

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

Georg Thieme Verlag KG
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
ISSN

Alle Rechte liegen beim
Verlag



Selbst- und Fremdbeurteilung von Depressivität bei opioidabhängigen Patienten in Substitutionsbehandlung

Self-Assessment and External Assessment of Depressiveness among Patients in Opioid Substitution Treatment

Autoren

Mona Reiß¹, Bernd Schulte¹, Christiane Sybille Schmidt¹, Annina Carstens², Herbert Görne³, Renata Kreibich⁴, Wieland Tietje⁵, Bernd Weber⁶, Thomas Schnell⁷, Uwe Verthein¹

Institute

- 1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS)
- 2 Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Substitutionsambulanz Altona, Hamburg
- 3 MediZentrum Hamburg, Hamburg
- 4 Praxisgemeinschaft Rahlstedt, Hamburg
- 5 Gemeinschaftspraxis Tietje & Koc, Bremen
- 6 Praxiszentrum Friedrichsplatz, Kassel
- 7 Fakultät Humanwissenschaften, Fachbereich Psychologie, Medical School Hamburg

Schlüsselwörter

Opioidabhängigkeit, Komorbidität, Depression, Selbstbeurteilung, Fremdbeurteilung

Key words

opiod dependence, comorbidity, depression, self-assessment, external assessment

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1032-6735>

Online-Publikation: 2019

Suchttherapie

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Dr. Bernd Schulte
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der
Universität Hamburg (ZIS)
Martinistraße 52
20246 Hamburg
b.schulte@uke.uni-hamburg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Opioidabhängige sind häufig von psychischen Komorbiditäten, insbesondere affektiven Störungen wie De-

pressionen betroffen. Die Diagnostik und Behandlung von depressiven Störungen in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger stellen eine besondere Herausforderung dar. Dabei besteht die Gefahr, dass ein Teil der Patienten mit depressiven Symptomen unterversorgt bleibt.

Ziel Die Studie untersucht das Ausmaß depressiver Symptome bei opioidabhängigen Patienten in einer Substitutionsbehandlung und prüft die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdbeurteilungen durch den Patienten und den jeweiligen substituierenden Arzt.

Methoden Zeitgleiche Fragebogenerhebung in 6 substituierenden Einrichtungen in Hamburg, Bremen und Kassel. Die Selbstbeurteilung zum Ausmaß von depressiven Symptomen erfolgte bei den Patienten mittels Beck Depressionsinventar (BDI-II). Zeitgleich wurden die substituierenden Ärzte anhand der Hamilton Depressions-Skala (HAMD) zur Beurteilung der depressiven Symptombelastung ihrer Patienten befragt.

Ergebnisse Opioidabhängige Patienten in Substitutionstherapie sind häufig in einem klinisch relevanten Ausmaß von depressiven Symptomen betroffen. Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen den Instrumenten in 4 kategorialen Ausprägungen bestätigt werden. Im Vergleich zur Selbstbeurteilung schätzten die Ärzte die depressive Belastung ihrer Patienten als weniger schwer ein.

Schlussfolgerung Die beiden verwendeten Instrumente sind geeignet, die Diagnostik von depressiven Symptomen bei Opioidabhängigen in Substitutionstherapie zu unterstützen, wobei die Fremdbeurteilung durch die substituierenden Ärzte zurückhaltender ausfällt. Die Studienergebnisse verweisen auf die hohe Relevanz der Diagnostik depressiver Symptomatik unter Opioid-Substituierten, um ggf. geeignete Behandlungsmaßnahmen einzuleiten.

ABSTRACT

Background Opioid addicts are often affected by psychological comorbidities, especially by mood disorders such as depression. The diagnosis and treatment of depressive disorders among patients in opioid substitution treatment (OST) presents a particular challenge which bears the risk that patients with depressive symptoms remain untreated.

Objective To determine the extent of depressive symptoms among OST patients, and to examine the consistency of self- and external assessments made by the patient and the respective OST physician.

Methods Simultaneous questionnaire surveys in 6 OST units in Hamburg, Bremen and Kassel. The self-assessment was carried out by using the Beck Depression Inventory (BDI-II). At the same time, the OST physicians were asked to fill out the Hamilton Depression Scale (HAM-D) to assess the depressive symptom load of their patients.

Results OST patients are often affected by depressive symptoms and if so, often to a clinically relevant extent. A positive

correlation between the instruments in 4 categories could be confirmed. Compared to the self-assessment, physicians estimated the depressive burden on their patients as less severe.

Conclusion The 2 instruments used are suitable for supporting the diagnosis of depressive symptoms among patients in OST, whereby the external assessment by the OST physicians is more conservative. The results confirm the high relevance of the diagnosis of depressive symptoms among OST patients in order to initiate treatment measures if needed and in due time.

Einleitung

Schätzungen für das Jahr 2016 zufolge gelten etwa 164 000 Menschen in Deutschland als opioidabhängig [1]. Als Standardbehandlung hat sich mit etwa 94 000 Patienten im Jahr 2016 die Opioidsubstitutionstherapie (OST) etabliert [1], deren Wirksamkeit insbesondere bzgl. der Reduktion des Verlangens nach Heroin (Craving) und illegalen Konsums von Opioiden in einer Vielzahl von klinischen Studien gut belegt ist [2–5]. Prospektive Kohortenstudien aus Deutschland bestätigen zudem eine hohe Haltequote in der OST [6, 7] und zeigen, dass die Behandlung substantiell zu der Sicherung des Überlebens [6], zur Reduktion des illegalen Drogengebrauchs, zu einer körperlichen und psychischen Stabilisierung des Patienten [6, 8] als auch zu einer verbesserten Lebensqualität [9] führt. Jedoch ist ein Großteil der Patienten auch nach Jahren in OST von psychischen Komorbiditäten betroffen [7, 10]. Hieraus ergeben sich nicht nur Versorgungsbedarfe, sondern auch Implikationen für die Substitutionsbehandlung an sich. So können unbehandelte komorbide psychische Störungen die Ziele der OST konterkarieren, indem sie als potentielle Risikofaktoren zu der Aufrechterhaltung eines illegalen Konsums beitragen können [11]. Die Belastung von Substitutionspatienten durch psychische Begleiterkrankungen ist nachgewiesen hoch. So zeigt eine aktuelle Querschnittstudie mit mehr als 2100 OST-Patienten den starken Zusammenhang zwischen der Belastung durch psychische Symptome und einer reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität [12].

Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz an psychischen Störungen auch nach langjähriger Substitutionsbehandlung sowie des von Seiten der substituierenden Ärzte als hoch eingeschätzten Behandlungsbedarfs ist der Anteil der an Substitution beteiligten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorger als gering zu bezeichnen [10, 13]. Entsprechend gilt die mangelhafte Vernetzung des Settings Substitution mit der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung als das zentrale strukturelle Hemmnis für die Versorgung von psychischen Störungen bei OST-Patienten [13].

Neben Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen sind Patienten in OST besonders häufig von depressiven Störungen betroffen [7, 10, 12, 14]. Internationale Studien zeigen, dass eine komorbide depressive Störung häufiger mit negativen Behandlungsergebnissen für den Patienten einhergeht [15, 16].

Merke

Mehr als die Hälfte der Patienten in OST weisen mindestens eine weitere psychische Erkrankung auf, mehr als ein Drittel haben eine komorbide depressive Störung [10].

Ursächlich werden verschiedene Faktoren im Zusammenhang mit der Entwicklung von depressiven Störungen bei opioidabhängigen Patienten beschrieben, wie z.B. posttraumatische Belastungsstörungen [17] oder ein bidirektionaler Zusammenhang zwischen den bei Opioidabhängigen häufig vorkommenden Schlafstörungen und depressiven Störungen [18]. Auch stehen soziale Faktoren im Zusammenhang mit depressiven Störungen, wie insbesondere bei OST-Patienten häufig vorhandenen Fremd- und Selbststigmatisierungen [19] und hoher Arbeitslosigkeit [20].

Vor dem Hintergrund der erhöhten Versorgungsbedarfe kommt einer fragebogengestützten Früherkennung und Diagnostik von depressiven Störungen im Rahmen der OST eine besondere Bedeutung zu. Ziel dieser Studie war, die Prävalenz und den Schweregrad depressiver Symptomatik bei Patienten in OST zu erfassen und einen möglichen Zusammenhang zwischen einer Selbsteinschätzung durch die Patientinnen und Patienten und einer ärztlichen Fremdbeurteilung anhand von hierfür verbreitet eingesetzten Instrumenten zu prüfen.

Methoden

Rekrutierung

Die Rekrutierung von OST-Patienten erfolgte in insgesamt 6 Substitutionseinrichtungen in Hamburg, Bremen und Kassel. Die Patienten wurden während der Regelversorgung von Mitarbeitern der Einrichtung über die Studie informiert und nach ihrer Bereitschaft zur Teilnahme gefragt. Um in die Studie eingeschlossen werden zu können, mussten die OST-Patienten mindestens 18 Jahre alt sein und die Studienteilnahme schriftlich bestätigen. Nach ausführlicher Aufklärung über die Studie erklärten sich insgesamt 176 Patienten bereit, an der Studie teilzunehmen.

Befragungsinstrumente

Zur Erfassung der Prävalenz von depressiven Symptomen sowie zur Prüfung eines Zusammenhangs zwischen einer Selbst- und Fremd-

beurteilung wurden den Patienten und den behandelnden Ärzten unterschiedliche Fragebögen vorgelegt.

Der Patientenfragebogen enthielt neben soziodemografischen und suchtanamnestischen Fragen die Items des Beck's Depression Inventory (BDI-II) [21, 22]. Psychometrische Prüfungen bestätigen die hohe Validität und Reliabilität des BDI-II für die Erfassung von depressiven Störungen in verschiedenen Stichproben [22–25]. Für die Einschätzung des Schweregrades der depressiven Störung wurden die für den BDI-II geltenden Cut-Off-Werte übernommen (► **Tab. 1**).

Für die Prüfung des Zusammenhangs zwischen den Instrumenten wurden die Schweregrade minimale depressive Störung (9–13 Punkte) und leichte depressive Störung (14–19 Punkte) des BDI-II zusammengefasst (► **Tab. 1**). Analog zu früheren Studien [23–25] wurde die Symptombelastung ab einem BDI-II Wert von ≥ 15 als klinisch relevant bewertet.

Der Arztfragebogen umfasste eine klinische Beurteilung der psychischen Gesundheit mittels der Clinical Global Impression Scale (jeweils Schweregrad zum Erhebungszeitpunkt (CGI-S) sowie Veränderung der psychischen Gesundheit seit Behandlungsbeginn (CGI-I)) [26] sowie substituitionsbezogene Informationen (aktuelles Substitutionsmittel und Tagesdosis, Konsum weiterer Substanzen). Zudem wurde nach einer vorangegangenen diagnostizierten F3-Diagnose gemäß ICD-10 sowie nach medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Behandlungen gefragt. Die Einschätzung der Depressivität durch den Arzt erfolgte mittels der Hamilton Depressions-Skala (HAMD) [27], welche eine hohe Validität und Reliabilität für die Erfassungen von depressiven Störungen aufweist [28]. Als Schwellenwert für eine klinisch relevante depressive Störung wurde ein Wert von ≥ 17 festgelegt [28]. Für beide Instrumente (BDI-II, HAMD) wurden Referenzwerte (Mittelwerte) aus Studien mit nicht-klinischen Stichproben von Erwachsenen im Zeitraum 2001 bis 2011 berechnet (BDI-II: $M = 8,14 \pm 7,69$ [29–31]; HAMD: $M = 3,2 \pm 3,2$ [32]) und für eine Vergleichsanalyse zwischen den Stichproben genutzt. Für einen Vergleich zur Studienstichprobe wurde eine Prävalenz klinisch relevanter depressiver Störungen in der erwachsenen, deutschen Allgemeinbevölkerung von 8,1 % angenommen [33].

Die Zuordnung der Arzt- und Patientenfragebögen wurde durch einen von der Praxis vergebenen Nummerncode gewährleistet.

Auswertung

Die Fragebögen wurden mittels der Erfassungssoftware TeleForm (Firma Cardiff Software Inc., 1998) entworfen, elektronisch eingelesen und verifiziert. Die statistischen Analysen erfolgten mit IBM SPSS Statistics 23 (IBM Corp., 2015) sowie ergänzend mit der MedCalc® Software (MedCalc Software bvba, 2016).

Die Prüfung von Mittelwertsunterschieden im Ausmaß der depressiven Störung zwischen der Studienstichprobe und den Referenzwerten aus nicht-klinischen Studienpopulationen erfolgte mit-

tels t-Tests, für die statistische Auswertung von kategorialen Unterschieden wurden Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Für den Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung depressiver Symptomatik wurde eine bivariate Pearson-Korrelation auf Signifikanz getestet. Zur Überprüfung des Zusammenhangs der kategorialen Ausprägungen gemäß BDI-II und HAMD wurde der Rangkorrelationskoeffizient Kendall-Tau-b ermittelt. Mittelwertsunterschiede in BDI-II und HAMD in Abhängigkeit von Art und Dosierung des Substitutionsmittels wurden mithilfe einfaktorierender Varianzanalysen (ANOVAS) untersucht. Das Signifikanzniveau wurde für alle Berechnungen auf $\alpha = 0,05$ festgesetzt.

Ethik

Das Studienprotokoll wurde von der zuständigen Hamburger Ethikkommission (Primärvotum – PV5764) als auch von den Ethikkommissionen in Bremen und Hessen positiv votiert. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der gültigen Version der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Die Befragungen erfolgten im Zeitraum Juni–Juli 2018.

Ergebnisse

Charakteristika der Stichprobe

Die Stichprobe von 176 Patienten bestand zu 69,3 % aus Männern. Der Altersdurchschnitt in der Gesamtstichprobe lag zum Zeitpunkt der Erhebung bei 46,5 Jahren (Spannweite zwischen 23 und 67 Jahren) (► **Tab. 2**). Der Großteil der Patienten ist in Deutschland geboren und besitzt die deutsche Staatsangehörigkeit. Die Mehrheit der Patienten (80,7 %) wohnte in einer eigenen Wohnung, 27,8 % der Befragten gingen zum Erhebungszeitpunkt einer geregelten Arbeit nach. Im Mittel waren die Patienten seit 23,4 Jahren ($SD = 9,6$) opioidabhängig. Der Großteil der Patienten (69,9 %) wurde mit d,l-Methadon oder Levomethadon substituiert bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 78,6 Monaten ($SD = 59,9$). Die Ärzte schätzten laut CGI-S 46,8 % ihrer Patienten als deutlich psychisch erkrankt ein (► **Tab. 2**). Zum Zeitpunkt der Erhebung lag bei 42,0 % eine Diagnose für eine depressive Störung vor.

Prävalenz depressiver Störungen bei Patienten in Opioidsubstitution

Summenwerte für BDI-II und HAMD im Vergleich zur nicht-klinischen Studienpopulationen

Die Summenwerte für den BDI-II und HAMD sind in ► **Tab. 3** dargestellt. Tendenziell schätzten die Patienten ihre depressiven Störungen insgesamt als etwas schwerer ein als die Ärzte (► **Tab. 3**). Sowohl

► **Tab. 1** Schweregradeinteilung depressiver Störungen anhand des BDI-II und HAMD.

	Keine depressive Störung	Leichte depressive Störung	Mittelschwere depressive Störung	Schwere depressive Störung
BDI-II	≤ 8 Punkte	9–19 Punkte	20–28 Punkte	≥ 29 Punkte
HAMD	≤ 6 Punkte	7–17 Punkte	18–24 Punkte	≥ 25 Punkte

► **Tab. 2** Stichprobenbeschreibung hinsichtlich Soziodemografie, Substitution und psychischer Gesundheit.

	Männer	Frauen	Gesamt
Soziodemografie			
Alter ¹	47,22 ± 9,28	45,09 ± 8,70	46,57 ± 9,13
Deutsche Staatsangehörigkeit (Ja) ²	113 (93,4)	49 (92,5)	162 (93,1)
in Deutschland geboren (Ja) ²	101 (82,8)	49 (90,7)	150 (85,2)
Erwerbstätig (Ja) ²	40 (32,8)	9 (16,7)	49 (27,8)
Eigene Wohnung (Ja) ²	96 (78,7)	46 (85,2)	142 (80,7)
Substitutionsmittel			
d,l – Methadon/Levomethadon ²	87 (71,3)	36 (66,7)	123 (69,9)
Buprenorphin ²	27 (22,1)	13 (24,1)	40 (22,7)
Retardiertes Morphin ²	8 (6,6)	4 (7,4)	12 (6,8)
Dosis Substitution			
Gering ³	21 (17,2)	9 (16,7)	30 (17,0)
Mittel ³	58 (47,5)	25 (46,3)	83 (47,2)
Hoch ³	41 (33,6)	18 (33,3)	59 (33,5)
Substitutionsdauer			
Substitutionsdauer ¹ (aktuell in Monaten)	77,52 ± 60,71	80,87 ± 58,61	78,55 ± 59,92
Dauer Opioidabhängigkeit			
Dauer Opioidabhängigkeit ¹ (in Jahren)	23,88 ± 9,88	22,39 ± 8,97	23,43 ± 9,61
Aktuell weiterer Substanzkonsum⁴			
Heroin ²	32 (26,4)	16 (29,6)	48 (27,4)
Kokain ²	32 (26,2)	17 (31,5)	49 (27,8)
Benzodiazepine ²	32 (26,4)	17 (31,5)	49 (27,8)
Amphetamine ²	4 (3,3)	2 (3,8)	6 (3,5)
Cannabis ²	37 (30,6)	15 (28,3)	52 (29,9)
Psychische Gesundheit			
CGI-S ^{1,5}	3,69 ± 1,67	4,33 ± 1,54	3,89 ± 1,66
CGI-I ^{1,6}	3,43 ± 1,11	3,28 ± 1,30	3,38 ± 1,17
Aktuelle ICD-10 F3 Diagnose (Ja) ²	51 (42,5)	22 (40,7)	73 (42,0)
Aktuelle Therapie bzgl. depressiver Störung (Ja) ²			
Pharmakologisch ²	42 (34,4)	17 (31,5)	59 (33,5)
Psychotherapeutisch ²	3 (2,6)	1 (1,9)	4 (2,4)
N	122 (69,3)	54 (30,7)	176

Erläuterungen: ¹ Mittelwert ± SD; ² N (%); ³ Kategorien für Dosierung: Methadon: gering: <60 mg, mittel: 60–100 mg, hoch: > 100 mg; Buprenorphin: gering: <6 mg, mittel: 6–18 mg, hoch: > 18 mg; Retardiertes Morphin: gering <300 mg, mittel: 300–700 mg, hoch: > 700 mg; ⁴ anhand letzter Urinkontrolle; ⁵ Clinical global impression scale – Severity (Schweregrad der aktuellen psychischen Erkrankung); ⁶ Clinical global impression scale – Improvement (Veränderung der psychischen Gesundheit seit Behandlungsbeginn);

► **Tab. 3** Depressivitätscores (Summenwerte) der substituierten Patientinnen und Patienten anhand Selbst- und Fremdbeurteilung, Mittelwert und Standardabweichung.

	Männer m (SD)	Frauen m (SD); (N)	Gesamt m (SD)
Selbstbeurteilung (BDI-II)	18,57 (± 12,29); (N = 118)	22,78 (± 13,44); (N = 53)	19,87 (± 12,77); (N = 171)
Fremdbeurteilung(HAMD)	12,13 (± 8,94); (N = 119)	16,14 (± 10,71); (N = 54)	13,38 (± 9,67); (N = 173)

bei der Selbst- als auch bei der Fremdbeurteilung ist bei den Frauen die depressive Symptomatik stärker ausgeprägt als bei den Männern (► **Tab. 3**). Der Unterschied in den BDI-II Summenwerten zwischen dem Referenzwert nicht-klinischer Studienpopulationen ($M = 8,14$; $SD = 7,69$) und der vorliegenden Stichprobe ($M = 19,87$; $SD = 12,77$) ist ebenso statistisch signifikant ($t(170) = 12,01$; $p < 0,001$) wie für den HAMD-Summenwert (Normwert $M = 3,2$; $SD = 3,2$; Stichprobe $M = 13,38$; $SD = 9,67$; $t(172) = 13,84$; $p < 0,001$). Für die Stichprobe der OST-Patienten zeigte sich eine jeweils sehr hohe interne Konsistenz von $\alpha = 0,94$ für den BDI-II sowie von $\alpha = 0,88$ für den HAMD.

Prävalenz klinisch relevanter depressiver Störungen

Insgesamt lagen die Summenwerte des BDI-II bei 104 Patienten (60,8%) über dem Schwellenwert für eine klinisch relevante depressive Störung. Bei den Frauen war der Anteil mit 64,2% nur geringfügig höher als bei den Männern (59,3%). Analog zu den niedrigeren Summenwerten schätzten die Ärzte auch den Anteil an Patienten mit einer klinisch relevanten depressiven Störung entsprechend geringer ein ($N = 76$; 38,7%). Mit 51,9% fiel der Anteil der Frauen mit einer klinisch relevanten depressiven Störung höher aus als bei den Männern (32,8%). Im Vergleich zur Prävalenz von klinisch relevanten depressiven Störungen in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (8,1%) ist sowohl für die Selbstbeurteilung (BDI-II) ($\chi^2(1) = 551,98$; $p < 0,001$) als auch für die Fremdbeurteilung (HAMD) eine statistisch signifikant stärkere Betroffenheit der OST-Patienten festzustellen ($\chi^2(1) = 197,53$; $p < 0,001$).

Merke

OST-Patienten schätzten die Belastung durch depressive Symptome insgesamt als schwerer ein als ihre substituierenden Ärzte. Sowohl bei der Selbst- als auch bei der Fremdbeurteilung zeigten sich Frauen stärker von depressiven Störungen betroffen als Männer.

Zusammenhang zwischen den Summenwerten des BDI-II und HAMD

Die statistische Prüfung des Zusammenhangs zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung der depressiven Störung mittels Pearson-Korrelation zeigt mit $r = 0,45$ ($p < 0,001$) einen positiv linearen Zusammenhang mit einer mittleren bis hohen Effektstärke.

Kategoriale Ausprägungen depressiver Symptomatik nach BDI-II und HAMD

Eine Einteilung des Schweregrads in die Kategorien „keine depressive Störung“, „leichte depressive Störung“, „mittelschwere depressive Störung“ sowie „schwere depressive Störung“ bestätigt, dass die Ärzte den Schweregrad der depressiven Störung tendenziell als weniger schwer beurteilen (► **Tab. 4**).

Die Übereinstimmungen zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung der kategorialen Ausprägungen zeigten, dass 74 von 91 Patienten mit keiner oder leichter Depression nach BDI-II auch als solche vom Arzt klassifiziert werden (81,3%). Demgegenüber stuften sich 40 der 57 vom Arzt (HAMD) als (mittel-) schwer depressiv klassifizierten Patienten ebenfalls nach dem BDI-II als (mittel-) schwer depressiv

► **Tab. 4** Anteil depressiver Störungen gemäß BDI-II und HAMD.

	Selbstbeurteilung Patienten (BDI-II)	Fremdbeurteilung Ärzte (HAMD)
Keine depressive Störung	24,9%	31,8%
Leichte depressive Störung	30,2%	32,4%
Mittelschwere depressive Störung	19,5%	21,6%
Schwere depressive Störung	25,4%	13,3%

ein (70,2%). Bei Betrachtung jeder einzelnen Kategorie ist eine exakte Übereinstimmung von 36% pro Kategorie für BDI-II und HAMD festzustellen. Auch die Passung zwischen diesen kategorialen Einschätzungen zeigte einen signifikant positiven Zusammenhang ($\tau_b = 0,38$; $p < 0,001$).

Zusammenhang zwischen depressiver Symptombelastung und der ärztlichen Einschätzung zur psychischen Gesundheit mittels CGI-S

Statistisch zeigte sich ein starker, positiv linearer Zusammenhang zwischen der depressiven Symptomatik nach Selbstbeurteilung ($r = 0,52$; $p < 0,001$) als auch nach Fremdbeurteilung ($r = 0,78$; $p < 0,001$) und der ärztlichen Einschätzung der psychischen Gesundheit zum Erhebungszeitpunkt mittels CGI-S.

Zusammenhang zwischen BDI-II/HAMD und aktueller F3-Diagnose

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang bestand auch zwischen der depressiven Symptombelastung gemäß HAMD (Fremdbeurteilung) und aktueller F3-Diagnose nach ICD-10 ($\chi^2(92) = 148,14$; $p < 0,001$). Dieser konnte gegenüber der Selbstbeurteilung gemäß BDI-II nicht gezeigt werden ($\chi^2(108) = 128,06$; $p = 0,091$).

Zusammenhang zwischen BDI-II/HAMD und Dosierung des Substitutionsmittels

Zwischen den Dosiskategorien („gering“, „mittel“, „hoch“; ► **Tab. 2**) bestanden keine statistisch signifikanten Unterschiede in der depressiven Symptombelastung; weder nach Fremdbeurteilung (HAMD, $p = 0,811$) noch nach Selbstbeurteilung (BDI-II, $p = 0,079$).

Zusammenhang zwischen BDI-II/HAMD und Art des Substitutionsmittels

Während sich in der Fremdbeurteilung (HAMD) kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen zeigte ($p = 0,087$), ergab sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied im BDI-II-Summenscore: d,l-Methadon/Levomethadon ($n = 118$): $19,34 (\pm 12,21)$, Buprenorphin ($n = 40$): $18,59 (\pm 14,05)$, retardiertes Morphin ($n = 12$): $30,36 (\pm 9,62)$; $p = 0,012$.

Diskussion

Ziel dieser Studie war es, die Prävalenz und das Ausmaß depressiver Symptomatik bei Patienten in OST zu erfassen und die Übereinstimmung zwischen der Selbsteinschätzung (mittels BDI-II) durch die

Patientinnen und Patienten und der ärztlichen Fremdbeurteilung (mittels HAMD) statistisch zu prüfen.

Sowohl die Selbstbeurteilung (mittels BDI-II) als auch die Fremdbeurteilung (mittels HAMD) bestätigen, dass OST-Patientinnen und Patienten besonders häufig von depressiven Störungen betroffen sind [7, 11, 12]. Insgesamt schätzen Patientinnen und Patienten ihre Belastung durch depressive Symptome als schwerer ein, was sich in unterschiedlichen Summenwerten, kategorialen Einteilungen und der Prävalenz für klinisch relevante Depressionen zeigte. Trotz der Unterschiede fügt sich die Prävalenz von klinisch relevanten Depressionen von 39 % (Fremdbeurteilung) bis 61 % (Selbstbeurteilung) in die aktuelle Forschungslage von 39 bis 75 % ein [10, 34, 35]. Die Unterschiede können daraus resultieren, dass es weder für den BDI-II noch für den HAMD verbindliche Richtwerte gibt. In dieser Studie wurde für den BDI-II ein Schwellenwert von ≥ 15 für eine klinisch relevante Depressivität verwendet, wohingegen Darke, Swift und Hall [34] einen Schwellenwert von mindestens 10 Punkten anwendeten und dementsprechend einen prozentual höheren Anteil an Patienten mit depressiven Störungen (75 %) identifizierten. Auch wenn die Empfehlung des BDI-II vorsieht, den Schwellenwert gemäß Forschungsfragen anzupassen [22], so lassen doch die variabel je nach Studie festgelegten Werte einen großen Interpretationsspielraum bei der Beurteilung der Ergebnisse. Bei der Interpretation der Prävalenzen muss zudem beachtet werden, dass es sich hierbei um eine Querschnittstudie und somit um eine Punktprävalenz der Ausprägungen der Depressivität handelt.

In der relativ kleinen Untergruppe der mit retardiertem Morphin substituierten Patienten zeigte sich im Selbstbeurteilungsinstrument BDI-II eine deutlich erhöhte depressive Symptombelastung. Diese Tendenz zeichnete sich auch in der Fremdbeurteilungsskala HAMD ab, verfehlte dort jedoch statistische Signifikanz. Ob dies auf eine Wirkung des Substitutionsmittels zurückzuführen ist oder ob ein Selektionseffekt vorliegt (z.B. dass retardiertes Morphin gezielt den stärker psychisch beeinträchtigten Patienten verschrieben wurde) kann ohne Verlaufsuntersuchungen nicht geklärt werden. Letzteres ist wahrscheinlich, da sich retardiertes Morphin in den bisherigen klinischen Studien hinsichtlich der Verbesserung der psychischen Symptombelastung im Vergleich zu d,l-Methadon als effektiver herausgestellt hat [5].

Insgesamt konnte eine hohe Übereinstimmung zwischen BDI-II und HAMD durch die Studienergebnisse bestätigt werden [36, 37], auch wenn Ärzte im Vergleich zu Patienten die Symptombelastung als tendenziell geringer beurteilten. Den Abweichungen zwischen BDI-II und HAMD liegen möglicherweise ein „self-report bias“ zugrunde. Demnach wird durch subjektiv stärker wahrgenommene Beeinträchtigung im verdeckten Zustand bei Selbstbeurteilungsverfahren von signifikant mehr depressiven Symptomen berichtet, so wie es auch in dieser Studie beobachtet werden konnte. Weiter wird diskutiert, ob durch diesen Effekt die Prävalenzzahlen der Normalbevölkerung möglicherweise unterschätzt werden, da unter Beobachtung weniger depressive Symptome benannt werden [38]. Eine mögliche Implikation für folgende Untersuchungen und auch für die praktische Anwendung im therapeutischen Setting ist die Anwendung einer multimodalen Diagnostik. Auf Basis der Studienergebnisse lässt sich vermuten, dass das Ausmaß an übersehener depressiver Symptomatik eher gering ausgeprägt ist. Stärker ausge-

prägte depressive Symptome werden ebenso von den Patienten wie von dem behandelnden Arzt als solche benannt bzw. erkannt. Es entstehen lediglich kategoriale Unterschiede. Hierbei sind v. a. stärkere Abweichungen bei der Patientengruppe festzustellen, die sich als schwer depressiv einschätzt, was sich mit den Ergebnissen von Smolka und Stieglitz [39] deckt, dass bei mittelschweren und schweren depressiven Symptomen die Differenzierungsfähigkeit in Schweregrade eingeschränkt ist.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Opioidabhängige Patientinnen und Patienten in Substitutionstherapie sind häufig von depressiven Störungen betroffen. Insgesamt werden diese sowohl in der Selbst- als in der Fremdbeurteilung durch den substituierenden Arzt erkannt, jedoch schätzten die Patientinnen und Patienten den Schweregrad der Symptombelastung als höher ein. Gemessen an der Gesamtbelastung sind neben Früherkennung und Diagnose v. a. eine professionelle Vernetzung mit psychiatrischen Fachärzten von zentraler Bedeutung, um eine adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Sowohl der HAMD und BDI-II sind geeignete Screeninginstrumente, um die initiale Diagnosestellung im Setting Opioidsubstitution zu unterstützen.

Autorinnen/Autoren



Mona Reiß

studierte Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie in Hamburg. Von 2015 bis 2018 arbeitete sie am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf mit Schwerpunkt auf verschiedenen Projekten zu chronischer Hepatitis-C-Virus Infektion bei Opioidsubstituierten. Seit 2019 arbeitet sie als leitende Psychologin in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Kraus L, Seitz NN, Schulte B et al. Schätzung der Anzahl von Personen mit einer Opioidabhängigkeit. Dtsch Arztebl 2019; 116: 137–143
- [2] Mattick RP, Breen C, Kimber J et al. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev 2009; 3: CD002209
- [3] Mattick RP, Breen C, Kimber J et al. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev 2014; 2: CD002207
- [4] Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A et al. Heroin on trial: Systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. Brit J Psychiatry 2015; 1: 5–14. doi:10.1192/bjp.bp.114.149195

- [5] Verthein U, Beck T, Haasen C et al. Mental Symptoms and Drug Use in Maintenance Treatment with Slow-Release Oral Morphine Compared to Methadone: Results of a Randomized Crossover Study. *Eur Addict Res* 2015; 21: 97–104. doi:10.1159/000368572
- [6] Soyka M, Strehle J, Rehm J et al. Six-Year Outcome of Opioid Maintenance Treatment in Heroin-Dependent Patients: Results from a Naturalistic Study in a Nationally Representative Sample. *Eur Addict Res* 2017; 23: 97–105. doi:10.1159/000468518
- [7] Zippel-Schultz B, Specka M, Stöver H et al. Ergebnisse der langjährigen Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger–die SubsCare-Studie. *Suchttherapie* 2018; 20: 16–84
- [8] Reimer J, Verthein U, Karow A et al. Physical and mental health in severe opioid-dependent patients within a randomised controlled maintenance treatment trial. *Addiction* 2011; 106: 1647–1655
- [9] Karow A, Verthein U, Pukrop R et al. Quality of life profiles and changes in the course of maintenance treatment among 1015 patients with severe opioid dependence. *Subst Use Misuse* 2011; 46: 705–715
- [10] Wittchen H, Bühringer G, Rehm J. Zusammenfassung der Ergebnisse der PREMOS-Studie. *Suchtmed* 2011; 13: 280–286
- [11] Scherbaum N, Specka M. Komorbide psychische Störungen bei Opiatabhängigen. *Suchttherapie* 2014; 15: 22–28. doi:10.1055/s-0033-1363240
- [12] Strada L, Schmidt CS, Rosenkranz M et al. Factors associated with health-related quality of life in a large national sample of patients receiving opioid substitution treatment in Germany: A cross-sectional study. *Subst Abuse Treat Pr* 2019; 14: 2
- [13] Schulte B, Schmidt CS, Kuhnigk O et al. Structural barriers in the context of opiate substitution treatment in Germany – a survey among physicians in primary care. *Subst Abuse Treat Pr* 2013; 8: 26
- [14] Krausz M, Degkwitz P, Verthein U. Psychiatrische Komorbidität und Suchtbehandlung. *Suchttherapie* 2000; 1: 3–7
- [15] Havard A, Teesson M, Darke S et al. Depression among heroin users: 12-month outcomes from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *J Subst Abuse Treat* 2006; 30: 355–362
- [16] Huhn AS, Sweeney MM, Brooner RK et al. Prefrontal cortex response to drug cues, craving, and current depressive symptoms are associated with treatment outcomes in methadone-maintained patients. *Neuropsychopharmacol* 2019; 44: 826–833. doi:10.1038/s41386-018-0252-0
- [17] Mills KL, Marel C, Darke S et al. The long-term impact of post traumatic stress disorder on recovery from heroin dependence. *J Subst Abuse Treat* 2018; 89: 60–66. doi:10.1016/j.jsat.2018.04.001
- [18] Chen VC, Ting H, Wu MH et al. Sleep disturbance and its associations with severity of dependence, depression and quality of life among heroin-dependent patients: a cross-sectional descriptive study. *Subst Abuse Treat Pr* 2017; 12: 16. doi:10.1186/s13011-017-0101-x
- [19] Frischknecht U, Beckmann B, Heinrich M et al. The vicious circle of perceived stigmatization, depressiveness, anxiety, and low quality of life in substituted heroin addicts. *Eur Addict Res* 2011; 17: 241–249. doi:10.1159/000328637
- [20] Sordo L, Chahua M, Bravo MJ et al. Depression among regular heroin users: the influence of gender. *Addict behav* 2012; 37: 148–152
- [21] Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. *San Antonio* 1996; 78: 490–498
- [22] Hautzinger M, Keller F, Kühner C. Beck depressions-inventar (BDI-II). Harcourt Test Services Frankfurt 2006
- [23] Jakšić N, Ivezić E, Jokić-Begić N et al. Factorial and diagnostic validity of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in Croatian primary health care. *J Clin Psychol Med s* 2013; 20: 311–322
- [24] Kim MH, Mazenga AC, Devandra A et al. Prevalence of depression and validation of the Beck Depression Inventory-II and the Children's Depression Inventory-Short amongst HIV-positive adolescents in Malawi. *JIAS* 2014; 17: 18965
- [25] Viinamäki H, Tanskanen A, Honkalampi K et al. Is the Beck Depression Inventory suitable for screening major depression in different phases of the disease? *Nordic J Psychiat* 2004; 58: 49–53
- [26] Kadouri A, Corruble E, Falissard B. The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 7
- [27] Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neural. Neurosurg Psychiatr* 1960; 2356: 62
- [28] Cusin C, Yang H, Yeung A, Fava M. Rating scales for depression. In Bear LBlais MAEds *Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health*. Heidelberg: Springer; 2009: 7–35
- [29] Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2013; 35: 416–431
- [30] Kühner C, Burger C, Keller F et al. Reliability and validity of the revised Beck Depression Inventory (BDI-II): Results from German samples. *Nervenarzt* 2007; 78: 651–656
- [31] Vanheule S, Desmet M, Groenvynck H et al. The factor structure of the Beck Depression Inventory-II: An evaluation. *Assessment* 2008; 15: 177–187
- [32] Zimmerman M, Chelminski I, Posternak M. A review of studies of the Hamilton depression rating scale in healthy controls: implications for the definition of remission in treatment studies of depression. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 595–601
- [33] Busch M, Maske U, Ryl L et al. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2013; 56: 733–739
- [34] Darke S, Swift W, Hall W. Prevalence, severity and correlates of psychological morbidity among methadone maintenance clients. *Addiction* 1994; 89: 211–217
- [35] Frei A, Rehm J. Komorbidität: psychische Störungen bei Opiatabhängigen zu Beginn einer heroingestützten Behandlung. *Psychiat Prax* 2002; 29: 251–257
- [36] Keller F, Ruppe A, Stieglitz RD, Wolfersdorf M. Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung von Depressivität auf der Symptomebene. In Wolfersdorf M, Hrsg. *Depressionsstationen/Stationäre Depressionsbehandlung*. Heidelberg: Springer; 1997: 139–143
- [37] Stieglitz RD. Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2008
- [38] Hunt M, Auriemma J, Cashaw AC. Self-report bias and underreporting of depression on the BDI-II. *J Pers Assess* 2003; 80: 26–30
- [39] Smolka M, Stieglitz RD. On the validity of the Beck-Rafaelsen Melancholia Scale (BRMS). *J Affect Disord* 1999; 54: 119–128. doi:10.1016/S0165-0327(98)00150-5