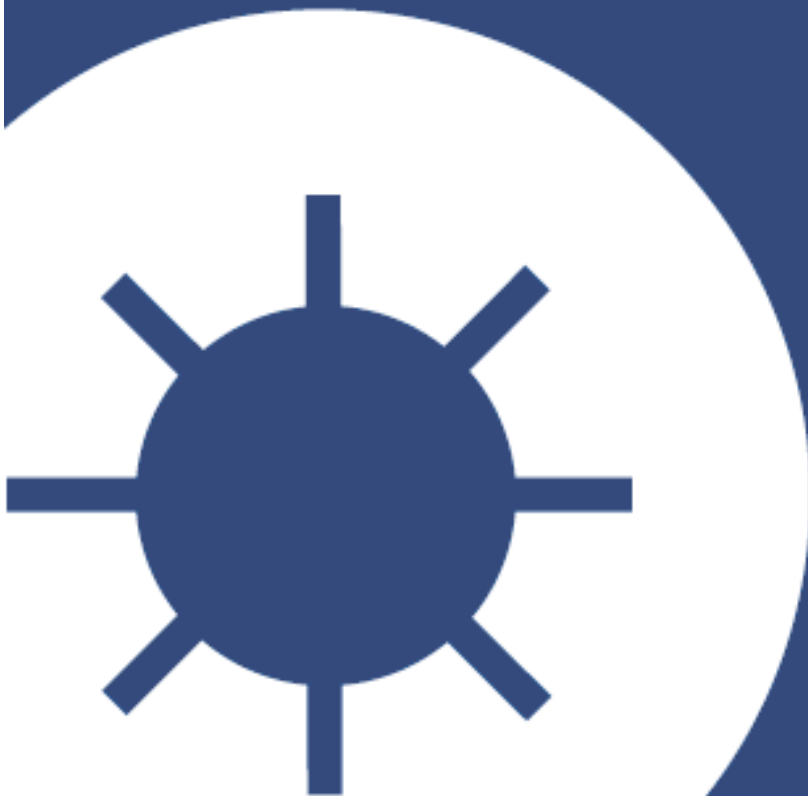


ARUD Zürich
Evaluation und Forschung
Info 1/08

Psychische Symptombelastung
opiatabhängiger Personen in
substitutionsgestützter Behandlung
bei Eintritt und im 12-Monats-Verlauf

Luis Falcato
Thilo Beck



– Zusammenfassung

Die psychische Symptombelastung der Patientinnen und Patienten wird in der ARUD Zürich seit 2005 mit der Symptom-Checkliste SCL-27 im Rahmen der routinemässigen Basisevaluation erhoben.

In diesem Eval-Info untersuchen wir an einer Stichprobe von Patientinnen und Patienten in substitutionsgestützter Behandlung (SGB) die psychische Symptombelastung bei Eintritt (N = 435) und nach einem Jahr in Behandlung (N = 130). Es zeigt sich, dass die Symptombelastung opioidabhängiger Personen bei Eintritt in eine SGB erheblich ist. Häufigste mit dem SCL-27 erhobene Symptome waren Schwermut, Hitze- und Kälteschauer, das Gefühl, den meisten Menschen nicht trauen zu können, Hoffnungslosigkeit, Energielosigkeit, Konzentrationsprobleme sowie die Angst, ausgenutzt zu werden. Die Anzahl konsumierter, nicht verschriebener Substanzen sowie das Bestehen und das Ausmass eines Benzodiazepin-Konsums vor Eintritt korrelierten leicht mit einer höheren Symptombelastung. Die Gesamtsymptombelastung und insbesondere depressive Symptome gingen im Verlaufe eines Jahres in Behandlung durchschnittlich leicht zurück.

Die Erhebung und Auswertung der psychischen Gesundheit im Rahmen der SGB ist sowohl aus klinischer wie wissenschaftlicher Sicht wie auch zur Implementierung qualitätsicherer und qualitätsfördernder Massnahmen für SGB von Interesse. Das SCL-27-Instrument erweist sich für ein entsprechendes Monitoring der psychischen Gesundheit von Personen in SGB nur mit Einschränkungen als geeignet. Die Entwicklung eines besser geeigneten Instrumentariums bleibt eine komplexe Aufgabe. Für eine befriedigende Lösung sind noch erhebliche weitere Forschungsanstrengungen notwendig.

– Einleitung

Das integrative Behandlungskonzept der ARUD Zürich hat den Anspruch, dass sowohl Substanzstörungen als auch allfällige weitere psychische und somatische Störungen adäquat behandelt werden. Im vorliegenden Eval-Info steht die psychische Gesundheit unserer opioidabhängigen Patientinnen und Patienten im Verlauf einer SGB als Evaluationskriterium im Mittelpunkt der Betrachtungen. Untersucht werden das Vorhandensein und die Ausprägung verschiedener, mit dem SCL-27 erfasster psychischer und vegetativer Symptome bei Eintritt und die Veränderung nach 12 Monaten in SGB.

Hintergrund

Die generelle Wirksamkeit von substitutionsgestützten Therapien zur Behandlung einer Opioidabhängigkeit (SGB) ist mittlerweile durch die Literatur gut belegt (1-3); dies sowohl bezüglich der Reduktion des nicht verschriebenen Substanzkonsums als auch verschiedener anderer Ergebnis-Dimensionen wie z. B. der Reduktion der Mortalität, der kriminellen Aktivitäten und des Risikoverhaltens. Übereinstimmend wird auch über eine durchschnittliche Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit berichtet. Wie wir im Eval-Info 1/07 mit eigenen Daten zeigen konnten, gehen SGB ebenfalls mit einer durch-

schnittlichen Verbesserung der subjektiven Lebensqualität einher.

Während die Effektivität der SGB auf aggregiertem Niveau gut belegt ist, sind prognostische Kriterien auf Individualniveau oder für spezifische Subgruppen weitaus weniger gesichert. Auch bezüglich einer Messung der Outcome-Qualität im Rahmen eines internen oder systematischen Qualitätsmanagements von SGB hat die Forschung noch keine breit akzeptierten Lösungen für die betreffenden konzeptuellen und methodischen Fragen entwickelt. Dies gilt insbesondere auch für die Messung der psychischen Gesundheit als Ergebnisindikator von SGB. Die vorliegende Untersuchung zielt darauf ab, die Eignung der Symptom-Checkliste-27 (SCL-27) für diesen Anwendungsbereich zu testen.

Empirische Fragestellungen

1. Wie hoch ist die psychosomatische Symptombelastung der Personen bei Eintritt in eine SGB in der ARUD Zürich?
2. Welche Zusammenhänge hat die Symptombelastung bei Eintritt mit anderen Eintrittsmerkmalen, namentlich Alter, Geschlecht und Konsumanamnese?
3. Welche mittlere Veränderung erfährt die Symptombelastung im Verlaufe eines Jahres in substitutionsgestützter Behandlung?

– Material und Methode

Das Behandlungsangebot der ARUD Zürich

Die ARUD Zürich – Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen – bietet in ihren ambulanten, drogenmedizinischen Polikliniken Zokl1 und Zokl2 in der Stadt Zürich sowie DBB in Horgen substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) mittels Methadon, Heroin, Buprenorphin und anderen Substitutionsmitteln an. Sie verfügt über eine mehr als 15 Jahre lange Erfahrung mit diesen Behandlungsformen und ist mit gegenwärtig mehr als 650 laufenden Behandlungen die grösste Anbieterin von SGB im Kanton Zürich. Etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten werden mit Methadon substituiert, ca. ein Viertel mit Diacetylmorphin (Heroin) und 10% mit Buprenorphin oder anderen Opioiden.

Zentrale Elemente des Behandlungsansatzes der ARUD Zürich sind eine den Konsum psychotroper Substanzen akzeptierende Grundhaltung, das Engagement für die Schadensminderung durch einen einfachen und schnellen Zugang zur Behandlung (Niederschwelligkeit) sowie eine Verpflichtung auf evidenzbasierte Behandlungsmethoden. Die Dosierung des Substitutionsmittels wird flexibel gehandhabt und in Rücksprache mit dem Therapeuten durch die Patienten selbst festgelegt. Interdisziplinäre Teams von Mitarbeitenden aus Psychiatrie/Psychotherapie, Allgemeinmedizin und Sozialarbeit arbeiten gemeinsam daran, umfassende, individuell zugeschnittene Behandlungen anbieten zu können. Dies kann bedeuten, dass gewisse Patientinnen und Patienten nur die Substitution im eigentlichen Sinn in Anspruch nehmen, maximal wöchentliche Mitgaben des Substitutionsmittels bekommen und lediglich

vierteljährlich ein Indikationsgespräch mit ihrer Bezugsperson absolvieren. Auf der anderen Seite des Spektrums sind komplexe Fälle mit ausgeprägter Ko- und Multimorbidität vorzufinden, die eine intensive und hochfrequente Behandlung benötigen. Mögliche Interventionen beinhalten: Psychische und/oder substanzbedingte Störungen, somatische Probleme wie z.B. Hepatitis- und HIV-Infektionen oder Schwierigkeiten in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Finanzen.

Instrumente, Erhebungsdesign und Datenquellen

Seit Anfang 2005 setzt die ARUD Zürich im Rahmen der Basisevaluation die Symptom-Checkliste SCL-27 zur Erfassung der Symptombelastung ein (4). Es handelt sich dabei um eine Modifikation der bekannten und in der Psychiatrie häufig verwendeten Symptom-Checkliste 90-R (5). Das Instrument umfasst 27 ausgewählte, psychische oder psychosomatische Beschwerden, deren Ausprägung (Ausmass der subjektiven Belastung) auf einer Skala von 0 «überhaupt nicht» bis 4 «sehr stark» durch die Patientinnen und Patienten selbst eingeschätzt wird. Das Instrument wurde ursprünglich zum Screening von Schmerzpatienten auf psychische Auffälligkeiten entwickelt.

Die Erhebung der soziodemographischen Merkmale, der Konsumanamnese und der psychischen Gesundheit erfolgt ebenfalls im Rahmen der ARUD Zürich-Basisevaluation. Die Erhebungen werden in allen Polikliniken jeweils bei Eintritt und im Verlauf der Behandlung in halbjährlichen Follow-ups vorgenommen.

Die Angaben zur Dosierung des Substitutionsmittels sind seit 1992 durch die computergestützte Abgabe registriert und wurden aus diesem System übernommen.

Stichproben

Die Basis-Stichprobe der vorliegenden Analysen beinhaltet 435 Behandlungseintritte in den drei ARUD Zürich Polikliniken Zokl1, Zokl2 und DBB im Zeitraum zwischen 27.12.2004 und 31.5.2007. Der Frauenanteil betrug 22%, der Ausländeranteil 29%, das Alter lag zwischen 18 und 54 Jahren (Mittelwert 32.8 +/- 8 J).

In 83% der Behandlungen wurde mit Methadon, in 8% mit Buprenorphin und in 9% mit Heroin substituiert. Die mittlere methadonäquivalente Dosierung für Methadon und Heroin nach 6 Monaten (N=159) betrug 123 +/- 116 mg/Tag, die Minimaldosierung lag bei 5 mg/Tag, die maximale Dosierung bei 1050 mg/Tag.

Für die Untersuchung des Behandlungsverlaufs wurden alle Behandlungen mit zwei vollständig vorhandenen Messungen bei Eintritt und nach 12 Monaten einbezogen (N = 130). Die Verlaufsstichprobe ist bezüglich der Variablen Geschlecht und Nationalität repräsentativ für alle Eintritte aus der Beobachtungsperiode mit gültigen Angaben. Ebenso wenig bestanden signifikante Unterschiede für die Art des verwendeten Substitutionsmittels und für die SCL-27 Werte bei Eintritt. Die Personen der Verlaufsstichprobe waren jedoch etwas älter als diejenigen bei Eintritt ($\phi = .17$, $\text{Sig.} = .032$).

Datenaufbereitung

Die Berechnung der SCL-27 Skalenwerte erfolgte gemäss den Richtlinien von Hardt et al. 2004, für die sechs Faktoren

1. Depressive Symptome (DEP)
2. Dysthyme Symptome (DYS)
3. Vegetative Symptome (VEG)
4. Agoraphobe Symptome (AGO)
5. Symptome Sozialer Phobie (SOP)
6. Symptome von Misstrauen (MIS).

Bei ca. 16% der Fälle konnte mindestens ein Skalenwert aufgrund fehlender Antworten auf Itemebene nicht berechnet werden.

Die Ratings der 6 SCL Subskalen wurden mittels vorgegebener geschlechterspezifischer Cut-off Werte dichotomisiert. Ein Score oberhalb des Cut-off Wertes wird, im Sinne eines Screenings, als psychopathologisch auffällig betrachtet.

Ausserdem wurden die drei globalen Indikatoren «Globaler Schwere-Index» GSI27 (= Mittelwert aller 27 Items), «Positives Symptome-Total» PST27 (= Anzahl Symptome mit Wert >0) und «Positiver Symptombelastungsschwere-Index» PSDI (= Summe der Itemwerte / PST27) gebildet. Der globale Schwere-Index wurde mittels der Formel von Hardt et al. in die annähernd normal verteilte Grösse zGSI27 transformiert, um die für T-Test oder Varianzanalyse vorausgesetzte Normalverteilung zu gewährleisten.

Statistik

Die Prüfung auf statistische Signifikanz erfolgte für die Repräsentativitätskontrollen mittels phi-Koeffizienten, für die Verlaufs auswertungen der SCL-Skalen und Kennwerte mit dem Wilcoxon-Test. Die mittlere Veränderung des normalisierten Gesamtscore zGSI27 wurde mittels T-Test für abhängige Stichproben geprüft. Die Korrelationskoeffizienten wurden als Spearman's Rho berechnet. Als Signifikanz-Niveau wurde Alpha = 5% festgelegt.

Alle Berechnungen wurden mit der Statistiksoftware SPSSx for Windows Version 16 durchgeführt.

- Ergebnisse

Symptombelastung bei Eintritt in die substituionsgestützte Behandlung

Von den 27 abgefragten Symptomen wurden bei Behandlungsbeginn Schwermut, Hitze- und Kälteschauer sowie das Gefühl, den meisten Menschen nicht trauen zu können am häufigsten genannt, nämlich von über 70% der Patientinnen und Patienten. Mehr als 60% gaben Hoffnungslosigkeit, Energielosigkeit Konzentrationsprobleme sowie die Angst, ausgenutzt zu werden an.

Am wenigsten scheinen die agoraphoben Symptome aufzutreten, sie wurden von 19 bis 35% genannt (Abb. 1). Die Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens widerspiegelt sich auch in den Mittelwerten der jeweiligen Items, die entsprechend hoch (> 1) bzw. tief (< 0.5) ausfallen.

Die sechs SCL27-Subskalen korrelieren alle recht hoch untereinander ($r = .54$ bis $.69$), die Korrelationen der Subskalen mit dem Gesamtbelastungsscore zGSI27 liegen zwischen $.75$ und $.83$.

Abbildung 1

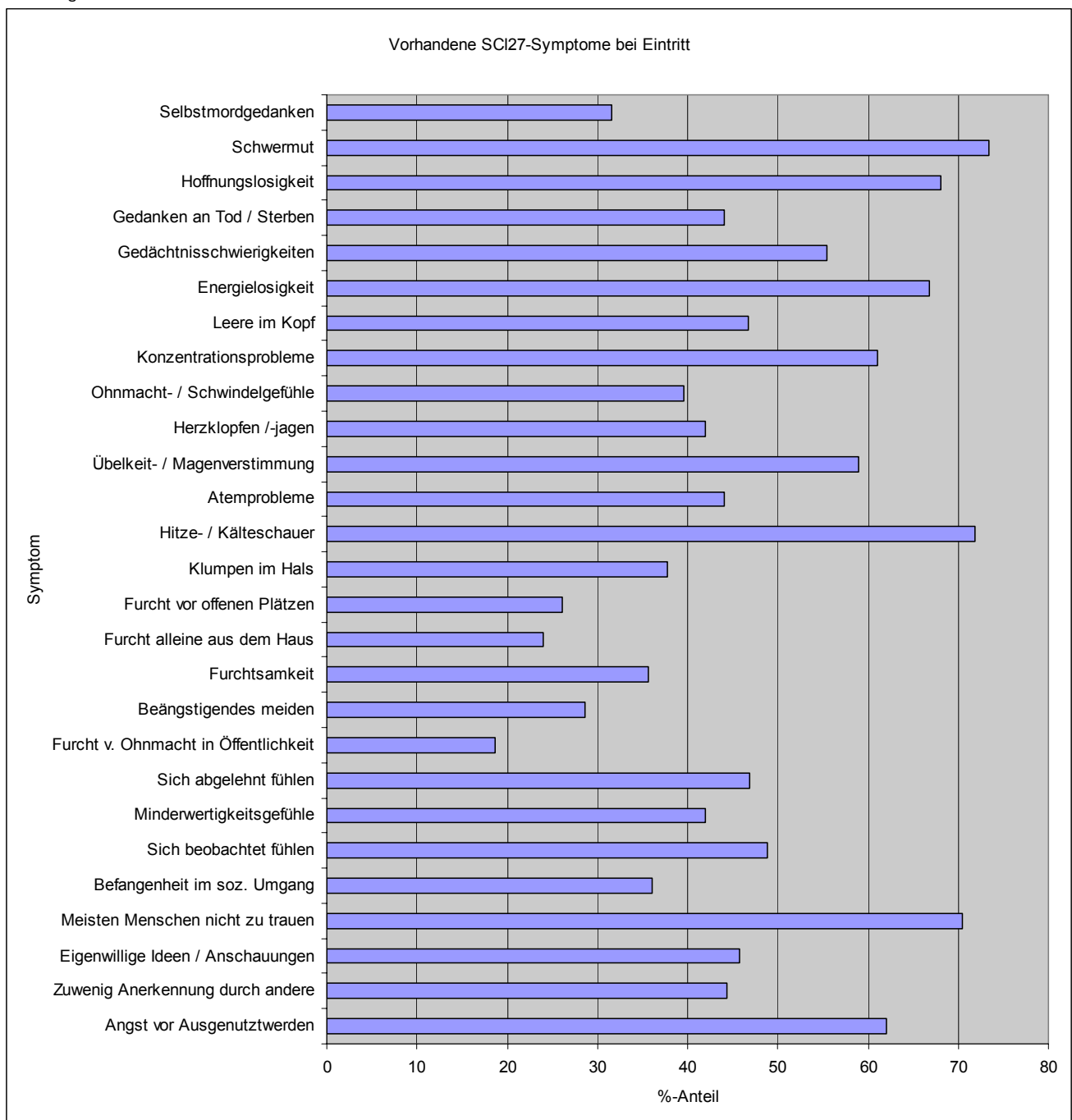


Tabelle 1 zeigt die Mittelwerte der sechs SCL-Subskalen und die globalen SCL27-Kennwerte. Bei Eintritt wurden im Durchschnitt etwa 13 der 27 Symptome als vorhanden genannt (Wert PST), wobei eine grosse Streuung besteht. Der mittlere Schweregrad der vorhandenen Symptome (PSDI27) lag bei knapp 1.4, der Gesamtmittelwert (GSI27) bei 0.78. Die Werte zGSI27 sind eine Transformation des GSI27 um diesen einer Normalverteilung anzunähern, es ergibt sich ein Mittelwert von 1.2.

Tabelle 1

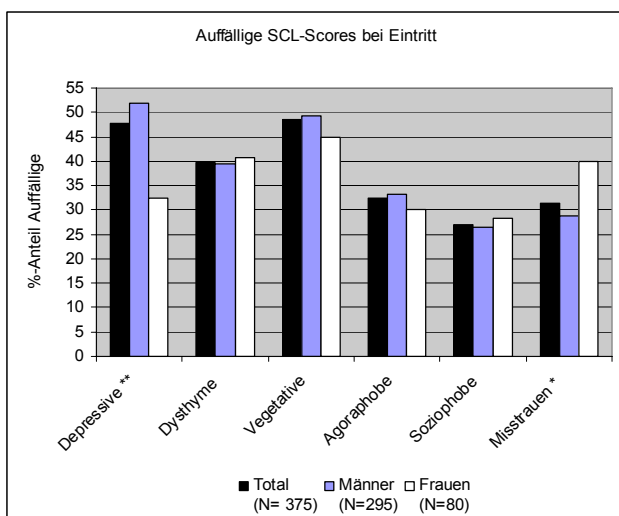
SCL-27 Cut-off-, Mittel- und Kennwerte bei Eintritt und nach 12 Monaten (N=130)

SCL27-Skala /Index	Mittlerer Cut-off	Eintritt	12 Monate	Sig. 1-seitig
Depressive S.	0.75	0.942	0.817	.03*
Dysthyme S.	0.88	0.911	0.843	n.s*
Vegetative S.	0.65	0.787	0.717	n.s*
Agoraphobe S.	0.53	0.442	0.414	n.s*
Soziophobe S.	0.88	0.799	0.637	n.s*
Misstrauen	1.00	0.932	0.944	n.s*
GSI27		0.775	0.700	n.s*
PSDI27		1.396	1.350	n.s*
PST27		13.446	12.108	n.s*
zGSI27		1.21	0.976	.01**

*) Wilcoxon's Z, **) Student's T

Auf den dichotomisierten Skalen lagen bei Behandlungsbeginn zwischen einem Viertel und der Hälfte der Fälle im auffälligen Bereich, also erheblich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung: 4 mal häufiger für vegetative Symptome, 3.4 mal für depressive Symptome, 3.3 mal für dysthyme Symptome, 3.2 mal für agoraphobe, 2.6 mal für soziophobe und 2.4 mal für Symptome des Misstrauens.

Abbildung 2



Zusammenhänge der Symptombelastung bei Eintritt mit anderen Eintrittsmerkmalen

Die SCL-27 Mittelwerte für Frauen lagen, wie auch in der Allgemeinbevölkerung, durchwegs etwas höher als für Männer, was bei der Bildung der dichotomen Skalen durch höhere Cut-off Werte ausgeglichen wird. Es handelt sich bei diesem Phänomen mit höchster Wahrscheinlichkeit um einen Unterschied im Antwortverhalten aufgrund geschlechtsspezifisch verschiedener Selbstwahrnehmung und nicht um «objektive» Unterschiede in der Ausprägung der Symptome. Trotz der Korrektur bei der Bildung der Skalen wurden zwei signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede gefunden: Männer (50.8%) wiesen bei Eintritt in die substitutionsgestützte Behandlung häufiger einen auffälligen Wert auf der Skala «Depressive Symptome» auf als Frauen (33.3%), hingegen hatten Frauen auf der Skala «Misstrauen» häufiger einen auffälligen Wert (40.3% vs. 28.3%). Andere untersuchte Eintrittscharakteristika (Alter, Nationalität, Häufigkeit und Applikationsform des Heroinkonsums vor Eintritt) ergaben keine signifikanten Unterschiede in den SCL27-Skalenwerten.

Bezüglich der Konsumanamnese (Anzahl Konsumtage der letzten 30 Tage) für die 5 Substanzen Heroin, Kokain, Benzodiazepine, Alkohol und Cannabis korrelierten das Ausmass des Benzodiazepingebrauchs sowie die Anzahl insgesamt konsumierter Substanzen leicht mit höheren SCL-27-Werten bei Eintritt (Tab. 2). Alle anderen untersuchten Substanzen hatten für sich keinen Einfluss auf die Symptombelastung bei Eintritt.

Tabelle 2

30-Tage-Drogenanamnese und SCL27-Symptombelastung bei Eintritt

Skala	zGSI27	DEP.	DYS	VEG	AGO	SOP	MIS
N valide	347	366	364	363	361	366	365
Benzodiazepinkonsum							
Korrelationskoeffizient Rho	.15	.16	.12	.11	.11	.10	.13
Signifikanz 2-Seitig	.005	.002	.02	.03	.045	.07	.02
Anzahl konsumierte Substanzen							
Korrelationskoeffizient Rho	.14	.12	.13	.15			
Signifikanz 2-Seitig	.007	.02	.01	.005		n.s	

Veränderung der Symptombelastung im Behandlungsverlauf

Tabelle 3 beschreibt die vorhandenen Symptome pro SCL-Dimension bei Eintritt und nach 12 Monaten (N = 130).

Zur besseren Orientierung sind die Items je nach Veränderung in unterschiedlicher Farbe dargestellt: grün = Abnahme $\geq 5\%$ (14 Items); blau = Abnahme 0 – 4.9% (9 Items); schwarz = Zunahme 0.1 – 4.9%, (3 Items); rot = Zunahme $\geq 5\%$ (1 Item).

Die grösste Abnahme lässt sich bei Hitze-/Kälteschauer (Vegetative Symptome) sowie Hoffnungslosigkeit und Schwer-

mut (Depressive Symptome) feststellen. Zugenommen hat insbesondere der Anteil Personen mit Übelkeit und Magenverstimmung.

Die mittleren %-Differenzen der SCL-27 Items ergeben eine Abnahme von 8 – 9% für die Dimensionen depressive und dysthyme Symptome und 1 – 4% für vegetative, soziophobe, agoraphobe Symptome sowie Symptome von Misstrauen.

Tabelle 3

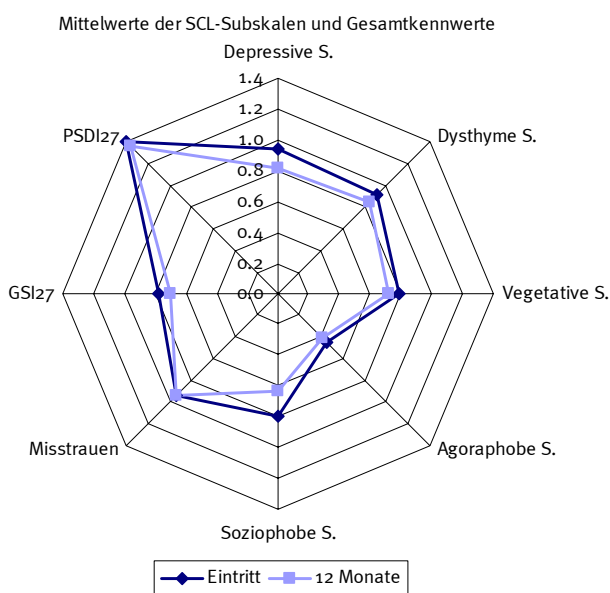
Anteil Personen mit vorhandenen Symptomen bei Eintritt und nach 12 Monaten (%-Anteile)

Item	Dimension	Symptom	E (N = 130)	12 Mte (N = 130)	% Diff.
5	Dep	Selbstmordgedanken	32.6	23.3	-9.3
8	Dep	Schwermut	77.5	66.2	-11.3
19	Dep	Hoffnungslosigkeit	75.0	63.8	-11.2
21	Dep	Gedanken an Tod / Sterben	47.7	43.8	-3.9
Depressive Symptome		Mittelwert der %-Differenz aller Items	58.2	49.3	-8.9
2	Dys	Gedächtnisschwierigkeiten	60.6	53.8	-6.8
4	Dys	Energielosigkeit	68.8	59.1	-9.7
17	Dys	Leere im Kopf	48.1	39.5	-8.6
20	Dys	Konzentrationsprobleme	66.1	57.7	-8.4
Dysthyme Symptome		Mittelwert der %-Differenz aller Items	60.9	52.5	-8.4
1	Veg	Ohnmacht- / Schwindelgefühle	39.1	32.8	-6.3
11	Veg	Herzklopfen /-jagen	43.8	37.2	-6.6
12	Veg	Übelkeit- / Magenverstimmung	54.6	60.2	5.6
14	Veg	Atemprobleme	45.4	40.8	-4.6
15	Veg	Hitze- / Kälteschauer	78.3	64.1	-14.2
18	Veg	Klumpen im Hals	39.5	30.2	-9.3
Vegetative Symptome		Mittelwert der %-Differenz aller Items	36.3	32.6	-3.8
3	Ago	Furcht vor offenen Plätzen	30.5	23.1	-7.4
7	Ago	Furcht alleine aus dem Haus	26.6	25.4	-1.2
9	Ago	Furchtsamkeit	38.6	37.8	-0.8
16	Ago	Beängstigendes meiden	30.2	34.1	3.9
26	Ago	Furcht v. Ohnmacht in Öffentlichkeit	19.4	18.9	-0.5
Agoraphobe Symptome		Mittelwert der %-Differenz aller Items	29.1	27.9	-1.2
10	Sop	Sich abgelehnt fühlen	47.7	52.3	4.6
13	Sop	Minderwertigkeitsgefühle	43.8	42.6	-1.2
22	Sop	Sich beobachtet fühlen	55.8	46.2	-9.6
24	Sop	Befangenheit im soz. Umgang	38.0	34.1	-3.9
Soziophobe Symptome		Mittelwert der %-Differenz aller Items	46.3	43.8	-2.5
6	Mis	Meisten Menschen nicht zu trauen	75.2	66.9	-8.3
23	Mis	Eigenwillige Ideen / Anschauungen	48.8	48.1	-0.7
25	Mis	Zuwenig Anerkennung durch andere	44.2	43.4	-0.8
27	Mis	Angst vor Ausgenutztwerden	62.5	64.3	1.8
Symptome v. Misstrauen		Mittelwert der % Differenz aller Items	57.7	55.7	-2.0

Die Auswertung ergibt, dass mit Ausnahme der Symptome des Misstrauens alle mittleren SCL-Skalenwerte während einem Jahr Substitutionsbehandlung leicht zurückgingen. Einzig der Rückgang der depressiven Symptome wird in unserer Stichprobe knapp signifikant ($E: 0.94 - 12 \text{ Mte: } 0.82, \text{ Sig. } = .03$). Die Symptome des Misstrauens veränderten sich über ein Jahr durchschnittlich kaum (Abb. 3).

Bei den globalen Kennzahlen liess sich in unserer Stichprobe ein signifikanter Rückgang des normalisierten Gesamtbelastungsindex zGSI27 feststellen ($E: 1.21 - 12 \text{ Mte: } .98, \text{ Sig. } = .021$). Keine signifikanten Veränderungen ergaben sich beim Gesamtmittelwert (GSI), der Anzahl vorhandener Symptome (PST) und dem Schweregrad der vorhandenen Symptome (PSDI).

Abbildung 3



- Diskussion

Mit der vorliegenden Analyse konnten wir zeigen, dass die psychische und vegetative Symptombelastung opioidabhängiger Personen, gemessen mit der Symptom-Checkliste-27, bei Eintritt in eine SGB in der ARUD Zürich in vielen Fällen erheblich ausgeprägt ist. Der Anteil mit psychopathologisch auffälligen Screening-Scores war 2.5 – 4-fach über demjenigen in der Normstichprobe aus der deutschen Allgemeinbevölkerung. Ausgeprägt waren insbesondere die Symptome Schermut, Hoffnungslosigkeit, Energielosigkeit, Hitze- und Kälteschauer, das Misstrauen gegenüber anderen Menschen und die Angst davor, ausgenutzt zu werden. Die mittleren Ausprägungen der Skalen für depressive, dysthyme und vegetative Symptome lagen in unserer Stichprobe bei Eintritt über dem Cut-off Wert. Bei Männern waren auffällige Werte auf der Skala depressiver Symptome häufiger als bei Frauen, welche ihrerseits häufiger auffällige Werte auf der Misstrauens-Skala auswiesen. Einen leichten Zusammenhang mit insgesamt erhöhten SCL-Eintrittswerten hatten die Konsumintensität von Benzodiazepinen und die Anzahl konsumierter Substanzen in den 30 Tagen vor Behandlungsbeginn.

Im Verlauf über 12 Monate SGB nahmen alle SCL-Skalenmittelwerte mit Ausnahme des Misstrauens leicht ab. Signifikant war der Rückgang des normalisierten Gesamtbelastungsindex sowie der depressiven Symptome. Es handelte sich dabei um mittlere Effekte für die Personen in SGB insgesamt. Die so gemessenen Veränderungen waren gering.

Diese Befunde decken sich mit denjenigen aus der Literatur und stützen die generelle Aussage, dass sich die psychische Gesundheit im Verlauf von substitutionsgestützten Behandlungen durchschnittlich verbessert. Eine diesbezügliche generelle Effektivität der SGB lässt sich somit sowohl mittels des SCL-27 wie auch anderer Instrumente (z. B. SF12) nachweisen. Allerdings scheint der Einsatz des SCL-27 in dieser Hinsicht auch keine besonderen Vorteile zu bieten.

Die Zusammenstellung der SCL-27-Items zielte ursprünglich darauf ab, ein Screening-Instrument für psychische Beschwerden bei Schmerzpatienten zu entwickeln. Es ist nicht davon auszugehen, dass dabei inhaltliche Überlegungen im Zusammenhang mit der Anwendung im Feld der Substanzstörungen, speziell der Opiatabhängigkeit, einfließen. Einzelne Items der SCL-27 Skalen beziehen sich auf unmittelbare Folgen von Substanzstörungen, wie etwa eine Entzugssymptomatik (z.B. Hitze-/Kälteschauer). Bei den Items der Dimension Misstrauen stellt sich die Frage, in wie weit beim Konsum psychotroper Substanzen in unserer Gesellschaft im soziokulturellen Kontext illegaler Drogenszenen, ein relativ ausgeprägtes «gesundes» Misstrauen angebracht ist, dem nur unter bestimmten Umständen ein Krankheitswert im Sinne einer psychischen Störung zugeschrieben werden kann. Einzelne Items erscheinen auch recht vage formuliert und lassen viel Interpretationsspielraum (z. B. Beängstigendes meiden, Furchtsamkeit), was ihre Validität grundsätzlich in Frage stellt. Eine ganze Reihe aus unserer Sicht relevanter Symptome (z.B. Schlafstörungen, Verdauungsprobleme, Schwitzen etc.) werden mit dem Instrument nicht erfasst.

Die abgefragten Symptome können entweder in einem Mass ohne Krankheitswert oder aber in pathologischem Ausmass vorhanden sein. Die pathologisch auffälligen Werte wiederum können sowohl Ausdruck der direkten Folgen eines Konsums psychotroper Substanzen wie auch Symptome komorbider psychischer Störungen sein. Die Definition der Cut-Off-Werte erfolgte mittels Konvention für eine Bevölkerungsstichprobe und müsste möglicherweise für die Gruppe von Opiatabhängigen erneut empirisch geprüft werden. Die hohen Interkorrelationen der 6 SCL-27-Subskalen stellen deren Aussagekraft als eigenständige Konstrukte in Frage. Dies ist eine grundsätzliche Schwäche des Instrumentes, die auch schon bei der Originalversion mit 90 Items kritisiert wurde. Die vorliegenden Auswertungen legen nahe, dass mit dem SCL-27 eher ein allgemeiner Faktor psychischer Belastung erfasst wird und nicht zwischen verschiedenen Störungen unterschieden werden kann. Dieser Frage sollte in einer Analyse der Ausprägung und des Verlaufs der untersuchten SCL-Scores in verschiedenen psychiatrischen Diagnosegruppen weiter nachgegangen werden. Die Items für depressive Symptome fielen für den Gesamtwert besonders ins Gewicht. Das SCL-27-Instrument erscheint somit hinsichtlich Eignung für ein

Monitoring des Behandlungsverlaufs im Sinne der Ergebnisqualität von SGB in verschiedener Hinsicht problematisch. Für den SCL-27 spricht jedoch seine nachweislich gute Praktikabilität im klinischen Alltag unserer niederschweligen, ambulanten Behandlungsangebote für opiatabhängige Personen. Ein Symptom-Screening zu Behandlungsbeginn erscheint jedenfalls sinnvoll und kann den Therapeutinnen und Therapeuten im Einzelfall vermutlich auf einfache Weise nützliche Anhaltspunkte für die weitere klinische Exploration geben.

Die Frage bleibt, wie dem nahe liegenden Bedürfnis, die Veränderung der psychischen Gesundheit als Evaluationskriterium substitions-gestützter Behandlungen adäquat abzubilden, besser entsprochen werden kann. Mögliche Wege in diese Richtung könnten sein:

- a) Eine vertiefte Analyse unterschiedlicher Verläufe in verschiedenen Subgruppen mit unterschiedlichen zusätzlichen komorbiden Belastungen, um bessere und detaillierte Referenzgrößen für einzelne Patientengruppen zu ermitteln. Hierfür wären eine zeitgenaue Diagnostik sowie zusätzliche Informationen über die Schwere der jeweiligen Störungen nützlich.
- b) Der Ersatz des SCL-27 durch ein anderes bestehendes validiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Einschätzung von Symptomen. Es ist jedoch fraglich, ob damit die grundsätzliche Problematik, dass ein Teil der erhobenen Symptome sowohl substanzbedingt als auch als Ausdruck komorbider psychischer Störungen interpretiert werden kann, in der Anwendung solcher Instrumente im Bereich der SGB zu beheben ist.
- c) Die Schaffung einer neuen Symptomliste mit gezielt zu diesem Zweck zusammengestellten Fragen. Die Konstruktion, Validierung und Eichung eines neuen Instrumentes wäre jedoch mit erheblichem Aufwand verbunden. Konzeptuell müsste dabei entschieden werden, ob es wünschbar ist, dass die Symptome einen inhaltlichen Bezug zur Opiatabhängigkeit oder anderen Substanzstörungen aufweisen oder gerade nicht. Sofern es darum geht, die Behandlung allfälliger komorbider psychischer Störungen zu evaluieren, dürfte letzteres der Fall sein.
- e) Der Ersatz der Selbstbeurteilung durch eine Behandler-Einschätzung. Für eine Routineerhebung wäre hiermit aber der Nachteil einer zusätzlichen zeitlichen Belastung der Behandelnden verbunden. Auch die zur Erreichung genügender Interrater-Reliabilität notwendige Schulung würde für eine Implementation in ein Basis-evaluationssystem negativ ins Gewicht fallen.
- d) Möglich wäre auch eine alternative Operationalisierung des Konzeptes der psychischen Gesundheit, die ohne die Erfassung von Symptomausprägungen auskommt. Hierfür kämen z.B. die subjektive Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand und das persönliche und soziale Funktionsniveau, oder evtl. Zielerreichungsmessungen in Frage.

Grundsätzlich erscheinen für alle diese Varianten eine Intensivierung der Forschungsanstrengungen und ein vermehrter Austausch der Erfahrungen und Erkenntnisse in diesem Bereich wünschenswert.

– Schlussfolgerungen

Substitutionsgestützte Behandlungen bewirken innerhalb eines Jahres insgesamt eine leichte durchschnittliche Verbesserung der psychischen Gesundheit, besonders bezüglich der verbreiteten, dem depressiven Affektbereich zuzuordnenden Symptome.

Die Erhebung und Auswertung der psychischen Gesundheit im Rahmen eines Qualitätsmonitorings bleibt eine komplexe Aufgabe, zu deren befriedigenden Lösung noch erhebliche weitere Forschungsanstrengungen notwendig sind.

– Literatur

- (1) Teesson M, Mills K, Ross J, Darke S, Williamson A, Havard A. The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addiction* 2008 January 15;103:80-8.
- (2) Hubbard R, Craddock S, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat* 25[3], 125-134. 2003.
- (3) Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction* 98[3], 291-303. 2003.
- (4) Hardt J, Egle UT, Kappis B, Hessel A, Brähler E. Die Symptom-Checkliste SCL-27. Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. *Psychother Psych Med* 2004;54:214-23.
- (5) Franke G. SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual. 2 ed. Göttingen: Hogrefe; 2002.

– Impressum

ARUD Zürich
Evaluation und Forschung, Luis Falcato
Sihlhallenstrasse 30, Postfach, CH-8026 Zürich

Telefon
+41 (0)44 248 37 32

E-Mail
l.falcato@arud-zh.ch

Internet
www.arud-zh.ch
www.gain-zh.ch
www.dbb-zh.ch

Die «Info Evaluation und Forschung» der ARUD Zürich erscheint seit 2004. Sie kann kostenlos abonniert werden: Senden Sie ein E-Mail an sekretariat@arud-zh.ch