

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. F. Hohagen

Evaluierung des Drogen- und Alkoholkonsums bei konsekutiv in die Universitäts-
klinik Lübeck, Klinik für Psychiatrie, aufgenommenen schizophrenen bzw.
schizoaffektiven Patienten

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Medizinischen Fakultät -

vorgelegt von
Tilo Klesse
aus Berlin

Lübeck 2004

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Tilmann Wetterling
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Horst Dilling

Tag der mündlichen Prüfung: 12.09.2006

zum Druck genehmigt. Lübeck, den 12.09.2006

gez. Prof. Dr. med. Werner Solbach
- Dekan der Medizinischen Fakultät -

Inhalt :**1. Einleitung**

1.1.	Schizophrenie und wahnhafte Störung	5
1.2.	Epidemiologie	6
1.3.	Ätiologie	7
1.4.	Drogenkonsum in Deutschland	7
1.4.1.	Drogenkonsum in Lübeck und Umgebung	9
1.5.	Drogenkonsum bei schizophrenen Patienten	10
1.6.	Fragestellung und Zielsetzung	14

2. Material und Methoden

2.1.	Patientenkollektiv	16
2.2.	Instrumente	17
2.3.	Laborparameter	18
2.3.1.	Drogenschnelltest	18
2.3.2.	Kontrolle des Alkoholkonsums	20
2.4.	Praktische Durchführung	21
2.4.1.	statistische Methoden	22

3. Ergebnisse

3.1.	Alkohol- und/oder Drogenkonsum bei Aufnahme	23
3.2.	Psychopathologischer Befund zum Zeitpunkt der Aufnahme	26
3.2.1.	BPRS- Werte	26
3.2.2.	Frankfurter Beschwerde-Fragebogen	30
3.3.	Fragebogenauswertung	33
3.3.1.	Stichprobe	33
3.3.2.	Alkoholkonsumverhalten (Selbstaussagen)	36
3.3.3.	Drogenkonsumverhalten (Selbstaussagen)	39

4. Diskussion	45
5. Zusammenfassung	50
6. Anhänge	53
7. Literatur	60
8. Danksagung	68
9. Lebenslauf	69

1. Einleitung

1.1. Schizophrenie und wahnhafte Störung

Der Krankheitsbegriff „Schizophrenie“ geht auf E. Bleuler zurück. Er kennzeichnete die psychopathologische Besonderheit der Erkrankung als eine „Spaltung der verschiedensten psychischen Funktionen“(Bleuler, 1911).

Bleuler differenziert zwischen für die Schizophrenie charakteristischen und dauerhaft vorhandenen Grundsymptomen einerseits sowie akzessorischen, d.h. zeitweilig auftretenden Symptomen andererseits. Zu Ersteren zählen Assoziations- und Affektivitätsstörungen sowie Ambivalenz und Autismus. Letztere sind vor allem produktive Symptome, wie Sinnestäuschungen, Wahnideen, Ich-Störungen, Veränderungen von Sprache und Schrift, vegetative und katatone Symptome, so z.B. Katalepsie, Stupor, Hyperkinesen, Stereotypen etc. (Bleuler, 1911).

Von besonderer Bedeutung für die Diagnoseerstellung ist das Vorhandensein der Symptome 1. Ranges. Zu ihnen zählen dialogische Stimmen, kommentierende Stimmen, Gedankenlautwerden, Gedankenentzug u.a.. Die Symptome 2. Ranges sind weniger spezifisch für schizophrene Erkrankungen, werden aber zur Diagnoseerstellung hinzugezogen (Schneider, 1971).

Unter den genannten psychopathologischen Symptomkonstellationen leidet die Einheit und Individualität der Person, ihre intelligente Planungs- und Handlungsfähigkeit, ihre Entscheidungsfreiheit sowie ihre Kommunikations- und Kontaktfähigkeit. Oft ist - zumindest in akuten Krankheitsstadien und bei chronisch-produktiven Verläufen - die Krankheitseinsicht aufgehoben. Im Krankheitsverlauf kann es zur zunehmenden Einschränkung von sozialer Kompetenz und kognitiver Leistungsfähigkeit kommen (Freyberger, 1996).

Der Erstmanifestation können jahrelang unspezifische „pseudoneurotische“ Verhaltensauffälligkeiten vorausgehen, die schwer von prämorbidem Persönlichkeitsstörungen abzugrenzen sind. Ebenso gelten generationenspezifische Konflikte und Krisen als vorangehende Auslöser. Der Gipfel des Manifestationsalters liegt im 2.-3. Lebensjahrzehnt, (50% vor dem 25. Lebensjahr), es werden aber auch typisch schizophrene Spätmanifestationen im Involutionalter beobachtet. Männer erkranken durchschnittlich 4 Jahre früher als Frauen (Häfner et al., 1991).

Das klinische Erscheinungsbild der Schizophrenie wird nach der ICD-10 in verschiedene Untergruppen eingeteilt (Dilling et al., 1993). Hierzu zählen die para-

noide, hebephrene, katatone und undifferenzierte Form sowie das schizophrene Residuum.

Zum gleichen Formenkreis gehören nach der ICD-10 die vorübergehenden psychotischen und schizoaffektiven Störungen (F22.0-F25.0). Kennzeichen der letzteren Gruppe ist das gleichzeitige Vorkommen schizophrener und affektiver Symptomatik. Diese Mischpsychosen nehmen eine Zwischenstellung zwischen schizophrenen und affektiven Psychosen ein, ohne dass ihre nosologische Zuordnung eindeutig wäre (Marneros, 1989). Sie werden daher klassifikatorisch in einer eigenen Gruppe geführt. Je nach Art der affektiven Begleitsymptomatik werden in der ICD-10 eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch (F25.0) und eine schizoaffektive Störung gegenwärtig depressiv (F25.1) unterschieden (Freyberger, 1996). Bei gleichzeitigem Vorliegen manischer und depressiver Symptomatik oder raschem Wechsel spricht man von einer gemischten schizoaffektiven Störung (F25.2).

1.2. Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie beträgt, von regionalen Unterschieden abgesehen, 0,8 –1 % in der Gesamtbevölkerung (höhere Prävalenz zum Beispiel in Westirland und Nordschweden (Torrey, 1987)). Im psychiatrischen Patientengut nehmen die Schizophrenen einen Anteil von etwa 16% ein.

Familienuntersuchungen zeigten, dass Kinder schizophrener Eltern ein erhöhtes Risiko aufweisen, ebenfalls zu erkranken. Ist ein Elternteil an Schizophrenie erkrankt, ist das Risiko um 10 % erhöht, sind beide Elternteile betroffen, um 40%. Zwillingsstudien ergaben bei getrennt aufwachsenden eineiigen Zwillingen eine Konkordanz von 60-70 % für die Erkrankung, bei zweieiigen Zwillingen betrug die Konkordanz nur 10 % (Babigan, 1986).

1.3. Ätiologie

Ätiologie und Pathogenese der Schizophrenie sind auch heute noch weitgehend ungeklärt. Eine multifaktorielle Genese ist sehr wahrscheinlich und spiegelt sich in den zahlreichen Schwerpunkten bei der Ursachenforschung wider.

Ein Ungleichgewicht im Neurotransmitterhaushalt in Form einer erhöhten Dopamin-Konzentration an zentralen Synapsen ist seit langem bekannt (Carlsson, 1987). Hier greifen die meisten Medikamente zur Behandlung der Schizophrenie, die so genannten Neuroleptika, an. In circa zwei Dritteln der Fälle soll die Konzentration der D4-Dopamin-Rezeptoren im Gehirn erhöht sein (Seeman, 1993).

Anderere Mediatoren wie Serotonin, Noradrenalin, Glutamat, Cholecystokinin und Neurotensin geraten zunehmend in die Diskussion (Liebermann, 1993).

Die oben erwähnten Familien- und Zwillingsstudien weisen auf eine Mitbeteiligung genetischer Faktoren hin, die heute Mittelpunkt der Forschung sind.

Andererseits wird Umwelteinflüssen zugeschrieben, als Ursache oder Auslöser der Erkrankung bei einem genetisch prädisponierten Individuum zu wirken. Häufig erfolgt die Erstmanifestation nach einer akuten psychischen Belastungssituation, z.B. dem Verlust einer nahen Bezugsperson.

1.4. Drogenkonsum in Deutschland

Der Begriff „Drogen“ wird in Deutschland in der öffentlichen Diskussion häufig gleichgesetzt mit „illegalen Drogen“, also den Substanzen, die den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes unterliegen.

In den jährlich erscheinenden Drogenberichten der Bundesregierung wird aber auch der Missbrauch von Alkohol und Tabak, den so genannten „legalen“ Drogen, mit in die Statistik einbezogen.

1998 waren etwa 1,7 Mill. Einwohner alkoholabhängig und weitere rund 4 Mill. Einwohner durch Alkoholmissbrauch gefährdet, das sind 8-9% der 18-59 jährigen in der Bevölkerung der Bundesrepublik. Es zeigt sich ein Rückgang des Alkoholkonsums seit 1973. Die Zahl der Alkoholabhängigen, die in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen betreut werden, ist von 1996 zu 1997 um fast 8%

gestiegen. Drei von vier Klienten in der Suchtbehandlung haben primär ein Alkoholproblem (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, 1999).

Illegaler Drogenkonsum ist statistisch schwer zu erfassen. Informationen liegen aus Bevölkerungsumfragen, Polizeidaten und Behandlungseinrichtungen vor. Da nur immer ein Teil der Betroffenen durch die jeweilige Informationsquelle erfasst wird, muss die tatsächliche Zahl der Konsumenten geschätzt werden. Regelmäßiger Konsum harter Drogen (mind. 20-mal in den letzten zwölf Monaten) wird für 250.000 – 300.000 Personen angenommen, von denen rund 100.000-150.000 einen massiven intravenösen und/oder einen sehr häufigen Konsum betreiben (Gesundheitsbericht für Deutschland, 1998).

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wird seit 1980 alle 2 bis 5 Jahre eine Bundesstudie durchgeführt, die durch schriftliche Befragung von 18-59-jährigen den Gebrauch von psychotropen Substanzen erfasst. Die Erhebung erlaubt Aussagen sowohl zum Umfang als auch zu den Auswirkungen des Konsums verschiedener Substanzen. Demnach haben im Jahr 1997 14,2% in den alten und 4,8% in den neuen Bundesländern mindestens einmal im Leben illegale Drogen genommen. Die Zwölf-Monats-Prävalenz vor der Erhebung betrug in Westdeutschland 4,9 % und in Ostdeutschland 2,7 %. Die Drogenerfahrung bezieht sich größtenteils auf den Gebrauch von Cannabis. Etwa die Hälfte der Cannabis-erfahrenen sind Probierer mit einer Konsumfrequenz von ein bis zu fünfmal (Kraus und Bauernfeind, 1998).

Eine erneute Repräsentativerhebung im Jahr 2000 ermittelte eine Lebenszeitprävalenz für den Konsum von Cannabis von 21,4% im Westen und von 10,8% im Osten Deutschlands.

Aus den Angaben zum Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten wurde der Durchschnittskonsum in Gramm Reinalkohol pro Tag berechnet. Einen riskanten Alkoholkonsum mit durchschnittlich mehr als 30–60g Reinalkohol pro Tag für Männer bzw. 20-40g für Frauen wiesen 11,7 % der Befragten auf. Gefährlichen Konsum (>60-120; >40-80g) hatten 3,9% und Hochkonsum(>120g; >80g) 0,7% der Befragten. Bezogen auf die Gesamtstichprobe ergibt sich ein Pro-Kopf-Verbrauch von 6,6 Liter Reinalkohol im Jahr.

Beim Medikamentenmissbrauch wurde der Konsum von Schmerzmitteln, Schlafmitteln, Beruhigungsmitteln, Anregungsmitteln, Antidepressiva, Neuroleptika sowie Appetitzüglern erfasst. bei beiden Geschlechtern weisen die 50-59-Jährigen die höchsten Prävalenzwerte auf (Männer 19,4%;Frauen 26,5%). Insgesamt wurde die Einnahme von Schmerzmitteln am häufigsten genannt (Männer 9,0%; Frauen 12,5%) (Kraus et al., 2000).

1.4.1. Drogenkonsum in Lübeck und Umgebung

Im Rahmen der TACOS Studie (TACOS: **T**ransitions in **A**lcohol **C**onsumption and **S**moking) wurden in einem ersten Querschnitt der Längsschnittstudie unter anderem auch die Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen in Lübeck erfasst. Der Erfassungszeitraum erstreckte sich von Juli 1996 – März 1997. Befragt wurden 18-64-Jährige der Allgemeinbevölkerung einer norddeutschen Großstadt. Es ergab sich eine Lebenszeitprävalenz von 28,8% für psychotrope Substanzen, bei Ausschluss des Tabakmissbrauches von 9%. Unterteilt nach Substanzgruppen zeigten sich folgende Lebenszeitprävalenzen: Störung durch Alkoholkonsum 8,3% Störungen durch illegale Drogen 1,2% (Meyer et al., 2000).

Lübeck liegt damit bezogen auf die Häufigkeit von Drogenkonsum im Gesamtdurchschnitt Deutschlands.

Im Vergleich zu anderen nationalen und internationalen Untersuchungen gibt es geringe Unterschiede. So zeigte die „Münchener Follow up“ Studie 1981 eine Lebenszeitprävalenz von 13,04 % beim Alkohol- und 1,79% beim Drogenmissbrauch (Wittchen und von Zerssen, 1998).

Die Epidemiologic Catchment Area Studie (ECA) die in mehreren Orten der USA durchgeführt wurde, ergab eine deutlich höhere Lebenszeitprävalenz von 5,5 % für Drogenmissbrauch sowie 13,7% für Alkoholmissbrauch in der Allgemeinbevölkerung (Robins und Regier, 1991).

1.5. Drogenkonsum bei schizophrenen Patienten

In einer Studie von P.A. LeDuc, die Publikationen in dem Zeitraum von 1975 – 1994 verglich, wurde der Missbrauch von Psychostimulanzien bei Patienten mit Schizophrenie untersucht. Dabei zeigte sich bei Schizophrenen eine 2-5fach erhöhte Inzidenz für Substanzmissbrauch gegenüber der allgemeinen Bevölkerung. Ein Anstieg der Gruppe der so genannten Substanzmissbraucher wurde unter anderem mit der Einführung eines Urindrogenscreenings erklärt. Diese Kontrollmöglichkeit ergab wesentlich höhere Zahlen als die Angaben in einem Selbstinterview durch die Patienten (LeDuc et al., 1995).

Eine Arbeit von S. Hansen, die alle stationären Aufnahmen in dänische psychiatrische Kliniken von 1970 –1993 untersuchte, belegte eine deutliche Zunahme von Schizophrenen mit gleichzeitig bestehendem Drogenmissbrauch. Auffällig war hierbei der Rückgang des Gebrauches von illegalen Drogen bei gleichzeitigem Zuwachs von Mischdrogen (Hansen, 1997).

In klinischen Studien wurde über verschiedenste Missbrauchsformen bei Schizophrenen (oft kasuistisch) berichtet, so z. B. die Einnahme von Psychostimulanzien, Marihuana, Halluzinogenen bis hin zu selteneren Missbrauchsformen wie dem Schnüffeln von Benzin. Ferner scheinen Amphetamin- und Kokain/“Crack“-haltige Drogen zumindest in den USA eine zunehmende Bedeutung zuzukommen (Soyka, 1996) .

Die Angaben über die Lebenszeitprävalenzen für Missbrauch bzw. Abhängigkeit schwanken zwischen 7-65%. Wobei z.B. im Patientengut der psychiatrischen Klinik der LMU München die Lebenszeitprävalenz für Drogenmissbrauch bei 6% aller psychiatrisch Erkrankten lag (Soyka, 1996).

Boga et al. untersuchten in Stockholm die sozialen Lebensbedingungen von Langzeitpsychotiker in drei verschiedenen Gebieten von Stockholm. Dabei konnte bei 23% der Schizophrenen ein Substanzmissbrauch festgestellt werden. Die häufigste Droge war hier Alkohol, gefolgt von Sedativa bzw. Tranquilizern (Borga et al., 1992). In einer 1995 veröffentlichten Untersuchung von T.L. Choulijian wurden 100 schizophrene bzw. schizoaffektive Patienten, die sich einer ambulanten Therapie im San Francisco General Hospital unterzogen haben, auf Drogenmissbrauch untersucht. 30-40% der Patienten zeigten einen Drogen- oder Alkoholkonsum. Gleichzeitig erwähnen die Autoren, dass ungeachtet dieser hohen Anzahl von

Konsumenten es zu keinem signifikanten Unterschied im Behandlungserfolg der ambulanten Patienten kam (Chouljian et al., 1995). Eric Cohen und Henkin konnten bei ihren Untersuchungen in Philadelphia bei 28 von 43 chronisch schizophrenen Patienten einen ständigen illegalen Substanzmissbrauch feststellen. Dies entspricht einer Prävalenz von rund 65%. Bei dieser Stichprobe handelte es sich vornehmlich um Patienten aus unteren sozialen Schichten, die in Slums wohnten bzw. obdachlos waren (Cohen und Henkin, 1993).

Eine erhöhte Anfälligkeit für Drogenmissbrauch wurde bei schizophrenen Patienten beobachtet, die aus ökonomisch armen Gebieten kommen (Selzer und Liebermann, 1993). Aber auch jüngere psychisch kranke Patienten sind statistisch häufiger von Substanzmissbrauch betroffen (Stone et al., 1993).

Die Epidemiologic Catchment Area Studie (ECA), die in den achtziger Jahren in den USA durchgeführt wurde, zeigte eine Lebenszeitprävalenz für Drogenmissbrauch bei schizophrenen Patienten von 47% (Regier et al., 1990).

Die hohe Komorbidität von Schizophrenie und Substanzmissbrauch veranlassten Hambrecht und Häfner in einer Studie zu prüfen, ob eines, und wenn ja welches der beiden Krankheitsbilder das Risiko für die Entstehung des anderen erhöht.

Die Erkenntnisse über die unmittelbaren pharmakologischen Wirkungen psychotroper Substanzen sind zwar noch unvollständig, legen aber den Zusammenhang zwischen Drogeneinnahme und akuten psychotischen Symptomen nahe: Phencyclidin (PCP) führt über den NMDA-Glutamat-Rezeptor zu Positiv- und Negativsymptomen sehr ähnlich denen bei einer Schizophrenie. Amphetamine, die die noradrenerge und dopaminerge Neurotransmission beeinflussen, induzieren ebenfalls schizophrenie-ähnliche psychotische Zustände. In der Studie von Hambrecht und Häfner wurde ein späterer Beginn des Substanzmissbrauches bei schizophrenen Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt. Kombiniertes Missbrauch von Alkohol und Cannabis war bei Schizophrenen häufig zu beobachten. Alkoholmissbrauch begann fast immer in der Prodromalphase, d.h. nach dem ersten Symptom der Schizophrenie, und nahezu immer weit vor dem ersten produktiven Symptom. Wobei der Genuss von Alkohol nur zur Linderung der Negativsymptomatik und weniger der Positivsymptomatik führte. Die Hypothese, dass Substanzmissbrauch Schizophrenie verursacht, konnte aus den gewonnenen Daten nicht generell bestätigt werden (Hambrecht und Häfner, 1996).

In einer Studie von Dixon et al. wurden 83 stationär betreute schizophrene oder schizoaffektive Patienten hinsichtlich ihrer präklinischen Symptome und der Art des Drogenkonsums untersucht. Hauptsächlich wurden Cannabis und Alkohol konsumiert. Dabei zeigten die Substanzmissbraucher signifikant weniger positive und negative Symptome zum Zeitpunkt der Aufnahme, ein besseres sexuelles Rollenverhalten, schlechtere schulische Leistungen sowie mehr Drogenmissbrauch bei Familienangehörigen als Nichtsubstanzmissbraucher. In der Zusammenfassung berichten die Autoren zwar über eine bessere Prognose und weniger schwere Symptome der Schizophrenie bei Drogenkonsumenten, befürchten aber insgesamt nachteilige Auswirkungen für das globale Behandlungsergebnis dieser Patientenuntergruppe (Dixon et al., 1991).

Eine israelische Studie untersuchte die Frage nach der Reihenfolge des Auftretens von Schizophrenie und Drogenmissbrauch. Bei 60 % der schizophrenen Patienten begann der Drogenkonsum vor der ersten stationären Aufnahme in ein Krankenhaus. Die Autoren beurteilen dies als eine Form der Selbstmedikation im Sinne einer Erleichterung von Krankheitssymptomen (Silver und Abboud, 1994).

Swofford et al sahen in der Kombination von Substanzmissbrauch und Schizophrenie einen starken Vorhersagewert für einen Rückfall bei zuerst erfolgreicher Behandlung der schizophrenen Erkrankung, da sie eine 4fach höhere Rückfallquote bei drogenkonsumierenden Schizophrenen in ihrer Studie darstellen konnten (Swofford et al., 1996).

Mit den Spätfolgen der Schizophrenie, den tardiven Dyskinesien beschäftigte sich Bailey et al.. Sie fanden dabei eine signifikant höhere Anzahl schizophrener Patienten mit Substanzmissbrauch die unter tardiven Dyskinesien litten. Eine gemeinsame Interaktion von Drogen und Medikamenten am NMDA-Aspartat-Rezeptor wird hierbei vermutet (Bailey et al., 1997). Eine Zunahme der tardiven Dyskinesien konnten auch Dixon et al, 1991 nachweisen. Vor allem schizophrene Patienten mit Alkoholmissbrauch in der Anamnese hatten wesentlich stärkere tardive Dyskinesien als Patienten ohne Alkohol- bzw. Drogenkonsum. Die Autoren vermuteten, dass die diffuse neurotoxische Wirkungen des Alkohols in Kombination mit einer Neuroleptikatherapie zu einer erhöhten Vulnerabilität für Spätdyskinesien führten (Dixon et al., 1991).

Einige Autoren versuchten, bestimmte Gruppen von Substanzmissbrauchern unter den schizophrenen Patienten zu klassifizieren. So unterteilten Cuffel et al.,

1993 ihre Untersuchungsgruppe in Nichtdrogenkonsumenten, Konsumenten von Alkohol und Cannabis sowie Polydrogenkonsumenten. Dabei stellten sie fest, dass die schizophrenen Patienten mit kombiniertem Alkohol- und Cannabismissbrauch mehr depressive, aber gleichzeitig weniger psychotische Symptome zeigen. Gleichzeitig fanden sie heraus, dass kein eindeutiger Zusammenhang zwischen einem Substanzmissbrauch und dem Beginn einer Schizophrenie in jungen Jahren existiert. Dabei sahen viele Patienten in Eigenbefragungen gerade den Substanzmissbrauch als Ursache ihrer schizophrenen Erkrankung an. Nur bei 26% konnte ein Substanzmissbrauch vor Ausbruch der schizophrenen Erkrankung nachgewiesen werden (Cuffel et al., 1993).

Keine Unterschiede in der prä-morbiden Phase konnten Arndt et al. 1992 in einer Studie an 131 Schizophreniepatienten, unterteilt in die Gruppen Substanzmissbrauchern und Nichtkonsumenten, herausfinden. Lediglich eine etwas bessere Anpassungsfähigkeit in der Zeit vor dem Ausbruch der Erkrankung bei Schizophreniepatienten mit Alkoholmissbrauch und/oder Cannabisgenuss konnte aufgezeigt werden. In diesem Zusammenhang verwiesen sie auf die Bedeutung einer exakten Evaluierung der verschiedenen Arten des Substanzmissbrauches, um gegebenenfalls spezielle Behandlungsstrategien auszuwählen (Arndt et al., 1992).

1.6. Fragestellung und Zielsetzung

Seit Beginn der Achtziger Jahre kam es vor allem in den USA zu einer Zunahme der Forschungsarbeiten, die die Zusammenhänge zwischen Drogenmissbrauch und Schizophrenie erforschen. Diese zeigten u. a. eine Anfälligkeit von schizophrenen Patienten für die schädlichen Effekte von psychotropen Substanzen.

In Europa sind solche Studien rar, obwohl gerade diese Patientengruppe spezifische adäquate Behandlungskonzepte benötigen (Krausz et al., 1996). So berichteten Sokolski et al in ihrer Studie über die negativen Auswirkungen für schizophrene Patienten, die gleichzeitig einen Substanzmissbrauch betreiben. Die Folgen sind frühzeitigere stationäre Behandlung im Krankenhaus, eine höhere Rate an visuellen und olfaktorischen Halluzinationen sowie eine insgesamt schlechtere Prognose bei der Langzeittherapie (Sokolski et al., 1994).

Gleichzeitig existieren Studien, die sich unter anderem mit der Validität der Daten in den veröffentlichten Arbeiten beschäftigen. Rabinowitz et al sichtete 20 Studien, die die Beziehung von Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit und Beginn der psychotischen Erkrankung untersuchten. Die meisten Arbeiten verwenden die Lebenszeitprävalenz für Drogenkonsum von einer oder mehreren Substanzen, anstatt den aktuellen Schweregrad oder z.B. neu aufgetretene Substanzmissbräuche zu erfassen. Dadurch werden Patienten in Studien aufgenommen, die den Drogenkonsum- bzw. missbrauch schon beendeten, lange bevor die psychotische Erkrankung auftrat und sich eine stationäre Behandlung anschloss (Rabinowitz et al., 1998). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Alkohol-/Drogenmissbrauch bei Schizophrenen gerade in der Akutphase bisher kaum untersucht wurde. Als ein geeigneter Messpunkt für eine akute schizophrene Symptomatik ist die Aufnahme ins Krankenhaus anzusehen.

In dieser Arbeit sollten folgende Fragen bearbeitet werden:

1. Bei wie vielen Patienten, die konsekutiv im Jahre 1996 mit der Diagnose Schizophrenie bzw. schizoaffektive Psychose stationär in der psychiatrischen Klinik Lübeck aufgenommen wurden, kann ein erhöhter Alkoholkonsum oder eine Drogeneinnahme nachgewiesen werden? Lässt sich die häufig in der Literatur beschriebene hohe Anzahl von schizophrenen Patienten mit einem Substanzmissbrauch auch in Lübeck nachweisen?

2. Welche Arten von Drogen wurden unmittelbar vor der stationären Aufnahme eingenommen?
3. Wie hoch ist die Lebenszeitprävalenz für Drogenkonsum? Welche Gründe gab es für den Drogen- oder Alkoholkonsum?
4. Gibt es psychopathologische Unterschiede zwischen den Patientengruppen mit und ohne Substanzkonsum- bzw. missbrauch?

Das Ziel dieser Arbeit ist der Nachweis eines aktuellen Konsums von psychotropen Substanzen, nicht die Diagnosesicherung eines längerfristigen Missbrauches. Die Erfassung von Doppeldiagnosen, im Sinne einer Komorbidität von Schizophrenie und Substanzmissbrauch erfolgte nicht.

2. Material und Methoden

2.1. Patientenkollektiv

Ziel der Arbeit war es, möglichst alle Patienten zu erfassen, die mit der Aufnahmediagnose Schizophrenie bzw. schizoaffektive Psychose in die Klinik für Psychiatrie der Universität Lübeck eingewiesen wurden. Als Ausschlusskriterium galt eine Verlegung aus einem anderen Krankenhaus und eine damit verbundene Vorbehandlung.

Untersuchungszeitraum war der Februar 1996 – Januar 1997.

Daraus ergab sich eine Gruppe von 89 Patienten, die in die Untersuchung einbezogen wurden.

Tabelle 1: Stichprobe nach Alters- und Geschlechtsverteilung

	Altersverteilung Jahre MW	Min.- Max.	n
Frauen	36,0	(18 – 58)	49
Männer	32,1	(18 - 56)	40
			n _{Ges.} = 89

MW= Mittelwert

Die abschließende klinische psychiatrische Diagnose wurden durch den jeweilig behandelnden Stationsarzt anhand der ICD- 10 Kriterien, der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (Dilling et al, 1993), erstellt.

Es wurden alle Patienten eingeschlossen, die in dem genannten Zeitraum klinisch eine F2-Diagnose nach ICD-10 (schizophrene Störungen) erhalten hatten und in die Teilnahme an der Studie eingewilligt hatten.

Dabei ergab sich folgende Unterteilung der diagnostischen Untergruppen der schizophrenen Störungen:

Tabelle 2: Diagnose/ Geschlecht/Altersdurchschnitt

Diagnosegruppe	Männer	Frauen	Gesamt	Alter(DS)
F 20.0 Paranoide Schizophrenie	12	14	26	31,4
F 20.1-20.4 /F 20.6 Hebephrene- Katatone- Undiff.-Schizophrenie/ Schizophrenia simplex	8	8	16	28,7
F 20.5 Schizophrenes Residuum	6	15	21	39,4
F 22.0 Anhaltende wahnhafte Störung	1	2	3	43,7
F 23.1 /F 23.2 Vorübergehende akute psychotische Störung	9	2	11	32,7
F 25.0 /F 25.1 /F 25.2 Schizoaffektive Störung	4	8	12	38,2
Gesamt	40	49	89	

DS= Durchschnitt

2.2. Instrumente

Mit Hilfe eines Erfassungsbogens wurde mit allen Patienten ein Interview durchgeführt (Wetterling, 1996). Der Fragebogen sollte Informationen zu folgenden Punkten erfassen:

- soziodemographische Daten (Geschlecht, Alter, Wohnort, Art der Einweisung)
- Daten zum körperlichen Befinden bei Aufnahme, Medikamenteneinnahme und Dauer der Einnahme, Dauer der Erkrankung
- Fragen zum Alkoholkonsum (Trinkmenge pro Tag, Trinkverhalten vor Aufnahme ins Krankenhaus, welche Wirkung durch Alkohol war gewünscht)
- Fragen zum Drogenkonsum (Lebenszeitprävalenz, welche und wie viel Drogen wurden vor Aufnahme ins Krankenhaus genommen, welche Wirkungen durch Drogen waren gewünscht)

Psychopathometrische Instrumente

Zur Erfassung der psychopathologischen Symptomatik der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme wurde die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) verwendet (Overall and Gorham, 1981).

Zusätzlich kam der Frankfurter Beschwerde- Fragebogen zum Einsatz. Dieser Selbstbefragungsbogen beinhaltet ein spezielles Verfahren für schizophrene Patienten. Die enthaltenen Beschreibungen von Störphänomenen stammen ursprünglich von sprachflüssigen und reflektierten Patienten selbst. Auf einer Skala von 1-10 konnten gezielt Störungen bei einzelnen motorischen oder mentalen Funktionen herausgefiltert werden (Süllwold, 1986).

2.3. Laborparameter

2.3.1. Drogenschnelltest

Das Drogenscreening erfolgte zum Zeitpunkt der Aufnahme mit Hilfe eines käuflich zu erwerbenden Urinstreifenschnelltestes (Firma von Minden Laborbedarf GmbH, Carl-Peschken-Str. 9, 47441 Moers).

Der Test war ein schneller, kompetitiv bindender Immunoassay zum direkten qualitativen Nachweis folgender Drogen im Urin:

Amphetamine, Methamphetamine, Opiate (Morphin, Heroin), Kokain/Benzoylgonin, Tetrahydrocannabinol und Benzodiazepine.

Messprinzip

Der Streifentest bestand aus einer chromatographisch absorbierenden Grundlage, in der die sich in der Urinprobe befindlichen Drogen bzw. Drogenmetaboliten mit auf der porösen Membran immobilisierten Konjugaten reagierten und anschließend um die limitierte Antikörperbindungsstelle konkurrierten. Die in der Urinprobe gelöste Droge durchfloß die absorbierende Grundlage, band an ein Farbstoffmarkiertes Antikörperkonjugat, welches sich wiederum mit dem Antikörper zu einem Antigen-Antikörper-Komplex verband. Dieser Komplex konkurrierte wiederum in der Reaktionszone mit immobilisierten Antigen- Konjugaten und verursachte dann keine Farbreaktion, wenn die Drogenkonzentration höher als die Nachweisgrenze war. Ungebundene Farbstoffkonjugate banden das Reagens in der negativen Kontrollzone und riefen dort eine Farbreaktion hervor. Dies bedeutete, dass die Reagenzien und somit die Testeinheit ordnungsgemäß funktionierten.

Eine negative Urinprobe rief zwei Farbstriche hervor, einen in der Testregion und einen in der Kontrollregion. Eine positive Urinprobe zeichnete sich dagegen nur durch einen Farbstrich in der Kontrollregion aus.

Tabelle 3: Sensitivität für die einzelnen Substanzen

	Nachweisgrenzen(*)
Amphetamin	1000 ng/ ml Urin
Methamphetamin	1000 ng/ ml Urin
Opiate	300 ng/ml Urin
Kokain	300 ng/ml Urin
Tetrahydrocannabinol	50 ng/ ml Urin
Benzodiazepine	300 ng/ ml Urin

(*) Angaben lt. Hersteller: von Minden Laborbedarf 11/95

Die Spezifitäten und Kreuzreaktionen wurden vom Hersteller der Teststreifen für die einzelnen Substanzen detailliert in den Produktinformationen dargelegt und für diese Untersuchungen berücksichtigt (von Minden Laborbedarf, 1995).

2.3.2. Kontrolle des Alkoholkonsums

Um den Alkoholkonsum in den Wochen vor der stationären Krankenhausaufnahme zu verifizieren, wurde das so genannte kohlenhydratdefiziente Transferrin (engl.: carbohydrate-deficient transferrin; CDT) bestimmt. Dabei handelt es sich um eine Variante des Glykoproteins Transferrin, welches weniger Aminozucker aufweist und sich dadurch in seinen elektrophoretischen Eigenschaften vom normalen Transferrin unterscheidet (Wetterling und Kanitz, 1998). Eine Erhöhung des CDT wurde in vorangegangenen Studien bei Patienten mit chronischem Alkoholmissbrauch festgestellt (Kanitz et al., 1993). Je nach Bestimmungsmethode kann ein absoluter Wert in U/l oder ein prozentualer Wert angegeben werden. In dieser Arbeit wurde ausschließlich mit dem absoluten Wert gearbeitet.

Auf Laborparameter wie die γ -GT, GOT und GPT wurde verzichtet, da hierbei eventuelle Erhöhungen auch mit anderen Erkrankungen oder Tabletteneinnahmen einhergehen könnten (Wetterling und Kanitz, 1998).

Der Normbereich von CDT für Männer beträgt < 20 U/l, für Frauen < 26 U/l. Bei einem täglichen Konsum von 60 g oder mehr Alkohol über einen Zeitraum von 14-21 Tagen kann mit einer Erhöhung gerechnet werden. Das heißt, ein Alkoholmissbrauch mit körperlichen Entzugssymptomen ist meist mit Werten von über 30 U/l kohlenhydratdefizientem Transferrin verbunden (Kanitz und Wetterling, 1995). Wird der Alkoholkonsum eingestellt kann nach ca. 14 Tagen mit einer Normalisierung des CDT-Wertes gerechnet werden. Dies ist aber stark vom Ausgangswert abhängig (Wetterling und Kanitz, 1998)

2.4. Praktische Durchführung

In dieser Arbeit wurden von Februar 1996 – Januar 1997 insgesamt 93 Patienten, die mit der Aufnahmediagnose Schizophrenie bzw. schizoaffektive Psychose in die Psychiatrische Klinik der MUL eingewiesen wurden, untersucht. 3 Patienten waren über 65 Jahre und wurden ausgeschlossen.

Zusammen mit der Blutentnahme des Aufnahmelabors wurde zusätzlich ein Serumröhrchen zur CDT- Bestimmung abgenommen, um zusätzliche Punktionen zu vermeiden.

Beim ersten Gespräch mit Patienten, die in die zu untersuchende Gruppe passen könnten, wurde die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie, einschließlich einem Drogenscreening, geklärt. Nur in wenigen Einzelfällen wurde anfangs die Mitarbeit, vor allem das Drogenscreening, verweigert. In 89 von 90 untersuchten Fällen ist eine Urinprobe abgegeben worden. Ein Patient verweigerte die Mitarbeit und wurde nicht in die Untersuchung einbezogen.

Bei der ersten Kontaktaufnahme erfolgte die Erhebung des psychopathologischen Befundes mit Hilfe des BPRS- Fragebogens.

Zusätzlich wurde den Probanden ein Fragebogen zum Drogen- und Alkoholkonsum (Wetterling, 1996) sowie der Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (Süllwold, 1986) ausgehändigt. Zum Beantworten der Fragen hatten die Patienten eine Woche Zeit. Nach Ablauf dieser Frist kam es zu einem zweiten Gespräch. Dabei wurden noch einmal kurz die offenen Fragen zum Alkohol- und Drogenkonsum mit den Patienten durchgegangen. Nur 68 Patienten waren letztlich bereit oder kognitiv/mental in der Lage, einen vollständig ausgefüllten Fragebogen abzugeben.

Beim Frankfurter Beschwerde- Fragebogen wurde eine Rücklaufquote von rund 55% erreicht. Nur 50 von 89 teilnehmenden Patienten haben diesen 100 Items enthaltenden Fragebogen komplett ausgefüllt. Andere waren mental dazu nicht in der Lage oder verweigerten die Mitarbeit.

Bei Entlassung der Patienten wurde die abschließende klinische Diagnose aus den Akten entnommen und entschieden, ob die Probanden eventuell aus der Studie ausgeschlossen werden mussten, da sich die Eingangsdiaagnose nicht bestätigt hatte.

2.4.1. Statistische Methoden

Die erhobenen Daten des Fragebogens über den Alkohol- und Drogenkonsum, der BPRS-Fragebogen sowie der Frankfurter Beschwerde-Fragebogen wurden mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS berechnet. Neben der einfachen Statistik mit Normalverteilung, Häufungen, Mittelwerten und Standardabweichungen, kamen zur Klärung von bestehenden Zusammenhängen die Vierfeldertafeln (χ^2 -Test) und der Mann-Whitney U – Wilcoxon Test zur Anwendung.

3. Ergebnisse

3.1. Alkohol- und/oder Drogenkonsum bei Aufnahme

In dem Untersuchungszeitraum konnten insgesamt 89 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie bzw. schizoaffektive Psychose für die Untersuchung rekrutiert werden. Zum Zeitpunkt der Aufnahme wurde bei diesen Patienten der Urin auf Drogen untersucht.

a) Urin-Test auf Cannabinoide

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse des Screenings auf THC im Urin in Abhängigkeit von den ICD-10 Diagnosen dargestellt.

Tabelle 4: Diagnosen / THC – Befund im Urin:

Diagnosen (ICD-10)	THC-negativ	THC-positiv	Gesamt
F 20.0	23	3	26
F 20.1 -F 20.4 /F 20.6	14	2	16
F 20.5	21	-	21
F 22.0	3	-	3
F 23.1 /F 23.2	8	3	11
F 25.0 /F 25.1 /F 25.2	12	-	12
Summe	81	8	89

Insgesamt wurde nur bei 8 schizophrenen bzw. schizoaffektiven Patienten im Urin ein Hinweis auf einen, kurz vor der Aufnahme ins Krankenhaus erfolgten, Cannabismissbrauch gefunden. Hierbei handelt es sich vor allem um jüngere Patienten. Es bestand ein signifikanter Altersunterschied (Tabelle 5).

Tabelle 5: Altersverteilung

	Altersdurchschnitt
THC-negativ (n = 81)	35,0 Jahre
THC-positiv (n = 8)	26,4 Jahre
n_{Ges.} = 89	

p = 0,011

b) Urin-Test auf Benzodiazepine

3 Patienten hatten einen positiven Urinstreifentest für Benzodiazepine. Bei keinem der drei bestand eine Therapie mit Benzodiazepinen oder ähnlichen Substanzen, die zu Kreuzreaktionen hätten führen können. Somit musste von einer missbräuchlichen Einnahme ausgegangen werden.

Folgende Diagnosen konnten für diese drei Patienten zugeordnet werden:

F 20.0 (weibl.), F 20.1 (weibl.), F 20.5 (männl.)

Das mittlere Alter lag bei 32,3 Jahren. Es bestand kein signifikanter Altersunterschied zur Gesamtstichprobe (n=89, p=0,432). Eine Patientin hatte einen positiven THC- und einen Benzodiazepin-Urinstreifentest (Diagnose F 20.1).

c) Urin-Test auf andere illegale Drogen (Opiate, Amphetamine, Kokain)

Die Untersuchung aller 89 Urinproben auf Spuren von Opiaten, Amphetaminen, Methamphetaminen und Kokain ergab keinen positiven Streifentest.

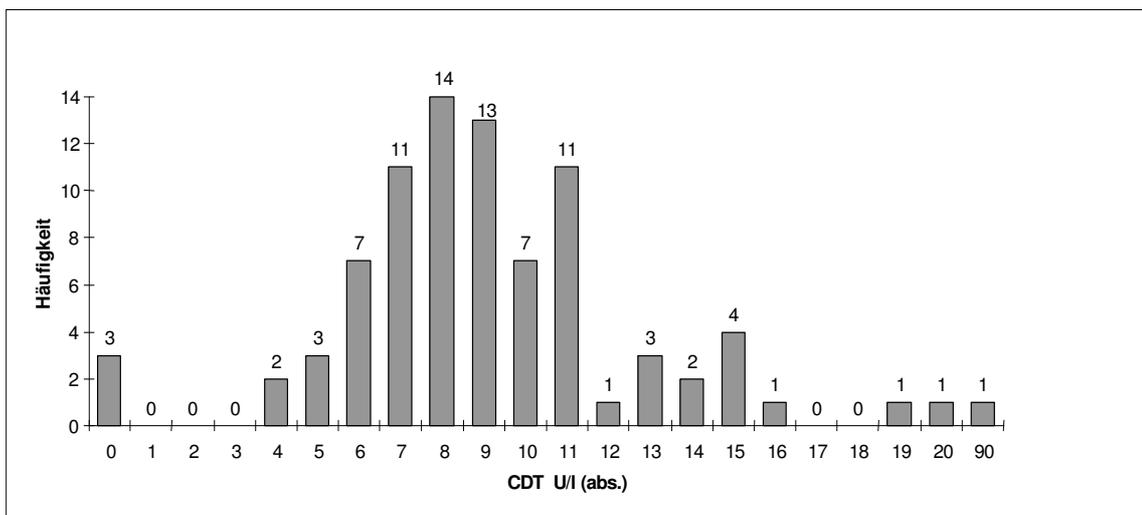
d) CDT-Bestimmung als Hinweis auf einen Alkoholmissbrauch

Der Alkoholkonsum vor der Krankenhausaufnahme wurde mit Hilfe der Bestimmung des kohlenhydratdefizientes Transferrin (CDT) im Serum abgeschätzt. Nur ein Patient hatte einen erhöhten CDT- Serumspiegel bei Aufnahme. Hier ließ sich auch anamnestisch ein übermäßiger Alkoholkonsum über längere Zeit ermitteln (Diagnose: F 20.6, Alter 32 Jahre).

Bei vier Patienten konnte aus organisatorischen Gründen (Abstand zwischen Krankenhausaufnahme und Laborkontrolle zu groß) die CDT-Bestimmung nicht verwertet werden.

Alle anderen Patienten zeigten bei Aufnahme einen CDT- Serumspiegel, der laut der definierten Grenzen (s. Methodik) als nicht pathologisch erhöht zu bewerten war.

Diagramm 1: CDT- Werte bei Aufnahme



Mittelwert:	9,95 ±9,46	Grenzen (neg.) bis:	weibl.: < 26 U/l abs.
Minimum:	0		männl. < 21 U/l abs.
Maximum:	90		
Gesamtzahl (n):	85		

- Zusammenfassung der laborchemischen Hinweise auf einen Alkohol-/Medikamenten- bzw. Drogenmissbrauch:

78 Patienten aus der Gesamtstichprobe war kein Drogen- oder übermäßigen Alkoholkonsum zum Aufnahmezeitpunkt nachzuweisen. Bei 10 Patienten konnte die Drogeneinnahme durch positive Urinstreifentests belegt werden. Eine Patientin hatte sowohl Cannabis als auch Benzodiazepine konsumiert. Ein Patient zeigte einen erhöhten CDT-Wert zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Krankenhaus, einhergehend mit vermehrtem Alkoholkonsum.

In Tabelle 6 ist das Verteilungsmuster der verschiedenen Substanzen in Abhängigkeit zu den ICD-10 Diagnosen dargestellt.

Tabelle 6: Alkohol/Drogenmissbrauch und Diagnosenverteilung

Diagnosen (ICD-10)	Drogenkonsum (THC oder Benzodiazepine oder Alkohol)	Drogenkonsum (THC <u>und</u> Benzodiaze- pine.)
F 20.0	4	
F 20.1-F 20.4 / F 20.6	2	1
F 20.5	1	
F 22.0	0	
F 23.1 /F23.2	3	
F 25.0 /F 25.1 / F25.2	0	
Summe	10	1

Von 89 untersuchten Patienten waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 11 Drogen- oder Alkoholkonsumenten. Dies entspricht 12,4%.

Tabelle 6 zeigt, dass besonders Patienten mit paranoider (F 20.0) bzw. residualer Schizophrenie (F 20.5) sowie Patienten mit einer akuten psychotischen Störung (F 23.0) Drogen einnahmen.

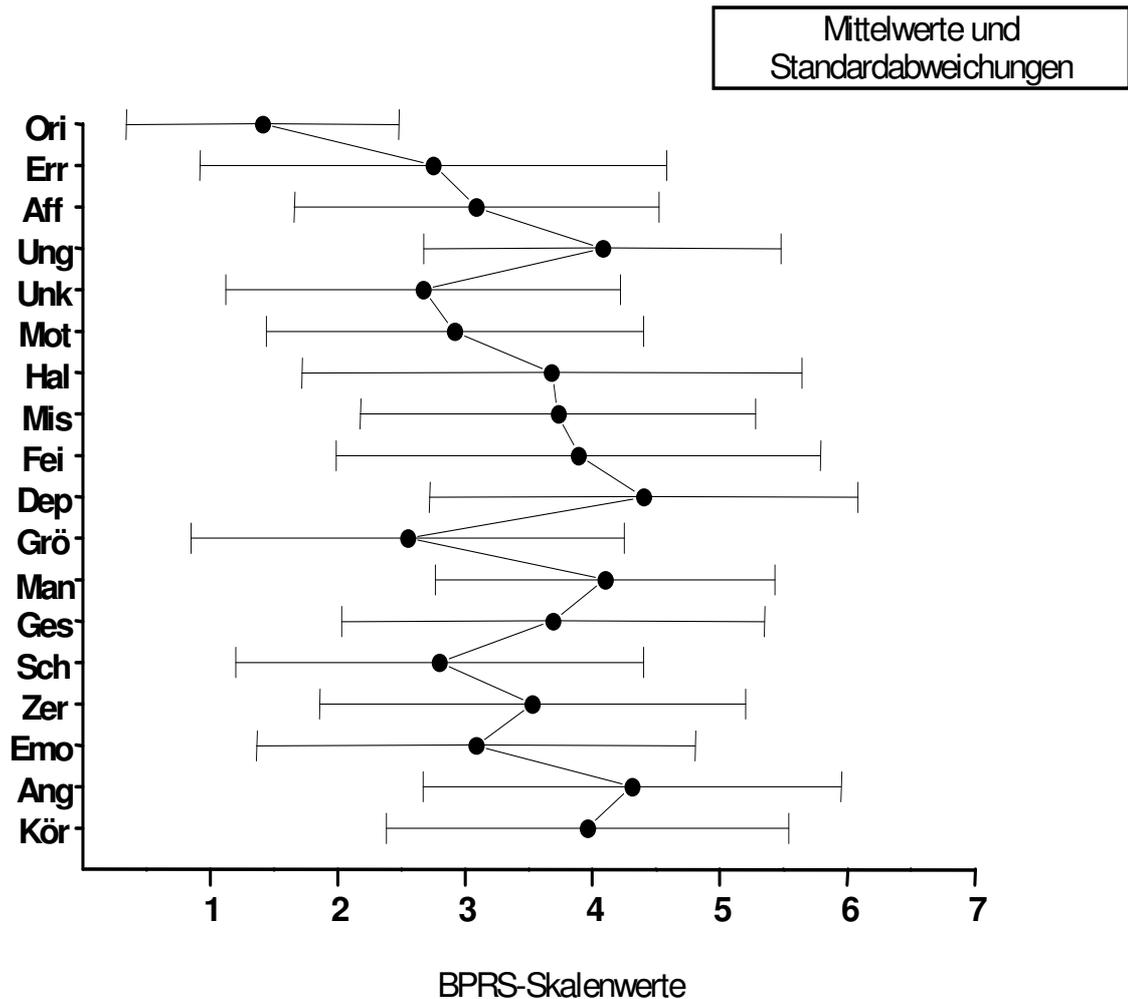
3.2. Psychopathologischer Befund zum Zeitpunkt der Aufnahme

3.2.1. BPRS-Werte

Bei 82 Patienten wurde der psychopathologische Befund mit Hilfe der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) innerhalb der ersten beiden Tage nach Aufnahme (also möglichst zeitnah zu den laborchemischen Werten) erhoben. Bei 7 Patienten konnte wegen fehlender Bereitschaft zur Mitarbeit keine Erhebung erfolgen, darunter ein Patient aus der Gruppe der Substanzkonsumenten.

In Diagramm 2 sind die Mittelwerte der einzelnen Items der BPRS-Skala und Standardabweichungen bei 82 Patienten dargestellt.

Diagramm 2



1=nicht vorhanden, 2=sehr gering, 3=gering, 4=mäßig, 5=mäßig stark, 6=stark, 7= extrem stark

Kör= Körperbezogenheit, **Ang**= Angst, **Emo**= Emotionale Zurückgezogenheit, **Zer**= Zerfall der Denkprozesse, **Sch**= Schuldgefühle, **Ges**= Gespanntheit, **Man**= Manieriertheit, Affektiertheit, Positur, **Grö**= Größenideen, **Dep**= Depressive Stimmung, **Fei**= Feindseligkeit, **Mis**= Misstrauen, paranoide Inhalte, **Hal**= Halluzinationen, **Mot**= Motorische Verlangsamung, **Unk**= Unkooperatives Verhalten, **Ung**= Ungewöhnliche Denkinhalte, **Aff**= Affektive Abstumpfung, Verflachung, **Err**= Erregung, **Ori**= Orientierungsstörung

Als vorherrschende Symptome zum Untersuchungszeitpunkt dominierten die depressive Störung, Affektiertheit, Angst sowie ungewöhnliche Denkinhalte.

Bezogen auf den Gesamtscore ergab sich folgende Verteilung bei den Geschlechtern (Tab. 7):

Tabelle 7: Vergleich der BPRS-Skalenwerte bei Frauen und Männern.

	BPRS-Skalenwert (Durchschnitt u. Standardabweichung)	Min.- Max.	n
Männer	60,29 ± 11,93	(37 - 91)	34
Frauen	61,06 ± 9,99	(44 - 79)	48
Gesamt	60,74 ± 10,78		n _{Ges.} = 82

p= 0,685

Der Mann-Whitney U – Wilcoxon Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Patienten in Bezug auf den Gesamt- BPRS-Skalenwert (p= 0,685).

Aufgeschlüsselt in die einzelnen Diagnosegruppen ergab sich folgender BPRS-Score-Gesamtdurchschnitt:

Tabelle 8: Vergleich der BPRS-Skalenwerte bei den verschiedenen diagnostischen Untergruppen

Diagnosen (ICD-10)	n	BPRS-Skalenwerte (Durchschnitt und Standardabweichung)	Min – Max.
F 20.0	24	63,45 ± 12,36	(41 – 91)
F 20.1 –F 20.4 /F 20.6	15	62,67 ± 9,21	(48 – 79)
F 20.5	19	58,16 ± 10,91	(37 – 75)
F 22.0	2	60,00 ± 2,83	(58 – 62)
F 23.1 /F 23.2	10	59,70 ± 9,70	(50 – 79)
F 25.0 /F 25.1 /F 25.2	12	58,08 ± 10,63	(44 – 78)
Summe	n _{Ges.} = 82	60,74 ± 10,78	(37 – 91)

Chi² = 3,691, df=5, p=0,595

Es lagen keine signifikanten Gruppenunterschiede vor.

Beim Vergleich der beiden Hauptgruppen, Konsumenten psychotroper Substanzen (Alkohol/Drogen/Benzodiazepine) und Nichtkonsumenten, zeigte sich ein etwas geringerer Gesamtscore bei den Substanzkonsumenten.

Tabelle 9: Vergleich der BPRS-Skalenwerte bei Konsumenten psychotroper Substanzen (Alkohol/Drogen/Benzodiazepine) zu Nichtkonsumenten

	n	BPRS- Skalenwerte (Durchschnitt und Standardabweichung)	Min – Max.
nicht Substanzkonsumenten	72	61,37 ±10,76	(41 – 91)
Substanzkonsumenten	10	56,7 ±11,06	(37 – 74)
Gesamt	n _{Ges.} = 82		

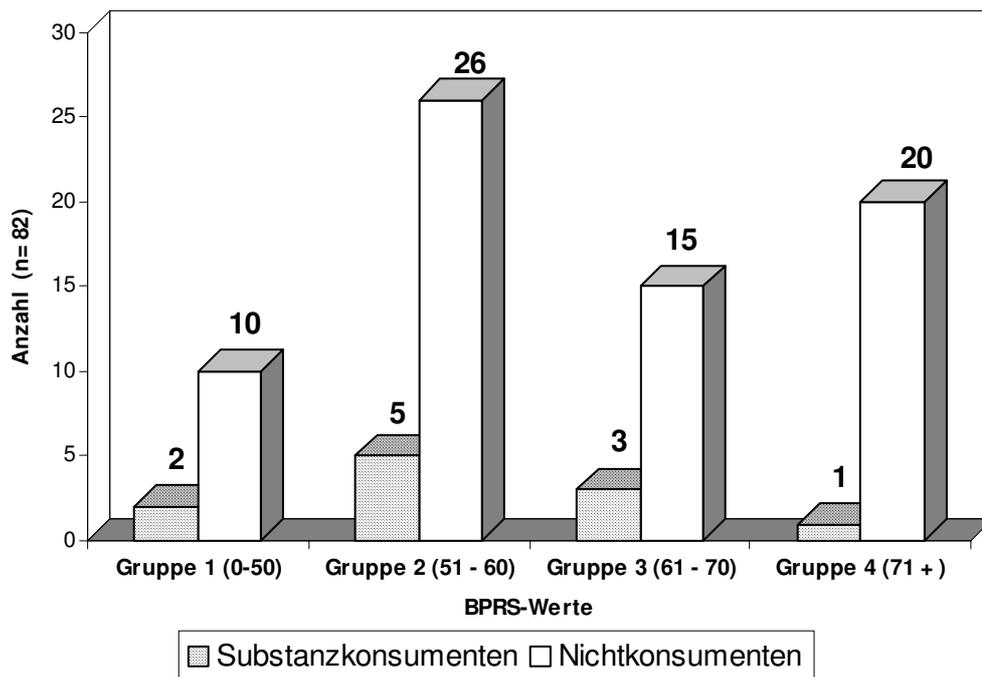
Nach dem Mann-Whitney U – Wilcoxon Test war der Unterschied mit $p=0,31$ nicht signifikant.

Es erfolgte eine Unterteilung der BPRS-Gesamtskalenwerte in 4 Gruppen:

	BPRS- Skalenwerte
Gruppe 1 (kaum bis geringe Symptomatik):	0 – 50
Gruppe 2 (geringe bis mittlere Symptomatik):	51 – 60
Gruppe 3 (mittlere bis schwere Symptomatik):	61 – 70
Gruppe 4 (schwere Symptomatik):	71 – >

Diagramm 3 stellt nach der Aufteilung in diese 4 Untergruppen den Vergleich zwischen den beiden Hauptgruppen, Substanzkonsumenten und Nichtkonsumenten dar.

Diagramm 3: Vergleich der Substanzkonsumenten/ Nichtkonsumenten in Gruppen mit unterschiedlichen BPRS-Werten



Chi2 1,823. df=3 p= 0,610

Auch hier erlangte die Gruppe der Substanzkonsumenten niedrigere BPRS-Gesamtskalenwerte, was einer weniger stark ausgeprägten psychopathologischen Störung zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme entspräche, im Kruskal-Wallis H-Test aber nicht signifikant war.

3.2.2. Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF)

50 Patienten der Untersuchungsgruppe füllten den Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF) aus. Es konnten keine signifikanten Geschlechtsunterschiede gefunden werden (p= 0,771, Tab. 10).

Tabelle 10: Geschlechtsunterschiede der FBF-Gesamtskalenwerte

Geschlecht	FBF-Gesamtskalenwerte (min.- max.)
weiblich (n = 32)	29,7 (0-85)
männlich (n = 18)	28,0 (0-98)

FBF: Frankfurter Beschwerde-Fragebogen

Gemäß dem Auswertungsschema konnten folgende Gesamtskalenwerte nach Diagnosen sortiert erhoben werden:

Tabelle 11: FBF –Gesamtskalenwerte bei verschiedenen diagnostischen Untergruppen.

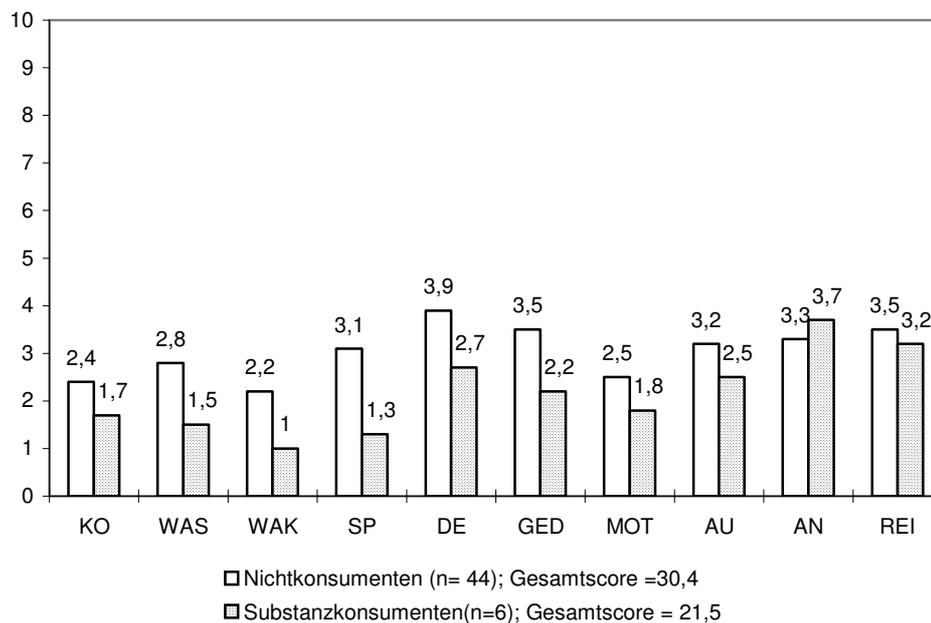
Diagnosen ICD 10 (Anzahl)	FBF-Gesamtskalenwert (min.- max.)
F 20.0 (n = 15)	33,7 (3-98)
F 20.1- F 20.4 /F 20.6 (n = 10)	20,5 (0-80)
F 20.5 (n = 11)	37,6 (5-85)
F 22.0 (n = 2)	23,5 (0-47)
F 23.1 /F 23.2 (n = 6)	18,5 (1-55)
F 25.0 /F 25.1 /F 25.2 (n = 6)	29,2 (1-54)

Die Verteilung der einzelnen Items bezogen auf die einzelnen Diagnosegruppen wird im Diagramm 4 (siehe Anhang) beschrieben.

Im direkten Vergleich der beiden Hauptgruppen (Substanzkonsumenten vs. Nichtkonsumenten) zeigte mit 21,5 (n=6) die Gruppe der Alkohol- /Drogen- und Benzodiazepinkonsumenten einen insgesamt geringeren Gesamtskalenwert beim Frankfurter Beschwerdefragebogen als die Gruppe der Nichtkonsumenten: 30,4 (n=44). Der Unterschied war nach dem Mann-Whitney U-Wilcoxon Test nicht signifikant (p=0,606).

Diagramm 5 stellt dieses Ergebnis noch einmal grafisch und unterteilt in die einzelnen Items dar.

Diagramm 5: Vergleich FBF-Items der Substanzkonsumenten vs. Nichtkonsumenten



KO = Verlust der Kontrolle (Selbstverfügbarkeit), **WAS** = Wahrnehmung (einfache, sensorische Irritation), **WAK** = Wahrnehmung (komplex, organisierter) **SP** = Sprache (expressiv und rezeptiv), **DE** = Denken, **GED** = Gedächtnis, **MOT** = Motorik, **AU** = Automatismenverlust, **AN** = Anhedonie und Angst (Depressivität), **REI** = Reizüberflutung (externe Stimuli)

Unterteilt nach den einzelnen Untergruppen im Auswertungsteil des Frankfurter Beschwerde-Fragebogen, zeigten die Patienten aus der Gruppe der Substanzkonsumenten bei fast allen Items geringer ausgeprägte psychische Beeinträchtigungen. Nur im Bereich der Anhedonie und Angst (AN) wurde ein erhöhter Skalenwert gefunden, 3,3 versus 3,7.

3.3. Fragebogenauswertung

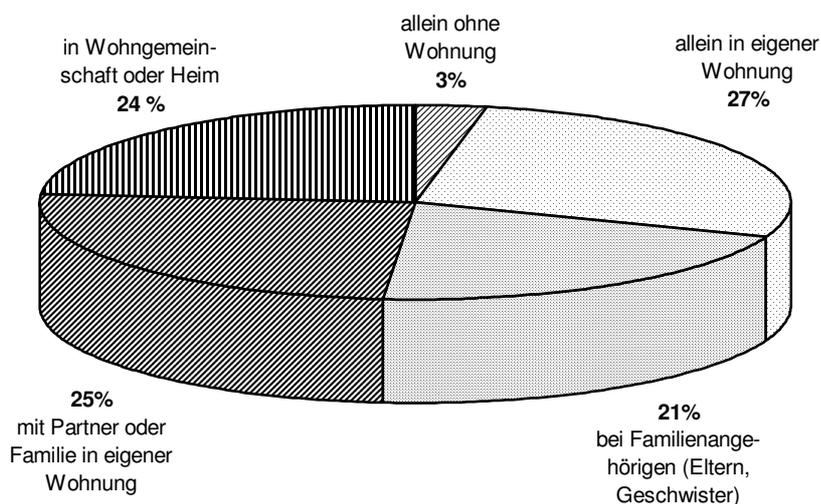
3.3.1. Stichprobe

89 Patienten wurde der Fragebogen ausgehändigt. 68 waren bereit, die darin enthaltenen Fragen zu beantworten, einige wurden von den Patienten ignoriert oder nicht vollständig bearbeitet. Daher ist jeweils die Anzahl der Patienten in Tabellen etc. angegeben.

21 Patienten verweigerten die Befragung komplett oder waren mental nicht in der Lage den Bogen auszufüllen.

Diagramm 6 gibt die Verteilung der Wohnverhältnisse der Patienten vor der stationären Aufnahme wieder. Fast 70 % lebten zusammen mit der Familie und Angehörigen oder in Wohngemeinschaften.

Diagramm 6: Wohnverhältnisse vor stationärer Aufnahme



Die angegebene Dauer der psychischen Störung betrug bei der untersuchten Gruppe ($n_{\text{Ges.}} = 68$) durchschnittlich weniger als 5 Jahre.

Die Gruppe der Substanzkonsumenten ($n=9$ da 1 Patient die Mitarbeit verweigerte und der zweite vor der Befragung in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde), war durchschnittlich $3,3 \pm 3,6$ -mal in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen.

Bei der Gruppe der Nichtkonsumenten (n=59) kam es $5,2 \pm 6,7$ -mal zu einer stationären psychiatrischen Behandlung.

Die angegebenen aktuellen Einweisungsgründe beim untersuchten Patientenkollektiv zeigt die folgende Tabelle 12.

Tabelle 12: Von den Patienten angegebenen Einweisungsgründe

Einweisung auf eigenen Wunsch :	25
Einweisung auf Rat eines Nervenarztes oder Psychiaters :	14
Einweisung auf Rat von Familienangehörigen, Freunden usw. :	10
Einweisung auf Druck von Freunden /Angehörigen usw., Zwangseinweisung durch Amtsarzt oder Polizei:	10
Einweisung auf Rat eines anderen Facharztes oder Hausarztes	5
Einweisung durch den Betreuer	5
Gesamt	$n_{\text{Ges.}} = 68$

Die folgende Tabelle gibt das von den Patienten genannte körperliche und psychische Befinden zum Aufnahmezeitpunkt wieder.

Tabelle 13: Das Befinden zum Zeitpunkt der Aufnahme

gesund:	4
beeinträchtigt, aber nicht behandlungsbedürftig:	10
krank, aber nicht behandlungsbedürftig:	7
krank, wollte mich ambulant behandeln lassen:	12
krank, wollte mich stationär behandeln lassen:	32
nicht krank, die anderen wollten mir eine Krankheit einreden:	3
Gesamt	$n_{\text{Ges.}} = 68$

Fast 50 % der untersuchten Patienten wollten sich aus freiem Willen stationär behandeln lassen. Bei der Frage nach den häufigsten Beschwerden die zur Krankenhausaufnahme führten, konnte seitens der untersuchten Gruppe frei formuliert

werden. Insgesamt 14 verschiedene Items wurden erwähnt. Die vier häufigsten zeigt Tabelle 14.

Tabelle 14:

Symptome	Häufigkeit der Nennung
Angst:	21
körperliche Beschwerden (z.B.: Erschöpfung, Kopfschmerzen, etc.):	20
Depression:	15
Unruhe / Nervosität:	15

$n_{\text{Ges.}} = 68$

Zusätzlich sollten die drei wichtigsten Ursachen für die aktuelle Erkrankung genannt werden. Die häufigsten werden in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Von Patienten angegebene Gründe für psychische Störung.

Gründe der Erkrankung	Häufigkeit der Nennung
psychische Störung:	28
Belastungen in Familie und Beruf:	26
sonstige Gründe:	14

$n_{\text{Ges.}} = 68$

Eine mögliche Antwort bei dieser Frage im Befragungsbogen war, Alkohol oder Drogen als Ursache für die aktuelle Erkrankung zu nennen.

Tabelle 16: Alkohol oder Drogen als mögliche Krankheitsursache (Selbsteinschätzung der Patienten)

	Nichtsubstanz- konsumenten	Substanz- konsumenten	
Nein , Alkohol und Drogen sind keine Ursache	55	4	59
Ja , Alkohol und Drogen könnten eine Ursache sein	4	5	9
Gesamt	59	9	68

5 Patienten denen ein Alkohol /Drogenkonsum bei Aufnahme nachgewiesen werden konnte, sehen als mögliche Ursache ihrer psychischen Erkrankung ihren Alkohol- und Drogenkonsum an. 4 Patienten aus der Gruppe der Nichtsubstanzkonsumenten sehen ebenfalls den Alkohol- und Drogenkonsum als eine Ursache für ihre Erkrankung.

3.3.2. Alkoholkonsumverhalten (Selbstaussagen)

Um die Problematik des Alkoholkonsums detailliert darzustellen, wurden die untersuchten Patienten nach ihrem Trinkverhalten befragt. Es waren Mehrfachantworten erlaubt.

Tabelle 17: Von Patienten angegebener Alkoholkonsum

nein, trinke nie Bier oder Alkohol:	25
nein, trinke nur manchmal:	34
trinke nur manchmal (weniger als 1x im Monat), bis ich besoffen bin:	5
trinke jeden Tag, bin aber nicht besoffen:	3
trinke häufig (mehr als 1x /Monat) bis ich besoffen bin:	2
trinke sehr häufig (mehr als 1 x /Woche) bis ich besoffen bin:	2

$n_{\text{Ges.}} = 68$

Die überwiegende Mehrzahl hatte nach eigenen Angaben kein Alkoholproblem.

In der nachfolgenden Frage sollte die genaue Trinkmenge angegeben werden. Als Antwortmöglichkeiten gab es „Flaschen Bier“, „Gläser Wein“ und „Gläser Schnaps“. Lediglich 3 Patienten aus der Gruppe der Substanzkonsumenten nannten 1, 3 und 6 Flaschen Bier als Trinkmengen-Tagesdurchschnitt. In dieser Gruppe war ein Patient mit deutlicher CDT- Erhöhung zum Zeitpunkt der Aufnahme (CDT: abs. 90) enthalten.

Patienten aus der Gruppe der Nichtkonsumenten hatten dagegen bedeutend mehr Alkoholkonsum vor der stationären Aufnahme zugegeben. Die genannte Trinkmenge schwankte zwischen 1- 10 Flaschen Bier, 1-3 Gläser Wein sowie 1 Glas Schnaps pro Tag. Trotz dieser wesentlich höheren Konsumangaben konnte keine CDT- Erhöhung bei der Krankenhausaufnahme festgestellt werden.

Im Zusammenhang mit der übergeordneten Fragestellung der Arbeit, ob sich bei schizophrenen Patienten ein vermehrter Konsum psychotroper Substanzen vor der Krankenhausaufnahme nachweisen läßt, wurde nach dem Trinkverhalten im Monat vor der stationären Aufnahme gefragt.

Dabei berichteten 3 Patienten aus der Gruppe der Nichtkonsumenten von einer gesteigerten Trinkmenge. Jeweils 1 Patient aus beiden Hauptgruppen (Nichtkonsumenten/ Substanzkonsumenten) hatte erst im befragten Zeitraum vor der Krankenhausaufnahme wieder angefangen zu trinken

Zwei Patienten der Gruppe der Substanzkonsumenten erwähnten, sie hätten 2 Wochen bzw. einen Monat vor der stationären Aufnahme begonnen vermehrt Alkohol zu trinken (Diagnosen F.20.1, F.23.1).

In der Gruppe der Nichtkonsumenten ergab sich bei der Auswertung nachfolgende Verteilung: 2 Patienten hatten jeweils 4 bzw. 5 Tage, 2 Patienten 1 bzw. 3 Wochen und 2 Patienten 1 bzw. 4 Monate vor stationärer Aufnahme angefangen vermehrt Alkohol zu trinken.

Tabelle 18 zeigt diese Ergebnisse in einer Zusammenfassung.

Tabelle 18: Zeiträume mit Steigerung des Trinkverhaltens vor der Krankenhausaufnahme

Zeitraum vor Krankenhausaufnahme mit Steigerung des Trinkverhaltens	Nichtsubstanzkonsumenten	Substanzkonsumenten
1-4 Monate	2	-
1 Monat	4	2
1-2-3 Wochen	2	1
4-5 Tage	2	
Gesamt	10	3

Somit berichteten insgesamt 13 von 68 Patienten aus beiden Gruppen von einer Steigerung ihres Alkoholkonsumverhaltens vor der Krankenhauseinweisung.

Weiterhin wurde nach der Menge und der Häufigkeit des konsumierten Alkohols in der letzten Woche vor der Krankenhausaufnahme gefragt.

Tabelle 19 zeigt eine Übersicht über das Trinkverhalten 1 Woche vor Beginn der psychischen Beschwerden bzw. der stationären Aufnahme.

Tabelle 19: Trinkverhalten 1 Woche vor Krankenhausaufnahme.

Wie oft haben Sie in der letzten Woche vor Beginn der psychischen Beschwerden bzw. der Krankenhausaufnahme Bier o. Alkohol getrunken?		Wie viel haben Sie in der letzten Woche vor Beginn der psychischen Beschwerden bzw. der Krankenhausaufnahme getrunken? (Mehrfachnennung mögl.)	
gar nicht	48	nichts	48
nur unregelmäßig, nicht jeden Tag	14	weniger als 3 Biere o. 3 kl. Gläser Schnaps etc.	9
mehr als 3 x	2	3-5 Bier o. 3-5 kl. Gläser Schnaps	6
täglich	4	mehr Bier u.o. mehr Schnaps	2

Die Tabelle zeigt Antworten beider Hauptgruppen. 14-mal wurde unregelmäßig in der Woche vor der Aufnahme Alkohol konsumiert. 2 Patienten haben mehr als 3-mal pro Woche und 4 Patienten täglich Alkohol konsumiert. 9 tranken weniger als 3 Bier oder 3 kleine Gläser Schnaps, 6 gaben eine Trinkmenge von 3-5 Bier oder 3-5 kleine Gläser Schnaps an. 2 Patienten tranken deutlich mehr Bier und Schnaps in der Woche vor der Krankenhausaufnahme. Insgesamt zeigte sich noch einmal eine deutliche Zunahme des Alkoholkonsums im Vergleich zum Trinkverhalten einen Monat vor der stationären Aufnahme.

Deshalb wurde nach der gewünschten Wirkung des Alkohols gefragt.

17-mal wurde die *beruhigende*, 12-mal die *stimmungshebende* Wirkung genannt.

13-mal wurde erwähnt, dass man *mit Alkohol abschalten* und *Sorgen vergessen*

kann. 8-mal wurde die *Verringerung von Angst* genannt.

3.3.3. Drogenkonsumverhalten (Selbstaussagen)

Ähnlich wie beim Alkoholkonsum wurde gefragt, ob ein Drogenproblem bestünde.

Tabelle 20: Drogenkonsumverhalten der Patienten in ihrem bisherigen Leben.

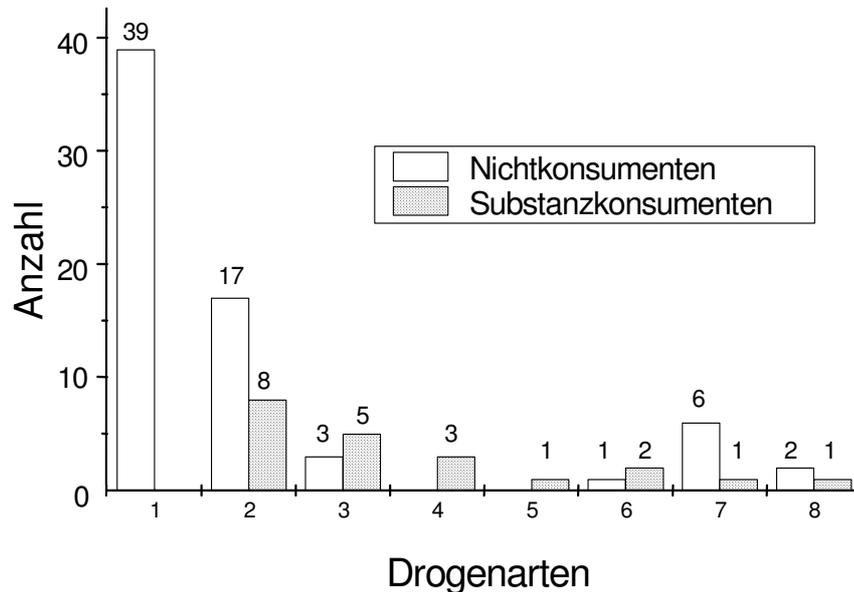
Antwortmöglichkeiten	Nichtkonsumenten	Substanzkonsumenten
nein, nehme nie irgendwelche Drogen	46	1
nein, habe nur ein paar mal Drogen probiert	11	1
nehme nur selten Drogen (weniger als 1x /Monat)	1	-
nehme jeden Tag Drogen, bin aber nicht beeinträchtigt	1	1
nehme häufig Drogen (mehr als 1x / Woche)	-	6
Gesamt (n _{Ges.} = 68)	59	9

Fast alle Patienten, die einen positiven THC- bzw. Benzodiazepinscreeningtest zum Aufnahmezeitpunkt hatten, gaben ihren Drogenkonsum offen zu.

2 Patient aus der Gruppe der Nichtkonsumenten gaben einen Drogenkonsum an. Es konnten aber zum Zeitpunkt der Aufnahme keine Metaboliten im Urin nachgewiesen werden. Damit bestand in den Tagen zuvor kein Konsum von Drogen.

Zur Klärung der Lebenszeitprävalenz wurde nach der Erfahrung mit Drogen bzw. Drogenkonsum gefragt. Dabei war eine Mehrfachnennung möglich

Diagramm 7



1 = keine; **2** = Haschisch, Cannabis; **3** = Kokain (Koks); **4** = „Speed“, Ecstasy, o. a. Aufputschmittel; **5** = Opiate (Heroin, DHC usw.); **6** = Rauschpilze, **7** = Medikamente (Valium etc.); **8** = andere (hier LSD)

n= 68

Insgesamt 29-mal wurde auch aus der Gruppe der Nichtkonsumenten angegeben, wenigstens einmal im Leben Erfahrung mit Drogen gemacht zu haben. Die Gruppe der Substanzkonsumenten (n=9) hatte teilweise Erfahrungen mit mehreren psychotropen Substanzen.

25 Patienten (von $n_{\text{Ges.}} = 68$) hatten wenigstens einmal in ihrem Leben Haschisch konsumiert. Dies entspräche einer Lebenszeitprävalenz von 36% in der befragten Gruppe. Darunter waren 8, die zusätzlich Kokain, sowie 3, die Ecstasy („Speed“) kannten und schon benutzt hatten. Es gab keine Patienten die nur Kokain oder nur Ecstasy konsumiert hatten.

5 Patienten hatten nur Erfahrungen mit Medikamenten (hier Valium®) als missbräuchliche Drogeneinnahme. 2 Patienten hatten Erfahrungen sowohl mit Valium® als auch mit Haschisch bzw. LSD.

Im Fragebogen wurde auch nach dem Drogenkonsum im letzten Monat gefragt. Mehrfachnennung war möglich.

Tabelle 21: Von Patienten angegebener Substanzkonsum im Monat vor der Krankenhausaufnahme

	Nichtkonsumenten	Substanzkonsumenten
keine	55	-
Haschisch, Cannabis	3	8
Kokain	-	3
„Speed“, Ecstasy o.ä.	-	2
Opiate (Heroin)	-	1
Rauschpilze	-	-
Medikamente (Valium)	-	1
andere	-	-

Die nachfolgenden Übersichten zeigen das Drogenkonsumverhalten im letzten Monat und in der letzten Woche vor Krankenhausaufnahme. Dabei sollte die Häufigkeit des Drogenkonsums angegeben werden.

Tabelle 22: Von Patienten angegebener Substanzkonsumverhalten **im Monat** vor der Krankenhausaufnahme

Antwortmöglichkeiten	Nicht-konsumenten	Substanzkonsumenten
keine Drogen	57	-
Drogenkonsum je nach psychischen Befinden	-	2
ich habe meine Drogenmenge gegenüber früher nicht verändert	1	3
ich habe mehr Drogen als früher genommen	-	3
ich habe erst im letzten Monat wieder angefangen Drogen zu nehmen	1	1
Gesamt (n _{Ges.} = 68)	59	9

Jeweils ein Patient aus beiden Gruppen hat erst **im Monat** vor der Krankenhausaufnahme wieder angefangen, Drogen zu konsumieren. Diese beiden Patienten

ten sind nicht identisch mit den beiden, die den Alkoholkonsum im Monat vor der Einweisung wieder begonnen hatten (siehe Seite 37).

Insgesamt 4 Patienten aus beiden Hauptgruppen haben ihren Drogenkonsum nicht verändert. 3 Patienten aus der Gruppe der Substanzkonsumenten haben ihren Drogengebrauch im letzten Monat gesteigert. 2 Patienten aus der Gruppe der Substanzkonsumenten hatten erst 2 Wochen vor der Krankenhauseinweisung damit begonnen, vermehrt Drogen zu nehmen.

Die fünf letztgenannten Patienten berichteten, Drogen zu konsumieren, wenn sie sich psychisch schlecht fühlten.

Tabelle 23: Drogenkonsumverhalten **1 Woche** vor Krankenhausaufnahme.

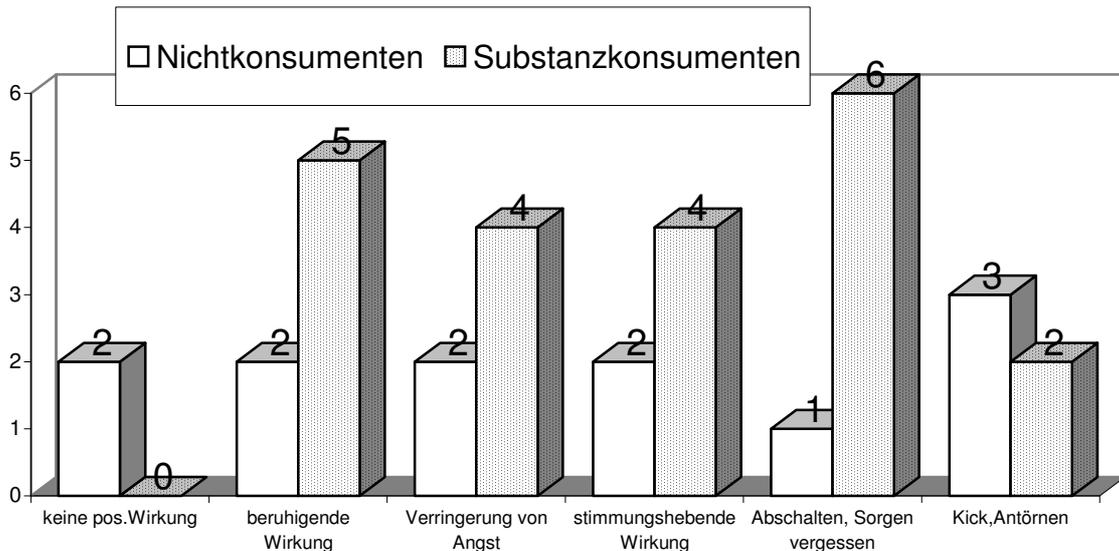
Wie oft haben Sie in der letzten Woche vor Beginn der psychischen Beschwerden bzw. der Krankenhausaufnahme Drogen genommen?		Wie viel Drogen haben Sie in der letzten Woche vor Beginn der psychischen Beschwerden bzw. der Krankenhausaufnahme genommen?	
gar nicht	60	nichts	60
nur unregelmäßig, nicht jeden Tag	2	weniger als sonst	1
mehr als 3 x	3	genau soviel wie sonst	3
täglich	3	mehr als sonst	2

Von einem täglichen Drogenkonsum berichten 3 Patienten. Mehr als 3-mal pro Woche haben ebenfalls drei Patienten Drogen konsumiert. Aber nur 2 Patienten haben mehr sonst, in der Woche vor der Krankenhausaufnahme Drogen eingenommen.

Aus der Gruppe der Nichtkonsumenten berichtete eine Patientin über den Genuss von Marihuana 2 Monate vor der stationären Aufnahme. Sie hatte diesen Konsum aber 1 Woche vor der Einweisung wieder beendet. Laut Produktinformation des Urinstreifentests liegt die Eliminationshalbwertszeit für THC- Metaboliten zwischen 1- 10 Tagen. Damit wäre ein negativer Test zum Aufnahmezeitpunkt möglich.

Diagramm 8 zeigt die von den untersuchten schizophrenen Patienten angegebenen Wirkungen, die beim Drogenkonsum besonders geschätzt waren. Getrennt nach den beiden Hauptgruppen gaben auch Patienten aus der Gruppe der Nichtkonsumenten bestimmte Wirkungen an.

Diagramm 8: Wirkungen bei Drogengenuss nach Angaben der Patienten



n= 68

Im Vordergrund stand dabei „das Abschalten, Sorgen vergessen“, „die Verringerung von Angst“ sowie die „beruhigende Wirkung“

Zum Abschluss wurden die Patienten gefragt, ob nach ihrer Meinung Alkohol und Drogen positive oder eher schädliche Wirkungen auf ihre psychiatrische Erkrankung hätten.

Tabelle 24:

Alkohol:

keine:	46
schädliche (Krankheit wird schlimmer):	19
positive (verringert Beschwerden):	5
Hebung der Stimmung:	5
beruhigend:	4

Tabelle 25:

Drogen:

keine:	46
schädliche (Krankheit wird schlimmer):	15
positive (verringert Beschwerden):	10
Abschalten:	2
weniger Ängste:	4

Insgesamt 15 Patienten schätzten die positiven Wirkungen des Alkohol- und Drogenkonsums, 34 Patienten empfinden eine Verschlimmerung der psychiatrischen Erkrankung.

Auf die Frage *Glauben Sie, dass Sie alkoholabhängig sind ?* gab es folgende Antwortverteilung:

Tabelle 26:

	Nichtkonsumenten	Substanzkonsumenten
nein	54	5
vielleicht	4	4
ja	1	-
Gesamt (n _{Ges.} = 68)	59	9

5 Patienten aus der Gruppe der Nichtkonsumenten halten sich für vielleicht oder sicher alkoholabhängig.

Auf die Frage *Glauben Sie, dass Sie drogenabhängig sind ?* gab es folgende Antwortverteilung:

Tabelle 27:

	Nichtkonsumenten	Substanzkonsumenten
nein	58	4
vielleicht	1	4
ja	-	1
Gesamt (n _{Ges.} = 68)	59	9

Bei der Gruppe der Substanzkonsumenten war somit zumindest ansatzweise die Erkenntnis eines missbräuchlichen Konsums von Alkohol und Drogen anzutreffen.

4. Diskussion

In den letzten 10 Jahren wurde in der Literatur die hohe Prävalenzrate des Substanzmissbrauches bei Patienten mit schizophrenen bzw. schizoaffektiven Störungen immer wieder durch Studien belegt. Daraus erwächst die Forderung nach detaillierter Untersuchung dieses Phänomens sowie spezieller Therapieprogramme (Modestin et al., 2001).

Diese Arbeit sollte ermitteln, wie hoch der Anteil der Drogen- bzw. Alkoholkonsumenten bei allen konsekutiv aufgenommen schizophrenen und schizoaffektiven Patienten in der psychiatrischen Klinik Lübeck im Jahr 1996 war. Es erfolgte ein Drogenscreening mit Hilfe eines Urinstreifentests, der pathologische Alkoholkonsum wurde durch eine signifikante Erhöhung des CDT zum Zeitpunkt der Aufnahme definiert. Zusätzlich wurde mit Hilfe eines Fragebogens eine Selbstbefragung durchgeführt.

Untersucht wurden 93 Patienten, in die Studie konnten 89 Patienten einbezogen werden. Der größere Anteil waren schizophrene Patienten, rund ein Drittel gehörte zur Gruppe der Schizoaffektiven.

- Konsum von Drogen oder Medikamenten

Bei insgesamt 11 Patienten (12,4%) konnte ein Substanzmissbrauch zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme nachgewiesen werden, wobei bei 8 Patienten ein positiver THC- Test im Urin vorlag. Der in der Literatur beschriebene signifikant jüngere Altersdurchschnitt bei schizophrenen Cannabiskonsumenten war auch in dieser Stichprobe nachzuweisen (Fowler et al., 1998; Katz et al., 2000; Dervaux et al., 2003).

3 Patienten konsumierten zum Zeitpunkt der Aufnahme missbräuchlich Benzodiazepine. Es konnte mit Hilfe des Urin-Tests kein Konsum von Opiaten, Kokain, Amphetaminen und Methamphetaminen nachgewiesen werden. Dies entspricht den Ergebnissen aus anderen deutschen Studien, die einen eher geringen Prozentsatz an „harten“ illegalen Drogen bei Schizophrenen verzeichneten (Soyka et al., 1993).

- Alkoholkonsum

Ein Patient hatte einen deutlich erhöhten CDT- Spiegel im Serum, der sich auch anamnestisch durch einen vermehrten Alkoholkonsum erklären ließ.

Bei allen anderen Patienten war der CDT- Serumspiegel im Normbereich. Damit ist nach Literaturangaben (Wetterling und Kanitz, 1998) ein Konsum von mehr als 60g reinem Alkohol in den letzten 14-21 Tagen vor der stationären Aufnahme wenig wahrscheinlich.

Somit wurde das untersuchte Patientenkollektiv in zwei Gruppen, die Gruppe der Nichtkonsumenten (n=78) und die Gruppe der Konsumenten(n=11) unterteilt. Als Unterscheidungskriterium der Gruppenbildung wurde der Laborbefund zum Zeitpunkt der Aufnahme gewählt.

In den Fragebögen gaben aber insgesamt 10 Patienten aus der Gruppe der Nichtkonsumenten eine Steigerung ihres Alkoholkonsums vor der Krankenhausaufnahme an. Dies bewirkte zum Untersuchungszeitpunkt (noch) keine signifikante Erhöhung des CDT- Serumspiegels, sollten aber trotzdem kritisch für den Krankheitsverlauf der schizophrenen Patienten gesehen werden.

Swofford et al beschrieben in ihrer Studie signifikant mehr tardive Dyskinesien, eine höhere Inzidenz von kognitiven Defiziten und eine höhere Dosis an benötigten Neuroleptika bei schizophrenen Patienten mit erhöhtem Alkoholkonsum (Swofford et al, 2000).

Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme wurde mit Hilfe der Brief Psychiatric Rating Scale der psychopathologische Befund erhoben. Die Gruppe der Substanzkonsumenten erzielte dabei einen etwas geringeren BPRS-Skalengesamtwert als die Gruppe der Nichtkonsumenten. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten auch Sanguineti und Samuel 1993. In ihrer Studie an 401 stationären Patienten konnten sie signifikant niedrigere BPRS- Skalengesamtwerte bei drogenkonsumierenden Schizophrenen feststellen (Sanguineti und Samuel, 1993). DeQuardo et al berichteten bei einer rückblickenden Untersuchung an 67 schizophrenen Patienten über keine signifikanten Unterschiede der BPRS- Scores bei Drogenkonsumenten versus Nichtdrogenkonsumenten (DeQuardo et al, 1994). Hingegen veröffentlichte Swofford et al eine Studie an 37 Patienten mit deutlich höheren BPRS-Scores bei Drogenkonsumenten (Swofford et al, 1996).

Beim Auswerten des Frankfurter Beschwerdefragebogens wurde bei den Lübeckern schizophrenen Drogen/Alkoholkonsumenten ein nicht signifikant geringerer Gesamtscore ermittelt.

Bersani et al konnten bei einem Vergleich von 25 schizophrenen männlichen Cannabiskonsumenten mit 25 schizophrenen Nichtkonsumenten einen Unter-

schied im Bereich der Negativsymptomatik feststellen. Die Patientengruppe ohne Substanzkonsum hatte deutlich mehr psychopathologische bzw. negative Symptome (Bersani et al., 2002). In einer zweiten Studie untersuchten Bersani et al 125 chronisch schizophrene Patienten und registrierte bei Substanzmissbrauchern ebenfalls geringere negative Symptome (Bersani et al., 2002). Die Ursache dafür könnte laut DeQuardo und Mitarbeitern an der anticholinergen Wirkung des Cannabis liegen, das zu einer Verringerung der negativen Symptomatik führt (DeQuardo et al., 1994).

Bei der Befragung der Lübecker Patientengruppe über die erwünschte Drogenwirkung, waren das „Sorgen vergessen“ sowie die „Verringerung der Angst“ an führender Stelle. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer kanadischen Arbeit mit 41 schizophrenen Patienten. Als Ursachen für Drogenkonsum wurden der „Wunsch nach Entspannung“, das „Verbessern des Wohlbefindens“ sowie die „Verminderung von Depression“ genannt (Addington und Duchak, 1997).

In dieser Form der Selbstmedikation liegt die Gefahr der Entstehung einer Komorbidität (chronischer Substanzmissbrauch und Schizophrenie) begründet. Eine große epidemiologische Studie zeigte bei schizophrenen Patienten ein 7,6-mal größeres Risiko für die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit sowie ein 10,5-mal größeres Risiko für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit (Boyd, 1984).

Cannabis als potentieller Auslöser einer Schizophrenie wurde durch Hambrecht und Häfner untersucht. Sie unterteilten auf der Grundlage des Vulnerabilitäts-Stress- Modells dabei drei Gruppen: die erste Gruppe konsumierte lange vor dem Ausbruch der Erkrankung Cannabis, wahrscheinlich senkte sie durch den chronischen Genuss die Schwelle zum Auslösen der Schizophrenie. Die zweite Gruppe war immer vulnerabel für Schizophrenie und löste durch den Gebrauch von Cannabis sofort die Erkrankung aus. Die dritte Gruppe konsumierte Cannabis als Selbstmedikation im Sinne einer Linderung der negativen bzw. depressiven Symptomen (Hambrecht und Häfner, 2000). Daraus ergibt sich die besondere Beachtung eines eventuellen Drogenkonsums. Resultiert doch aus einer eventuellen Komorbidität von Substanzmissbrauch und Schizophrenie unter anderem auch eine erhöhte Selbstmordgefahr (Meltzer, 2001).

Die Lebenszeitprävalenz für Cannabisgebrauch in der Lübecker Patientengruppe betrug 36%. 25 von 68 untersuchten Patienten gaben zu, wenigstens einmal in ihrem Leben diese Droge konsumiert zu haben. Diese Zahlen liegen etwas über den Ergebnissen einer Repräsentativerhebung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie im Jahr 2000, die eine Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 21,4 % in Westdeutschland für den Konsum von Cannabis bei den 18-59 Jährigen ermittelte (Kraus et al, 2001). Die in der Literatur häufig stark erhöhten Prozentzahlen bei Schizophrenen konnten aber in Lübeck nicht bestätigt werden. So berichtet Blanchard et al., dass ungefähr 40 –50 % der schizophrenen Patienten in einer mittelgroßen Stadt der USA Substanzmissbrauch betrieben haben (Blanchard et al, 2000). Die Epidemiologic Catchment Area Studie (ECA) hat bei schizophrenen Patienten eine Lebenszeitprävalenz für Drogen- und Alkoholmissbrauch von 47% in den USA festgestellt (Regier et al., 1990). Diese hohe Zahl ist eventuell vor dem Hintergrund des in den USA im Vergleich zu Deutschland bzw. Mitteleuropa auch in der Gesamtbevölkerung häufigeren Drogenmissbrauchs zu sehen (Soyka, 1994). Auch gab es laut Hambrecht und Häfner bei der ECA-Studie Beeinträchtigungen der Validität der durch Laieninterviews erhobenen Diagnosen (Hambrecht und Häfner, 1996).

In einer schwedischen Untersuchung von Cantor-Graae et al. 2001 an 87 Patienten wurde ebenfalls eine Lebenszeitprävalenz für Substanzmissbrauch bei schizophrenen Patienten von 48,3 % ermittelt (Cantor-Graae et al., 2001).

Offensichtlich sind soziokulturelle Einflüsse mitbestimmend bei der Höhe der Lebenszeitprävalenz für Substanzkonsum. So wurde z.B. ein deutlich kleinerer Prozentsatz von Substanzmissbrauchern in einer türkischen Studie gefunden, bei annähernd gleichen Zahlen für Nikotinkonsum (Uzun et al., 2003). Es besteht damit eine Abhängigkeit von Ort und Zeit der Erhebung. Die Prävalenzraten sind nur unter Vorbehalt auf andere Regionen und Dekaden generalisierbar (Hambrecht und Häfner, 1996).

Das Risiko einer Überbewertung und einer daraus folgenden „Übertherapie“ schizophrener Patienten, die nicht den klassischen Kriterien einer echten Komorbidität entsprechen, sahen Smith und Hucker 1994. Sie empfahlen eine exakte, wissenschaftlich fundierte Analyse der Befunde bei einem begründeten Verdacht auf einen Substanzmissbrauch schizophrener Patienten (Smith und Hucker, 1994).

Nicht jeder schizophrene Patient, der einmal in seinem Leben z.B. Cannabis, Kokain oder andere psychotrope Substanzen konsumiert hat, erfüllt die Kriterien einer Abhängigkeit oder Sucht und bedarf eines besonderen Therapieprogrammes.

In der Lübecker Untersuchungsgruppe gab es 9 Patienten die sich potentiell für alkoholabhängig hielten, wobei 5 aus der Gruppe der Nichtkonsumenten und 4 aus der Gruppe der Substanzkonsumenten waren. Nur einem Patient konnte durch ein stark erhöhtes CDT zum Aufnahmezeitpunkt ein vermehrter Alkoholkonsum nachgewiesen werden.

Zusätzlich gaben 5 Patienten an, eventuell drogenabhängig zu sein. Ihnen war tatsächlich ein Substanzkonsum zum Zeitpunkt der Aufnahme nachzuweisen. Ca. 30-mal wurde im Fragebogen vermerkt, dass Alkohol und Drogen eine eher positive und beruhigende Wirkung auf die Erkrankung haben.

Von den behandelnden Stationsärzten erhielten 10 (11,2 %) der Patienten (n=89) eine Diagnose aus der Kategorie F1 (Suchterkrankungen): klinisch wurde 4 mal ein Alkoholmissbrauch, 4 mal ein Cannabismissbrauch (F12), einmal ein Stimulanzienmissbrauch (F15) und zweimal ein polyvalenter Missbrauch (F19) diagnostiziert.

9 dieser 10 Patienten hatten einen Drogen- bzw. erhöhten Alkoholkonsum zugegeben. Nur 6 dieser Patienten hatten Hinweise in den Labortests auf einen Drogen- bzw. erhöhten Alkoholkonsum. 5 Patienten mit auffälligen Labortests (2 THC-positive und 3 Benzodiazepine -positive) wurden von den behandelnden Ärzten nicht als Suchtpatienten klassifiziert.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass ein Alkohol- /Drogen- oder Benzodiazepinmissbrauch in dem Monat vor der Krankenhausaufnahme zwar relativ selten bei Schizophrenen anzutreffen ist, dass aber die Wirkungen der psychotropen Substanzen relativ positiv angesehen wurden. Bei der stationären Therapie von schizophrenen Patienten sollte deshalb unbedingt die Frage des Substanzkonsums erörtert werden, um einen möglichen chronischen Missbrauch mit den daraus resultierenden Folgen frühzeitig zu verhindern. Bei der Diagnose eines Alkoholmissbrauches scheint die alleinige CDT- Bestimmung eine unzureichende Sensitivität zu zeigen. Eine Kombination mit z.B. dem Münchener Alkoholismus Test (MALT) ist angeraten. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen gelangte auch eine

Studie an schizophrenen Patienten von Agelink MW et al, die unter Verwendung von MALT, γ -GT und CDT eine Komorbidität für einen Alkoholmissbrauch von 42,8% herausfand (Agelink NW, 1999). Eine geringe Sensitivität ergab sich in dieser Studie auch für die γ -GT, da diese häufig bei Schizophrenen durch die Einnahme von Neuroleptika erhöht und damit als alleiniger Screeningwert unzuverlässig ist.

Zur Verifizierung eines Drogenmissbrauches ist ein Drogenscreening des Urins hilfreich. Schizophrene, wie aber auch andere Personen tendieren dazu, die Mengen an konsumiertem Alkohol und Drogen zu bagatellisieren (Safer, 1987).

In einer amerikanischen Untersuchung wurde wie in der vorliegenden nur eine geringe Übereinstimmung zwischen den anhand der Labortests identifizierten aktuellen Substanzkonsumenten und den klinisch als Substanzmissbraucher diagnostizierten Patienten gefunden (Albanese et al, 1994). Diese geringe Übereinstimmung ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass mit den Labortests nur der aktuelle Konsum nachgewiesen werden kann, während für die klinische Diagnose vor allem Hinweise auf einen längeren Missbrauch bedeutsam sind. So trägt auch die Verleugnung eines Abusus durch die Patienten dazu bei, dass einige nicht erkannt werden bzw. entsprechend diagnostiziert werden. So konnte in einer Untersuchung an 85 schizophrenen Patienten durch Drogenscreening im Urin bei 16 von 85 Patienten ein Kokainkonsum nachgewiesen werden, obwohl sie angegeben hatten, kein Kokain zu konsumieren (Shaner et al, 1992).

Bei begründetem Verdacht auf chronischen Alkohol- und Drogenmissbrauch sollten schizophrene Patienten einem speziellen Therapiekonzept zugeführt werden. Leider besteht ein Mangel an wirklich fundierten Strategien und medikamentösen Behandlungsmethoden (Wetterling, 2001). Diesen Umstand zu beheben, sollte weiter Gegenstand der psychiatrischen Forschung sein.

5. Zusammenfassung

Im letzten Jahrzehnt wurde durch Studien oft eine hohe Prävalenzrate des Substanzmissbrauches bei Patienten mit schizophrenen bzw. schizoaffektiven Störungen belegt. Die veröffentlichten Zahlen schwankten zwischen 7-65 % Lebenszeitprävalenz, vor allem in Studien aus den USA.

Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, bei wie vielen Patienten, die konsekutiv im Jahre 1996 mit der Diagnose Schizophrenie bzw. schizoaffektive Psychose stationär in der psychiatrischen Klinik Lübeck aufgenommen wurden, eine aktuelle Einnahme psychotroper Substanzen (Alkohol, Drogen, Benzodiazepine) nachgewiesen werden kann. Dazu wurde ein Urinstreifentest zum Drogenscreening verwendet. Der Test war ein schneller, kompetitiv bindender Immunoassay zum direkten qualitativen Nachweis von Amphetaminen, Methamphetaminen, Opiaten (Morphin, Heroin), Kokain/Benzoylgonin, Tetrahydrocannabinol und Benzodiazepinen.

Zusätzlich sollte ein vermehrter Alkoholkonsum eruiert werden. Hierfür wurde als Laborgröße das so genannte kohlenhydratdefiziente Transferrin (engl.: carbohydrate-deficient transferrin; CDT) verwendet.

Mit Hilfe eines Fragebogens aus der Klinik für Psychiatrie der Universität Lübeck, sollte die Lebenszeit- bzw. 1-Monatsprävalenz für missbräuchlichen Alkohol- und Drogenkonsum ermittelt werden. Der psychopathologische Befund wurde mit Hilfe der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) und dem Frankfurter Beschwerde-Fragebogen erhoben.

Von insgesamt 93 untersuchten Patienten konnten 89 in die Studie einbezogen werden. Bei 11 Patienten (12,4 %) war der aktuelle Konsum von Drogen oder der vermehrte Genuss von Alkohol nachweisbar. Häufigste Substanzen waren dabei Cannabis (n=8) sowie Benzodiazepine (n=3). Nur ein Patient hatte ein deutlich erhöhtes CDT zum Aufnahmezeitpunkt, das im Einklang stand mit seinem hohen Alkoholkonsum. Der Altersdurchschnitt der Substanzkonsumenten war geringer als in der Gruppe der Nichtkonsumenten.

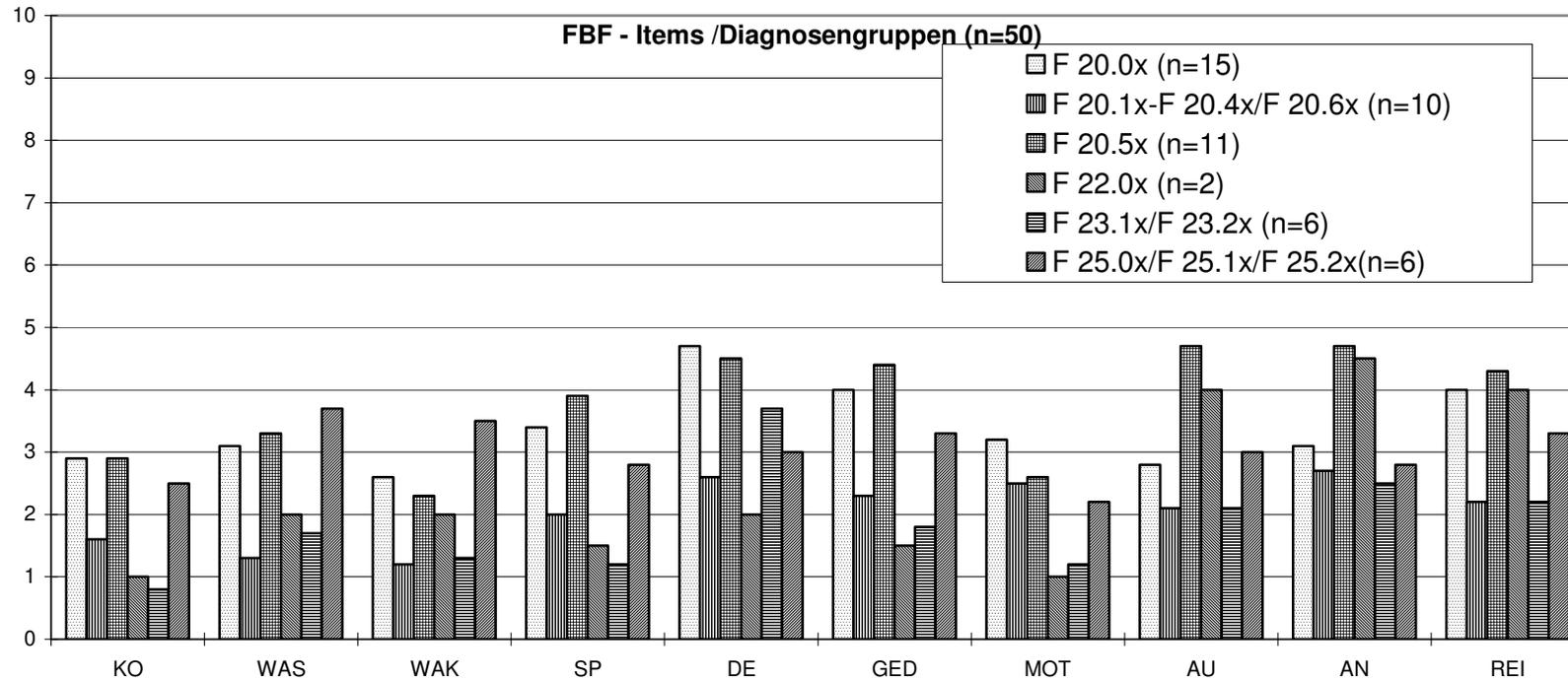
Die Datenauswertung ergab beim Vergleich der beiden Gruppen einen insgesamt geringeren Gesamtscore bei der Beurteilung durch die BPRS und den Frankfurter Beschwerde Fragebogen für die Gruppe der Substanzkonsumenten. Diese Ergebnisse konnten auch in der Literatur wieder gefunden werden.

Bei der Untersuchung der Lebenszeitprävalenz für Cannabisgebrauch gaben 25 (36%) von 68 befragten Patienten zu, wenigsten einmal in ihrem Leben diese Droge konsumiert zu haben. Diese Zahlen liegen leicht über den Ergebnissen einer Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland, die eine Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 21,4% in Westdeutschland für den Genuss von Cannabis bei den 18-59 Jährigen ermittelte (Kraus et al, 2001). Damit ließen sich aber die hohen Prävalenzraten aus anderen Studien bei der Lübecker Stichprobe nicht bestätigen. Es scheinen soziokulturelle Einflüsse sowie das Alkohol- und Drogenkonsumverhalten der Gesamtbevölkerung mitbestimmend zu sein.

13 Patienten berichteten von einer Steigerung ihres Alkoholkonsumverhaltens vor der Krankenhausaufnahme. Dies bewirkte aber keine signifikante CDT- Erhöhung. 5 Patienten hatten einen Monat bzw. 2 Wochen vor der Krankenhauseinweisung damit begonnen ihren Drogenkonsum zu steigern. 2 Patienten haben im Monat vor der Aufnahme erst wieder begonnen, Drogen zu konsumieren. Als Ursache wurde die Linderung von Krankheitssymptomen, im Sinne einer Selbsttherapie angegeben. Diese Gruppe von Patienten ist gefährdet im Rahmen ihrer schizophrenen Grunderkrankung einen chronischen Alkohol- oder Drogenmissbrauch zu betreiben, weshalb sie frühzeitig in spezielle Therapieprogramme einzubinden sind.

Anhang Teil 1

Diagramm 4



KO = Verlust der Kontrolle(Selbstverfügbarkeit), **WAS** = Wahrnehmung(einfache, sensorische Irritation), **WAK** = Wahrnehmung(komplex, organisierter), **SP** = Sprache(expressiv und rezeptiv), **DE** = Denken, **GED** = Gedächtnis, **MOT** = Motorik, **AU** = Automatismenverlust, **AN** = Anhedonie und Angst (Depressivität), **REI** =Reizüberflutung(externe Stimuli)

Anhang – Teil 2

Fragebogen Drogen/Alkoholkonsum (Wetterling, 1996)

1. Wie lebten Sie vor der Aufnahme ins Krankenhaus?

- 1= Allein ohne Wohnung
- 2= Allein in eigener Wohnung
- 3= Bei Familienangehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder)
- 4= Mit Partner oder Familie in eigener Wohnung
- 5= In Wohngemeinschaft oder Heim

2. Wie sind Sie in die psychiatrische Klinik gekommen?

- 1= Auf eigenen Wunsch
- 2= Auf Rat von Familienangehörigen, Freunden usw.
- 3= Auf Rat des Hausarztes
- 4= Auf Rat des Nervenarztes oder Psychiaters
- 5= Auf Rat eines anderen Facharztes
- 6= Auf Druck von Angehörigen, Freunden usw.
- 7= Zwangseinweisung durch Amtsarzt oder Polizei
- 8= Durch Betreuer eingewiesen

3. Wie fühlten Sie sich bei Aufnahme ins Krankenhaus?

- 1= Gesund
- 2= Beeinträchtigt, aber nicht behandlungsbedürftig
- 3= Krank, aber nicht behandlungsbedürftig
- 4= Krank, wollte mich ambulant behandeln lassen
- 5= Krank, wollte mich stationär behandeln lassen
- 6= Nicht krank, die Anderen wollten mir eine Krankheit einreden

4. Welche Beschwerden hatten Sie bei der Krankenhausaufnahme?

(Bitte die wichtigsten angeben! Die schwersten bitte zuerst!)

- 1=
- 2=
- 3=

5. Nennen Sie bitte nach Ihrer Meinung die 3 wichtigsten Ursachen für Ihre jetzige Erkrankung.

- 1= Keine Erklärung
- 2= Körperliche Erkrankung/Unfall
- 3= Alkohol oder Drogen
- 4= Psychische Störung
- 5= Belastung im Beruf
- 6= Belastung in Familie/ Partnerschaft usw.
- 7= Äußere Gründe (fremde Personen oder Mächte, die mich beeinflussen oder krank machen möchten)

- 8= Bin nicht krank
- 9= Bin nicht krank, nur andere glauben, dass ich krank bin
- 10= Andere: bitte genau angeben

6. Wie würden Sie selbst die Erkrankungen bezeichnen, die zu dem Krankenhausaufenthalt geführt hat?

- 1=
- 2=
- 3=

7. Haben Sie vor der jetzigen Krankenhausbehandlung Medikamente (Tabletten, Tropfen oder Spritzen) erhalten? (mehrere Antworten möglich)

- 1= Zur Zeit keine
- 2= Nur zum Einschlafen
- 3= Zur Beruhigung oder wegen Angstzustände
- 4= Gegen Depression
- 5= Gegen Wahnvorstellung
- 6= Die Wirkung ist mir unbekannt
- 7= Andere, bitte genau angeben

8. Kennen Sie den Namen der Medikamente, die Sie zurzeit einnehmen?

- 1= Nein
- 2= Ja

Wie heißen die Medikamente? Welche Wirkung haben Sie?

9. Wie lange nehmen Sie diese Medikamente schon?

- 1= Keine Medikamente
- 2= Erst wenige Tage
- 3= Etwa 1 Woche
- 4= Etwa 2 Wochen
- 5= Etwa 3-4 Wochen
- 6= Etwa 2-3 Monate
- 7= Länger als 3 Monate
- 8= Länger als 1 Jahr

10. Haben Sie vorher andere Psychopharmaka genommen?

- 1= Nein
- 2= ja

11. Waren Sie schon früher in stationärer psychiatrischer Behandlung und wenn ja, wie oft?

12. Wie lange sind Sie jetzt psychisch krank?

- 1= Jetzt erste Erkrankung, akut aufgetreten
- 2= Seit ungefähr 1 Monat
- 3= Seit ungefähr einem halben Jahr
- 4= Seit ungefähr 1 Jahr
- 5= Seit weniger als 5 Jahren
- 6= Länger als 5 Jahre
- 7= Ich bin nicht psychisch krank

13. Haben Sie ein Alkoholproblem?

- 1= Nein. Trinke nie Bier oder Alkohol
- 2= Nein. Trinke immer in Maßen
- 3= Trinke nur manchmal(weniger als 1x/Monat) bis ich besoffen bin
- 4= Trinke jeden Tag, bin aber nicht besoffen
- 5= Trinke häufig (mehr als 1x/Monat) bis ich besoffen bin
- 6= Trinke sehr häufig (mehr als 1x/Woche) bis ich besoffen bin

14. Wie viel Alkohol trinken Sie durchschnittlich pro Tag?

__ Flaschen Bier __ Gläser Wein __ Gläser Schnaps/Rum

15. Wie hat sich der Alkohol- oder Bierkonsum bei Ihnen im letzten Monat vor der Krankenhausaufnahme entwickelt?

- 1= Ich weiß nicht genau
- 2= Ich trinke je nach psychischem Befinden
- 3= Ich habe meine Trinkmenge im letzten Monat gegenüber früher nicht verändert
- 4= Ich habe meine Trinkmenge gesteigert
- 5= Ich habe erst in letzter Zeit, wieder angefangen zu trinken

16. Wann haben Sie jetzt angefangen, (vermehrt) Alkohol zu trinken?

Vor __ Tagen __ Wochen __ Monaten

17. Wann trinken Sie vermehrt Bier oder Alkohol?

- 1= Ich haben nie vermehrt Alkohol oder Bier getrunken
- 2= Ich habe häufig psychische Störungen, ohne dass ich vermehrt Alkohol trinke
- 3= Ich trinke nur dann Bier oder Alkohol, wenn ich dazu Lust habe. Ein Zusammenhang zu meinem psychischen Befinden besteht nicht
- 4= Ich habe meist erst dann angefangen, vermehrt zu trinken, wenn ich mich psychisch schlecht fühlte

18. Wie oft haben Sie in der letzten Woche vor Beginn der psychischen Beschwerden bzw. der Krankenhausaufnahme Bier oder Alkohol getrunken?

- 1= Gar nicht
- 2= Nur unregelmäßig, nicht jeden Tag

- 3= Mehr als 3x pro Woche
- 4= täglich

19. Wie viel haben Sie in der letzten Woche vor Beginn der psychischen Beschwerden bzw. der Krankenhausaufnahme getrunken?

- 1= Nichts
- 2= Weniger als 3 Bier oder 3 kleine Gläser Schnaps etc.
- 3= 3-5 Bier oder 3-5 kleine Gläser Schnaps
- 4= Mehr Bier und/oder Schnaps
- 5= Immer bis ich ruhiger wurde
- 6= Immer bis ich voll gedröhnt oder besoffen war

20. Welche Wirkung schätzen Sie an Alkohol besonders (mehrere Antworten möglich)

- 1= Keine
- 2= Alkohol hat keine positiven Wirkungen
- 3= Die beruhigende Wirkung
- 4= Die Verringerung von Angst
- 5= Die stimmungshobende Wirkung
- 6= Kann mit Alkohol abschalten, Sorgen vergessen
- 7= Andere, bitte genau angeben:

21. Haben Sie ein Drogenproblem?

- 1= Nein, nehme nie irgendwelche Drogen
- 2= Nein, habe nur ein paar mal Drogen probiert
- 3= Nehme nur selten Drogen (weniger als 1x/ Monat)
- 4= Nehme jeden Tag Drogen, bin dadurch aber nicht beeinträchtigt
- 5= Nehme häufig Drogen (mehr als 1x/Woche)

22. Mit welchen Drogen haben Sie eigene Erfahrungen? (Mehrfachantworten sind möglich)

- 1= Mit keinen
- 2= Mit Hasch, Gras bzw. Marihuana (Cannabis)
- 3= Mit Kokain (Koks)
- 4= Mit „Speed“, „Ecstasy“ oder anderen Aufputschmitteln
- 5= Mit Opiaten (Heroin, DHC usw.)
- 6= Mit Rauschpilzen
- 7= Mit anderen, bitte genau angeben:

23. Welche Drogen haben Sie im letzten Monat genommen? (Mehrfachantworten sind möglich)

- 1= Keine
- 2= Hasch, Gras bzw. Marihuana (Cannabis)
- 3= Kokain
- 4= „Speed“, „Ecstasy“, oder andere Aufputschmittel
- 5= Opiate (Heroin, DHC usw.)
- 6= Rauschpilze

7= Andere, bitte genau angeben

24. Wie hat sich der Drogenkonsum bei Ihnen in dem letzten Monat vor der Krankenhausaufnahme entwickelt?

- 1= Ich weiß nicht genau
- 2= Ich nehme Drogen je nach psychischem Befinden
- 3= Ich habe meine Drogenmenge gegenüber früher nicht verändert
- 4= Ich habe mehr Drogen als früher genommen
- 5= Ich habe erst im letzten Monat, wieder angefangen Drogen zu nehmen

25. Wann haben Sie jetzt angefangen, vermehrt Drogen zu nehmen?

Vor __ Tagen __ Wochen __ Monaten

26. Wann nehmen Sie vermehrt Drogen?

- 1= Ich habe nie Drogen genommen
- 2= Ich habe häufig psychische Störungen, ohne dass ich Drogen nehme
- 3= Ich nehme nur dann Drogen, wenn ich dazu Lust habe. Ein Zusammenhang zu meinem psychischen Befinden besteht nicht
- 4= Ich habe meist erst dann angefangen Drogen zu nehmen, wenn ich mich psychisch schlecht fühlte

27. Wie oft haben Sie in der letzten Woche vor Beginn der psychischen Beschwerden bzw. der Krankenhausaufnahme Drogen genommen?

- 1= Gar nicht
- 2= Nur unregelmäßig, nicht jeden Tag
- 3= Mehr als 3x pro Woche
- 4= täglich

28. Wie viel Drogen haben Sie in der letzten Woche vor Beginn der psychischen Beschwerden bzw. der Krankenhausaufnahme genommen?

- 1= Nichts
- 2= Weniger als sonst
- 3= Genauso viel wie sonst
- 4= Mehr als sonst
- 5= Immer bis ich ruhiger wurde
- 6= Immer bis voll gedröhnt war

**29. Welche Wirkung schätzen Sie an Drogen besonders?
(mehrere Antworten möglich)**

- 1= Keine
- 2= Drogen haben keine positiven Wirkung
- 3= Die beruhigende Wirkung
- 4= Die Verringerung von Angst
- 5= Die stimmungshobende Wirkung
- 6= Kann abschalten, Sorgen vergessen

7= Kick, Antörnen etc.

8= Andere, bitte genau angeben:

30. Waren Sie wegen Ihrer psychischen Beschwerden bzw. Alkohol- oder Drogenprobleme in ambulanter Behandlung? (mehrere Antworten möglich)

1= Nie

2= Nur beim Hausarzt

3= Beim Internisten oder anderem Facharzt

4= Beim Nervenarzt oder Psychiater

5= Beim Heilpraktiker

31. Welche Wirkung hat Ihrer Meinung nach Bier oder Alkohol auf Ihre psychische Erkrankung? (mehrere Antworten möglich)

1= Keine

2= Schädliche (Krankheit wird schlimmer)

3= Positive (verringert Beschwerden)

32. Welche Ihrer Beschwerden werden mit Alkohol besser?

1.

2.

3.

33. Welche Wirkung haben Ihrer Meinung Drogen auf Ihre psychische Erkrankung? (mehrere Antworten möglich)

1= Keine

2= Schädliche (Krankheit wird schlimmer)

3= Positive (verringert Beschwerden)

32. Welche Ihrer Beschwerden werden mit Drogen besser?

1.

2.

3.

33. Glauben Sie, dass Sie alkoholabhängig sind?

1= Nein

2= Vielleicht

3= Ja

34. Glauben Sie, dass Sie drogenabhängig sind?

1= Nein

2= Vielleicht

3= Ja

7. Literatur

Addington J, Duchak V: Reasons for substance use in schizophrenia.

Acta Psychiatr Scand 96, 329-333 (1997)

Agelink MW, Ulrich H, Lemmer W, Dirkes-Kersting A, Zeit T: Screening abuse in an inpatient psychiatric sample.

Am J Drug Alcohol Abuse 17, 389-397 (1991)

Arndt S, Tyrrell G, Flaum M, Andreasen NC: Comorbidity of substance abuse and schizophrenia: the role of pre-morbid adjustment.

Psychol Med 22, 379-388 (1992)

Babigan HM: Schizophrenia: Epidemiology. In: Kaplan H I, Freedmann A M, Sadock B J: Comprehensive textbook of psychiatry, 643-650, William and Wilkins, Baltimore, 1986

Bailey L, Maxwell S, Brandabur M: Substance abuse as a risk factor for tardive dyskinesia: a retrospective analysis of 1027 patients.

Psychopharmacol Bull 33, 177-181 (1997)

Bersani G, Orlandi, Gherardelli S, Pancheri P: Cannabis and neurological soft signs in schizophrenia: absence of relationship and influence on psychopathology.

Psychopathology 35, 289-295 (2002)

Blanchard JJ, Brown SA, Horan WP, Sherwood AR: Substance use disorder in schizophrenia: review, integration, and a proposed model.

Clin Psychol Rev 20, 207-237 (2000)

Bleuler E: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien.

Leipzig-Wien, Deuticke 1911

Borga P, Widerlov B, Stefansson CG, Cullberg J: Social conditions in a total population with long-term functional psychosis in three different areas of Stockholm County.

Acta Psychiatr Scand 85, 465-473 (1992)

Boyd J H: Exclusion criteria of DSM-III: A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes.

Arch Gen Psychiatry 41, 983-989 (1984)

Cantor-Graae E, Nordstrom LG, McNeil TF: Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden.

Schizophr Res 48, 69-82 (2001)

Carlsson A: The dopamine hypothesis of schizophrenia –20 years later. In: Häfner H, Gattaz W F, Janzarik W: Search for the causes of schizophrenia., 223-235 Springer, Berlin, 1987

Chouljian TL, Shumway M, Balancio E, Dwyer EV, Surber R, Jacobs M: Substance use among schizophrenic outpatients: prevalence, course, and relation to functional status.

Ann Clin Psychiatry 7, 19-24 (1995)

Cohen E, Henkin I: Prevalence of substance abuse by seriously mentally ill patients in a partial hospital program.

Hosp Community Psychiatry 44, 178-180 (1993)

Cuffel BJ, Heithoff KA, Lawson W: Correlates of patterns of substance abuse among patients with schizophrenia.

Hosp Community Psychiatry 44, 247-251 (1993)

DeQardo JR, Carpenter C, Tandon R: Patterns of substance abuse in schizophrenia: nature and significance.

J Psychiatr Res 28, 267-275 (1994)

Dervaux A, Laqueille X, Bourdel MC, Leborgne MH, Olie J P, Loo H, Krebs M O: Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Encephale* 29, 11-17 (2003)

Dilling H, Mombour W, Schmidt M H: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD – 10, Kapitel V. Klinische Beschreibungen und diagnostische Leitlinien. 2. Auflage, Huber, Bern, 1993

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

Dixon L, Weiden PJ, Haas G, Sweeney J, Frances AJ: Increased tardive dyskinesia in alcohol-abusing schizophrenic patients. *Compr Psychiatry* 33, 121-122 (1991)

Drogen und Suchtbericht der Bundesregierung 1998: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
10117 Berlin, Stand 1.März 1999

Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ: Pattern of current and lifetime substance use in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 24, 443-455 (1998)

Freyberger HJ: Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie
10.Aufl., 115, Freiburg, 1996

Gesundheitsbericht für Deutschland: Ergebnis eines Forschungsvorhabens gefördert durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie sowie das Bundesministerium für Gesundheit, Statistisches Bundesamt, <http://www.gbe-bund.de>, 1998

Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A: Schizophrenie und Lebensalter.

Nervenarzt 62, 536-548 (1991)

Hambrecht M, Häfner H: Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective.

Aust N Z J Psychiatry 34 , 468-475 (2000)

Hambrecht M, Häfner H: Führen Alkohol- oder Drogenmissbrauch zu Schizophrenie?

Nervenarzt 67, 36- 45 (1996)

Hansen SS: Drug abusers in Danish mental hospitals.

Addiction 92, 429-435 (1997)

Kanitz RD, Wetterling T, Missler U: Carbohydrate Deficient Transferrin (CDT) als Indikator zur Objektivierung eines pathologisch erhöhten Alkoholkonsums.

Fortschr Diagn 4, 5-8 (1993)

Kanitz RD, Wetterling T: Ergebnisse zu Carbohydrate Deficient Transferrin (CDT) in klinischen Stichproben, diagnostische Wertigkeit und Geschlechtsunterschiede. In: Soyka M: Biologische Alkoholismuskriterien. 147-156, Chapman & Hall, Weinheim, 1995

Katz G, Shufman E, Knobler H Y, Joffe M, Hamburger R, Durst R:

Drug abuse among patients requiring psychiatric hospitalization.

Harefuah 138, 1015-1018 (2000)

Kraus L, Augustin R, Kümmler P, Tschernich S, Müller-Kalthoff T: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei

Erwachsenen in Deutschland 2000,

Sucht 47, Sonderheft 1 (2001)

Kraus L, Bauernfeind R: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997, Sucht 44, Sonderheft 1 (1998)

Krausz M, Mass R, Haasen C, Gross J: Psychopathology in patients with schizophrenia and substance abuse: a comparative clinical study. Psychopathology 29, 95-103 (1996)

LeDuc P A , Mittleman G: Schizophrenia and psychostimulant abuse: a review and re-analysis of clinical evidence. Psychopharmacology (Berl) 121, 407-427 (1995)

Liebermann J A, Koreen A R: Neurochemistry and neuroendocrinology of schizophrenia – A selective review. Schizophr Bull 19, 371-429 (1993)

Marneros A: Schizoaffektive Psychosen - Diagnose, Therapie und Prophylaxe, Springer, Berlin, 1989

Meltzer H Y: Treatment of suicidality in schizophrenia. Ann N Y Acad Sci 932, 44-58 (2001)

Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U: Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der TACOS Studie. Nervenarzt 7, 535-542 (2000)

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

Overall JE, Gorham DR: Brief psychiatric scale. In: Collegium Internationale Psychiatria Sclarium (ed), Internationale Skalen für Psychiatrie. Bletz Test GmbH, Weinheim, 1981

Rabinowitz J, Bromet EJ, Lavelle J, Carlson G, Kovasznay B, Schwartz E:

Prevalence and severity of substance use disorder and onset of psychosis in first-admission psychotic patients.

Psychol Med 28, 1411-1419 (1998)

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK:

Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse. Result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study.

Am Med Assoc 264, 2511-2518 (1990)

Robins LN, Regier DA: Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study, The Free Press, New York, 1991

Safer DJ: Substance abuse by young adult chronic patients.

Hosp Community Psychiatry 38, 511- 514 (1987)

Sanguinetti VR, Samuel SE: Comorbid substance abuse and recovery from acute psychiatric relaps. Hosp

Community Psychiatry 44, 1073-1076 (1993)

Schneider K: Klinische Psychopathologie 9.Aufl., Thieme, Stuttgart, 1971

Seeman P, Guan HC, VanTol HHM: Dopamin D4 receptors elevated in schizophrenia.

Nature 365, 441- 445, (1993)

Selzer JA, Liebermann JA: Schizophrenia and substance abuse.

Psychiatr Clin North Am 16, 401-412 (1993)

Shaner A, Khalsa M E, Roberts L, Wilkins J, Anglin D, Hsieh S-C: Unrecognized cocaine use among schizophrenic Patients.

Am J Psychiatry 150, 758-762 (1992)

Silver H, Abboud E: Drug abuse in schizophrenia: comparison of patients who began drug abuse before their first admission with those who began abusing after their first admission.

Schizophr Res 13, 57-63 (1994)

Smith J, Hucker S: Schizophrenia and substance abuse.

Br J Psychiatry 165, 13-21 (1994)

Sokolski K N, Cummings J L, Abrams B I, DeMet E M, Katz L S, Costa J F: Effects of substance abuse on hallucination rates and treatment responses in chronic psychiatric patients.

J Clin Psychiatry 55, 380-387 (1994)

Soyka M: Sucht und Schizophrenie. Nosologische, klinische und therapeutische Fragestellungen. 2. Drogenabhängigkeit und Schizophrenie.

Fortschr Neurol Psychiatr 62, 186-196 (1994)

Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R, Immler B, Sand P: Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenia inpatients.

Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 242, 362-372 (1993)

Stone A M, Greenstein R A, Gamble G, McLellan A T: Cocaine use by schizophrenic outpatients who receive depot neuroleptic medication.

Hosp Community Psychiatry 44, 176-177 (1993)

Süllwold L: Frankfurter Beschwerde-Fragebogen, Frankfurt/Main, 1986

Swofford C D, Kasckow J W, Scheller-Gilkey G, Inderbitzin L B: Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia.

Schizophr Res 20, 145-151 (1996)

Swofford C D, Scheller-Gilkey G, Miller A H, Woolwine B, Mance R: Double jeopardy: Schizophrenia and substance use.

Am J Drug Alcohol Abuse 26, 343-353 (2000)

Torrey E F: Prevalence studie in schizophrenia.

Br J Psychiatr 150, 598-608 (1987)

Uzun O, Cansever A, Basoglu C, Ozsahin A: Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up study in Turkey.

Drug Alcohol Depend 70, 187-192 (2003)

von Minden Laborbedarf GmbH: Produktinformation 1-Schritt Drogen-schnelltest., v. Minden Laborbedarf Carl-Peschen-Str. 9 , 47441 Moers, Stand 11/1995

Wetterling T, Kanitz R D: Kohlenhydratdefizientes Transferrin. Ein spezieller „Alkoholmarker“ ? Internistische Praxis 38, 807-816,

Hans-Marseille Verlag GmbH, München, 1998

Wetterling T: Alkohol- und Drogenbefragungsbogen. Medizinische Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie, (1996)

Wetterling T: Medikamentöse Therapie psychiatrisch erkrankter Alkoholiker. Psychiatrische Praxis 28, 257-261 (2001)

Wittchen H U, Zerssen D von: Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Springer, Berlin 1998

8. Danksagung

Herrn Prof. Dr. med H. Dilling, ehemaliger Direktor der Klinik der Psychiatrie an der Universität zu Lübeck danke ich sehr für die Überlassung des Themas und die Bereitstellung der Arbeitsmittel.

Herrn Prof. Dr. med T. Wetterling möchte ich für die engagierte und umfassende Betreuung im gesamten Verlauf der Durchführung und Fertigstellung dieser Arbeit danken.

Allen Mitarbeitern der psychiatrischen Stationen, hier vor allem den Schwestern und Pflegern, die im gesamten Untersuchungszeitraum bereitwillig mit mir zusammengearbeitet haben, danke ich für die gute Kooperation.

Besonders erwähnen möchte ich die Patienten aus der Klinik für Psychiatrie an der Medizinischen Universität zu Lübeck, die sich trotz mancher Vorbehalte und Ängste zur Teilnahme an der Studie bereit gefunden hatten und auf diese Weise die vorliegende Untersuchung erst ermöglichten.

Nicht zuletzt gilt der Dank auch meiner Familie, insbesondere meiner Frau, die mich während der Durchführung und Fertigstellung dieser Arbeit von manchen Verpflichtungen entbunden hat und mir mit gutem Rat bei der Korrekturlesung zur Seite stand.

9. Lebenslauf

Angaben zur Person

Name:	Tilo Klesse
Wohnort:	Findorffstr. 4B 28879 Grasberg Tel.: 04208/895085
Geburtstag und –ort:	10.11.1970 in Berlin
Familienstand:	verheiratet, 2 Kinder
Nationalität:	deutsch

Schulbildung/Berufsausbildung

09.1977 – 07.1987	zehnklassige allgemeinbildende Oberschule Berlin-Lichtenberg
09.1987 – 07.1990	Berufsausbildung mit Abitur an der Berufsschule des Ingenieurhochbau Berlin
15.07.1990	Abitur und Abschluss als Baufacharbeiter
09.1990 – 09.1991	Zivildienst

Studium

10.1991 – 02.1992	Bauingenieurwesen/ Hochschule für Architektur und Bauwesen Weimar
04.1992 – 02.1994	Vorklinisches Studium an der Freien Universität Berlin
10.1994 – 04.2000	Klinisches Studium an der Medizinischen Universität zu Lübeck
02.1996 – 01.1997	Datenerhebung für Dissertation
10.1998 – 03. 1999	Auslandsaufenthalt in Australien (PJ)
04.2000	Drittes Staatsexamen

14.8.1997	Geburt des Sohnes Julius Gutbrodt
11.7.2000	Geburt der Tochter Clara Gutbrodt

28.8.2000 – 27.2.2002	AiP Tätigkeit Ev. Diakonie-Krankenhaus Bremen Abt. für Anästhesie und Intensivmedizin
-----------------------	---

seit 28.2. 2003	Assistenzarzt in der Abt. für Anästhesie und Intensivmedizin des Ev. Diakonie-Krankenhaus Bremen
-----------------	--