

## » Komorbidität bei Drogenabhängigen

### Empirische Ergebnisse und therapeutische Konsequenzen

**Zusammenfassung:** Die Studie stellt Daten zur psychiatrischen Komorbidität drogenabhängiger Patienten in Entgiftungs- bzw. Entwöhnungsbehandlung dar. Bei der Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen waren Angst- und Zwangsstörungen mit 50% sowie affektive Störungen mit 38% am häufigsten. Bei entgifteten Patienten fanden sich zu Beginn einer Entwöhnungsbehandlung im Mittel milde bis mäßiggradige Angst- und Depressionssymptome, wobei Frauen meist höhere Werte als Männer aufwiesen. Ein Einfluss der Komorbidität auf den Therapieabbruch fand sich nicht. Insgesamt sind die Ergebnisse vergleichbar mit denen anderer Studien.

**Schlüsselwörter:** Drogenabhängigkeit – Komorbidität – Angst – Depression

**Comorbidity and Drug Dependency – Empirical Results and Therapeutic Consequences:** The study presents data on the psychiatric comorbidity of drug-dependent patients from two different samples (detoxification, rehabilitation treatment). Anxiety and compulsive disorders (50%) and affective disorders (38%) were the most frequent lifetime psychiatric disorders. Detoxified patients in rehabilitation treatment showed mild to moderate levels of anxiety and depression, with higher values for women. Comorbidity had no influence on drop out of treatment. Our results basically confirm those of other studies.

**Key Words:** Drug Dependence – Comorbidity – Anxiety – Depression

#### Einleitung

Welche Rolle spielen affektive Störungen und Angststörungen bei Patienten mit einer Drogenabhängigkeit? Aus psychiatrischer Sicht sind diese beiden Störungsgruppen am häufigsten mit einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen assoziiert, was durch Studien zur Komorbidität empirisch belegt wird [1,2,3,4]. Unter Komorbidität versteht man dabei das gemeinsame Auftreten einerseits einer Störung durch den Gebrauch psychotroper Substanzen (ICD-10 F1) und andererseits einer weiteren Diagnose aus dem Gebiet psychiatrischer Störungen (z.B. eine Angststörung, eine Schizophrenie o.a.)

Arthur Günthner<sup>1</sup>, Christopher Dedner<sup>1</sup>, Gerd Schäfer<sup>1</sup>, Jens Berl<sup>1</sup>, Thomas Kuder<sup>1</sup>, Thomas Bader<sup>2</sup>, Wilhelm Dengler<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen

<sup>2</sup> Drogenhilfe Tübingen e.V.

[5,6]. Komorbidität psychischer Störungen ist nicht etwa nur ein Phänomen, das besonders bei Drogenabhängigen zu beobachten ist, sondern stellt bei der Betrachtung der Lebenszeitprävalenzen psychischer Störungen eher die Regel dar [7,8,9].

In einer deutschen Feldstudie mit 350 Patienten zur Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem [3] war die Lebenszeitprävalenz in der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (inklusive Angststörungen und phobische Störungen) (ICD-10 F4) mit 43% am höchsten (Männer 38%, Frauen 55%), gefolgt von den affektiven Störungen (ICD-10 F3) mit 32% (Männer 26%, Frauen 44%). Keine psychische Störung fand sich bei 45%, Persönlichkeitsstörungen wurden in dieser Studie nicht berücksichtigt.

Das Phänomen der Komorbidität ist von klinischer und auch sozialer Relevanz. Die Versorgungssituation psychisch erkrankter Patienten mit einer Komorbidität im Sinne von Suchtstoffabhängigkeit und psychischer Erkrankung ist unzureichend. Dies gilt nicht nur für die Teilpopulation der Drogenabhängigen mit einer zusätzlichen psychischen Störung, sondern – von der anderen Seite aus betrachtet – auch für die Teilpopulation der Patienten mit einer definierten psychischen Erkrankung. So weisen z.B. Patienten mit einer schizophrenen Psychose in ca. 15% der Fälle eine komorbide Störung mit stofflichem Missbrauch auf [10].

In manchen Studien zur Komorbidität wurden die sog. „Persönlichkeitsstörungen“ (Störungen der Gruppe F6 gemäß ICD-10 oder Achse-II-Störungen gemäß DSM-IV) mit einbezogen [1,11,12], in anderen Studien dagegen weggelassen [2,3]. So fanden z.B. Burian & Smole [11] in einem klinischen Entgiftungszentrum nach DSM-III-R in 70% und nach ICD-10 in etwa 50% der von ihnen untersuchten 152 Substanzabhängigen eine Persönlichkeitsstörung. Jedoch ist die reliable und valide quantifizierte Erfassung von Persönlichkeitsstörungen mit besonderen Schwierigkeiten verbunden [13], und die große Varianz der Prävalenzraten über viele Studien hinweg erschwert die Vergleichbarkeit [5], besonders bei der Betrachtung klinischer Studien (im Vergleich zu epidemiologischen Studien). Auch bei den hier berichteten Ergebnissen (siehe unten) wurden Persönlichkeitsstörungen ausgeklammert.

#### Material und Methoden

Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zur Komorbidität, insbesondere zu affektiven Störungen und Angststörungen, basieren auf Untersuchungen an zwei Stichproben drogenab-

hängiger Patienten, die sich in Tübingen zur Behandlung befanden. Dabei wurde die Lebenszeit-Prävalenz psychischer Störungen bei Patienten untersucht, die sich zur qualifizierten Entgiftungsbehandlung an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie befanden (Entgiftungsgruppe, n=60)\*. Die Erfassung aktueller psychischer Begleitstörungen nach abgeschlossener Entgiftung und unter Abstinenz erfolgte bei drogenabhängigen Patienten, die an einem stationären abstinenten Rehabilitationsprogramm der Drogenhilfe Tübingen e.V. teilnahmen (Entwöhnungsgruppe, n=254). (Bei den Ergebnissen der Entwöhnungsgruppe gehen Ergebnisse der Zwischenauswertung einer Studie zur „vergleichenden klinischen Erforschung der ambulanten und der stationären Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie bei Drogenabhängigen“ ein, die derzeit vom Ministerium für Bildung und Forschung gefördert wird.)

Die Diagnosestellung und Erfassung der Lebenszeitprävalenz bei den Patienten in Entgiftungsbehandlung erfolgte nach ICD-10-Kriterien [14] mittels Computerversion des DIA-X-Interviews [15]. Bei der Erfassung aktueller psychischer Symptome mittels Selbstbeurteilung (Patienten der Entwöhnungsgruppe) wurden Depressivität mittels Beck-Depression-Inventory (BDI) [16] sowie Skala 4 der Symptom-Check-List (SCL-90-R) [17] und Angst mittels State-Trait-Anxiety Inventor (STAI) [18] und Skala 5 (Ängstlichkeit) und Skala 7 (phobische Angst) der SCL-90-R erfasst.

## Ergebnisse

Die *Lebenszeit-Prävalenz* psychischer Störungen (mindestens eine psychische Störung nach ICD-10) bei den 60 Patienten in Entgiftungsbehandlung (49 Männer [82%], 11 Frauen (18%), mittleres Alter 28,9 Jahre) lag bei 55%, wobei Angst- und Zwangsstörungen mit 50% und affektive Störungen mit 38% dominierten. Bei den affektiven Störungen waren anhaltende affektive Störungen (ICD-10 F34) mit 27% am häufigsten vertreten, bei den Angst- und Zwangsstörungen die phobische Störung (ICD-10 F40) mit 47%.

Von 254 drogenabhängigen Patienten in Entwöhnungsbehandlung gaben 82% an, in ihrem Leben schon einmal unter ersten psychischen Problemen gelitten zu haben. 7,5% der Patienten waren mindestens einmal in ihrem Leben in stationärer und 14% in ambulanter psychiatrischer Behandlung gewesen; teilstationäre Behandlungen waren nie durchgeführt worden.

Die Erfassung *aktueller psychischer Symptome* bei den Patienten in Entwöhnungsbehandlung erfolgte auf der Basis von Selbstbeurteilungen mit Fokussierung der Bereiche Depressivität und Ängstlichkeit. (254 drogenabhängige Patienten, (198 Männer [78%], 56 Frauen [22%], mittleres Alter 29,7 ± 5,65 Jahre).

## Depressivität

Die Patienten der Entwöhnungsgruppe wiesen unter Abstinenz und zu Beginn ihrer Rehabilitationsbehandlung im Mit-

tel eine milde bis mäßiggradige Depressivität auf (BDI: AM=12,1; SD=7,86 Punkte). Auf der Depressivitäts-Skala der SCL-90-R lag der mittlere Wert (AM=61,6; SD=11,14) immerhin mehr als eine Standardabweichung über dem Wert der Normstichprobe (T-Wert-Verteilung).

*Suizidalität* bestand aktuell zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns in der Entwöhnungseinrichtung nicht, war jedoch bei 27,4% der Patienten mindestens einmal in ihrem Leben zuvor aufgetreten. Dabei gaben immerhin 16,5% der Patienten an, dass sie bereits vor Beginn ihrer Drogenprobleme unter suizidalen Gedanken oder Tendenzen gelitten hätten.

## Angst

Im Bereich der phobischen Angst (SCL-90-R, Skala 7) lagen die drogenabhängigen Patienten in der Entwöhnungsgruppe im Mittel um eine halbe Standardabweichung über dem mittleren Wert der normierten Referenzstichprobe (AM=55,3; SD=11,81). Die Ängstlichkeit (gemäß SCL-90-R, Skala 5) lag im Mittel sogar noch höher (AM=58,7; SD=11,2). Im State-Trait-Anxiety Inventory lag die persönlichkeitsbezogene (trait) Angst (AM=60,0; SD=8,45) etwa eine Standardabweichung über den normierten Mittelwerten der Referenzstichprobe, die zustandsbezogene (state) Angst (AM=44,4; SD=10,78) mehr als eine halbe Standardabweichung über den Mittelwerten der nicht-normierten Referenzstichprobe.

## Abhängigkeit der Ergebnisse vom Geschlecht

Die drogenabhängigen Frauen litten mehr unter Angst- und affektiven Störungen als die Männer. Bei der Lebenszeit-Prävalenz lagen die Werte der Frauen bei den Angst- und Zwangsstörungen sowie den affektiven Störungen mit jeweils 55% höher als bei den Männern (49% bzw. 37%). Auch hinsichtlich aktueller Symptome bei den Patienten in der Entwöhnungsgruppe lag der mittlere BDI-Wert der Frauen (AM=14,5; SD=8,95) signifikant ( $t=2,37$ ;  $p<0,05$ ) über dem entsprechenden Wert bei den Männern (AM=11,4; SD=7,26). In der Skala 5 (Depressivität) der SCL-90-R war dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen nicht zu finden. Auch hinsichtlich Ängstlichkeit (SCL-90-R Skala 5) und zustandsabhängiger Angst (STAI state) lagen die Werte der Frauen signifikant ( $p<0,05$ ) über den Werten der Männer (siehe Tab. 1). Bei der phobischen Angst (SCL-90-R Skala 7) und der persönlichkeitsbezogenen Angst (STAI trait) waren die Unterschiede nicht signifikant.

## Klinische Relevanz der Komorbidität für den Abbruch einer Entwöhnungsbehandlung

Eine positive psychiatrische Anamnese (stationäre psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte) war nicht ausschlaggebend für den Therapie-Abbruch bei den Patienten in Entwöhnungsbehandlung (Chi Quadrat=2,48;  $p=0,29$ ). Auch hinsichtlich aktuell bestehender Symptome hatten Depressivität (BDI, SCL-90-R Skala Depressivität) und Angst (STAI, SCL-90-R Skala Ängstlichkeit) keinerlei systematischen Einfluss auf den Abbruch der jeweiligen stationären Entwöhnungsbehandlung in der Gesamtstichprobe.

\* Die ausführlichen Ergebnisse der Entgiftungsgruppe sind in der medizinischen Dissertation von J. Berl (Medizinische Fakultät der Universität Tübingen) enthalten.

**Tab. 1** Depressivität und Angst bei männlichen und weiblichen Drogenabhängigen in Entwöhnungsbehandlung (n=254) (Selbstbeurteilung)

	Männer (n=198)		Frauen (n=56)		gesamt (n=254)	
	AM	SD	AM	SD	AM	SD
<b>BDI</b>	11,4	7,26	14,5	8,95	12,1	7,86
<b>SCL-90-R (D)</b>	61,6	11,29	61,3	10,64	61,6	11,14
<b>STAI (S)</b>	43,3	10,24	48,1	11,61	44,4	10,78
<b>STAI (T)</b>	59,8	8,61	60,6	7,90	60,0	8,45
<b>SCL-90-R (Ä)</b>	57,9	11,53	61,1	9,22	58,7	11,16
<b>SCL-90-R (P)</b>	54,9	12,03	56,5	10,84	55,3	11,81

\* beim STAI (State) werden Summenwerte verwendet, beim STAI (Trait) normierte T-Werte (entsprechend den Angaben in der normierten Referenzstichprobe)

BDI = Beck-Depression-Inventor  
 SCL-90-R (D) = Symptom-Check-List, Skala 4 (Depressivität)  
 STAI (S) = State-Trait-Anxiety-Inventor (State)  
 STAI (T) = State-Trait-Anxiety-Inventor (Trait)  
 SCL-90-R (Ä) = Symptom-Check-List, Skala 5 (Ängstlichkeit)  
 SCL-90-R (P) = Symptom-Check-List, Skala 7 (phobische Angst)

#### Komorbidität bei Patienten in Entwöhnungsbehandlung und bei Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung

Stationäre Entwöhnungsbehandlung einerseits sowie die Substitution mit Methadon andererseits gehören zu den längerfristig angelegten Behandlungsarten für drogenabhängige Patienten. Wir verglichen deshalb die aktuellen mittleren Angst- und Depressivitätswerte der Entwöhnungsgruppe mit denen einer methadonsubstituierten Patientengruppe ähnlicher Fallzahl, wie sie von Darke et al. [12] berichtet worden waren (siehe Tab.2). Auch wenn die Vergleichbarkeit durch interkulturelle Einflüsse, regionale Unterschiede und Selektionseffekte nur bedingt gegeben ist, so fällt doch auf, dass in beiden Stichproben die Mittelwerte für Depressivität und Ängstlichkeit im klinisch relevanten Bereich liegen, also aktuell bei beiden Patientengruppen depressiv-ängstliche Symptommuster gefunden werden. Nimmt man die Werte (Mittelwert und Standardabweichung) der Entwöhnungsgruppe als Referenz, so liegt der BDI-Mittelwert der Methadongruppe um 58% der Standardabweichung über dem entsprechenden Mittelwert der Entwöhnungsgruppe ( $t=5,2$ ;  $p<0,01$ ). Auch in der Ängstlichkeit (STAI state) liegen die Werte der Methadongruppe signifikant ( $t=2,8$ ;  $p<0,05$ ) über denen der Entwöhnungsgruppe. Sowohl bei der Depressivität als auch bei der Ängstlichkeit weisen die Werte in der Methadongruppe eine signifikant größere Streuung auf als in der Entwöhnungsgruppe (BDI:  $F=1,87$ ,  $p<0,05$ ; STAI:  $F=1,30$ ,  $p<0,05$ ). Dies weist hinsichtlich der Komorbidität (affektive Symptome) auf eine größere Homogenität der Entwöhnungsgruppe hin. (Bei den Berechnungen wurde näherungsweise der Student t-Test für unabhängige Stichproben und ungleiche Varianzen als Testgröße verwendet, um einen Vergleich auf der Basis von Gruppendaten zu ermöglichen.)

## Diskussion

Dass etwa die Hälfte der Drogenabhängigen eine komorbide psychische Störung aufweist, zeigte sich nicht nur bei unseren Stichproben, sondern auch in anderen nationalen [2,3,19] und internationalen [20] Untersuchungen. Komorbidität mit Abhängigkeit von psychotropen Substanzen ist bei psychisch Kranken, z.B. bei Patienten mit einer Schizophrenie, häufig mit besonders schweren Verläufen assoziiert [21].

Dass über 16% unserer Patienten bereits vor Beginn ihres Drogenkonsums unter suizidalen Problemen litten, ist ein Hinweis dafür, dass zumindest eine Untergruppe dieser Patienten Drogen zur Selbstmedikation ihrer affektiven Störungen einsetzt [22].

Die Varianz der Lebenszeitprävalenz der Komorbidität in verschiedenen Studien lässt sich möglicherweise auf regionale Einflussgrößen, auf Selektionseffekte der Institutionen, auf die Erhebungsumgebung, auf den Zeitraum der Erhebung, auf unterschiedliche Beurteiler und auf unterschiedliche Meßmethoden zurückführen. So fanden Kuntze et al. [5] bei 110 methadonsubstituierten Patienten in 24,5% der Fälle eine depressive Störung (ICD-10 F3), in 13,6% eine schizophrene Störung (F2) und in 4,5% eine Angststörung, was deutlich unter den Prävalenzzahlen unserer Patienten in Entgiftung lag. Zum einen war die Prävalenz diagnostizierter Persönlichkeitsstörungen in der Studie von Kuntze et al. mit 45,5% so hoch, dass möglicherweise etliche dieser Persönlichkeitsdiagnosen auch die klinischen Diagnosen beeinflusst haben könnten. Zum anderen basieren die Diagnosen bei Kuntze et al. auf klinischen Beurteilungen unter Verwendung der „ICD-10-Symptom-Checkliste Für Psychische Störungen“ [23] sowie des AMDP-Systems [24], die Diagnosen bei unseren 60 Patienten in Entgiftungsbehandlung auf der Anwendung des DIA-X-Interviews.

Betrachtet man das Vorliegen aktueller affektiver Symptome, z.B. bei der Selbstbeurteilung der Depressivität (mittels BDI) und Ängstlichkeit (mittels STAI), so zeigt sich, dass der arithmetische Mittelwert häufig im Bereich leichter bis mittelgradiger Depression (BDI) bzw. Ängstlichkeit liegt, d.h. bei vielen Patienten bestehen klinisch relevante affektive Symptome. Wie Tab.2 zeigt, gilt dies nicht nur für Patienten in Entwöhnungsbehandlung, sondern auch für Patienten in Methadon-Substitutions-Behandlung. Natürlich sind bei Feldstudien wie den hier vorliegenden lokale (einschließlich interkulturelle) Effekte bzw. Selektionseffekte nicht auszuschließen.

Bei der Betrachtung der Komorbiditätsraten sind besondere Untergruppen zu beachten. Auch unsere Befunde stützen die

**Tab. 2** Depressivitäts- und Angstmaße (Selbstbeurteilung) bei Patienten in Entwöhnungsbehandlung und Patienten in Methadon-Substitutionsbehandlung

	eigene Daten Entwöhnungsbehandlung n=254 (78% männlich)		Darke et al., 1994 Methadonbehandlung n=222 (62% männlich)	
	AM	SD	AM	SD
<b>Alter</b>	29,7	5,7	30,8	5,9
<b>BDI</b>	12,1	7,9	16,7	10,8
<b>STAI (S)</b>	44,4	10,8	47,4	12,3

Ergebnisse anderer Untersuchungen, dass bei Frauen höhere Komorbiditätsraten im Bereich affektiver bzw. Angststörungen auftreten als bei Männern [2,3].

Die Frage, ob Komorbidität die Wahrscheinlichkeit für den Abbruch einer Therapie beeinflusst, lässt sich nicht generell beantworten. Während bei 223 Probanden im Methadonprobungsvorhaben Nordrhein-Westfalen in der Abbrechergruppe der Anteil der Probanden mit einer oder mehreren psychischen Störungen signifikant höher lag als in der Gruppe der Nichtabbrecher (89,7 versus 67%) [25], konnten wir bei Patienten in Entwöhnungstherapie keinen wesentlichen Einfluss depressiver Störungen oder Angststörungen auf den Therapieabbruch feststellen. Sicher kann hier der Einfluss von Persönlichkeitsstörungen relevant sein. Allerdings stellt sich auch hier die Frage, wie angesichts der Streubreite von 7–100% berichteter Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen [5,26] eine sichere Aussage möglich ist. Selbst bei ein und derselben Stichprobe können je nach Messverfahren unterschiedliche Einschätzungen resultieren. So ergab sich in einer Studie mit 144 Kokainabhängigen nur eine geringe bis allenfalls mäßige Übereinstimmung bei der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen mittels eines strukturierten klinischen Interviews (SCID II) einerseits und eines Selbstbeurteilungsverfahrens (MCMI-II) andererseits, mit einem erklärten Varianzanteil zwischen 0 und 30% [27].

Auch die Ergebnisse von Roch et al. [28], dass Klientenmerkmale nur in geringem Ausmaß mit dem Abbruch einer stationären Entwöhnungstherapie korrelieren (in den meisten Fällen lagen die Korrelationen bei  $r < 0,10$ ), stützen unser Ergebnis, dass affektive bzw. Angststörungen nur wenig Einfluss auf den Therapieabbruch haben. Hier könnten Einrichtungsmerkmale relevanter sein [29,30].

Die Populationen klinischer Studien sind nicht identisch mit denen epidemiologischer Studien. Klinische Studien liefern aus epidemiologischer Sicht oft fälschlicherweise hohe Prävalenzraten, da der Substanzgebrauch mit der Exazerbation einer psychischen Störung einhergeht [31].

Raskin & Miller [31] weisen darauf hin, dass psychiatrische Symptome, die in Zeiten aktiven Substanzkonsums auftreten, unter einer Behandlung innerhalb von Wochen bis Monaten zurückgehen können. Interessant war dabei auch das jeweilige Behandlungssetting. Während die Prävalenzrate depressiver Störungen bei Suchtkranken in einer psychiatrischen Umgebung 30% betrug, lag sie in einer anderen Umgebung des Suchthilfesystems lediglich bei 5%. Entsprechendes fand sich auch bei Angststörungen (30 versus 3%). Die Autoren betonen, dass die Beurteilung einer vom Substanzgebrauch unabhängigen psychischen Störung Beobachtungszeiträume zwischen vier Wochen und zwei Jahren voraussetzt und auch von der Art der Diagnosen abhängt. Längsschnittstudien zeigen, dass positive Entwicklungen, d.h. eine Verbesserung der psychischen Verfassung, häufig mit einem Rückgang des Drogenkonsums korrelieren [19]. Zwar wird therapeutisch oft davon ausgegangen, dass der Rückgang des Drogenkonsums für die Besserung der psychischen Verfassung verantwortlich ist. Genauso denkbar ist jedoch, dass eine Verbesserung der psychischen Situation zu einer Abnahme des Drogenkonsums führt. Letztere These wäre im Einklang mit der Selbstmedika-

tionshypothese, d.h., dass Drogenabhängige Substanzen nehmen, um psychische Probleme zu „behandeln“.

In einer epidemiologischen, d.h. nicht-klinischen Studie [9] lag unter 171 Fällen mit mindestens einer DSM-III-Lebenszeit-Diagnose die Komorbidität von Angst- und affektiven Störungen einerseits und substanzbedingten Störungen andererseits mit 5,3% aller Fälle an zweiter Stelle, die Komorbidität von Angst- und affektiven Störungen mit 15,2% an erster Stelle. Dies ist ein Beleg dafür, dass Komorbidität zwar häufiger in klinischen Populationen auftreten kann, keinesfalls jedoch ein Artefakt im Sinne von Selektionseffekten darstellt.

Zum Schluss dieser Überlegungen sei noch ein forschungsmethodisches und erkenntnistheoretisches Problem von therapeutischer Relevanz erwähnt: Sowohl affektive Störungen als auch problematischer Substanzgebrauch haben ihren Beginn oft in der zweiten bis dritten Lebensdekade. Geht man z.B. von dem Fall eines Patienten aus, der für beide Störungsbilder biologisch oder lebensgeschichtlich prädisponiert ist und zuerst eine Drogenabhängigkeit entwickelt, so könnte eine depressive Störung, die theoretisch auch ohne die Drogenabhängigkeit bei diesem Patienten aufgetreten wäre, aufgrund der bestehenden Drogenproblematik übersehen oder fälschlicherweise dem Drogengebrauch zugeschrieben werden. Ein derartiger Fehlschluss kann implizit in therapeutischen Beurteilungen wie „die Sucht steht im Vordergrund“ enthalten sein. Umgekehrt kann bei zuerst auftretender Depression und nachfolgender Drogenabhängigkeit fälschlicherweise davon ausgegangen werden, die Depression sei die eigentliche „Ursache“ für den Drogengebrauch, etwa im Sinne der Selbstmedikationshypothese. Derartige „post hoc, ergo propter hoc“-Schlussfolgerungen, die aus einer zeitlichen Folge auf eine kausale schließen, können im Sinne vorläufiger Hypothesen für therapeutische Interventionen durchaus sinnvoll sein; sie sind jedoch problematisch, wenn sie ohne weitere empirische Prüfung zum Ausschluss von Patienten hinsichtlich einer erforderlichen Behandlung führen.

Welche therapeutischen Konsequenzen lassen sich aus den berichteten Ergebnissen und Überlegungen ziehen? Im Folgenden soll diese Frage zusammenfassend in Form von sieben Thesen beantwortet werden:

1. Komorbidität bei Drogenabhängigen ist eher die Regel als die Ausnahme. Deshalb müssen psychische Störungen *und* die Drogenabhängigkeit Gegenstand der Behandlung sein!
2. Trotz deutlicher Streuung der Prävalenzraten (besonders hoch in klinischen Umgebungen) tritt Komorbidität in unterschiedlichen Populationen oft in ähnlicher Weise auf, z.B. in verschiedenen Ländern, bei abstinenzorientierten Behandlungsansätzen ebenso wie bei substanzgestützten Behandlungen. Deshalb sollte die Behandlung der Komorbidität nicht auf bestimmte Behandlungsansätze beschränkt bleiben.
3. Affektive Störungen und Angststörungen sind bei Drogenabhängigen besonders häufig. Deshalb sollte hierfür eine orientierende Diagnostik (Screening) bei jedem Drogenabhängigen durchgeführt werden.
4. Drogenabhängige Frauen leiden häufiger unter affektiven und Angststörungen als drogenabhängige Männer. Deshalb sollten Behandlungsansätze differenzielle Elemente beinhalten und geschlechtsspezifischen Unterschieden Rechnung tragen.

5. Komorbidität hat nicht unbedingt den Abbruch einer Behandlung der Drogenabhängigkeit zur Folge. Deshalb sollten komorbide Patienten nicht aus einer solchen Behandlung ausgeschlossen werden. Unklar ist jedoch noch, welche u.U. spezifischen Behandlungsangebote ihnen besonders gerecht werden.
6. Die Einschätzung der Komorbidität hängt u.a. von der betrachteten Zeitdauer, der Erhebungsumgebung, der Art der Störung und dem verwendeten Erhebungsinstrument ab. Dies ist bei der Diagnostik und Behandlungsplanung zu berücksichtigen.
7. Der Zusammenhang zwischen psychischer Störung und Drogenabhängigkeit ist komplex und oft nur unter Berücksichtigung der individuellen biologischen und lebensgeschichtlichen Hintergründe zu interpretieren. Deshalb sollte jede Behandlung oder bewusste Nichtbehandlung einer deutlichen oder länger bestehenden klinisch relevanten psychischen Störung auf der Basis einer sorgfältigen psychiatrischen Diagnostik erfolgen.

### Literatur

- 1 Hendriks VM. Psychiatric disorders in a dutch addict population: rates and correlates of DSM-III diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58 (2): 158–165
- 2 Krausz M, Degkwitz P, Kühne A, Verthein U. Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. *Addictive Behaviours* 1998a; 23 (6): 767–783
- 3 Krausz M, Verthein U, Degkwitz P. Prävalenz psychischer Störungen bei Opiatabhängigen mit Kontakt zum Drogenhilfesystem. *Nervenarzt* 1998b; 69: 557–567
- 4 Krausz M, Verthein U, Degkwitz P. Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 1999; 5: 55–62
- 5 Kuntze MF, Ladewig D, Stohler R. Art und Häufigkeit der Komorbidität bei methadonsubstituierten Opiatabhängigen in der ambulanten Versorgung. *Sucht* 1998; 44 (2): 95–103
- 6 Gold MS, Slaby AE (Hrsg). *Dual Diagnosis in Substance Abuse*. New York: Marcel Dekker Inc., 1991
- 7 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1994; 1: 8–31
- 8 Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry* 1996; 66 (1): 17–31
- 9 Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1992; 241: 247–258
- 10 Krausz M. Versorgungssituation und Behandlung von Patienten mit schizophrener Psychose und stofflichem Mißbrauch. *Krankenhauspsychiatrie* 1992; 3: 53–57
- 11 Burian W, Smole S. Persönlichkeitsstörungen bei Drogenabhängigen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1997; 20 (3–4): 111–113
- 12 Darke S, Swift W, Hall W. Prevalence, severity and correlates of psychological morbidity among methadone maintenance clients. *Addiction* 1994; 89: 211–217
- 13 van den Brink W. Personality disorders and addiction (editorial). *European Addiction Research* 1995; 1: 161–165
- 14 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation Psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 2. Auflage Bern: Hans Huber, 1993
- 15 Wittchen HU, Pfister H (Hrsg). *DIA-X-Interview. Instruktionmanual zur Durchführung von DIA-X.-Interviews*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger B.V., Swets Test Services, 1997
- 16 Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber, 1994.
- 17 Franke G. *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis*. Göttingen: Beltz-Test, 1995
- 18 Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberg CD. *STAI. Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz-Test, 1981
- 19 Verthein U, Degkwitz P, Kühne A, Krausz M. Komorbidität von Opiatabhängigkeit und psychischen Störungen – Ergebnisse einer Verlaufsuntersuchung. *Sucht* 1998; 44 (4): 232–246
- 20 Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511–2518
- 21 Krausz M, Mass R, Haasen C, Gross J. Psychopathology in patients with schizophrenia and substance abuse. *Psychopathology* 1996; 29: 95–103
- 22 Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry* 1985; 142 (11): 1259–1264
- 23 Janca A, Uestün TB, Van Drimmelen J, Dittman V, Isaac M. *ICD-10 Symptom Checkliste Für Psychische Störungen. Version 1.1* Bern: WHO – Huber Verlag, 1995
- 24 Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). *Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde*, 5. Auflage Göttingen: Hogrefe, 1995
- 25 Bender S, Scherbaum N, Finkbeiner Th, Rösinger C, Schall U, Lodemann E, Gastpar M. Psychiatrische Komorbidität bei Opiatabhängigen in Substitutionsbehandlung. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg). *Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sucht (Sonderband 1995)*, Geesthacht: Neuland, 1995: 33–135
- 26 Clerici M, Carta I. Personality disorders among psychoactive substance users: diagnostic and psychodynamic issues. *European Addiction Research* 1996; 2 (2): 147–155
- 27 Marlowe DB, Husband SD, Bonieski LM, Kirby KC, Platt JJ. Structured interview versus self-report test advantages for the assessment of personality pathology in cocaine dependence. *Journal of Personality Disorders* 1997; 11 (2): 177–190
- 28 Roch I, Kufner H, Arzt J, Böhmer M, Denis A. Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. *Sucht* 1992; 38 (5): 304–322
- 29 Vollmer HC. Die vorzeitige Therapiebeendigung bei der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger: Analyse und Interventionen. *Suchtgefahren* 1988; 34 (2): 65–79
- 30 Vollmer HC, Ellgring H. Die Vorhersage der vorzeitigen Therapiebeendigung bei Drogenabhängigen. *Suchtgefahren* 1988; 34 (4): 273–284
- 31 Raskin VD, Miller NS. The epidemiology of the comorbidity of psychiatric and addictive disorders: a critical review. *Journal of Addictive Diseases* 1993; 12 (3): 45–57

Dr. med. Dipl.-Psych. Arthur Günthner

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Osianderstraße 24  
72076 Tübingen

E-mail: arthur.guenthner@med.uni-tuebingen.de