sofern die Behandlung der psychischen Probleme einen integrativen Bestandteil der an die Entgiftung anschließenden Betreuung darstellt [Kofloed, 1991].

1.4.3 KRITIK AM KOMORBIDITÄTSMODELL

Kritiker sehen in der Komorbiditätsdebatte eine Modeerscheinung. Die Ansammlung psychiatrischer Störungen bei Patienten wird als ein Produkt der Kategorisierung mentaler Störungen gesehen, „bei der Grenzen gezogen werden, wo ursprünglich keine Unterscheidung existiere“ [vgl. van Praag, 1996]. Desweiteren sei der Begriff Komorbidität so sehr dehnbar, daß er praktisch keine Aussage beinhalte. Es werde keine Kausalität oder Hierarchie zwischen den einzelnen Diagnosen vorgenommen. Untersuchungen zu dem Klassifikationssystem ICD- 10 haben ergeben, daß die Sektion F1 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) nicht ausreichend von der Sektion F0 (Organische Störungen) abgegrenzt werden kann und sich weiterhin Unsicherheiten in der Differentialdiagnose psychopathologischer Symptome zwischen den Gruppen F1 und F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung), wie auch andererseits zwischen F1 und F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung) ergeben. An anderer Stelle werden diagnostische Sicherheit und Paßgenauigkeit der Sektion F1 hingegen als überdurchschnittlich beurteilt [vgl. Winkler, 1990].

1.5 DARSTELLUNG VON BEHANDLUNGSMODELLEN

1.5.1 GRUNDSÄTZLICHE MERKMALE VON BEHANDLUNGSMODELLEN

Bislang fordert der Staat von der Bevölkerung eine Abstinenz von sogenannten Drogen. Diese Politik fußt auf drei Säulen, nämlich Prävention, Strafe und Therapie.

In der Therapie Heroinabhängiger galt bislang das sogenannte Abstinenzdogma, wonach das Ziel aller Therapiebemühungen die Abstinenz von Heroin und anderen Rauschdrogen ist. Angesichts einer Mortalitätsrate von 1700 Heroinabhängigen 1996 bundesweit mit steigender Tendenz im Vergleich zu den Vorjahren muß die „repressiv fixierte Drogenpolitik“ allerdings für „gescheitert“ erklärt werden [Leutheusser- Schnarrenberger, 1997]. Hier setzen aktuelle Forderungen nach einer vierten Säule der Drogenpolitik, nämlich der Ausweitung der Überlebenshilfe in Form innovativer Konzepte wie der kontrollierten Heroinabgabe an Schwerstabhängige, an [vgl. Leutheusser- Schnarrenberger, 1997].

Wichtig ist im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg immer auch die Motivation der Abhängigen, den Heroinkonsum aufzugeben.

Früher wurde der Eigenmotivation große Bedeutung für den Therapieerfolg zugeschrieben. Die sogenannten hochschwelligeren Therapieangebote verlangen von den Abhängigen, daß sie die Therapie erst dann antreten, wenn sie den körperlichen Entzug hinter sich haben. Des weiteren dürfen sie für die Dauer der Therapie keinerlei Drogen inklusive Alkohol (Tabak ausgeschlossen) konsumieren.

Hingegen wird von Drogenforschern der Eindruck geäußert, daß „ jeder Fixer (...) mit der einen Hand aufhören und mit der anderen Hand weiterfixen (möchte)“ [Karl Deissler in Kindermann, 1992].

Seit der Einführung des § 35 BTMG (Betäubungsmittelgesetz) 1980 können Drogenabhängige unter bestimmten Umständen alternativ zum Strafvollzug eine Drogentherapie absolvieren (Therapie statt Strafe). In Studien zur Therapiemotivation Heroinabhängiger stellte sich heraus, daß 62% der Ersttherapie Teilnehmer diese auf justitiellen Druck hin anfangen und 71% derer, die die zweite Therapie durchliefen, diese aufgrund des § 35 BTMG machten, so daß justitieller Druck als eine Haupttherapiemotivation gesehen werden muß. [Kindermann, 1992] Wenn dies allerdings die einzige Motivation ist, muß man die Ausgangssituation für einen dauerhaften Therapieerfolg als schlecht beurteilen. In ihrem Motivationsmodell beschreibt die PROJEKT-GRUPPE TUDROP, daß die Klienten, die ihre Situation, ihre Chancen, Fähigkeiten und Verantwortungen wahrnehmen und ein Ziel für die Abstinenz benennen können, deutlich bessere Chancen auf Therapieerfolg haben [vgl. Kindermann, 1992]. Die moderne Drogentherapie versucht, das Angebot an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Drogenabhängigen anzupassen und sie dort „abzuholen“, wo sie sich in ihrer Entwicklung oder Suchtkarriere befinden. Es geht in dieser als niedrigschwellig verstandenen Arbeit weniger um den kurzfristigen Erfolg, als vielmehr um die Einsicht, daß die therapeutische Begleitung Abhängigen hilft, eine echte Therapiemotivation auf- und Ängste vor der Therapie abzubauen.

Die Erfahrung hat gelehrt, daß mit sogenannten hochschwelligem Angeboten nur ein kleiner Teil der Abhängigen erreicht wird, während Schwerstabhängige den Zugang zu vielen Therapiesettings nicht finden. Andererseits sind gerade die Schwerstabhängigen in Lebensgefahr und niedrigschwellige Behandlungsangebote stellen für sie eine Überlebenshilfe dar.

Im folgenden möchte ich kurz diejenigen Therapieformen, in denen sich die in meiner Untersuchung berücksichtigten Klienten befanden oder befinden, skizzieren.

1.5.2 MERKMALE DER ABSTINENZTHERAPIE

Seit Ende der 50er Jahre existiert in den USA die abstinenzorientierte stationäre Therapie für Opiatabhängige, die Synanon- Bewegung. Während anfangs der sogenannte kalte Entzug, d.h. Auslassen der Heroindosen ohne Abmilderung der Entzugssymptome durch Medikamente, eine wichtige Einstiegshürde und eine Zerreißprobe für die Therapiemotivation darstellte, sind in der letzten Zeit die Modalitäten weitestgehend dahin geändert worden, daß mit Hilfe einer Übergangsmedikation der körperliche Entzug mitsamt seinen Gefahren abgemildert wird. Vielfach wird versucht, die Schwelle für Drogenkonsumenten beim Eintritt in eine Therapie zu senken, sprich möglichst wenig Vorleistungen von den Betroffenen zu verlangen.

Die Dauer der professionellen Entgiftung, wie sie im Klinikum Nord Ochsenzoll (KNO früher AKO) in Hamburg durchgeführt wird, beträgt mind. 14 Tage, für einen regulären Abschluß (d.h. drogenfreier Urin, mind. 8 Tage keine suchterzeugenden Medikamente) jedoch meistens 22 Tage. Im ambulanten Drogenentzug in Hamburg beträgt die Behandlungsdauer bei fast drei Viertel der Klienten bis zu 5 Wochen.

Es kann also davon ausgegangen werden, daß nach ca. 30 Tagen die unmittelbaren Drogenwirkungen und -nebenwirkungen abgeklungen sind [Behrendt, 1995].

Daran schließt sich die Zeit an, in der Drogentherapeuten „das Aushalten des eigenen nüchternen Kopfes und Körpers“ als eines der zentralen Probleme der Heroinabhängigen sehen [vgl. Behrendt, 1995]. Das persönliche Disaster aus rechtlichen, gesundheitlichen, beruflichen und sozialen Problemen türmt sich vor den Betroffenen auf. Je nach Einrichtung wird eine stationäre Therapie in beschützter therapeutischer Umgebung, eine ambulante Betreuung oder eine Mischform angeboten.

Die Klienten nehmen an therapeutischen Einzel- und Gruppenveranstaltungen teil und setzen sich mit sich und ihrer Umwelt auseinander. So sollen

Startbedingungen für eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft erarbeitet werden.

Da den abgeschiedenen langzeittherapeutischen Einrichtungen vorgeworfen wurde, die Klienten lebten in einer Art goldenem Käfig, in dem sie nicht auf das reale Leben nach der Therapie vorbereitet würden, gehen viele Einrichtungen heute mehrstufig vor und bieten eine zunehmende Öffnung an. In besagtem goldenen Käfig, so wird argumentiert, lassen sich keine Vertrauensbeziehungen zu Nichtkonsumenten aufbauen, die aber für ein soziales Netz ohne Drogen wichtig wären [vgl. Raschke/ Schliehe nach J.Jung, 1997].

Vielfach wird heute versucht, den Rückfall der Langzeittherapieabsolventen mit in den therapeutischen Prozeß einzubeziehen. Die Bezeichnung „Zwischenfall“ beispielsweise soll dem Klienten suggerieren, daß er nicht unbedingt wieder ganz am Anfang ist, sondern daß er das bisher in der Therapie Erlernte zur Überwindung der Krise anwenden kann. Vielfach wird darauf hingewiesen, daß die Entwicklung zu abstinentem Leben eine ganze Reihe dieser Zyklen Therapie- Zwischenfall- Therapie benötigt [vgl.Hanel in Feuerlein, 1988].

In einer Longitudinalstudie über die Entwicklung Heroinabhängiger in verschiedenen Therapiesettings kommt LADEWIG zu dem Schluß, daß ein Aufenthalt in der Therapie von mindestens drei Monaten positive Langzeiteffekte im Hinblick auf die Abstinenz nach einem Zeitintervall von fünf Jahren hat

1.5.3 MERKMALE DER SUBSTITUTIONSTHERAPIE

Mitte der 60er Jahre begründeten DOLE und NYSWANDER in New York City die ambulante Therapie Heroinabhängiger mit Methadon. Seitdem ist die Substitutionsbehandlung vor allem vor dem Hintergrund der Ansteckungs- und Ausbreitungsgefahren von HIV und Hepatitis C in Europa sukzessive verbreitet worden.

Seit 1987 gibt es in Deutschland an mehreren Stellen sogenannte „wissenschaftliche Erprobungsverfahren zur medikamentengestützten

Rehabilitation intravenös Drogenabhängiger“ [Böcker, 1991]. In Deutschland stehen für die Therapie zwei Medikamente, L- Polamidon und Methadon, zur Verfügung, wobei Methadon ein Gemisch zweier Wirkstoffe, auch Racemat genannt, darstellt, deren einer dem Polamidon gleicht.

Mit Hilfe der regelmäßigen oralen Einnahme des jeweiligen Substitutes unter Aufsicht werden mehrere Ziele verfolgt, die sich auch in den unten angeführten Behandlungsrichtlinien niedergeschlagen haben.

Zum einen soll den Abhängigen akut der Druck genommen werden, immer auf der Suche nach dem nächsten „Druck“ zu sein.

Darüberhinaus soll die gemeinsame Nutzung von Spritzen und die Prostitution mit den immensen Infektionsgefahren eingedämmt und die Beschaffungskriminalität vermindert werden.

Dem oft desolaten Gesundheitszustand Betroffener infolge Lebens inmitten der Drogenszene und Verelendung wird ärztlich begegnet. Über die Anbindung an eine psychosoziale Betreuung können nun sukzessive Probleme aller Art angegangen werden. Zusammenfassend werden diese Ziele als Risiko-minderung oder „harm reduction“ bezeichnet.

Ziel ist hier die „entwicklungsbegleitende Versorgung anstatt verordneter institutioneller Unterbringung“ [Happel nach Jung, 1997]. Insgesamt hat sich die Substitutionstherapie, ob mit Polamidon oder mit Methadon, in der Behandlung schwerstabhängiger Heroinkonsumenten durchgesetzt und wurde durch die NUB- Richtlinien Teil der kassenärztlichen Versorgung [Groß, 1997].

In Hamburg galt bis 1995 eine Sonderregelung, der sogenannte Hamburger Vertrag, in dem zwischen Senat, KV und den Krankenkassen ein Methadonvergabemodell mit anderen Kriterien als denen der NUB- Richtlinien vereinbart worden war. Dieser Vertrag war deutlich niedrigschwelliger als die NUB- Richtlinien, was insofern für diese Arbeit von Bedeutung ist, als daß im Erhebungszeitraum die Mehrheit der Klienten in der Substitution noch zu Zeiten des Hamburger Vertrages ihre Therapie begonnen hatten.

NUB- Richtlinien von 1994 - Auszug:

Indikation für eine Methadonbehandlung bei i.v. -Drogenabhängigen:

-Drogenabhängigkeit mit lebensbedrohlichem Zustand im Entzug

- Drogenabhängigkeit bei schweren konsumierenden Erkrankungen
 - Drogenabhängigkeit bei opioidpflichtigen Schmerzen
 - Drogenabhängigkeit bei Aids- Kranken
 - Drogenabhängigkeit in der Schwangerschaft, unter der Geburt und bis zu 6 Wochen nach der Geburt
 - Drogenabhängigkeit bei Patienten, die sich unbedingt einer stationären Behandlung wegen einer akuten oder schweren Erkrankung unterziehen müssen.
 - In allen Fällen, in denen neben der Drogenabhängigkeit eine vergleichbar schwere Erkrankung vorliegt (diese werden im folgenden ausgeführt)
- Darüberhinaus wurde laut dem Hamburger Vertrag auch aufgrund folgender Indikationen substituiert:
- Wenn nach dem Scheitern von Abstinenzbehandlungen eine weitere in absehbarer Zeit nicht in Betracht kommt
 - Opiatabhängige mit erheblichen Persönlichkeitsstörungen
 - Opiatabhängige mit ausgesprochenen destruktiven Tendenzen
 - Opiatabhängige mit ungewöhnlich malignem Verlauf
 - Opiatabhängige, die mit einem anderen Medikament mindestens sechs Monate lang erfolgreich, d.h. ohne Nebenkonsum von Heroin und eine psychosoziale Stabilisierung herbeiführend, substituiert worden sind [Chorzelski, 1992].

Der Hamburger Vertrag darf als niedrigschwelliges Angebot an Heroinabhängige zur Überlebenssicherung gelten. Es wird dabei unterstellt, daß „die Verelendung von Drogensüchtigen nicht durch die chronische Intoxikation und pharmakologischen Effekte der konsumierten Droge verursacht wird, sondern durch die Bedingungen der Illegalität.“[Böcker, 1991]. Neben der Abgabe von Substituten an die Konsumenten erfolgt im Rahmen des Methadonprogramms eine psychosoziale Betreuung durch Drogentherapeuten. Hierdurch sollen die Abhängigen psychosozial stabilisiert werden, ihre Gesundheitssituation physisch wie psychisch soll sich entspannen und eine Eingliederung in die Gesellschaft wird angestrebt. Am Ende der sogenannten

Maintenance to Abstinence- Therapie steht irgendwann der Entzug vom Methadon / Polamidon und ein abstinentes Leben.

Selbstverständlich ist auch diese Therapie an die Kooperation seitens der Abhängigen geknüpft, da unter anderem Beikonsum anderer Suchtmittel zusammen mit dem Substitut lebensbedrohliche Intoxikationen hervorrufen kann.

Als problematisch wird von Kritikern angesehen, daß das Substitutionsmedikament selbst eine Abhängigkeit hervorruft, die einen längeren Entzug nach sich zieht, als Heroin selbst. Dies liegt an der wesentlich längeren Halbwertszeit von Methadon, was die einmalige Einnahme pro Tag ermöglicht und somit therapeutisch ausdrücklich erwünscht ist.

Ein weiteres Problem ist für viele Klienten, daß es häufig schwerzufallen scheint, Beziehungen jenseits des drogennahen Umfeldes aufzubauen, da die meisten Bezugspersonen substituiert sind und unter Umständen noch Kontakte zur Drogenszene haben. Dieses Bezugsgruppenproblem, welches schon beim Einstieg in den Drogenkonsum thematisiert wurde, findet hier seine Fortsetzung. Die Konfrontation mit der eigenen, meist schlechten, sozialen Situation und eben die Auseinandersetzung und sukzessive Lösung vom alten Freundeskreis halten Befürworter der Therapie hingegen für eine große Chance zu dauerhaften Veränderungen. Im Gegensatz zu Cleantherapien kann während der Therapie im Idealfall ein soziales Netz aufgebaut werden, bei dem die Droge überflüssig wird. Beim Aufbau eines neuen Lebensumfeldes spielt die psychosoziale Betreuung eine überragende Bedeutung [Schall, 1994]. Die kommt in der Realität leider oft zu kurz, wodurch die Substitution an Effektivität einbüßt [vgl. Leune, 1997; Leutheusser-Schnarrenberger, 1997].

1.5.4 RELEVANZ DER THERAPIEUNTERSCHIEDE FÜR DIE NACHFOLGENDE UNTERSUCHUNG

Aus den vorangegangenen Ausführungen geht hervor, daß die Substitutionstherapie, zumal nach den Kriterien des Hamburger Vertrages, deutlich niedrigschwelliger als die Abstinenztherapie ist. Dies impliziert, daß Schwerstabhängige eher in der Substitution als in der Abstinenztherapie

anzutreffen sind. Gerade bei diesen Schwerstabhängigen werden schwere psychiatrische Störungen vermutet, die in Zusammenhang mit der Abhängigkeitsschwere einerseits und der Therapieunfähigkeit bei traditionellen stationären Settings andererseits stehen. In diesem Zusammenhang ist auch der Bei-/ Konsum harter Drogen zu sehen, der zum sofortigen Ausschluß aus der Langzeittherapie, nicht aber notwendigerweise aus der Substitution führt. Versteht man den Konsum von Heroin als Selbstmedikation, liegt auch hier der Schluß nahe, daß Substitutionsklienten eine höhere Prävalenz psychiatrischer Störungen aufweisen als Langzeittherapieklienten. Ein schlechter Prädiktor für den Langzeittherapieerfolg ist die „enge kognitive Bindung an die Drogenwelt“ [vgl. Kunz in Feuerlein, 1988], was aus Sicht der Selbstmedikationshypothese [vgl. Khantzian, 1985] als Funktionalisierung der Droge im Zusammenhang mit psychiatrischen Ko-Diagnosen gedeutet werden kann. Die betroffenen Personen werden sich aufgrund ihrer „Therapieresistenz“ gegenüber herkömmlichen Therapiesettings in der Substitution sammeln.

2 STAND DER LITERATUR

2.1 KOMORBIDITÄT VON DROGENKONSUM UND PSYCHIATRISCHEN STÖRUNGEN

Alle modellhaften Überlegungen zum Zusammenhang von psychiatrischen Störungen und dem Konsum harter Drogen gingen mit der Erkenntnis einher, daß die Mehrheit der mit Hilfsangeboten erreichbaren Drogenabhängigen von mehr oder weniger schweren psychiatrischen Störungen betroffen war. ROUNSAVILLE et al. berichteten, daß in einer Gruppe ambulant betreuter, überwiegend methadonsubstituierter Opiatabhängiger bei 71 % der Untersuchten aktuelle psychiatrische Störungen diagnostiziert wurden und sich für die Lifetime- Situation sogar bei 87 % psychiatrische Störungen darstellten

[Rounsaville, 1982]. Die folgenden internationalen Studien kamen mit zum Teil sehr verschiedenen Instrumenten zu ähnlichen Ergebnissen. So fanden KOSTEN ET AL. bei 87 % der untersuchten Opiatabhängigen mindestens eine Lifetime -Diagnose [Kosten, 1988].

Insgesamt ergeben neuere Studien etwas geringere Zahlen. So diagnostizierten SWIFT ET AL. bei 61 % der Untersuchten psychische Störungen und in einer Untersuchung von LIMBEEK aus den Niederlanden wurden bei 65 % der Untersuchten Lifetime- Diagnosen und bei 40 % aktuelle Diagnosen gestellt [Swift, 1990 ; Limbeek, 1992].

Es ist davon auszugehen, daß bei weit mehr als der Hälfte der vom Drogenhilfesystem erreichten Abhängigen schon mindestens einmal irgendwann im Leben eine psychiatrische Störung außerhalb der Abhängigkeit aufgetreten ist und es muß angenommen werden, daß von denjenigen, die momentan behandelt werden, weit über ein Drittel augenblicklich unter einer oder mehreren psychiatrischen Störungen außerhalb der Abhängigkeit leidet.

Die vorherrschenden Störungen sind Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen, hier besonders die Anti- Soziale-Persönlichkeitsstörung [Darke, 1994]. Andere Autoren führen weiterhin die Alkoholabhängigkeit als vorherrschende Störung an.

Die vorliegende Arbeit wird sich mit den Störungsgruppen der affektiven und Angststörungen beschäftigen und das komplexe Thema der Persönlichkeitsstörungen, welches eigenständiges Thema einer Dissertation in der Projektgruppe 1997 war, nur streifen.

2.1.1 AFFEKTIVE STÖRUNGEN

Die häufigsten diagnostizierten Störungen bei Drogenabhängigen sind affektive Störungen.

ROUNSAVILLE berichtet über einen Anteil affektiver Störungen an der Gesamtsumme der Diagnosen von 74%, ein Anteil, der hauptsächlich in „Major Depressions“ (54%) und intermittierende Depressionen zerfällt [Rounsaville, 1982].

In einer Untersuchung von KOSTEN liegt die Rate von „Major Depressions“ bei 54 % [Kosten, 1988].

In einer Untersuchung von ABBOTT wurde bei 42 % der Untersuchten (irgend)- eine affektive Lifetime- Diagnose gestellt, wovon 25 % auf die „Major Depression“ entfielen. Recht häufig wurde auch die Dysthymie diagnostiziert (15 %).

Die Prävalenz aktueller affektiver Störungen in der Untersuchungsgruppe wird je nach Untersucher mit 24 % [vgl. Abbott, 1994], Rounsaville, 1982], 36 % [Hendriks, 1990] bis hin zu 73 % [Darke, 1994] beziffert, wobei dort der Anteil schwer depressiver Klienten mit 10% angegeben wird.

Aktuelle Depressionen lassen sich demnach bei etwa einem Drittel der Untersuchten feststellen. Dies liegt naturgemäß deutlich unter der Lifetime-prävalenz, die aussagt, ob eine Störung bei einer Person irgendwann im Leben aufgetreten ist.

Innerhalb des Therapieverlaufes unterliegt das Ausmaß affektiver Störungen und Grundstimmungen zum Teil deutlichen Schwankungen. So sank einigen Studien zufolge die Prävalenz akuter Depressionen innerhalb des ersten halben Jahres der Therapie von 17 % auf 12 % und der Anteil der Therapieteilnehmer mit depressiven Symptomen von 60% auf 31 % [Rounsaville, 1982]. Ähnliches wurde auch in der Hamburger Substitution festgestellt, nämlich, daß es nach Therapiebeginn zu einer Art Entlastung mit deutlicher Besserung der emotio-nalen Befindlichkeit kam [vgl. Verthein, 1994].

2.1.2 ANGSTSTÖRUNGEN

Angststörungen sind eine weitere bei Drogenabhängigen häufig anzutreffende Störungsgruppe. In den gängigen Untersuchungen zu diesem Thema schwanken die Lifetime- Prävalenzen in den untersuchten Kollektiven von 23%

Angststörungen [Corty, 1993] bis zu 41% Prävalenz von Angst- und angstverwandten Störungen [Hendriks, 1990; Limbeek, 1992]. Für die aktuelle Situation sind Prävalenzen von 36 % (6- Monats- Prävalenz) [Hendriks, 1990] und 27 % [Limbeek,1992] beschrieben.

Von dieser Störungsgruppe sind Frauen erheblich häufiger betroffen als Männer [Darke, 1992, 1994]. In vorangegangenen Untersuchungen wurden bei Frauen vornehmlich Panikstörungen und Phobien diagnostiziert. [Rounsaville, 1982]

Ein hohes aktuelles Ausmaß an Angststörungen geht nach der Literatur mit schlechter körperlicher Verfassung und erhöhter Suizidalität einher [Darke, 1992].

Explizit muß bei den betroffenen Personen mit einem erhöhten Risikoverhalten gegenüber HIV- Infektionen gerechnet werden [Metzger, 1991], was dadurch noch vergrößert wird, daß viele Angstgestörte anscheinend Tranquilizer als „Selbstmedikation“ konsumieren [Darke, 1994].

Diese Drogen werden wiederum häufig i.v. konsumiert, wodurch sich das Risikoverhalten noch verstärkt.

2.1.3 PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Persönlichkeitsstörungen allgemein stellen die dritte große Gruppe der bei Opiatabhängigen diagnostizierten psychiatrischen Störungen dar, wobei die Anti- Soziale - Persönlichkeitsstörung den Hauptanteil ausmacht.

Die Prävalenz irgendeiner Persönlichkeitsstörung wird in der Literatur mit ca. 70% angegeben [vgl Kanthzian und Treece nach Kosten, 1989; Hendriks, 1990]. Die Prävalenz der Anti- Sozialen- Persönlichkeitsstörung wird nach der Literatur auf 20 bis 40 % beziffert [vgl. Strain,1991; Rounsaville, 1986; Darke, 1994].

Männer waren in den vorangegangenen Untersuchungen deutlich häufiger von der ASP betroffen als Frauen.

Wie schon in den anderen Störungsgruppen beschrieben, fanden die Untersucher auch hier, abhängig vom Störungsausmaß, schlechte körperliche Gesundheit. Besonders deutlich zeigte sich dies bei dem Bild der Borderline–
persönlichkeit, die auf dem gesundheitlichen Sektor besonders belastet ist. Perönlichkeitsstörungen haben in der Drogentherapie unbehandelt eine schlechte Prognose. Durch erhöhtes Risikoverhalten in Form hoher needle-sharing Raten sind Betroffene besonders durch HIV-, Hepatitis B- und Hepatitis C- Infektionen mit ihren verheerenden Dauerfolgen für die Gesundheit gefährdet [Metzger, 1991; Brooner, 1993].

2.1.4 SUIZIDALITÄT

Nach den Ergebnissen der Evaluation der Substitution in Hamburg haben 44 % der Teilnehmer vor Beginn der Therapie mindestens einen Suizidversuch verübt, 5% während der Therapie. Davon waren 71 % Wiederholer. Insgesamt berichteten 24% der Befragten von aktuellem suizidalem Verhalten.

Oft wurden Symptome von Depressionen und Angststörungen angetroffen und ebenso ein deutlicher Anstieg des Beikonsums harter Drogen [Verthein, 1994]. Drogenabhängige haben in ihrem nächsten sozialen Umfeld offenbar eine hohe Suizidbelastung und erleben viel häufiger als „normale“ Altersgenossen die Selbsttötung enger Bezugspersonen.

Bereits vor Beginn der Opiatabhängigkeit unterscheiden sich spätere Opiatabhängige in ihrer Suizidalität hochsignifikant von unauffälligen Altersgenossen [Uchtenhagen, 1985]. Angeführte Untersuchungen ergaben demnach eine ca. drei mal so hohe Suizidrate bei Opiatabhängigen verglichen mit der „Normalbevölkerung“.

Als Schutzfaktoren gegen suizidales Verhalten ließen sich das Zusammenleben mit Kindern oder in einer Kleinfamilie identifizieren. Kontakte zu Eltern oder drogenfreien Freunden zählten ebenfalls dazu [Verthein, 1994].

2.2 VERGLEICHENDE UNTERSUCHUNG DER PSYCHOPATHOLOGIE VON TEILNEHMERN VERSCHIEDENER THERAPIEANGEBOTE DER DROGENHILFE

Während Untersuchungen zu Teilnehmermerkmalen innerhalb einzelner Therapieangebote im Drogenhilfesystem sehr zahlreich sind, gibt es nur wenig vergleichende Arbeiten. Den ersten Untersuchungsanlauf unternahm ROUNSAVILLE, indem er im Rahmen einer Studie über Depressionen bei Heroinabhängigen Vergleiche zwischen Substituierten und Langzeittherapieklienten anstellte. Die Untersuchung ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapieformen, wenngleich für Methadon eine gewisse antidepressive Komponente postuliert wurde [Rounsaville, 1982]. LADEWIG und GRAW haben zwischen 1979 und 1985 in Basel über einen Zeitraum von sechs Jahren Heroinabhängige in verschiedenen Therapiesettings hinsichtlich psychopathologischer Auffälligkeiten untersucht und darüberhinaus mit einer Stichprobe „normaler“ Bürger verglichen. Ihr besonderes Interesse galt Depressionen und Angststörungen. Die Gruppe der untersuchten Heroinabhängigen unterschied sich von der Normalbevölkerung nur im Ausmaß der phobischen Ängste, wobei sich die Heroinabhängigen als weniger ängstlich beschrieben. Die Heroinabhängigen ließen sich in Konsumenten, Abstinente und Substituierte unterteilen. Im Vergleich untereinander stellte sich heraus, daß die Abstinente von psychischen Störungen signifikant weniger betroffen waren als die Konsumenten und die Substituierten, die zwischen diesen Gruppen lagen. Abstinente und Substituierte unterschieden sich signifikant im Ausmaß ihrer Depressivität und ihrer phobischen Ängste. Konsumenten hingegen wiesen ein hochsignifikant größeres Maß an Depressivität, Ängsten, Aggressivität und Zwanghaftigkeit auf als Abstinente. Substituierte und Konsumenten unterschieden sich lediglich in ihrer Zwanghaftigkeit signifikant voneinander, „...während sich die Substituierten selbst im Vergleich zu Konsumenten als weniger ängstlich, depressiv und zwanghaft beschrieben“ [Ladewig,1990]. Substituierte sahen

sich nach dieser Untersuchung weitgehend in der Nähe der Abstinenter [Ladewig, 1990]. Allerdings beschrieben sich Klienten außerhalb geschlossener Einrichtungen wie Justizvollzugsanstalt oder stationärer Therapie als weniger zwanghaft, weniger unsicher in Sozialkontakten und weniger aggressiv [Ladewig, 1988]. Geschlechtsspezifische Unterschiede fanden die Untersucher nicht. In einer anderen Katamnesestudie wurden psychosoziale Aspekte berücksichtigt, um den Therapieverlauf in unterschiedlichen Behandlungssettings zu beurteilen. In den Punkten Drogenmißbrauch, Arbeitssituation und sogenanntes globales Outcome unterschieden sich die Teilnehmer von Langzeittherapien und Methadonprogrammen nicht wesentlich voneinander, wohl aber von einer Gruppe, die nur entgiftet worden war. Allerdings wurden in dieser Zeit viel weniger Langzeittherapie Teilnehmer straffällig, als Substituierte oder Entgiftete. Insgesamt ließ sich durch alle Behandlungsmodalitäten eine signifikante Verbesserung der psychosozialen Situation der Heroinabhängigen schaffen, wenn sie mindestens 50 Tage an der Therapie teilnahmen [Bale, 1980].

In einer Untersuchung von STEER aus dem Jahre 1979 wird anhand psychosozialer Charakteristika von Teilnehmern dreier verschiedener Therapiesettings, nämlich ambulanter Therapie, stationärer Langzeittherapie und Methadontherapie, nach Gründen für die Entscheidung zu eben einer dieser Therapien gesucht [vgl. Steer, 1979]. Signifikante Unterschiede lassen sich demzufolge nur im Einstiegsalter des regelmäßigen Konsums und in der Schulbildung darstellen. Demnach waren die Teilnehmer des Methadonprogramms bei täglichem Heroinkonsum besonders jung. Unterschiede in der Schulbildung ließen sich nur für die Frauen feststellen, wobei die Teilnehmerinnen ambulanter Therapie vor den Langzeittherapie Teilnehmerinnen die signifikant höchste Bildung hatten. Tendenziell wirken die Teilnehmer ambulanter Therapie geringer abhängig als die Teilnehmer stationärer Langzeittherapien, die wiederum weniger schwer abhängig zu sein scheinen als die Substituierten, aber entgegen angeführter früherer Untersuchungen lassen sich hier keine signifikanten psychopathologischen Unterschiede feststellen. Zu einer richtungsweisenden Erkenntnis kommt eine Studie von McLELLAN et al. aus dem Jahre 1984.

Gegenstand der Untersuchung war die Verlaufskontrolle von Drogenabhängigen in Langzeittherapie und Methadonbehandlung über einen Zeitraum von 6 Monaten ab Therapieeintritt. Mithilfe des ASI wurden die Untersuchten nach dem Eindruck psychischer Gestörtheit in drei Gruppen unterteilt. Mit verschiedenen Instrumenten wurde ihre Entwicklung nach einem halben Jahr gemessen. Zusammenfassend ergab sich, daß die Psychopathologie der Kohorte insgesamt gesunken war. Am meisten profitierten in beiden Therapieformen die als „mäßig gestört“ eingeschätzten Klienten. Während die Störungen „schwer psychisch gestörter“ Teilnehmer der Methadontherapie immerhin leicht zurückgingen, zeigte sich, daß „schwer psychisch gestörte“ Teilnehmer der Abstinenztherapie ein halbes Jahr nach Therapieeintritt deutlich gestörter waren als zu Therapiebeginn. Für „psychisch schwer gestörte“ Drogenabhängige erwies sich die Langzeittherapie in dieser Untersuchung als kontraproduktiv. Die Erkenntnis wurde auf die in der Untersuchung angewendete konservative Langzeittherapie nach Muster der Synanon-Bewegung eingeschränkt, da besonders die gruppentherapeutischen Elemente und der Klientenrat von psychisch schwer Kranken nicht auszuhalten seien. Für die Gruppen von weniger schwer „gestörten“ Klienten sahen die Autoren durchaus leichte Vorteile für die Langzeittherapie [vgl. McLellan, 1984].

3 DER UNTERSUCHUNG ZUGRUNDE LIEGENDE HYPOTHESEN

Die im Vorfeld beschriebenen Modellvorstellungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Heroinabhängigkeit und im Besonderen zur Interaktion von psychiatrischen Störungen und Substanzmißbrauch führen zu folgenden dieser Arbeit zugrundeliegenden Hypothesen:

3.1 ANNAHMEN ZU DER PSYCHIATRISCHEN MORBIDITÄT IN DER UNTERSUCHTEN GRUPPE

3.1.1 Es ist anzunehmen, daß die Gruppe der Substituierten bei Eintritt in die Therapie schwerer abhängig ist als die der Langzeittherapie Teilnehmer .

3.1.2 Die Prävalenz physischer Morbidität ist in der Gruppe der Substituierten vermutlich höher als in der Cleangruppe .

3.1.3 Bei Opiatabhängigen wird mit zunehmender Abhängigkeitsdauer die Inzidenz des Auftretens psychiatrischer Störungen steigen.

3.2 ANNAHMEN ZUR GRUPPE DER AFFEKTIVEN STÖRUNGEN

3.2.1 Die Prävalenz affektiver Störungen wird in der Gruppe der Substituierten höher sein als in der Gruppe der Abstinente.

3.2.2 Bei beiden Gruppen werden Depressionen die vorherrschende affektive Störung sein.

3.2.3 Es ist anzunehmen, daß das Ausmaß aktueller Depressivität in der Gruppe der Substituierten höher ist als bei den Clean- Patienten.

3.2.4 Im Vergleich gibt es vermutlich erhebliche Unterschiede zwischen den Lifetime- Diagnosen und den aktuellen Einschätzungen.

3.2.5 In verschiedenen Therapiestadien wird sich in beiden Gruppen ein verändertes Maß an Depressivität darstellen lassen.

3.2.6 Ein hohes Maß an aktueller Depressivität wird in beiden Gruppen mit schlechtem körperlichen Zustand und erhöhtem suizidalen Verhalten einher gehen

3.3 ANNAHMEN ZU DEN ANGSTSTÖRUNGEN

3.3.1 Substituierte sind wahrscheinlich häufiger von Angststörungen betroffen als Abstinente.

3.3.2 Das aktuelle Ausmaß an Angststörungen wird in der Gruppe der Substituierten größer sein als in der Gruppe der Abstinente.

3.3.3 Von dieser Störungsgruppe sind vermutlich Frauen signifikant häufiger betroffen als Männer.

3.4 ANNAHMEN ZUR SUIZIDALITÄT

3.4.1 Klienten mit psychiatrischen Diagnosen weisen in ihrer Lebensgeschichte mehr Suizidversuche auf als diejenigen ohne psychiatrische Diagnosen.

3.4.2 Substituierte weisen in ihrer Lebensgeschichte mehr Suizidversuche auf als Abstinente.

3.4.3 Substituierte und Abstinente unterscheiden sich in ihrer aktuellen Suizidalität nicht.

4 METHODIK

Die dargestellten Hypothesen werden anhand von Merkmalen, die unter Teilnehmern verschiedener Therapieeinrichtungen im Hamburger Drogenhilfesystem erhoben worden sind, mithilfe des Statistikprogramms Statview SE & Graphics für Apple Macintosh überprüft.

4.1 AUSWAHL UND BESCHREIBUNG DER STICHPROBE

Im Rahmen der Ausgangserhebung zu einer auf fünf Jahre angelegten prospektiven Studie mit der Fragestellung „Komorbidität von Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Störungen“ (im folgenden BMFT II- Studie) wurden 1995 N= 350 Klienten des Hamburger

Drogenhilfesystems aus den Bereichen Entgiftung, Substitution und Abstinenztherapie mit Hilfe im folgenden beschriebener Inventarien untersucht. Der Kontakt zu den Klienten wurde teils persönlich, wie in der Entgiftung und den Drogenambulanzen, teils über die Betreuer hergestellt.

Von dieser Ausgangsstichprobe wurden für die vorliegende Arbeit zwei Gruppen rekrutiert.

Die so gebildete Stichprobe umfaßt N= 203 Personen, bei denen eine Abhängigkeit vom Morphintyp gemäß der ICD- 10 Kriterien diagnostiziert wurde und von denen alle über einen zusammenhängenden Zeitraum mindestens sechs Monaten intravenös Heroin konsumiert haben.

Diese Gruppe besteht zu zwei Dritteln aus Männern (Männer : 65 %/ Frauen: 35 %). Die Teilnehmer sind im Mittel etwa 29 Jahre alt, wobei die jüngste Teilnehmerin 15 Jahre und der älteste 47 Jahre alt sind. Die mittlere Abhängigkeitsdauer von Heroin beträgt ca. 7 Jahren. Das Alter bei Erstkonsum von Heroin beträgt im Mittel etwa 19 Jahre. Insgesamt sind die Männer der Stichprobe signifikant älter als die Frauen.(U- Test: $p < 0,01$)

4.1.1 REPRÄSENTATIVITÄT DER ERHOBENEN DATEN

Die hier gezogene Stichprobe ist nicht ohne weiteres repräsentativ für die Hamburger Drogenszene, sondern ausschließlich für die Situation in der Hamburger Drogenhilfe, also einen für therapeutische Interventionen zugänglichen Teil Heroinabhängiger. Da die Gesamtuntersuchung als prospektive Studie über fünf Jahre angelegt ist, ist die Erreichbarkeit der Befragten über den gesamten Studienzeitraum unabdingbar, welcher durch deren Anbindung an das Hamburger Drogenhilfesystem relativ gut realisierbar erscheint.

4.1.2 BESCHREIBUNG DER ABSTINENZGRUPPE

Aus den verschiedenen Therapieeinrichtungen wurde grundsätzlich in die Abstinenzgruppe aufgenommen, wer kein Substitut konsumierte und seit mindestens 30 Tagen kein Heroin zu sich nahm. In der professionellen Drogentherapie liegt in einem solchen Zeitraum eine stationäre Entgiftungstherapie von in Hamburg max. drei Wochen Länge [vgl. K. Bonorden- Kleij in: Behrendt, 1995], an die sich beispielsweise eine stationäre Langzeit-abstinenztherapie anschließt. Nach den ersten 30 Tagen ist es mehr.. das Aushalten des eigenen Körpers und der eigenen Nüchternheit “ [K. Bonorden- Kleij in: Behrendt, 1995], als die Umstände des Lebens auf der Szene, die den intrapsychischen Konfliktstoff bilden. Dieser Veränderung während der Abstinenz soll Rechnung getragen werden. Im einzelnen schließt dies Teilnehmer ein, die sich zum Zeitpunkt des Interviews in der Entgiftung befanden und angaben, in den 30 vorangegangenen Tagen kein Heroin konsumiert zu haben, weiterhin solche, die länger als vier Wochen in einer stationären Therapie- oder sonstigen Einrichtung (psychiatrische Klinik) behandelt worden waren, ebenso jene, die eine Therapie abgeschlossen hatten und sich abstinent in der Nachsorge befanden und schließlich Personen, die zur Zeit in keiner der Therapieeinrichtungen behandelt wurden, aber abstinent lebten. Den größten Anteil daran haben die Teilnehmer von Langzeittherapien mit ca. 46% (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Verteilung der einzelnen Therapieformen innerhalb der Gruppe der Abstinenten (Angaben in Prozent; N= 68)

Art der Therapieform	Anzahl	Prozent
stationäre Entgiftung	6	9
ambulante Entgiftung	6	9
stat. Suchteinrichtung	31	46
psychiatrische Klinik	5	7
andere Drogenberatung, Nachsorge- WG)	13	19
keine	7	10
Gesamt	68	100

4.1.3 BESCHREIBUNG DER GRUPPE DER SUBSTITUIERTEN

Als substituiert galt in dieser Erhebung, wer mithilfe jedweder Form medikamentengestützter Behandlungskonzepte für Morphinabhängige seit mindestens 30 Tagen regelmäßig betreut wurde [Behrendt, 1995, S.58]. Hierzu zählen die Substitution mit Analgetika durch niedergelassene Ärzte, sowie die Verabreichung von Polamidon oder Methadon durch niedergelassene Ärzte, deren Abgabe durch Apotheken, durch Krankenhäuser im Rahmen stationärer Behandlungen, sowie durch die Hamburger Drogenambulanzen erfolgte. Die einzelnen Abgabestellen wurden im Interview nicht dezidiert erfaßt. Die

Klienten in den Drogenambulanzen stellen jedoch den weitaus größten Anteil an dieser Gruppe dar.

4.2 BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNGSINSTRUMENTE

Die gebildeten Gruppen wurden mithilfe verschiedener Untersuchungssysteme verglichen, die im folgenden dargestellt werden.

4.2.1 DER ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI)

Der Addiction Severity Index, kurz ASI, wird im angloamerikanischen Raum als verbreitetes Untersuchungsinstrument genutzt, mit dessen Hilfe in Form eines halbstrukturierten Interviews allgemeine demographische Daten sowie Informationen zum körperlichen Zustand, zur Arbeits- und Sozialsituation, zu rechtlichen Problemen, familiärem Hintergrund, Drogen- und Alkoholgebrauch, zu Familienkonstellationen, Sozialbeziehungen und zum Drogenkonsum erhoben werden. Am Ende eines jeden Abschnittes werden sowohl von den Interviewten, als auch von den Interviewern der Schweregrad des Problems in den einzelnen Themenbereichen, sowie deren Behandlungsbedürftigkeit auf einer Analogskala eingeschätzt. Die Interviewerbeurteilungen werden schließlich zum Gesamtscore summiert, der als globales Maß zur Beurteilung der Situation der Probanden herangezogen wird [McLellan, 1980]. Darüberhinaus lassen sich dem Interview eine Vielzahl von Einzelinformationen entnehmen. Die deutsche Fassung wurde von GSELLHOFER et al. (1993) erstellt.

4.2.2 DAS BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Das BDI ist ein strukturiertes Selbstbeurteilungsinstrument, das im klinischen Bereich zur Beschreibung depressiver Syndrome entwickelt wurde. Anhand von 21 Fragenkomplexen werden klinisch relevante Symptome für depressive

Störungen für den Zeitraum der dem Interview vorangegangenen Woche abgefragt. Es werden jeweils abgestuft 0 - 3 Punkte pro Frage vergeben und schließlich aufsummiert. Aufgrund klinischer Erfahrungen lässt sich bei Ergebnissen ab 18 Punkten eine aktuelle manifeste depressive Episode vermuten. Anders als beim CIDI- Interview lassen sich keine Diagnosen im Sinne der ICD- 10 stellen, sondern eher Patienten mit vorhandener depressiver Störung im Verlauf beurteilen. Des Weiteren spielt die Ätiologie der Gemütsstörung beim BDI keine Rolle.

4.2.3 DAS COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW (CIDI)- SEKTION C, D, E, F, G, H, P, X

Das CIDI ist ein strukturiertes Interview, mit dem sich anhand der Anwesenheit von Krankheitssymptomen in Abhängigkeit ihrer zeitlichen Dauer Diagnosen stellen lassen. Die hier verwendeten Sektionen betreffen alle in der Untersuchung relevanten psychiatrischen Störungen. Grundlage für die CIDI-Diagnostik bildet das Klassifikationssystem ICD- 10 nach der WHO. [WHO, 1991]

Die deutsche Fassung wurde von H.- U. Wittchen et al. erarbeitet.

Nach dem CIDI wird eine aktuelle Diagnose dann gestellt, wenn die relevanten Symptome regelmäßig innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Befragung vorhanden waren. Traten sie über den Zeitraum der letzten sechs Monate regelmäßig auf, so wird eine Sechs- Monats- Diagnose gestellt und wenn die Symptome über einen noch längeren Zeitraum vorliegen bzw. regelmäßig wiederkehren, wird von einer Lifetime- Diagnose (Lebenszeit- Diagnose) gesprochen.

Die Sektionen sind thematisch gegliedert. Die in der Untersuchung verwendeten Sektionen umfassen folgende Störungsgruppen:

Sektion C: Somatoforme und dissoziative Störungen

Sektion D: Phobien und andere Angststörungen

Sektion E: Depressive Episoden und Dysthymie

Sektion F: Manie und bipolare affektive Störungen

Sektion G: Schizophrene und andere psychotische Störungen

Sektion H: Eßstörungen

Sektion P: Interviewerbeobachtungen

Sektion X: Interview- Beurteilung

4.2.4 UNTERSUCHUNGSGRUPPEN FÜR DIE VERLAUFSUNTERSUCHUNG DER BMFT-II- STUDIE

Im Rahmen der Ausgangserhebung zur o.g. Studie werden Opiatabhängige anhand psychiatrischer Auffälligkeiten in drei Gruppen unterteilt:

Gruppe A: Opiatabhängige ohne andere psychiatrische Auffälligkeit

Gruppe B: Opiatabhängige mit einer leichten psychiatrischen Störung

Gruppe C: Opiatabhängige mit einer schweren psychiatrischen Störung

Die Unterscheidung erfolgte vor dem Hintergrund der klinischen Erfahrung, daß sogenannte leichte psychiatrische Störungen unter Opiatabhängigen gehäuft vorkommen und für die Untersuchung von Wechselwirkungen durchaus Relevanz besitzen, und darüberhinaus schwere psychiatrische Störungen den Verlauf der Drogenabhängigkeit negativ beeinflussen. Die hier zugrundegelegte Gruppeneinteilung ist Ergebnis bisheriger Forschungsergebnisse der BMFT - II - Studie und ihre Relevanz ein Gegenstand der Langzeitstudie.

Kriterien für die Zuordnung zu den Gruppen:

Gruppe A: Opiatabhängige ohne andere psychiatrische Auffälligkeiten

In dieser Gruppe finden sich Patienten ohne akute, behandlungsbedürftige Störungen. Anamnestiche, leichtere psychiatrische Anpassungsstörungen, leichte, nicht aktuell vorhandene depressive Episoden sowie leichtere Persönlichkeitsstörungen (PDQ Score <50) finden sich ebenfalls in dieser Gruppe. (Anmerkung: Die Persönlichkeitsstörungen wurden in der Studie mit

dem Personality Distress Questionnaire (PDQ- R) von HYLER et al. untersucht, sind für diese Arbeit jedoch ohne Relevanz)

Gruppe B: Opiatabhängige mit einer leichten psychiatrischen Störung :

Hier finden sich Betroffene mit folgenden Störungen:

- F 32.00 leichte depressive Episode (aktuell- in den letzten 6 Monaten)
- F 32.10 mittelgradige depressive Episode
- F 32.11 mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom
- F 33.00, F 33.10 rezidivierende depressive Störungen - gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (aktuell- in den letzten 6 Monaten)
- F 33.11 rezidivierende depressive Störungen mit somatischem Syndrom
- F 34.1 Dysthymia - wenn aktuell (letzte 6 Monate)
- F 40.x phobische Störungen - wenn aktuell (letzte 6 Monate)
- F 41.x somatische Angststörungen - wenn aktuell (letzte 6 Monate)
- F 45.x somatoforme Störungen- wenn aktuell (letzte 6 Monate)
- F 50.x Eßstörungen - lifetime (wenn in den letzten 6 Monaten, in Gruppe C)
mehr als ein Suizidversuch -lifetime (wenn in den letzten 30 Tagen, in Gruppe C)
- Persönlichkeitstörungen (PDQ- Score \geq 50)

Gruppe C: Opiatabhängige mit einer schweren psychiatrischen Störung

Dieser Gruppe sind Patienten zugeordnet worden, bei denen psychiatrische Störungen außerhalb der Opiatabhängigkeit eine eigene Behandlungsindikation darstellen. Zusätzlich wurden dieser Gruppe Patienten mit aktueller Suizidalität und mehreren ICD- 10 - Diagnosen zugeteilt.

- F 20.x Schizophrenie - lifetime
- F 25.x schizoaffektive Störungen- lifetime
- F 31.x bipolare affektive Störungen - lifetime
- F 32.2 schwere depressive Episode- lifetime
- F 33.2 rezidivierende depressive Störung - gegenwärtig schwere Episode
- F 41.01 Panikstörung - wenn aktuell (in den letzten 6 Monaten)
- F 41.11 generalisierte Angststörung- wenn aktuell (in den letzten 6 Monaten)

- F 44.x dissoziative Störungen - wenn aktuell (in den letzten 6 Monaten)
- F 50.x Eßstörungen - wenn aktuell (in den letzten 6 Monaten)
- Suizidversuch in den letzten 30 Tagen
- Multimorbidität : 3 und mehr Lifetime- Diagnosen nach dem ICD- 10 oder zwei oder mehr Lifetime- Diagnosen nach ICD- 10 und Persönlichkeitsstörung (PDQ- Score \geq 50)

4.3 PROBLEME BEI DER DATENVERARBEITUNG

Über die Aufenthaltsdauer der Befragten in den einzelnen Einrichtungen lassen sich vielfach keine klaren Aussagen machen.

Ursächlich hierfür ist, daß die Erhebung der verwendeten Daten teilweise im Rahmen eines Aufnahmegespräches durchgeführt wurde, das manchmal der eigentlichen Aufnahme zu einer der Therapieformen um Monate vorausging. Beispielsweise ist bei dem Aufnahmegespräch für einen Platz in der stationären Langzeittherapie, das dem eigentlichen Therapiebeginn um zwei Monate vorausgeht, als Einrichtung die stationäre Langzeittherapie ausgewiesen, während der Behandlungsbeginn noch in der Zukunft liegt. Die derzeitige Therapieform, wie eine ambulante Therapie, läßt sich nicht immer sicher klären und auch der Abstinenzstatus, also über welchen Zeitraum kein Heroin konsumiert wurde, ist dann teilweise nicht eindeutig nachzuvollziehen. Aus diesen Gründen wurden in die vorliegende Untersuchung nur N= 203 der insgesamt N= 350 Personen einbezogen.

4.4 DATENSCHUTZ

Im Rahmen der Untersuchung sind die erhobenen Daten vor der statistischen Auswertung anonymisiert worden. Die Anonymisierung erfolgte über die frühzeitige Trennung der Personenstammdaten von den Interviewdaten. Eine Verbindung zwischen Personen und Informationen können autorisierte Personen lediglich über eine verschlüsselte ID- Nummer herstellen.

4.5 STATISTIK

Die statistische Bearbeitung der anonymisierten Daten erfolgte mithilfe des Statistikprogrammes StatView. Die Zusammenhänge wurden mittels Chi Quadrat Kontingenzanalysen, Regressionsanalysen, U-Test, t- Test und ANOVA bzw. zweifaktorieller ANOVA -je nach Skalentyp der verwandten Variablen- geprüft. Der Übersichtlichkeit halber werden in der tabellarischen Darstellung der Ergebnisse verschiedene Signifikanzniveaus anhand von Sternchen bzw. Kreuzen unterschieden. Dies sind: $^+p < 0,1$; $*p < 0,05$ und $**p < 0,01$.

5 ERGEBNISSE

5.1 VERGLEICH DER GRUPPEN

Die Substituierten sind im Mittel hoch signifikant älter als die Abstinente. Die Geschlechterverteilung ist in beiden Gruppen annähernd gleich, was gewährleistet, daß Unterschiede, wie beispielsweise durch das Durchschnittsalter, nicht auf die Geschlechterverteilung zurückgeführt werden können.

Tabelle 2: allgemeine Deskription der Stichprobe (dargestellt sind die gerundeten Medianwerte in Jahren; Angaben in Prozent beziehen sich auf jeweilige Gesamtzahl) Signifikanz: a)U- Test; b) Chi- Quadrat-Test: $^+p < 0,1$; $*p < 0,05$; $**p < 0,01$.

	Gesamtgruppe	Substituierte	Abstinente	Signifikanz
Alter	29	3	26	a) **
Anteil Männer	65 %	67 %	61 %	b) -
Anteil Frauen	35 %	33 %	39 %	b) -
Gesamtzahl	203	142	61	

5.1.1 DROGENRELEVANTES VERHALTEN DER GRUPPEN IM VERGLEICH

Hinsichtlich des drogenrelevanten Verhaltens in der untersuchten Gruppe läßt sich sagen, daß die Untersuchten im Mittel zwischen 19 und 20 Jahren zum ersten mal Heroin konsumierten. Die Substituierten sind mehr als vier Jahre länger abhängig als die Abstinenten. Diese Ergebnisse sind hoch signifikant. Des weiteren befindet sich unter den Substituierten ein höherer Anteil intravenöser Heroin-User und ihre tägliche Konsummenge liegt über der Langzeittherapieteilnehmer. Mithilfe des ASI- Schweregradratings soll eine Einschätzung der Drogenprobleme und ihrer Behandlungspriorität ermöglicht werden. Die Auswertung ergibt insgesamt eine schwerere Belastung auf Seiten der Abstinenten. Der Anteil derer, die nach Einschätzung der Interviewer ein schweres Drogenproblem haben (ASI- Schweregradrating 6-9 Pkte.), ist in beiden Gruppen gleich groß. Weiterhin finden sich in der Gruppe der untersuchten Abstinenten relativ mehr Politoxikomane als unter den Substituierten. Im Therapieverhalten der beiden Gruppen zeigen sich Unterschiede. Während die Substituierten in der Vergangenheit deutlich häufiger Selbstentzüge unternommen haben, haben die Langzeittherapieteilnehmer deutlich mehr Erfahrungen mit Langzeittherapien gemacht und dort insgesamt signifikant mehr Zeit verbracht.

Tabelle 3: Drogenrelevantes Verhalten der Gruppen im Vergleich
 (dargestellt sind die gerundeten Medianwerte; Angaben beziehen sich auf jew. Gesamtzahl; LZT= abstinenzoriente Langzeittherapie) Signifikanz: a)U- Test, b) Chi- Quadrat- Test : +P<0,1; * p<0,05; ** p< 0,01

	Gesamtgruppe	Substituierte	Abstinente	Signifikanz
Alter bei Erstgebrauch Heroin	19	20	19	n.s. a)
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	7	8	4	a) **
tägl. Konsummenge (mg)	2,3	2,44	2	+ a)
ASI Schweregrad Drogenproblem (Range von 0-9 Pkt).(%)	6	6	7	*b)
ASI-Schweregradrating -schweres Drogenproblem >6 Pkt.(%)	75	75	75	n.s.b)
Selbstentzüge?(%)	87	91	79	* b)
Anzahl Selbstentzüge	8	9	5	*a)
Anzahl angefangene LZT	1	0,9	1,1	** a)
Monate in LZT insg	9	7	11	+a)
abgeschl. LZT	0,3	0,25	0,5	n.s.a)
Gesamtzahl	203	142	61	

5.1.2 DIE GESUNDHEITLICHE SITUATION DER UNTERSUCHTEN GRUPPE

Der Gesundheitszustand der Substituierten ist deutlich stärker durch chronisch krankungen geschwächt, als dies bei den Untersuchten in der Abstinenztherapie der Fall ist. Unter der Rubrik chronische Erkrankungen wurden im ASI- Interview alle diejenigen gesundheitlichen Störungen erfaßt, die das Leben der Betroffenen immer wieder störend beeinflussen. Unter anderem sind hier körperliche Behinderungen und Befindlichkeitsstörungen aufgeführt. Die Gruppe der schweren übertragbaren Krankheiten, von denen Drogenkonsumenten häufig bedroht sind, stellt den zweiten Teil der Tabelle dar. Auch hier zeigt sich ein klares Übergewicht der Erkrankungsfälle bei den Substituierten.

Tabelle 4: Vergleichende Darstellung der Morbidität von Abstinente und Substituierten (dargestellt sind die gerundeten Prozentwerte bezogen auf die jew. Gesamtzahl) Signifikanz : a)U- Test, b) Chi- Quadrat- Test: +P<0,1;

* p<0,05; ** p< 0,01

	Gesamtgruppe	Substituierte	Abstinente	Signifikanz
chronische Erkrankungen	45	51	34	*
Hepatitis ges.	71	77	57	**
Hepatitis A	53	53	51	n.s.
Hepatitis B	49	52	39	n.s.
Hepatitis C	74	76	67	n.s.
HIV positiv	9	12	2	+
Gesamtzahl	203	141	62	

5.2 ALLGEMEINE BESCHREIBUNG DER PSYCHIATRISCHEN MORBIDITÄT IM UNTERSUCHTEN KOLLEKTIV

Die psychiatrische Morbidität ist, wie oben bereits erwähnt, unter verschiedenen Gesichtspunkten mit verschiedenen Instrumenten gemessen worden. Zum einen lassen sich ‘ harte Diagnosen’ gemäß der ICD- 10 stellen, zum anderen mit international renommierten Instrumenten Diagnosen stellen oder auch Befindlichkeiten messen. Weiterhin muß zwischen verschiedenen Untersuchungszeiträumen unterschieden werden. Im folgenden werden die Ergebnisse der verschiedenen Instrumente vorgestellt und im Hinblick auf die untersuchten Zeitintervalle miteinander verglichen .

5.2.1 PSYCHIATRISCHE MORBIDITÄT IN DER LEBENSGESCHICHTE

5.2.1.1 Prävalenz der Diagnosen nach der ICD- 10

In der untersuchten Gruppe läßt sich bei weit über der Hälfte (mindestens) eine psychiatrische Störung nach der ICD- 10 außerhalb der Suchterkrankung feststellen (Lifetime- Prävalenz: 62%). Darüberhinaus sind viele Teilnehmer (36%) von mehreren Störungen betroffen (durchschnittliche Anzahl der Diag–nosen: 1,45).

Die einzelnen Diagnosen sind der Übersichtlichkeit halber zu Gruppen zusammengefaßt worden, wobei nur die für die Fragestellung interessanten berücksichtigt werden.

Insgesamt ist bei einem Drittel der Befragten (irgendwann) eine affektive F3- Störung (34%) aufgetreten, davon besonders häufig depressive Episoden, rezi–divierende und anhaltende affektive Störungen.

51 % haben an einer F4- Störung gelitten oder leiden noch daran. Hier stehen deutlich die phobischen Störungen im Vordergrund.

Tabelle 5: Prävalenzen der ICD- 10 Diagnosen (Angaben in Prozent ; N= 203 Pers.) (Die Erläuterung der 6- Monats und 2- Wochen - Spalte folgt in den entsprechenden Abschnitten)

Störungsgruppe	Lifetime-Diagnosen	6 Monats-Diagnosen	2 Wochen - Diagnosen
F3			
F 31- bipolare affektive St.	3	2	2
F 32- depressive Episode	17	8	4
F 33- rezidivierende depr. Störung	11	4	1
F 34- anhaltende affektive Stör.	13	4	3
Summe F 3- Störungen	34	16	10
F4			
F 40- phobische St.	38	26	17
F 41- sonstige Angststörungen	14	7	3
F 44- dissoziative Störung	4	1	0
F 45- somatoforme Störung	13	9	7
Summe F4- Störungen	51	35	22
Prävalenz psych.Störungen gesamt	62	41	27
Durchschnittliche Anzahl Diagn. pro Proband	1,45	0,5	0,83

5.2.1.2 Angabe von bedeutsamen psychischen Problemen im ASI

Im ASI- Interview ist die Angabe bedeutender psychischer Probleme nicht an die Anwesenheit von Symptomen geknüpft und es werden keine Diagnosen gestellt (siehe auch Beschreibung der Instrumente).

Immerhin 96 % der Befragten geben an, in ihrem Leben schon während einer bedeutsamen Zeitspanne unter psychischen Problemen gelitten zu haben.

Am häufigsten werden hier schwere Depressionen genannt. Schwere Angst- oder Spannungszustände haben nach eigener Aussage mehr als die Hälfte der Teilnehmer erlebt.

Tabelle 6: Prävalenz bestimmter psychischer Probleme insgesamt auf der Grundlage des ASI (Angaben in Prozent bezogen auf N= 203)

psychische Störung	Lifetime	aktuell
schwere Depressionen	70	42
schwere Angst- / Spannungszustände	55	34
Schwierigkeiten mit Verständnis, Gedächtnis, Konzentration	61	47
Halluzinationen	14	4
gesamt	96	75

5.2.2 PRÄVALENZ AKTUELLER PSYCHIATRISCHER STÖRUNGEN

5.2.2.1 Aktuelle Prävalenz der Störungen nach der ICD- 10 Klassifikation

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, leidet zum Zeitpunkt des Interviews mehr als ein Viertel der Befragten an einer oder mehreren psychiatrischen Störungen. Die meisten Diagnosen fallen auf die F4- Gruppe. Mit 17 % sind phobische Störungen insgesamt vorherrschend, bei den affektiven Störungen wird am häufigsten die depressive Episode angetroffen.

5.2.2.2 Das Ausmaß an aktueller Depressivität nach dem Beck Depression Index (BDI)

Anders als bei den ICD- 10- Diagnosen wird, wie oben beschrieben, mit dem BDI nur die relative Ausprägung depressiver Verfassung abgebildet. Nach gängiger Bewertung der Ergebnisse gelten jedoch 55 % der Untersuchten aktuell als relevant depressiv.

5.2.2.3 Eindruck psychischer Störungen aus der Sicht der Untersucher

Anhand der ASI- Schweregrad- Ratings geben die Untersucher ihren Eindruck der psychischen Verfassung der Klienten wieder.

Bei 42 % der hier Befragten vermuten die Untersucher ein beträchtliches bis extremes psychisches Problem.

5.2.2.4 Zusammenhang zwischen Suizidalität und aktueller Diagnose

Tabelle 7: Suizidalität und Diagnose einer affektiven Störung (Angaben in Prozent bezogen auf u.g. Summe der unter affektiven Störungen leidenden Personen; N= 203)

	Suizidgedanken	Suizidversuche
rel. depr. nach BDI	69	85
F3- Diagnose nach ICD-10	46	54
Summe der betroffenen Personen	52	13

Diese Tabelle zeigt Übereinstimmung von der Inzidenz suizidalen Verhaltens zur Prävalenz diagnostizierter Störungen, wobei unterstellt wird, daß aktuelle Depressivität die Wahrscheinlichkeit für suizidales Verhalten erhöht. Von den 13 Personen, die während der letzten 30 Tage vor dem Interview einen Suizidversuch unternommen haben, wurden 85% nach den Kriterien des BDI für relevant depressiv gehalten, während nach dem Maßstab des CIDI nur bei 54% der Personen eine affektive Störung diagnostiziert wurde.

5.2.3 VERGLEICH DER LIFETIME- UND DER AKTUELLEN PSYCHOPATHOLOGISCHEN SITUATION

Die Prävalenz psychiatrischer Störungen ist einerseits abhängig vom betrachteten Zeitintervall und andererseits von der Art des Erhebungsinstrumentes. Je größer der betrachtete Zeitraum, desto höher ist naturgemäß die Summe der aufgetretenen Erkrankungen.

Die Prävalenz der Störungen nach der ICD-10 liegt sowohl bei Berücksichtigung des ganzen Lebens, als auch bei Focussierung auf die aktuelle Situation deutlich unter der anderer Untersuchungsmethoden. Vergleicht man die Prävalenz der Lifetime- Störungen aus der F 3- Gruppe (34 %) mit den Ergebnissen des ASI für schwere Depressionen (70 %) ergibt sich eine große Differenz. Gleiches gilt für das Ausmaß aktueller psychischer Störungen in der untersuchten Gruppe, wo nach dem ICD- 10 eine Prävalenz von 27 % und nach dem ASI von 75 % herrscht. Die Einschätzung der Untersucher, die bei 42 % des Kollektives ein beträchtliches bis extremes psychisches Problem vermuten, liegt dazwischen.

Der Vergleich zwischen den Ergebnissen nach der ICD- 10 mit etablierten Untersuchungsinstrumenten, wie dem BDI und dem ASI für das Item aktuelle Depressivität soll die Bandbreite an Ergebnissen nochmals darlegen.

Tabelle 8 : Prävalenz aktueller schwerer Depressivität im Vergleich der Untersuchungsinstrumente (bezogen auf N= 203)

Instrument	Anzahl	%
ICD-10: Summe affektive Störungen	20	10
ASI: schwere Depressionen	85	42
BDI: relevant Depressive	110	55

5.2.4 VERGLEICH DER ERGEBNISSE ZUR GRUPPENEINTEILUNG NACH UNTERSCHIEDLICHER KRANKHEITSSCHWERE

Im Rahmen der Untersuchung sind nach den in Kapitel 4 erwähnten Kriterien aus dem Untersuchungsgut drei verschiedene Gruppen gebildet worden, die sich hinsichtlich ihrer psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit unterscheiden.

Tabelle 9: Schwere psychiatrischer Störungen im Vergleich (Angaben in Prozent bezogen auf die jeweiligen Gruppen)

psychiatr. Störung	Substituierte	Abstinente	Signifikanz
keine	35	27	n.s.
leichte	30	37	n.s.
schwere	35	37	n.s.
Anzahl Personen in Gruppe	142	61	

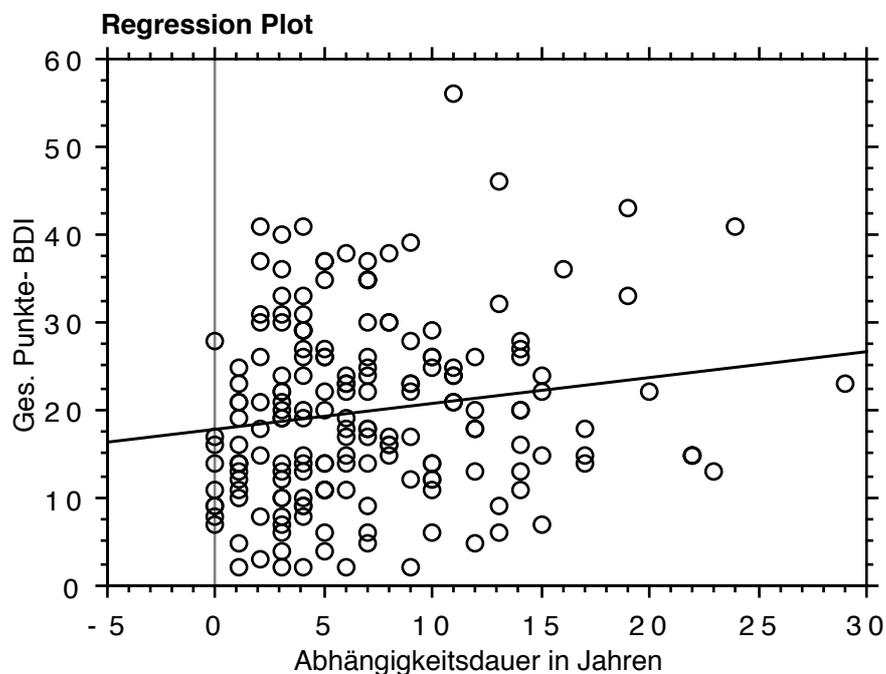
Signifikanzniveau : a)U- Test, b) Chi- Quadrat- Test: +P< 0,1; * p< 0,05; ** p< 0,01

5.2.5 ZUSAMMENHANG VON ABHÄNGIGKEITSDAUER UND INZIDENZ PSYCHIATRISCHER STÖRUNGEN

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Abhängigkeitsdauer und psychiatrischer Auffälligkeit ist bei den hier Untersuchten nur an wenigen Stellen meßbar.

Diejenigen, die im Rahmen des BDI als relevant depressiv diagnostiziert wurden, erweisen sich als im Durchschnitt signifikant älter als die unauffälligen. Insgesamt läßt sich ein signifikanter Anstieg der BDI- Scores in Abhängigkeit von der Heroinkonsumdauer darstellen.

Abb. 1: Anstieg der BDI- Scores bei unterschiedlicher Abhängigkeitsdauer (in Jahren) (Darstellung mittels Regression: X- Achse: Abhängigkeitsdauer in Jahren/ Y- Achse : BDI- Werte)



Im Unterschied dazu ergeben sich bei den affektiven Störungen nach der ICD-10 nur für Klienten mit einer depressiven Episode mit somatischen Symptomen, sowie mit rez. depressiven Störungen ohne somatische Symptome lediglich schwach signifikante Zunahmen der Inzidenz bei steigender Konsumdauer.

Sogenannte „Andere Angststörungen“ (F 41.x) nach der ICD- 10 nehmen hingegen mit steigender Konsumdauer signifikant zu.

Bei den Substituierten steigt darüberhinaus die Inzidenz sozialer Phobien (F 40.1) mit zunehmender Abhängigkeitsdauer signifikant an.

Tabelle 10: Darstellung der mit der Abhängigkeitsdauer signifikant zunehmenden psychiatrischen Störungen (Abhängigkeitsdauer in Jahren, der Median bezieht sich auf N= 203 , außer ^{a)} ; ^{a)} bezieht sich auf die Untergruppe der Substituierten)

	Signifikanz
relevant depressiv nach BDI	+ c)
F 32.11	+ b)
F 33.00	+ b)
F 41. x	** b)
F 40.1 ^{a)}	* b)

Signifikanzen: ^{b)} U- Test: ⁺p < 0,1 ; *p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ^{c)} H- Test: ⁺p < 0,1

Für die nach dem Schweregrad ihrer psychiatrischen Schädigung eingeteilten Gruppen (s. Kapitel. 4.1) ergibt sich kein Zusammenhang mit der Abhängigkeitsdauer.

5.2.6 GESCHLECHTERVERGLEICH ZUR PSYCHIATRISCHEN MORBIDITÄT

Tabelle 11: ICD- 10 Diagnosen im Geschlechtervergleich (Angaben in % beziehen sich auf Gesamtzahl der jew. Gruppe)

	Männer	Frauen	Signifikanz
Diagnosen ges.	55	75	**
Summe F3	27	48	**
Summe F4	44	63	**
Diagnosen ges. 6 Monate	33	56	**
Summe F3 - 6 M	11	25	**
Summe F4- 6M	28	49	**
Diagnosen ges.- 2 Wochen	20	39	**
Summe F3- 2 Wo	6	17	*
Summe F4- 2 Wo	17	31	*
Anzahl Personen	132	71	

Signifikanzniveau: Chi- Quadrat- Test: * p< 0,05; ** p< 0,01

Frauen sind psychisch insgesamt signifikant kränker als die männlichen Untersuchungsteilnehmer. Dies spiegelt sich vor allem in der Lifetime- Prävalenz psychiatrischer Störungen wieder. Auch aktuell in den 6- Monats- und den 2- Wochen- Diagnosen ist der Unterschied signifikant. Allerdings ist, wie oben

erwähnt, die Geschlechterverteilung der Gruppen Abstinente und Substituierte nicht signifikant unterschiedlich, so daß die Unterschiede zwischen den Gruppen nicht auf die Verteilung zwischen Männern und Frauen zurückzuführen sind.

5.3 VERGLEICHENDE BETRACHTUNG DER PSYCHIATRISCHEN MORBIDITÄT DER SUBSTITUIERTEN UND DER ABSTINENTEN

Betrachtet man die in Kap. 5.2.4 gewählte Gruppeneinteilung, die quasi die Ergebnisse der einzelnen Instrumente nach ihrer Immanenz für eine therapeutische Intervention zusammenfaßt, so ergeben sich zwischen den Gruppen der Abstinente und der Substituierten keine signifikanten Unterschiede. Im folgenden soll durch genauere Betrachtung der einzelnen Instrumente nach Unterschieden im Detail gesucht werden.

5.3.1 AUSMAß AFFEKTIVER STÖRUNGEN DER GRUPPEN IM VERGLEICH

5.3.1.1 Vergleich der Lifetime- Prävalenz affektiver Störungen

Die Gruppen der Abstinente und der Substituierten unterscheiden sich in der Häufigkeit affektiver Störungen in der Lebensgeschichte nach der Klassifikation der ICD-10 nicht voneinander.

Tabelle 12: Prozentuale Verteilung affektiver Störungen nach der ICD- 10
(Angaben in Prozent beziehen sich auf N= 203)

	Substituierte	Abstinente	gesamt	Signifikanz
F 31- bipolare affektive Störungen.	3	2	2,5	n.s.
F 32- depressive Episode	14	8	12,5	n.s.
F33- rezidivierende depr. Störung	10	3	8	n.s.
F 34- anhaltende affektive Störung	13	13	13	n.s.
Summe Prävalenz F3- Störungen	28	21	26	n.s.
ASI- schwere Depressionen	74	62	70	+ a)

Signifikanzniveau: a)Chi- Quadrat- Test: + $p < 0,1$

Gefragt nach schweren Depressionen in der Lebensgeschichte bejahen dies deutlich mehr Substituierte als Abstinente.

5.3.1.2 Vergleich der aktuellen Prävalenzen in den Gruppen

Zur Beurteilung der aktuellen Situation läßt sich das Ausmaß an Depressivität während des letzten halben Jahres und während der letzten zwei Wochen nach der ICD- 10, sowie der BDI und die entsprechende Sektion des ASI heranziehen.

Tabelle 13: Unterschiede im Ausmaß aktueller Depressivität nach ICD- 10, BDI und ASI (die Angaben in Prozent beziehen sich auf die jeweilige Gesamtzahl der Gruppen)

	Substituierte	Abstinente	gesamt	Signifikanz
F 31- 6 Monate	2	3	2	n.s.
F32- 6 Monate	9	5	8	n.s.
F 33- 6 Monate	5	3	4	n.s
F 34- 6 Monate	5	1	4	n.s.
F 31- 2 Wochen	2	3	2	n.s.
F 32- 2 Wochen	5	2	4	n.s.
F 33- 2 Wochen	1	2	1	n.s.
F 34- 2 Wochen	5	0	3	+
BDI- rel. depr.	62	30	52	* *
ASI- schwere Depressionen letzte 30 Tage	46	32	42	+
Gesamtzahl	142	61	203	

Signifikanzniveau: Chi- Quadrat- Test: + $p < 0,1$; ** $p < 0,01$

Zwischen den Ergebnissen der verwendeten Instrumente ergeben sich große Unterschiede. Nach der Diagnostik gemäß der ICD- 10 ist das Ausmaß affektiver Störungen in beiden Gruppen weitgehend gleich. Der einzige meßbare Unterschied nach der ICD- 10 ist die höhere Prävalenz anhaltender affektiver

Störungen in der Gruppe der Substituierten. Demgegenüber offenbart der BDI signifikant mehr relevant depressive Personen unter den Substituierten als unter den Abstinenten. Im ASI läßt sich das letztere Ergebnis immerhin nachvollziehen, wenn auch der Unterschied viel geringer ist.

5.3.1.3 Ausmaß affektiver Störungen in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in der Therapie

Im Rahmen der Untersuchung wurde ein Querschnitt von Klienten aus verschiedenen Therapiestadien erreicht. Da keine Verlaufswerte einzelner Betroffener erhoben wurden, wird hier nicht die individuelle Entwicklung, sondern die Punktprävalenz von Depressivität in verschiedenen Stadien der Therapie, wie sie beispielsweise mit dem BDI abgebildet worden ist, beschrieben. Es muß betont werden, daß sich nicht die gesamte Stichprobe in dieser Abbildung wiederfindet, wenn zum Beispiel die Therapiedauer nicht zweifelsfrei bestimmt werden konnte.

Von den 171 Personen, deren Aufenthaltsdauer eindeutig ist, sind 124 substituiert und 47 abstinent. Die mittlere Aufenthaltsdauer in einer der beiden Therapieformen beträgt ca. 18 Monate (Standardabw. 16,37 Monate). Es findet sich in der zeitlichen Entwicklung der BDI- Werte vom Therapiebeginn ein Anstieg der Depressivität mit einem Maximum nach ungefähr 7 Monaten, woraufhin eine geringfügige Abnahme bis etwa 14 Monate nach Beginn der Behandlung folgt und anschließend bis zum 40. Therapiemonat ein erneuter Anstieg zu verzeichnen ist.

Tabelle 14: Aufenthaltsdauer in der Therapie (Angabe in Monaten; N= jew. angegeben)

	Substituierte	Abstinente	Signifikanz
Aufenthaltsdauer (Median)	21	8	**
Range	0- 124	0- 51	
Standardabw.	17	9	
N	124	47	

Signifikanzniveau : U- Test: **p< 0,01

5.3.1.3.1 Psychopathologie der einzelnen Gruppen im Therapieverlauf

Wie schon zuvor wird auch die Darstellung der Psychopathologie im Therapieverlauf mit den verschiedenen Instrumenten durchgeführt.

Die Ergebnisse der ICD- 10 Diagnosen sind im folgenden zusammengefaßt.

Aus der Menge der Zahlen sind für diesen Zweck fünf Gruppen gebildet worden. Wie aus der Deskription hervorgeht, ist die Aussagekraft der Gruppe bei Therapiedauer über 37 Monate stark eingeschränkt, da hier ein großes Zeitintervall erfaßt wird, die Prävalenzen vor allem in der Gruppe der Abstinente aber sehr klein sind .

Tabelle 15: Prävalenzen affektiver Störungen nach der ICD- 10 in versch. Therapiestadien (Angaben in Prozent beziehen sich auf die Gruppenanzahlen N (Substituierte)= 124; N(Abstinente)= 47)

(Anmerkung: in der mit - gekennzeichneten Spalte ist die Anzahl der Beteiligten so klein, daß auf eine prozentuale Darstellung zugunsten der Übersichtlichkeit verzichtet wird)

	Ther. dauer < 6 Mon.		Ther. dauer 6- 12 Monate		Ther. dauer 13- 24 Mon.		Ther.dauer 25- 36 Mon.		Ther. dauer 37 Mon. -∞	
	Subst	Abs t	Subst	Abst	Subst	Abst	Subst	Abst	Subst	Abst
BDI rel. depressiv	73	32	33	33	70	20	75	-	55	-
BDI erhöht	23	48	20	20	26	40	17	-	45	-
Summe F3- 6M	39	4	13	13	20	0	8	-	25	-
Summe F3- 2W	13	0	7	7	8	0	8	-	17	-
Anzahl	23	25	15	15	50	5	24	1	12	1

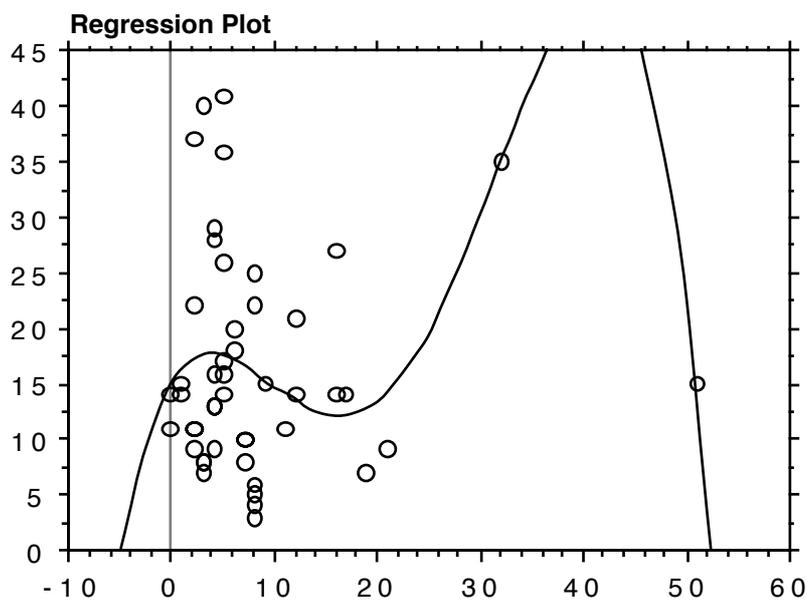
5.3.1.3.2 Psychopathologie bei Abstinente n im Therapieverlauf

Betrachtet man die unterschiedliche Ausprägung der Depressivität, gemessen mit dem BDI, in verschiedenen Therapiestadien, so erkennt man einen Anstieg derselben nach Therapiebeginn mit einem Maximum nach 6 Monaten, einem anschließenden Abfall und einem Minimum bei ca. 16 Monaten Therapiedauer.

Graphik 1: Graphische Darstellung der Depressivität der Abstinenter anhand der BDI- Scores in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in der Therapie mittels Regressionsanalyse

x-Achse: Therapiedauer in Monaten; y-Achse: Gesamt-Score BDI

x-Achse: Therapiedauer in Monaten; y-Achse: Gesamt-Score BDI



x-Achse: Therapiedauer in Monaten; y-Achse: Gesamt-Score BDI

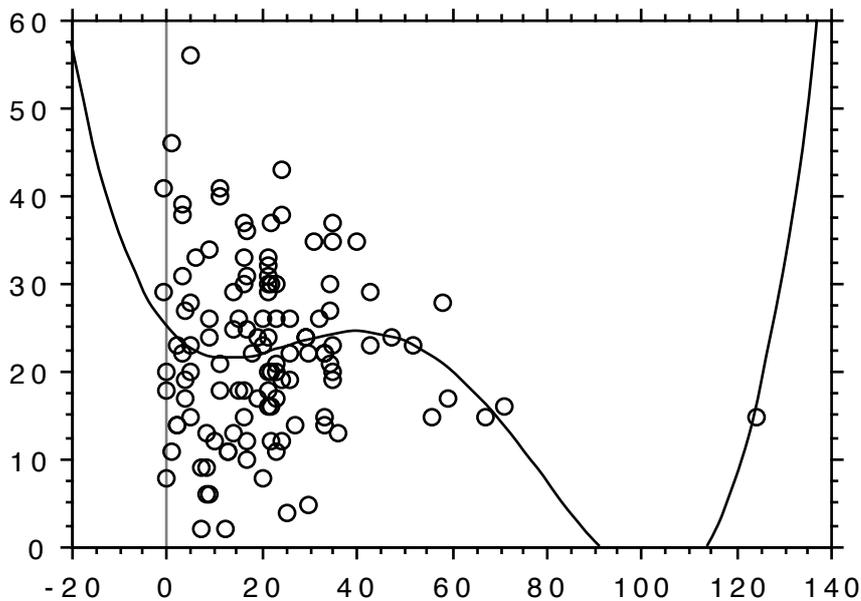
Die Situation nach den ICD- 10 Diagnosen: Bei den Abstinenter liegt die höchste Prävalenz für F 3- Störungen in der Gruppe derer mit einer Aufenthaltsdauer zwischen 6- 12 Monaten, was ebenfalls der Verteilung der BDI-Ergebnisse ähnelt.

5.3.1.3.4 Psychopathologie bei Substituierten im Therapieverlauf

Bei den Substituierten ergibt sich eine von der bei den Abstinenter beschriebene sehr verschiedene Entwicklung. Die Prävalenz an Depressivität

nimmt nach Therapiebeginn bis zu einer Dauer von 12 Monaten ab, um dann bis zur Therapiedauer von 40 Monaten stetig anzusteigen.

Graphik 2: Graphische Darstellung der Depressivität der Substituierten in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer in der Therapie:



x-Achse: Therapiedauer in Monaten; y-Achse: Gesamt-Score BDI

Die Prävalenz von F3- Störungen nach dem ICD- 10 bei den Substituierten, die sich zwischen 6 und 12 Monaten in der Therapie aufhalten, ist deutlich geringer, als bei denen mit einer Aufenthaltsdauer unter 6 Monaten und andererseits bei denen mit einer Therapiedauer von 13- 24 Monaten wieder höher als der Gruppe davor. Dies entspricht in etwa dem Ergebnis des BDI.

5.3.2 AUSMAß VON ANGSTSTÖRUNGEN (F4) DER GRUPPEN IM VERGLEICH

Ein Unterschied zwischen den Gruppen ist an vielen Stellen nicht festzustellen. Innerhalb der Gruppe der Abstinenten treten jedoch die geschlechterbezogenen Unterschiede deutlicher hervor als in der Substituiertengruppe.

5.3.2.1 Vergleich der Lifetime- Prävalenzen von Angststörungen

Tabelle 16: Lifetime- Prävalenz der Angststörungen im Gruppenvergleich (Angaben in Prozent bezogen auf jew. N)

	Substituierte	Abstinente	Signifikanz
F 40	37	43	n.s.
F 41	16	10	n.s.
F 41. 8	8	2	+
F 44	3	7	n.s.
F 45	15	8	n.s.
ASI-schwere Ansgtzust / Lifetime	52	61	n.s.
Summe	142	61	

Signifikanz: Chi- Quadrat- Test: + : $p < 0,1$

Hinsichtlich der Angststörungen lassen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede feststellen. Unter F 40 finden sich phobische Störungen, F 41 beinhaltet Panikstörungen, Angst und depressive Störungen gemischt, sowie andere gemischte und nicht näher bezeichnete Angststörungen und generalisierte Angststörungen. Zur Gruppe F 44 zählen dissoziative Störungen und unter F45 sind somatoforme Störungen zusammengefaßt. Lediglich für die Untergruppe der sonstigen Angststörungen (F 41.8) ergibt sich ein erkennbarer Unterschied in der Verteilung.

5.3.2.2 Vergleich der aktuellen Prävalenzen von Angststörungen

Tabelle 17: Aktuelles Ausmaß an Angststörungen im Gruppenvergleich
(Angaben in Prozent bezogen auf die Summe)

	Substituierte	Abstinente	Signifikanz
F40- 6 Monate	24	30	n.s.
F41- 6 Monate	8	7	n.s.
F44- 6 Monate	2	0	n.s.
F45- 6 Monate	11	5	n.s.
F40- 2 Wochen	16	18	n.s.
F41- 2 Wochen	5	0	+ a)
F41.8- 2 Wochen	1	0	n.s.
F44- 2 Wochen	1	0	n.s.
F45- 2 Wochen	9	2	n.s.
ASI-schwere Angstzust letzte 30 T.	35	35	n.s.
Summe	142	61	

Signifikanz: a) Chi- Quadrat- Test: + $p < 0,1$

Substituierte und Abstinente unterscheiden sich in der aktuellen Situation nur wenig hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens von Angststörungen.

Einzig bei den sogenannten anderen Angststörungen zeichnet sich eine deutlich stärkere Belastung der Substituierten als der Abstinenten ab, was besonders in der Untergruppe Angsthysterie sichtbar wird. Unter diese Gruppe fallen die Diagnosen Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), generalisierte Angststörung, Mischung aus Angst- und depressiver Störung, andere gemischte Angststörungen, andere spezifische Angststörungen und nicht näher bezeichnete Angststörungen. Die Ergebnisse der verschiedenen Instrumente unterscheiden sich bei dieser Fragestellung nicht wesentlich voneinander.

5.3.2.3 Geschlechtervergleich der Prävalenzen bei F4- Störungen

Wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich, ergibt sich bei den phobischen Störungen ein deutlicher Unterschied in der Geschlechterverteilung. Frauen sind von einigen Diagnosen über alle erfaßten Zeiträume hinweg deutlich öfter betroffen als Männer.

Tabelle 18: Geschlechtervergleich der Prävalenz von F 4- Störungen (Angaben in Prozent beziehen sich auf die Gesamtzahlen)

	Frauen	Männer	Signifikanz
Lifetime			
F 40. X	53	30	*
F 40.1	30	17	*
F 40.2	32	21	+
F 41. X	20	11	n.s.
F 41.1	13	5	*
F 44. X	59	36	*
F 45. X	13	13	n.s
ASI ^a	63	50	+
aktuell			
F 40. X 6 Mo	42	17	**
F 41. X 6 Mo	10	6	n.s.
F 41. 1 6 Mo	6	1	*
F 44. X 6 Mo	4	0	*
F 45. X 6 Mo	10	9	n.s.
F 40. X 2 Wo	28	11	**
F 41. X 2 Wo	4	3	n.s.
F41.1 2 Wo	4	1	+
F 44. X 2 Wo	1	0	n.s.
F 45. X 2 Wo	10	6	n.s.
ASI ^b	44	30	*
gesamt	71	131	

ASI: schwere Angst- / Spannungszustände überhaupt; b)ASI: schwere Angst- / Spannungszustände während der letzten 30 Tage ; c) Signifikanz: Chi- Quadrat- Test: ** : p< 0,01; * : p< 0,05; +: p<0,1

5.3.2.3.1 Geschlechtervergleich der Prävalenzen bei F4- Störungen für die Lifetime - Situation

Bei beiden Geschlechtern stehen die F 44 und F 40 Störungen im Vordergrund, allerdings betreffen diese Diagnosen Frauen deutlich häufiger als Männer. So ist mehr als die Hälfte der interviewten Frauen von den o.g. Angststörungen betroffen, während dies „ nur “ auf ein Drittel der befragten Männer zutrifft. Im Vordergrund der Gruppe F 40 stehen soziale Phobien und spezifische Phobien. Von den Störungen der Gruppe F 41 steht die generalisierte Angststörung im Vordergrund, während sich ein weniger deutlicher Unterschied bei der Panikstörung abzeichnet. Die Ergebnisse des ASI stimmen mit den Prävalenzen der ICD- 10 Diagnosen in etwa überein.

5.3.2.3.2 Geschlechtervergleich der Prävalenzen bei F4- Störungen für die aktuelle Situation

Sowohl im vergangenen halben Jahr als auch in den letzten zwei Wochen vor der Erhebung waren Frauen hoch signifikant häufiger von phobischen Störungen betroffen als Männer. Auch bei Konversionsstörungen liegen die Frauen klar vorn, allerdings ist der Unterschied in der nahen Vergangenheit statistisch nicht mehr faßbar.

5.3.3 Ausmaß von Suizidalität innerhalb der Gruppen im Vergleich

5.3.3.1 Vergleich der Prävalenzen bei Substituierten und Abstinente

Tabelle 19: Vergleich der ASI- Rubrik Suizidalität ja/nein zwischen Substituierten und Abstinente (Angaben in Prozent)

	Substituierte	Abstinente	Signifikanz
Suizidversuche - letzte 30 Tage	6	7	n.s.
Suizidversuche- gesamt	44	44	n.s.
Anzahl Suizidversuche Median	1,18	1,2	n.s.
Summe	142	61	

Signifikanz: a) Chi- Quadrat- Test: + $p < 0,1$

Mithilfe der hier durchgeführten Untersuchungen läßt sich hinsichtlich des suizidalen Verhaltens kein signifikanter Unterschied zwischen Abstinente und Substituierten feststellen.

5.3.3.2 Geschlechtervergleich der Suizidalität

In der untersuchten Gruppe haben Frauen signifikant häufiger versucht, ihrem Leben ein Ende zu setzen als Männer. Besonders in der Anzahl der verübten Suizidversuche besteht eine deutliche Mehrbelastung des weiblichen Geschlechtes.

Tabelle 20 : Geschlechtervergleich der Rubrik : Suizidalität ja/ nein aus dem ASI
(Angaben in Prozent bezogen auf N)

	Männer	Frauen	Signifikanz
Suizidversuche- letzte 30 Tage	5	10	n.s.
Suizidversuche - gesamt	40	52	+
durchschn.Anzahl Suizidversuche Median	0,95	1,63	*

Signifikanz: Chi- Quadrat- Test: ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$; +: $p < 0,1$

6 DISKUSSION

6.1 EINORDNUNG DER STUDIE IN DEN INTERNATIONALEN VERGLEICH

Vom Studienumfang läßt sich die hier beschriebene Untersuchung gut mit internationalen Studien vergleichen. Allerdings wurde in kaum einer der betrachteten und zitierten Untersuchungen ein derart großes Repertoire an Diagnoseinstrumenten eingesetzt. Meist wurden die Standardscreening-instrumente verwendet. Unterschieden in der Psychopathologie verschiedener Arten Heroinabhängiger wurde bislang offenbar nur geringes Augenmerk geschenkt.

6.2 UNTERSCHIEDE ZWISCHEN TEILNEHMERN DER SUBSTITUTIONS- UND DER ABSTINENZTHERAPIE

6.2.1 DEMOGRAPHISCHER VERGLEICH DER GRUPPEN

Die hier untersuchten Substituierten sind im Median fünf Jahre älter als die Abstinenten und mehr als vier Jahre länger abhängig. Diese Ergebnisse sind hoch signifikant. Des weiteren befindet sich unter den Substituierten ein höherer Anteil intravenöser Heroin-User und ihre tägliche Konsummenge liegt über der der Langzeittherapie Teilnehmer.

Obwohl diese Befunde auf eine schwerere Abhängigkeit der Substituierten hindeuten [vgl. Steer, 1979], ergibt sich nach dem ASI- Schweregradrating in Punkto Drogenprobleme und deren Behandlungsbedürftigkeit eine schwerere Belastung auf Seiten der Abstinenten. Der Anteil derer, die nach Einschätzung der Interviewer ein schweres Drogenproblem haben (ASI- Schweregradrating 6-9 Pkte.), ist in beiden Gruppen gleich groß. Weiterhin finden sich in der

Gruppe der untersuchten Abstinente relativ mehr Politoxikomane als unter den Substituierten. Die Annahme, daß Substituierte in jüngerem Alter begonnen haben, Heroin zu konsumieren, läßt sich anhand dieser Untersuchung im Unterschied zur Fachliteratur nicht nachvollziehen [vgl. Steer, 1979].

Hinsichtlich des Therapieverhaltens läßt sich sagen, daß signifikant mehr Substituierte angeben, in der Vergangenheit Selbstentzüge begonnen und davon auch deutlich häufiger im Sinne einer temporären Abstinenz profitiert zu haben als die Abstinente. Die Abstinente hingegen haben hoch signifikant mehr Langzeittherapien angefangen und auch insgesamt mehr Zeit (in Monaten) in stationären Therapie settings verbracht. Hinsichtlich der Anzahl an ambulanten oder stationären Entgiftungen finden sich keine Unterschiede.

Zusammenfassend läßt sich an vielen Stellen der Untersuchung anhand relativ objektiver Kriterien wie Abhängigkeitsdauer, Konsummuster und täglicher Konsummenge an Heroin vermuten, daß die Substituierten schwerer abhängig sind als die Abstinente. Dem widerspricht vor allen Dingen der hohe Anteil polyvalent Abhängiger unter den Langzeittherapie Teilnehmern, denn da die Interviewereinschätzung (ASI-Schweregrad rating) sich auf den Untersuchungszeitpunkt bezieht, kann das Ergebnis hinsichtlich der Verlaufsschwere der Drogenabhängigkeit in Zweifel gezogen werden. Es wurde im Interview der aktuelle Zustand desselben, nicht aber notwendigerweise die Situation bei Therapiebeginn abgebildet (siehe auch Methodikteil). Der Eindruck der Behandlungsbedürftigkeit ist verständlicherweise bei Aufnahme in die Therapie ein anderer, als in einem psychisch stabilisierten Zustand. Die Hypothese, daß die Substituierten schwerer abhängig sind, als die Abstinente, läßt sich nicht zweifelsfrei beweisen, wenngleich Indizien das nicht ausschließen.

Es hat sich gezeigt, daß die Gruppe der Substituierten, obwohl schon viel länger abhängig, nur unwesentlich häufiger in Einrichtungen ambulant oder stationär entgiftet worden ist als die Langzeittherapie Teilnehmer. Weiterhin haben sie seltener stationäre Langzeittherapien besucht, im Gegensatz dazu aber deutlich häufiger eigene Anstrengungen zum Heroinentzug unternommen als die Teilnehmer der Langzeittherapie.

6.2.2 UNTERSCHIEDE DER PHYSISCHEN MORBIDITÄT IM UNTERSUCHTEN KOLLEKTIV

Wie zu erwarten ist die Prävalenz vor allem infektiöser Krankheiten in der untersuchten Gruppe hoch. Die Substituierten sind von Hepatitiden, wie auch von HIV- Infektionen signifikant häufiger betroffen als die Abstinenten. Angesichts der Behandlungsrichtlinien für die Substitution überrascht das nicht, da schließlich die Substitution bei akuter Lebensgefahr oder während eines stationären Krankenhausaufenthaltes indiziert ist. Die deutlich höhere Belastung der Substituierten mit chronischen gesundheitlichen Störungen verwundert ebensowenig. Allerdings läßt sich hier nicht klären, in welchem zeitlichen und kausalen Zusammenhang die Störungen mit der Drogenabhängigkeit stehen. So können sie schon bestanden haben, als die Abhängigkeit begann, ohne ursächlich mitauslösend gewesen zu sein, oder aber im Laufe der langen Abhängigkeit als Folge des gesundheitsfeindlichen Lebens entstanden sein.

6.2.3 BEURTEILUNG DER PSYCHOPATHOLOGISCHEN SITUATION

6.2.3.1 Diskussion der affektiven Störungen

Die hier untersuchten Gruppen unterscheiden sich abhängig vom eingesetzten Instrument. Nach den Kriterien der ICD- 10 finden sich insgesamt keine Unterschiede in der Prävalenz affektiver Störungen in der Lebensgeschichte. Unter Anwendung eines Screening- Verfahrens, wie dem ASI, ergibt sich bei den Substituierten eine deutlich höhere Belastung mit schweren Depressionen in der Lebensgeschichte als bei den Klienten der Langzeittherapie.

Zieht man zur Beurteilung der aktuellen Situation die Ergebnisse des BDI heran, so ist das Ausmaß aktueller Depressivität insgesamt größer und Substituierte unterscheiden sich hoch signifikant von Abstinenten. Die Prävalenzen des CIDI liegen weit darunter und auch die Unterschiede zwischen den Gruppen sind

weniger klar, wenngleich auch hier Substituierte signifikant häufiger von „anhaltenden affektiven Störungen“ betroffen sind. Allerdings werden mit dem BDI signifikant mehr Personen als relevant depressiv eingeschätzt, die aus der Gegenwart und jüngsten Vergangenheit über Suizidgedanken und/ oder Suizidversuche berichten, als mit dem CIDI, so daß sich das Ausmaß relevant Depressiver insgesamt eher an der Prävalenz des BDI als des CIDI orientieren dürfte. Mit dem CIDI bildet sich wahrscheinlich eine Kerngruppe erheblich gestörter Klienten ab. Die ASI- Ergebnisse liegen in etwa zwischen den beiden erwähnten Instrumenten. Übereinstimmende Befunde zu affektiven Störungen im Gruppenvergleich haben LADEWIG und GRAW erhoben [Ladewig, 1990]. Insgesamt läßt sich zeigen, daß das Ausmaß affektiver Störungen in beiden untersuchten Gruppen abhängig von äußeren Einflüssen schwankt und einer gewissen Dynamik im Therapieverlauf unterliegt. Diese Dynamik scheint stark vom therapeutischen Prozeß abzuhängen und sich somit von Therapieform zu Therapieform zu unterscheiden.

Schließlich ergeben sich in dieser Untersuchung Hinweise darauf, daß das Ausmaß an Depressivität in Zusammenhang mit der Abhängigkeitsdauer steht. So steigen die BDI- Scores mit der Abhängigkeitsdauer in beiden Gruppen und auch rezidivierende depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen nehmen mit steigender Abhängigkeitsdauer zu.

6.2.3.2 Diskussion der Angststörungen

Im Gegensatz zu den bei LADEWIG und GRAW dargestellten Differenzen zwischen Substituierten und Abstinente in der Kategorie „phobische Ängste“ lassen sich in dieser Untersuchung signifikante Unterschiede nur in der Klasse der „anderen Angststörungen“ ausmachen. Substituierte sind häufiger betroffen als Abstinente, jedoch finden sich die Unterschiede nur in der aktuellen Situation. Zeitlich stabile Unterschiede im Sinne von Lifetime - Diagnosen finden sich nicht. Wie bereits erwähnt sind Frauen von der Gruppe der Angststörungen in allen Untersuchungszeiträumen wesentlich häufiger betroffen als Männer. Es ergeben sich Hinweise, daß mit steigender

Abhängigkeitsdauer „andere Angststörungen“ (F 41) zunehmen und bei der Gruppe der Substituierten die Prävalenz sozialer Phobien steigt.

6.2.3.3 Diskussion der Suizidalität

Die Gruppen der Substituierten und der Abstinenten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Suizidalität nicht signifikant voneinander. So läßt sich weder für die Vergangenheit noch für die Gegenwart ein Unterschied in selbstschädigendem Verhalten ausmachen. Hingegen findet sich suizidales Verhalten überwiegend bei Frauen, sowohl was die Prävalenz als auch die Anzahl von Suizidversuchen anbelangt. Wie schon erwähnt stellt sich in den Untersuchungen ein enger Zusammenhang zwischen aktueller Depressivität und aktueller Suizidalität dar

6.3 VERGLEICH DER VALIDITÄT VERSCHIEDENER BEURTEILUNGSSYSTEME IM HINBLICK AUF DIE THERAPIE-RELEVANZ DER BEOBACHTETEN STÖRUNGEN

Die hier dargestellten Unterschiede in der Psychopathologie zwischen Abstinenten und Substituierten betreffen vor allem Einschätzungen für die Gegenwart und die jüngere Vergangenheit. Bei den Lifetime-Diagnosen (trait - Ebene) lassen sich keine Unterschiede ausmachen. Nur selten werden die erforderlichen Kriterien für eine ICD-10 Diagnose erfüllt, die an einen gewissen zeitlichen Rahmen gebunden sind. Dies gibt Anlaß zu der Vermutung, daß die Symptome bei den untersuchten Drogenabhängigen überwiegend zeitlich inkonstant sind.

Es überwiegen demnach Befindlichkeitsstörungen, die sich besser mit Instrumenten wie dem ASI oder dem BDI darstellen. Befindlichkeitsstörungen wie Depressivität scheinen der Untersuchung mit dem CIDI vielfach zu entgehen, obwohl ihnen im Therapieverlauf große Bedeutung zuzukommen

scheint, da sie in engem Zusammenhang mit selbstschädigendem Verhalten stehen. [Schall, 1994] Insgesamt haben die Screeninginstrumente durchgehend höhere Prävalenzen für die Störungsgruppen angegeben, als der CIDI. Dies entspricht ihrem Charakter als Screeninginstrumente, denen gegebenenfalls eine eingehende psychiatrische Diagnostik folgen soll. [Kosten, 1988]

Dieser Praxis scheint für die Einschätzung der Ausgangssituation bei Therapiebeginn, wie auch für die Beurteilung der individuellen Entwicklung im Therapieverlauf die größte Bedeutung zuzukommen.

Die Substituierten weisen im ASI eine signifikant höhere globale Belastung und auch nach dem BDI signifikant höhere Punktescores auf als die Abstinenten, so daß von einer deutlich größeren psychischen Morbidität der Substituierten auszugehen ist. Trotzdem hat sich bei Einbeziehung aller verfügbaren diagnostischen Instrumente keine eindeutige Mehrbelastung der Gruppe der Substituierten mit „schwer psychiatrisch gestörten Opiatabhängigen“ ergeben. Dies läßt sich am ehesten damit erklären, daß den Lifetime-Diagnosen nach der ICD-10 im Vergleich zu den geringergradigen Störungen für die Gruppenbildung eine größere Bedeutung zukommt und die Ergebnisse von ASI und BDI nicht mit einfließen. Zusammenfassend kann auch hier festgestellt werden, daß insgesamt schwere psychiatrische Erkrankungen in beiden Gruppen meist gleich verteilt sind und sich signifikante Unterschiede stärker auf der Ebene der Befindlichkeitsstörungen darstellen. Mit Hinblick auf die Suizidalität muß jedoch betont werden, welches subjektive Leidensgefühl damit verbunden sein kann.

6.4 ZUSAMMENFASSUNG

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der relevanten internationalen Untersuchungen leiden Heroinabhängige im Hamburger Drogenhilfesystem häufig unter somatischen und psychiatrischen Störungen. Das Ausmaß des psychischen Traumas, besonders der Depressivität, nimmt mit steigender Abhängigkeitsdauer zu.

Im Vergleich zu den Teilnehmern von Langzeittherapien sind Substituierte signifikant häufiger von physischen Erkrankungen betroffen. Sie sind signifikant länger abhängig und um eben diesen Zeitraum älter als die untersuchten Abstinente. Eine schwerere Abhängigkeit läßt sich unter Berücksichtigung aller Kriterien nicht feststellen. Es zeigt sich, daß Substituierte, obwohl länger abhängig, Abstinenztherapieangebote in Relation zur Abhängigkeitsdauer signifikant seltener wahrgenommen haben, als die Teilnehmer der Cleantherapie und statt dessen deutlich häufiger Selbstentzüge unternommen haben.

Das Ausmaß der Psychopathologie hängt vom Untersuchungsinstrument ab. Die Kriterien der ICD- 10 scheinen demnach eine Kerngruppe massiv gestörter Personen abzubilden, die Prävalenzen der anderen Instrumente zeigen jeweils deutlich mehr betroffene Personen.

Nach dem CIDI sind Substituierte lediglich signifikant häufiger von sogenannten „anhaltenden affektiven Störungen“ betroffen, während sich nach dem BDI innerhalb des Methadonprogrammes signifikant mehr Personen mit „schweren Depressionen“ in der Lebensgeschichte und der aktuellen Vergangenheit abbilden als unter den Abstinente. Übereinstimmend mit der Literatur kann dies als Befindlichkeitsstörungen gedeutet werden, ohne daß immer die notwendigen Kriterien für medizinische Diagnosen erfüllt werden. Unter dem präventiven Aspekt muß betont werden, daß BDI und ASI Suizidgefährdungen in Verbindung mit affektiven Störungen besser abzubilden scheinen. Bei der Suizidalität ergibt sich eine besondere Belastung weiblicher Heroinabhängiger, ohne daß die Therapiegruppen Unterschiede aufweisen.

Im Gegensatz zu relevanten Untersuchungen von LADEWIG und GRAW finden sich keine Unterschiede bei phobischen Störungen sondern lediglich bei "anderen Angststörungen", die sich mit zunehmender Konsumdauer entwickeln.

Es muß betont werden, daß in dieser Untersuchung nur diejenigen Heroinabhängigen mit Anbindung an das Drogenhilfesystem berücksichtigt

werden und somit das Ausmaß an Störungen nicht ohne weiteres auf die Gesamtheit Heroinabhängiger verallgemeinert werden kann.

6.5 FAZIT- „MABGESCHNEIDERTE“ THERAPIE ODER „ THERAPIE VON DER STANGE“?

Die Suche nach verschiedenen Gruppen von Heroinabhängigen und die Suche nach adäquaten Therapiemöglichkeiten für die jeweiligen Gruppen gehen Hand in Hand [McLellan, 1985]. In der Literatur ist vielfach auf Begleitumstände (Beikonsum, Geschlecht etc.) hingewiesen worden, die zur Auswahl der geeigneten Therapieform herangezogen werden können [McLellan, 1985]. Des weiteren hat sich herausgestellt, daß selbst schlechteste Gesundheit und schwere psychische Auffälligkeiten für Heroinabhängige nicht unbedingt ausschlaggebend sind, althergebrachte Therapien aufzusuchen und sich „helfen“ zu lassen. Vielmehr leiden Drogenabhängige außerhalb therapeutischer Settings oftmals unter schweren psychiatrischen Störungen [DeLeon, 1995].

Es gibt Hinweise, daß mit konservativen Therapieformen das Ausmaß psychischer Störungen bei ohnehin schwer gestörten Drogenabhängigen noch vergrößert wird, wodurch die Ablehnung dieser „Hilfe“ durch die Betroffenen verständlich wird. [McLellan, 1984]

Die in dieser Studie untersuchten Gruppen Opiatabhängiger in verschiedenen Behandlungssettings unterscheiden sich im Ausmaß ihrer Psychopathologie und anderen Aspekten ihrer Abhängigkeit. Weiterhin zeigt sich deutlich , daß die Teilnehmer der Methadontherapie abstinentzfordernde Therapieformen in der Vergangenheit meist abgebrochen und fortan gemieden haben, während die

Langzeittherapie Teilnehmer bereits in der Vergangenheit derartige Behandlungssettings aufgesucht haben und die Abstinenztherapie als Behandlungsmethode offensichtlich akzeptieren. Es scheint also nicht einfach so zu sein, daß nach einer Serie erfolgloser Behandlungsversuche in der Abstinenztherapie als ultima ratio erst die Methadontherapie folgt, sondern daß die Mehrheit der Methadonklienten nach einem einzigen Therapieversuch die Abstinenztherapie scheut und in ihrer vergleichsweise langen Drogenkarriere auf professionelle Hilfe dann weitgehend verzichtet haben, bis mit der Methadontherapie ein für sie gangbarer Weg etabliert wurde.

Konkrete Charakterzüge oder Störungsbilder, die bereits darauf hinweisen könnten, daß der Klient mit der Abstinenztherapie nicht zurechtkommt, haben sich in dieser Arbeit nicht identifizieren lassen. Während sich die Screeninginstrumente ASI und BDI als globale Einschätzung auch in dieser Untersuchung bewährt haben, kann dies für die Sektion psychische Störungen des ASI aus Gründen der Datenerhebung nicht gelten [vgl. McLellan, 1984].

Diese Untersuchung stärkt aber die Annahme, daß das Ausmaß psychiatrischer Störungen, ganz gleich ob sie Ursache oder Folge der Heroinabhängigkeit und ihrer Begleitumstände sein mögen, einen großen Einfluß darauf hat, ob Drogenabhängige von bestimmten Therapie settings profitieren können.

Personen mit einem bestimmten Ausmaß psychischer Auffälligkeit sind für hochschwellige Therapieformen nicht mehr erreichbar und finden sich, wenn überhaupt, in niedrigschwelligeren Einrichtungen.

Da „staatliche Fürsorge(...) auch diejenigen Drogenabhängigen erreichen (muß), die mit abstinenzorientierter Therapie nicht zu erreichen sind“ [Leutheusser-Schnarrenberger, 1997], muß bei der Anpassung von Therapieangeboten an die Zielgruppe schwerstabhängiger Heroinkonsumenten deren psychiatrische Komorbidität als wesentlicher Faktor für die Therapiemotivation und Therapiekompliance berücksichtigt werden. Die Aufgabe starrer Positionen und das Zugehen auf die Gruppe der bereits für therapieresistent erklärten Schwerstabhängigen krönt aktuelle Modellversuche mit großem Erfolg [Klinkhammer, 1997].

7 LITERATURLISTE

Abbott, P. J., Weller, S. B., & Walker, S. R. (1994). Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data. *Journal Of Addictive Diseases*, 13(3), 1-11.

Arolt, V., Driessen, M., & Dilling, H. (1997). Psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus. *Deutsches Ärzteblatt*, 94(20), B-1074- B-1078.

Bale, R., VanStone, W., & Zarcone, V. (1980). Therapeutic Communities vs. Methadone Maintenance. *Archives of General Psychiatry*, 37(Februar), 179-193.

Behrendt, K., Degkwitz, P., & Trüg, E. (1995). Schnittstelle Drogenentzug. Freiburg i. B.: Lambertus- Verlag.

Böcker, E. M. (1991). Neue Erfahrungen mit dem Methadon- Programm. *Nervenheilkunde*.

Broner, R., Greenfield, L., & Bigelow, G. (1993). Antisocial Personality Disorder and HIV Infection Among Intravenous Drug Abusers. *American Journal of Psychiatry*, 150(1), 53- 58.

Chorzelski, G., Krausz, M., & Degkwitz, P. (1992). Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen mit L-Polamidon am Beispiel der Drogenambulanz Hamburg. *Ulmer: Grundlagen und praktische Aspekte der Substitutionsbehandlung*, 136- 143.

Corty, E., Lehman, A., & Myers, C. (1993). The influence of psychoactive substance use on the reliability of psychiatric diagnosis. *J consult Clin Psychol*, 61, 165- 170.

Darke, S., Wodak, A., Hall, W., & Ward, J. (1992). Prevalence and predictors of psychopathology among opioid users. *Br J Addict*, 87(5), 771-776.

Darke, S., Hall, W., & Ward, J. (1992). Development and validation of a multidimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index. *British Journal of Addiction*, 87, 733- 742.

Darke, S., Swift, W., & Hall, W. (1994). Prevalence, severity and correlates of psychological morbidity among methadone maintenance clients. *Addiction*, 89(2), 211-7.

DeLeon (1995). Therapeutic community methods in methadone maintenance (Passages) - an open clinical Trial. *Drug and Alcohol dependence*, 37(1), 45- 57.

Dittmann, V., Winkler, G., & Ladewig, D. (1990). Mental and Behavioural Disorders due to Psychoactive Substance use(Section F1): Results of the ICD-10 Field Trial. *Pharmacopsychiatry (Suppl)*, 23(4), 151- 154.

Feuerlein, W., Bühringer, G., & Wille; (1988). Therapieverläufe bei Drogenabhängigen- Kann es eine Lehrmeinung geben? Berlin: Springer- Verlag.

Groß, A., & Soyka, M. (1997). Pharmakotherapie bei Methadon- Substituierten Opiatabhängigen. *Psychopharmakotherapie*(3), 101- 104.

Hendriks, V. (1990). Psychiaric Disorders in a Dutch Addict Population: Rates and Correlates of DSM- III Diagnosis. *Journal of Consuling and Clinical Psychology*, 58(2), 158- 164.

Jung, J. (1994). Die Beziehungen der Entgiftungspatient/innen, Dissertation, Universität Hamburg.

Khantzian, E. (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry*, 142(11), 1259-1264.

Kindermann, W. (1992). Drogenabhängig- Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Klinkhammer, G. (1997). Schweizer Heroinmodell- Wissenschaftler sind vom Erfolg überzeugt. *Deutsches Ärzteblatt*, 94(31-32), B-1670 f.

Kofoed, L. (1991). Assessment of Comorbid Psychiatric Illness and Substance Disorders. *New Directions for Mental Health Services*, 50, 43- 55.

Kosten, T. (1988). The symptomatic and prognostic implications of psychiatric diagnoses in treated substance abusers. *Nida Res Monogr Ser*, 81(416-421).

Kosten, T., Kosten, Th., & Rounsaville, B. (1989). Personality Disorders in Opiate Addicts show Prognostic Specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163- 168.

Ladewig, D., & Graw, P. (1988). Discrimination of Opiate Dependence from Opiate Abstinence and Methadone Maintenance by Use of the Derogatis Scale. *Pharmacopsychiatry*, 21, 151- 153.

Ladewig, D. (1990). Opiate maintenance and Abstinence- Attitudes, Treatmentmodalities and outcome. *Drug Alcohol Dependence*, 25(2), 245- 250.

Lehman, A., Myers, C., & Corty, F., (1994). Prevalence and Patterns of "Dual Diagnosis" Among Psychiatric Inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 35(2), 106- 112.

Leune, J. (1997, 21.08.1997). Die Methadonpolitik ist gescheitert. *TAZ*, p. 12.

Leutheusser- Schnarrenberger, S. (1997). Neue Wege in der Drogenpolitik. taz, 19(5332), 10.

Limbeek, J., Wouters, L., & Alem, V. (1992). Prevalence of Psychopathology in Drug- Addicted Dutch. Journal of Substance Abuse Treatment, 9, 43- 52.

Lipsitz, J., & Williams, J. (1994). Psychopathology in Male and Female Intravenous Drug Users With and Without HIV Infection. Archives of General Psychiatry, 151(Nov), 1662- 1668.

McLellan , T., Childress, A.R., & Woody, G.E. (1985). Drug Abuse and Psychiatric Disorders. In A. Alterman (Ed.), Substance Abuse and Psychopathology, (pp.137- 172).

McLellan, T., Woody, G., & O'Brien, C. (1979). Development of Psychiatric Illness in Drug Abusers. New England Journal of Medicine, 301(24), 1310- 1314.

McLellan, T., Luborsky, L., & O'Brien, C. (1980). An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients- The Addiction Severity Index. The Journal of Nervous and Mental Disease, 168(1).

McLellan, A., Childress, A., & Woody, G. (1984). The psychiatrically severe drug abuse patient- Methadone maintenance or Therapeutic community. American Journal of Drug and Alcohol Abuse(10), 77- 95.

Metzger, D., Woody, G., & De Philippis, D. (1991). Risk Factors for Needle Sharing Among Methadone- Treated Patients. American Journal of Psychiatry, 148(May, 1991), 636- 640.

O'Connor, L., Berry, J., & Brown, S. (1992). Retrospective Reports of Psychiatric symptoms before, during, and after drug use in a recovering population. Journal of psychoactive drugs, 24(1), 65- 68.

Powell, J., & Taylor, D. (1992). Anger, depression, and anxiety following heroin withdrawal. *International Journal Of The Addictions*, 27(1), 25-35.

Romond, A., Forrest, C., & Kleber, H. (1975). Follow- up of participants in a drug dependence therapeutic community. *Archives of general Psychiatry*, 32, 369- 374.

Ross, H., Glaser, F., & Germannson, T. (1988). The Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Alcohol and other Drug Problems. *Archives of General Psychiatry*, 45(November 1988), 1023- 1031.

Rounsaville, B., Weissman, M., & Wilber, C. (1982). Heterogeneity of Psychiatric Diagnosis in Treated Opiate Addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39, 161- 166.

Rounsaville, B., Weissman, M., Wilber, C., & Kleber, H. (1982). Diagnosis and Symptoms of Depression in Opiate Addicts. *Archives of General Psychiatry*, 39, 151- 156.

Rounsaville, B., & Kleber, H. (1985). Untreated Opiate Addicts. *Archives of General Psychiatry*, 42(Nov), 1072- 1077.

Rounsaville, B., Kosten, T., & Kleber, H. (1986). Prognostic Significance of Psychopathology in Treated Opiate Addicts. *Archives of General Psychiatry*, 43(August 1986), 739- 745.

Rounsaville, B., Kosten, T., & Kleber, H. (1986). Long-term changes in current psychiatric diagnoses of treated opiate addicts. *Compr Psychiatry*, 27(5), 480-498.

Rounsaville, B., Bryant, K., & Kadden, R. (1993). Cross system agreement for substance use disorders: DSM-III- R; DSM-IV and ICD-10. *Addiction*, 88, 337-348.

Rounsaville, B., & Bryant, K. (1993). Reliability of Dual Diagnosis: Substance Abuse and Psychiatric Disorders. *Nida Res Monogr Ser*, 132(151).

Schall, U., Bender, S., & Gastpar, M. (1994). Drug abuse in the course of an outpatient substitution-supported therapy with L-methadone. *Sucht*, 40(5), 315-324.

Sickinger, R., & Kindermann, W. (1992). Wege aus der Heroinabhängigkeit-gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag.

Steer, R. (1979). Differences in heroin addicts seeking inpatient detoxification, ambulatory detoxification, or methadone maintenance. *Drug And Alcohol Dependence*, 4(5), 399-406.

Swift, W., Williams, G., & Grenyer, B. (1990). The Prevalence of Minor Psychopathology in opioid users seeking Treatment. *British Journal of Addiction*, 85, 629- 634.

Täschner, K. (1980). Rausch und Psychose. Kohlhammer- Verlag.

Uchtenhagen, A., & Zimmer- Höfler, D. (1985). Heroinabhängige und ihre <<normalen>> Altersgenossen. Bern: Paul Haupt.

van Praag, H.(1996). Comorbidity (psycho)analyzed. *British Journal of Psychiatry- Suppl.*, 30, 129- 134.

Vertheim, U. (1994). Kapt. 3.2- Die psychische Situation der KlientInnen. In Raschke, P. (Ed.), Substitutionstherapie - Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen (pp. 87- 98). Lambertus- Verlag.

WHO (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern; Göttingen; Toronto: Verlag Hans Huber.

Winkler, G., Dittmann, V., & Ladewig, D. (1990). Mental and Behavioural Disorders Due to Psychoactive Substance Use (Section F1): Results of the ICD-10 Field Trial. *Pharmacopsychiatry*, 23, 151- 154 (Supplement),.

Woody, E., Luborsky, L., McLellan, T., & Hole, A. (1983). Psychotherapy for Opiate Addicts- Does it help. *Archives of General Psychiatry*, 40(June), 639- 645.

Woody, G., McLellan, T., & O'Brien, C. (1985). Sociopathy and Psychotherapy Outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42(Nov), 1081- 1086.

8 DANKSAGUNG

Mein besonderer Dank gilt

dem Team der Drogenambulanz II in Wandsbek, die mir den Einstieg in die oft anstrengenden Interviews erleichtert haben,

meiner Seminargruppe,

Dr. Peter Degkwitz für wertvolle Tips ,

meinen Eltern,

meiner Schwester,

Dr. Joachim Schulz,

und Marianne Mersack

für Hilfe, Tips und Zuspruch, sowie die kritische Betrachtung der vorliegenden Arbeit.

9 LEBENS LAUF

Ich wurde am 21. April 1970 als Sohn von Horst und Annelies Trappe in Münster/ Westfalen geboren. Meine Schwester Katrin ist ein Jahr älter. Nach dem Besuch der Grundschule in Münster- Wolbek und in Melle, sowie dem naturwissenschaftlichen Gymnasium Melle, verließ ich die Schule 1989 nach dem Abitur.

Anschließend leistete ich zwischen dem 1. August 1989 und dem 30. November 1990 Zivildienst beim DRK- Rettungsdienst im Landkreis Osnabrück. 1993 beendete ich meine Ausbildung als Rettungsassistent und arbeitete nebenberuflich beim DRK- Rettungsdienst im Landkreis Segeberg.

Vom 1. April 1991 bis zum 24. November 1998 studierte ich an der Universität Hamburg Humanmedizin.

Seit Juni 1995 arbeitete ich als Doktorand bei Prof. Dr. med. M. Krausz in der Arbeitsgruppe „Komorbidität zwischen Opiatabhängigkeit und anderen psychiatrischen Erkrankungen“.

.

Weiterhin absolvierte ich 1997/98 eine Ausbildung in Körperakupunktur/ Ohrakupunktur bei Frau Dr. med. Tambirajha an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Am 24. November 1998 erfolgte die Erteilung der Teilapprobation als Arzt.

Seit dem 1.1.1999 arbeite ich als Arzt im Praktikum im Marienkrankenhaus in Hamburg in der Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin.

Ich versichere hiermit ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbstständig 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, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.
