Vergleich von Persönlichkeitsmerkmalen bei Patienten mit multiplem Substanzgebrauch und Alkoholabhängigkeit
Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv. Doz. Dr. med. Oliver Pogarell

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Inga Sinicina

Mitbetreuung durch die promovierte Mitarbeiterin: Dr. med. Gabriele Koller

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. hc. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 18.07.2013
Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis ......................................................................................................................... 3
Abkürzungen ................................................................................................................................. 6
1. Einleitung ................................................................................................................................. 8
  1.1. Drogen- und Alkoholproblematik in Deutschland ......................................................... 9
  1.2. Grundlagen der Substanzabhängigkeit ............................................................................ 10
    1.2.1. Herkunft und Definition des Begriffs Sucht und Abhängigkeit .............................. 11
    1.2.2. Kriterien der Abhängigkeit ...................................................................................... 12
    1.2.3. Klassifikation der Abhängigkeitserkrankung ......................................................... 14
    1.2.4. Ätiopathogenese ........................................................................................................ 16
  1.3. Der Begriff der Persönlichkeit ......................................................................................... 18
    1.3.1. Definition der Persönlichkeitsstörung .................................................................. 21
    1.3.2. Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 ................................. 22
    1.3.3. Persönlichkeitsmerkmale und Abhängigkeitssyndrom .......................................... 23
  1.4. Fragestellung ..................................................................................................................... 24
2. Methodik .................................................................................................................................. 26
  2.1. Datenerhebung und Patientenkollektiv ......................................................................... 26
  2.2. Auswahl der Probanden mit multiplem Substanzgebrauch und Ausschlusskriterien ................................................................................................................................. 28
  2.3. Forschungsinstrumente .................................................................................................... 29
    2.3.1. Probandenfragebogen für soziodemographische Daten ......................................... 29
    2.3.2. European Addiction Severity Index (EuropASI) ..................................................... 30
      2.3.2.1. Anwendung: ........................................................................................................ 30
      2.3.2.2. Auswertung: ........................................................................................................ 31
2.3.3. Screening-Fragen nach dem SKID .......................................................... 31
  2.3.3.1. Anwendung: .................................................................................. 32
  2.3.3.2. Auswertung: ................................................................................ 32
2.3.4. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (SKID-II) ........... 33
  2.3.4.1. Anwendung: .................................................................................. 33
  2.3.4.2. Auswertung: ................................................................................ 34
2.3.5. Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) .............................................. 34
  2.3.5.1. Anwendung: .................................................................................. 35
  2.3.5.2. Auswertung: ................................................................................ 35
2.3.6. Das Temperament and Character Inventory (TCI) ...................................... 37
  2.3.6.1. Anwendung: .................................................................................. 40
  2.3.6.2. Auswertung: ................................................................................ 40
2.4. Statistische Verfahren ................................................................................ 40
3. Ergebnisse ........................................................................................................ 42
  3.1. Ermittlung der Fallzahlen ......................................................................... 42
  3.2. Soziodemographische Ergebnisse zur Stichprobe ....................................... 43
  3.2.1. Multiple Substanzabhängigkeit: ......................................................... 43
  3.2.2. Alkoholabhängigkeit: ......................................................................... 47
  3.2.3. Beikonsum, Ersterkrankungsalter und Suizidversuch beider Patientengruppen ........................................................................................................ 51
  3.2.4. Vergleich der soziodemographischen Daten ......................................... 55
  3.5. Auswertung der Persönlichkeitsstörungen (nach SKID-II) ...................... 56
  3.6. SKID-II Auswertung der alkoholabhängige Patienten ............................ 57
  3.7. SKID-II Auswertung der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch .... 59
  3.8. Unterschiede der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen nach SKID-II zwischen den Gruppen .............................................................................. 61
  3.9. Auswertung des NEO-FFI ...................................................................... 63
  3.10. Ergebnisse des Temperament- und Charakter-Inventar (TCI) .............. 64
4. Diskussion .................................................................................................................. 67

4.1. Limitationen .......................................................................................................... 76

4.2. Schlussbemerkung .................................................................................................. 77

5. Zusammenfassung ....................................................................................................... 78

Abbildungen .................................................................................................................. 81

Tabellen ......................................................................................................................... 82

Literaturverzeichnis ......................................................................................................... 83

Danksagung ..................................................................................................................... 94

Curriculum Vitae ............................................................................................................. 95
<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzungen</th>
<th>Definition</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a</td>
<td>Jahre</td>
</tr>
<tr>
<td>Abk.</td>
<td>Abkürzung</td>
</tr>
<tr>
<td>ADHS</td>
<td>Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung</td>
</tr>
<tr>
<td>ANOVA</td>
<td>Analysis of Variance</td>
</tr>
<tr>
<td>AP</td>
<td>Alkoholabhängiger Patient</td>
</tr>
<tr>
<td>APA</td>
<td>American Psychiatric Association</td>
</tr>
<tr>
<td>Aufl.</td>
<td>Auflage</td>
</tr>
<tr>
<td>Bd.</td>
<td>Band</td>
</tr>
<tr>
<td>bzw.</td>
<td>beziehungsweise</td>
</tr>
<tr>
<td>ca.</td>
<td>circa</td>
</tr>
<tr>
<td>Chi²</td>
<td>Chi-Quadrat-Test</td>
</tr>
<tr>
<td>COGA</td>
<td>Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism</td>
</tr>
<tr>
<td>d.h.</td>
<td>das heißt</td>
</tr>
<tr>
<td>DBDD</td>
<td>Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht</td>
</tr>
<tr>
<td>DHS</td>
<td>Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen</td>
</tr>
<tr>
<td>DSM-IV</td>
<td>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV (Saß et al., 1998)</td>
</tr>
<tr>
<td>DSM-IV TR</td>
<td>Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV- TR (Textrevision)</td>
</tr>
<tr>
<td>ECA</td>
<td>Epidemiological Catchment Area</td>
</tr>
<tr>
<td>EPI</td>
<td>Eysenck-Persönlichkeits-Inventar</td>
</tr>
<tr>
<td>ESA</td>
<td>Epidemiologischer Sucht Survey</td>
</tr>
<tr>
<td>et al.</td>
<td>und andere</td>
</tr>
<tr>
<td>Eu</td>
<td>Europäische Union</td>
</tr>
<tr>
<td>FFM</td>
<td>Five-Factor-Model</td>
</tr>
<tr>
<td>HPI</td>
<td>Hamburger Persönlichkeitsinventar</td>
</tr>
<tr>
<td>Hrsg.</td>
<td>Herausgeber</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ICD-10

International Classification of Diseases
(Internationale Klassifikation der Krankheiten - 10. Revision)

LMU
Ludwig-Maximilians-Universität

m
Mittelwert

MANCOVA
multivariate Kovarianzanalyse

Mio.
Million

MMPI
Multiphasic Personality Inventory

Mrd.
Milliarde(n)

MS
Multipler Substanzgebrauch

n.s
nicht signifikant

NEO FFI
Neuroticism-Extraversion-Openness Five Factor Inventory

p
P-Wert

PRF
Deutsche Personality Research Forum

PTS
Pavlovian Temperament Survey

r.
Reliability (Zuverlässigkeit)

Sig.
Signifikant

SKID
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (Wittchen et al., 1997; Fydrich et al., 1997)

SKID-II
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen

SPSS
Statistical Package for Social Sciences

SSAGA
Semi-Structured Assessment on the Genetics in Alcoholism

Halb-strukturierte Begutachtung zur Genetik bei Alkoholkranken

T
Trend

Tab.
Tabelle

TCI
Temperament and Character Inventory

vs.
versus

WHO
Weltgesundheitsorganisation

z.B.
zum Beispiel
1. Einleitung

Es ist eine Forderung der Natur, dass der Mensch mitunter betäubt werde, ohne zu schlafen; daher der Genuss im Tabakrauchen, Branntweintrinken, Opiaten (Goethe, 1821).

1.1. Drogen- und Alkoholproblematik in Deutschland


Addiert man die in Deutschland ermittelte Anzahl der Abhängigen von psychotropen Substanzen, wie illegale Drogen, Alkohol und Medikamente, kommt man auf eine Anzahl von ca. 3,275 Millionen Abhängigen (Bloomfield et al., 2000; Glaeske, 2001).

1.2. Grundlagen der Substanzabhängigkeit

Der wiederholte Konsum psychotroper Substanzen beeinflusst das zentrale Verstärkersystem und kann so zur Entwicklung von Verhaltensmustern im Sinne einer Substanzabhängigkeit führen. Viele Studien aus dem biologischen Bereich weisen darauf hin, dass genetische Faktoren bei der Entstehung einer Abhängigkeit mit beteiligt sind. So tragen genetische Faktoren und deren Interaktion mit dem jeweiligen Lebensumfeld zu ca. 40 % - 60 % zur Abhängigkeitsentstehung bei (Compton et al., 2005); dabei müssen jedoch immer auch multifaktorielle Zusammenhänge berücksichtigt werden (Crabbe, 2002, 2008; Knopik et al., 2009).


Zelluläre Veränderungen im präfrontalen Bereich des Gehirns verstärken zudem bei Drogenabhängigen die „Zwanghaftigkeit“ Drogen zu konsumieren. Die Bewertung des eigenen Verhaltens durch die Umwelt verliert dadurch an Wichtigkeit, die kognitive Kontrolle schwindet und es kommt in Folge der drogenassoziierten Stimuli zu einer Konzentrationserhöhung der Neurotransmitter (Kalivas et al., 2005).
1.2.1. Herkunft und Definition des Begriffs Sucht und Abhängigkeit


• Morphin-Typ
• Barbiturate- und Alkohol – Typ
• Kokain-Typ
• Cannabis-Typ
• Amphetamine-Typ
• Khat und Halluzinogen-Typ (WHO, 1964)


Im ICD-10 Kapitel V Psychische Verhaltensstörungen wird das Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) beschrieben als „Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, eine verminderte Kontrolle über ihren Konsum und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzverhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen (Dilling, 2006).“

1.2.2. Kriterien der Abhängigkeit

Die Diagnose „Abhängigkeitssyndrom“ wird nach ICD-10 dann gestellt, wenn innerhalb des letzten Jahres zusammen mindestens einen Monat lang drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.

2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d.h. über den Beginn, die Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich gemessen daran, dass oft mehr von der Substanz oder über einen längeren Zeitraum konsumiert wird als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.

3. Körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.

4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.
5. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessensbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.

6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betroffene sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.


1. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
   a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen.
   b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.

2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
   Charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz: d.h. dieselbe (oder eine sehr ähnliche Substanz) wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.

3. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.

4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.

5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen.

7. Fortgesetzter Substanzenmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzenmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

1.2.3. Klassifikation der Abhängigkeitserkrankung

Auf der Basis der Klassifikationssysteme (ICD-10, Tab. 1 und DSM-IV, Tab. 2) können nach Substanzarten unterschiedene Missbrauchs- und Abhängigkeitsdiagnosen gestellt werden. Nichtstoffgebundene Abhängigkeiten werden unter ICD-10 (F63) „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ eingeordnet. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch nur auf die Stoffgebundene Abhängigkeit eingegangen.

Tabelle 1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10

<table>
<thead>
<tr>
<th>ICD-10 F1</th>
<th>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F10</td>
<td>Störungen durch Alkohol</td>
</tr>
<tr>
<td>F11</td>
<td>Störungen durch Opiode</td>
</tr>
<tr>
<td>F12</td>
<td>Störungen durch Cannabinoide</td>
</tr>
<tr>
<td>F13</td>
<td>Störungen durch Sedativa oder Hypnotika</td>
</tr>
<tr>
<td>F14</td>
<td>Störungen durch Kokain</td>
</tr>
<tr>
<td>F15</td>
<td>Störungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein</td>
</tr>
<tr>
<td>F16</td>
<td>Störungen durch Halluzinogene</td>
</tr>
<tr>
<td>F17</td>
<td>Störungen durch Tabak</td>
</tr>
<tr>
<td>F18</td>
<td>Störungen durch flüchtige Lösungsmittel</td>
</tr>
<tr>
<td>F19</td>
<td>Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen</td>
</tr>
</tbody>
</table>
# Tabelle 2: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach DSM-IV

<table>
<thead>
<tr>
<th>Code</th>
<th>Diagnose</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>46.90</td>
<td>Alkoholabhängigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>305.00</td>
<td>Alkoholmissbrauch</td>
</tr>
<tr>
<td>305.10</td>
<td>Nikotinabhängigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>304.00</td>
<td>Opiatabhängigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>304.50</td>
<td>Opiatmissbrauch</td>
</tr>
<tr>
<td>304.10</td>
<td>Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikaabhängigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>305.40</td>
<td>Sedativa-, Hypnotika- oder Anxiolytikamissbrauch</td>
</tr>
<tr>
<td>304.20</td>
<td>Kokainabhängigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>305.60</td>
<td>Kokainmissbrauch</td>
</tr>
<tr>
<td>304.30</td>
<td>Cannabisabhängigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>305.20</td>
<td>Cannabismissbrauch</td>
</tr>
<tr>
<td>304.40</td>
<td>Amphetaminabhängigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>305.70</td>
<td>Amphetaminmissbrauch</td>
</tr>
<tr>
<td>304.50</td>
<td>Halluzinogenabhängigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>305.30</td>
<td>Halluzinogenmissbrauch</td>
</tr>
<tr>
<td>304.60</td>
<td>Inhalantienabhängigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>305.90</td>
<td>Inhalantienmissbrauch</td>
</tr>
<tr>
<td>304.80</td>
<td>Polytoxikomanie</td>
</tr>
<tr>
<td>304.90</td>
<td>Abhängigkeit von anderen Substanzen</td>
</tr>
<tr>
<td>305.90</td>
<td>Missbrauch von anderen Substanzen</td>
</tr>
</tbody>
</table>
1.2.4. Äthiopathogenese

Bei der Entstehung der Sucht sind mehrere Faktoren in einem komplexen Zusammenspiel beteiligt und als multifaktorieller Prozess zu sehen. Dabei stehen im Zentrum der Entwicklung einer Abhängigkeit drei Faktoren (siehe auch Abb.1):

- Die Droge (Suchtmittel)
- Das Individuum (Person)
- Das soziale Umfeld (Umwelt)

Abbildung 1: Modellvorstellung zur Sucht-Entstehung, modifiziert nach Möller et al, Psychiatrie und Psychotherapie 2005, S 312
Die Intensität und Progredienz einer Abhängigkeitsentwicklung sind je nach Abhängigkeitstyp (Individuum), sozialem Umfeld (Umwelt) sowie der Verfügbarkeit der Drogen und der konsumierten Substanz (Droge) geprägt.

In ihrer Wirkung steigern die meisten missbräuchlich genutzten Drogen die Dopamin-Freisetzung und lösen so Euphorie und Wohlbefinden aus. Dieses wirkt wiederum verhaltensverstärkend. Dabei kommt es zusätzlich zu einer direkten oder indirekten Aktivierung dopaminergen Neuronen im Mittel- und Endhirn, wobei neben Dopamin auch Glutamat eine wesentliche Rolle für Lernprozesse spielt (Möller et al., 2005).

Diese möglicherweise irreversiblen Veränderungen des Hirnstoffwechsels auf der Basis einer veränderten Genexpression durch Suchtdrogen könnte laut Förstl das molekulare Korrelat des sogenannten Suchtgedächtnisses darstellen (Förstl et al, 2005).


Kontakt mit Drogen sich vor allem bei Heranwachsenden schädlich auf das sich noch entwickelnde Gehirn auswirkt (Volkow, 2005).

Letztlich kommt es, durch die toxische Wirkung des Abhängigkeitsverhaltens, zu einer zerebralen Dysfunktion (Euphorie und Kontrollverlust), durch die das Abhängigkeitsverhalten konditioniert wird. Hierbei spielen neben der Umwelt, dem sozialen Umfeld und abgeleiteten psychosozialen Bedingungen auch biologisch determinierte Faktoren (Genetik) und Persönlichkeitsmerkmale eine entscheidende Rolle (Ermann, 2007).

Ein weiterer Hauptrisikofaktor für Drogenmissbrauch ist das Vorhandensein einer geistigen Störung. Kinder und Heranwachsende, die ein auffälliges Verhalten zeigen, an Depression, ADHS oder Schizophrenie leiden, laufen weit eher Gefahr Drogen zu konsumieren als davon nicht betroffene Kinder (Volkow, 2005).

1.3. Der Begriff der Persönlichkeit

Untersuchungen der Persönlichkeitsmerkmale bzw. die Untersuchung der menschlichen Persönlichkeit ist aus wissenschaftlicher Sicht kein exakt erfassbares Fundamentalprinzip.

Kurt Schneider hat bereits 1923 davor gewarnt, dass man die Persönlichkeit genauso wenig definieren könne wie die Begriffe Welt, Leben und die Seele (Kurt Schneider, 1923). Trotzdem haben doch immer wieder Persönlichkeitsforscher versucht, einen einheitlichen Konsens zu finden.


Vor allem die „biologische“ Persönlichkeitsforschung hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen und erheblich zum Verständnis der Komplexität der Persönlichkeitsmerkmale beigetragen (Herpertz et al., 2007).


Nach der Definition von Fiedler ist der Terminus der Persönlichkeit, die Persönlichkeitseigenschaften- und Stile des Menschen als “für ihn charakteristische Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturelle Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen zur Entwicklung einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht” (Fiedler, 2000).

Es gibt also nicht nur eine gültige Definition der Persönlichkeit, sondern auch alternative Definitionen. Vereinfacht und verallgemeinert geht es um jene Eigenschaften oder Merkmale des Individuums, welche eine Beständigkeit im Bereich des Fühlens, Denkens und dem Verhalten ausmachen (Pervin et al., 2005). Gravierende Änderungen in der Persönlichkeitsstruktur lassen sich als Persönlichkeitsstörungen klassifizieren.

1.3.1. Definition der Persönlichkeitsstörung


„Abweichungen dieser Eigenschaften und Merkmale liegen dann als Persönlichkeitsstörung vor, wenn durch Ausprägungsgrad und/oder die besondere Konstellation von psychopathologisch relevanten Persönlichkeitszügen erhebliche subjektive Beschwerden und/oder nachhaltige Beeinträchtigungen der sozialen Anpassung entstehen“ (Saß, 1987). Nach Freyberger zeigen sich Persönlichkeitsstörungen „in starren und unangepassten Reaktionen in verschiedenen persönlichen und sozialen Lebenssituationen. Normabweichend ist dabei nicht so sehr die Qualität der einzelnen Merkmale des Verhaltens und Erlebens, sondern vielmehr ihre Akzentuierung, die Ausprägung und vor allem ihre Dominanz, was sich sowohl in mangelnder sozialer Anpassung als auch in subjektiven Beschwerden ausdrückt“ (Freyberger, 2002).

1.3.2. Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10

In der Version von 2011 der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10), sind die Persönlichkeitsstörungen im Abschnitt „Persönlichkeit- und Verhaltensstörungen“ unter der Diagnoseziffer F60-F61 aufgelistet (siehe Tab. 3).

Tabelle 3: Persönlichkeitsstörungen nach der ICD-10 Klassifikation (WHO-Version 2010)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ICD-10 Persönlichkeitsstörungen</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>F60</td>
<td>Spezifische Persönlichkeitsstörungen</td>
</tr>
<tr>
<td>F60.0</td>
<td>Paranoide Persönlichkeitsstörung</td>
</tr>
<tr>
<td>F60.1</td>
<td>Schizoide Persönlichkeitsstörung</td>
</tr>
<tr>
<td>F60.2</td>
<td>Dissoziale Persönlichkeitsstörung</td>
</tr>
<tr>
<td>F60.3</td>
<td>Emotional instabile Persönlichkeitsstörung</td>
</tr>
<tr>
<td>F60.4</td>
<td>Histrionische Persönlichkeitsstörung</td>
</tr>
<tr>
<td>F60.5</td>
<td>Anankastische Persönlichkeitsstörung</td>
</tr>
<tr>
<td>F60.6</td>
<td>Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung</td>
</tr>
<tr>
<td>F60.7</td>
<td>Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung</td>
</tr>
<tr>
<td>F60.8</td>
<td>Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen</td>
</tr>
<tr>
<td>F60.9</td>
<td>Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet</td>
</tr>
<tr>
<td>F61</td>
<td>Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen</td>
</tr>
<tr>
<td>(F21</td>
<td>Schizotyp Störung)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
1.3.3. Persönlichkeitsmerkmale und Abhängigkeitssyndrom

Es gibt verschiedene Instrumente um die Persönlichkeit und das Temperament des Menschen zu erfassen, z.B. EPI, PRF, HPI, PTS (Strumpf et al., 1999; Stumpf et al., 1985; Georgie et al., 2002; Andresen, 2002). Der Nachweis einer „(Substanz)abhängigen Persönlichkeit“ gelang bisher jedoch nicht (Kerr, 1996). Auf der anderen Seite haben Studien über abhängige Personen, besonders solche mit einer Alkoholabhängigkeit, gezeigt, dass diese in verschiedenen Persönlichkeitskategorien wie z.B. Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit, höhere Werte als die der Kontrollgruppe erzielen. In einigen Studien wurde gezeigt, dass Abhängige mit diesen Persönlichkeitseigenschaften durch eine deutlich höhere Rückfalltendenz auffallen als jene, die nicht so hohe Werte in diesen Dimensionen erzielen (Allen et al., 1998; Fisher et al., 1998).

Alkoholabhängige werden in anderen Studien wiederum als weniger impulsiv als Kokain- und Heroinabhängige beschrieben (McCormic et al., 1998; Donovan et al., 1998). Multiple Substanzabhängige werden als hochgradig impulsiv und auf der Suche nach dem besonderen „Kick“ beschrieben (Donovan et al., 1998). In einer weiteren Studie konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und Menschen, die zu Opiatkonsum neigten, hergestellt werden (Brooner et al., 1997).

Verglichen mit opiatabhängigen Patienten erzielen alkoholabhängige Patienten im Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) höhere Werte im Bereich der Hypochondrie, Depression, Hysterie, Angst und der MacAndrew Skalen des MMPI und niedrigere Werte im Abwehrverhalten, der Aktivität und der Ich-Stärke. Dabei spielt das Alter jedoch als stärkster Diskriminator zwischen den beiden Gruppen die wichtigste Rolle (Sutker et al., 1979).


1.4. Fragestellung

Verschiedene Arten der Abhängigkeit sind in ihren einzelnen Suchtformen nach Morbidität, Komorbidität, Letalität, genetischen Einflüssen, neurobiologischen Einflüssen volkswirtschaftlichen Kosten, psychischen Begleiterkrankungen und vielen anderen weiteren Gesichtspunkten in der Literatur bereits ausführlich
beschrieben worden z.B. (Ducci et al., 2012; Tsuchida et al., 2012; Hartzler et al., 2011; Gibson et al 2011; Norström, T, 2011; Hassan et al., 2009; Mark et al., 2007; Rice DP 1995). Zusammenhänge hinsichtlich Alkoholabhängigkeit oder anderer Substanzabhängigkeiten, insbesondere multipler Substanzgebrauch in Bezug auf Persönlichkeitseigenschaften, bzw. Persönlichkeitsstörungen sind bisher in der Literatur wenig beschrieben worden, z.B. (Ralevski et al., 2007; Conway et al., 2002; Monràs et al., 2008).

Ziel unserer Studie war unter Zugrundelegung der Maßstäbe von NEO FFI, SKID-II und TCI zu untersuchen, ob Unterschiede in der Persönlichkeit zwischen Patienten, die wegen ihrer Alkoholabhängigkeit und solchen, die wegen ihres multiplen Substanzgebrauchs stationär behandelt werden, bestehen, um damit einen weiteren Bestandteil der Abhängigkeit zu identifizieren.

2. Methodik

2.1. Datenerhebung und Patientenkollektiv


Alle Patienten wurden nach umfassender Aufklärung vor der Teilnahme an der Studie um ihre schriftliche Einwilligung gebeten. Mit der Unterschrift erklärten sich die Probanden bereit, freiwillig Fragen bezüglich ihrer Persönlichkeit und Abhängigkeit zu beantworten. Alle Patienten unterschrieben eine Erklärung, eingehend über die Studie informiert worden zu sein. Die Teilnehmer der Studie erhielten keine Aufwandsentschädigung.


Zusammen mit der Anzahl an alkoholabhängigen Patienten wurden Daten von insgesamt 80 Patienten, die wegen ihrer Suchterkrankung zum freiwilligen qualifizierten Entzug von multiplen Substanzen und/oder Alkohol stationär aufgenommen waren, erhoben und für die statistische Auswertung verwendet.

Sämtliche Patienten aus dem bestehenden Datenpool der alkoholabhängigen Patienten beantworteten ebenfalls zwei Wochen nach stationärer Aufnahme und vollständiger Entgiftung das strukturierte klinische Interview SKID-II (Wittchen et al., 1992) und zusätzlich das halbstrukturierte Interview SSAGA (Semi-Structured Assessment on the Genetics in Alcoholism (Bucholz et al., 1994; Hesselbrock et al., 1999).

Wie bei den alkoholabhängigen Patienten, kamen ebenfalls bei allen Patienten mit einer multiplen Substanzabhängigkeit unter gleichen Bedingungen der TCI und der NEO-FFI zum Einsatz.
Die diagnostische Vorgehensweise und Fallauswahl, ebenso wie die in dieser Studie angewandten Untersuchungsmethoden wurden bereits in früheren Publikationen beschrieben (Bahlmann et al., 2002; Koller et al., 2003; Soyka et al., 2004).

2.2. Auswahl der Probanden mit multiplem Substanzgebrauch und Ausschlusskriterien

Die Probanden erfüllten die diagnostischen Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms durch multiplen Substanzgebrauch einschließlich Opiate und Konsum anderer psychotroper Substanzen F19.2 nach ICD 10 bzw. 304.80 nach DSM IV. Dabei lag eine manifeste Abhängigkeit nach der WHO bei allen Probanden vor, da drei oder mehr der folgenden Kriterien über einen längeren Zeitraum gleichzeitig vorhanden waren:

- ein starker bis übermäßiger Wunsch, die Droge zu Konsumieren;
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums;
- Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms beim Absetzen der Droge;
- Auftreten einer Toleranzentwicklung;
- Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten;
- Anhaltender Konsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen.

Alle Probanden wurden bezüglich ihrer Abhängigkeit von Heroin, Alkohol, Benzodiazepinen, Cannabis und anderen Abhängigkeit induzierenden Substanzen sowie zu ihrer Persönlichkeitsstruktur befragt. Das Geschlecht spielte bei der Auswahl keine Rolle.

Ausgeschlossen wurden Probanden, die an schweren akuten und chronischen somatischen Erkrankungen litten, Kriterien der Achse 1-Störungen bzw. schwerwiegende psychische Störungen (außer Persönlichkeitsstörungen) erfüllten sowie solche mit schwerwiegenden psychischen Störungen im Sinne von ICD 10 F00-F09 (organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen), F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen), F30–F39 (affektive Störungen), F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F50-F59 (Verhaltensauffälligkeiten mit
körperlichen Störungen und Faktoren). Weiterhin wurden Patienten ausgeschlossen, die akut suizidal gefährdet waren.

2.3. Forschungsinstrumente


2.3.1. Probandenfragebogen für soziodemographische Daten

Sämtliche Angaben der Probanden wurden mithilfe einer Codierung verschlüsselt, die nur den Studienverantwortlichen zugänglich ist. Namen oder sonstige personalbezogene Daten der Teilnehmer wurden aus Datenschutzgründen separat in einem Ordner angelegt, um die Zuordnung der Teilnehmer zu den Fragebögen bei Rückfragen nachzuvollziehen.

2.3.2. European Addiction Severity Index (EuropASI)


2.3.2.1. Anwendung:


Nach Abschluss eines jeden des in sieben Bereiche gegliederten Abschnitts kann der Interviewer zusätzlich einen Kommentar hinzufügen. Der Patient ist angehalten, bei Selbsteinschätzungen zu Fragen, wie stark ihn die spezifischen
Probleme belasten, eine Einstufungsskala zu verwenden. Diese Skala von 0 (gar nicht) bis 4 (extrem), die dem Patienten vor der Fragestellung vorgelegt wurde, dient zur Bewertung und Gewichtung der Antworten zu den jeweiligen Items und fließt ein in das Schweregrad-Profil, welches am Ende des Interviews durchgeführt wird. Dieses Schweregrad-Profil ist folgendermaßen definiert:

0-1 kein echtes Problem, keine Behandlung erforderlich
2-3 leichtes Problem, Behandlung möglicherweise nicht notwendig
4-5 mittleres Problem, Behandlung empfohlen
6-7 beträchtliches Problem, Behandlung notwendig
8-9 extremes Problem, Behandlung absolut erforderlich

Die Definition des Schweregrades zeigt den Behandlungsbedarf des Patienten bzw. inwieweit eine effektive Intervention erforderlich ist.

2.3.2.2. Auswertung:


2.3.3. Screening-Fragen nach dem SKID


2.3.3.1. Anwendung:

Bei dem auf der Station C4 für die Studie ausgesuchten Patientenkollektiv diente der Explorationsleitfaden noch einmal zur Bestätigung der erhobenen Diagnose des Abhängigkeitssyndroms durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen nach F19.2 nach ICD 10 sowie zum Ausschluss von schweren psychotischen Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, die nicht mit dem Drogenkonsum assoziiert sind. Um die Qualität der Daten des SKID-I Screenings und Interviews zu sichern, konnte ein Ratertraining, das an der Philipps Universität Marburg im März 2008 durchgeführt wurde (Rief, 2007), zur Anwendung kommen.

Alle Screening-Fragen können mit folgenden Antwortmöglichkeiten codiert werden:

1= nein
2= unklar
3= ja

2.3.3.2. Auswertung:

Die Angaben der Probanden dienten zur weiteren Bestätigung einer vorliegenden Drogensucht und zum Ausschluss schwerwiegender psychischer Störungen im Rahmen der o.g. Erkrankungen.
2.3.4. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV, Achse II (SKID-II)

Das SKID-II ist ein zweistufiges Verfahren, bestehend aus einem Fragebogen, dessen Items die Kriterien des DSM-IV repräsentieren und der als Screening für die Merkmale der zwölft zu erfassenden Persönlichkeitsstörungen dient. Die Fragen beziehen sich auf Aussagen über Verhaltens-, Erlebens- und Einstellungswiesen über einen Zeitraum der letzten fünf bis 10 Jahre (Wittchen, 1997).

2.3.4.1. Anwendung:

Zunächst wird mit dem SKID-II-Fragebogen (Fydrich et al., 1997) ein Screening mit 117 Items durchgeführt, um jeder Form der Persönlichkeitsstörung eine bestimmte Anzahl dieser Items zuzuordnen. Folgende 12 Persönlichkeitsstörungen können damit diagnostiziert werden:

- Paranoide Persönlichkeitsstörung
- Schizoide Persönlichkeitsstörung
- Schizotypische Persönlichkeitsstörung
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung
- Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
- Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- Histrionische Persönlichkeitsstörung
- Dependente Persönlichkeitsstörung
- Negativistische Persönlichkeitsstörung
- Depressive Persönlichkeitsstörung

Der Proband soll auf alle Fragen mit „ja“ oder „nein“ antworten. Im nachfolgenden Interview brauchen dann nur noch diejenigen Items des Fragebogens wiederaufgenommen werden, auf die im Fragebogen mit „ja“ geantwortet wurde. Das Interviewheft des SKID hat drei Spalten. Die linke Spalte hat ausformulierte Fragen, die dem Probanden gestellt werden, in der Mitte sind die jeweiligen DSM-IV Kriterien zu finden, deren Zutreffen oder Nichtzutreffen anhand der Antwort des Probanden in der rechten Spalte beurteilt werden soll (Fydrich et al., 1997).
2.3.4.2. Auswertung:

Sind die Interview-Fragen zu den verschiedenen Items positiv beantwortet worden, können diese mit einem Punkt bewertet und die einzelnen Punkte addiert werden. Die Codierung im Interview wird wie folgt geschrieben:

1 = Kriterium nicht erfüllt
2 = Kriterium teilweise oder unterschwellig erfüllt
3 = Kriterium erfüllt
? = Information nicht ausreichend

Sämtliche Kriterien sind für jede Persönlichkeitsstörung nummeriert, wobei die Codierung derselben übertragen wird. Der „Cut-off“ gibt dabei an, wie viele Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sein müssen.

Die Durchführungszeit bei diesem Fragebogen ist ebenfalls patientenabhängig und liegt im Durchschnitt bei 30 Minuten.

2.3.5. Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)


2.3.5.1. Anwendung:

Für die Studie ausgewählt wurde die deutsche Version des NEO-FFI (Borkenau, 1993) bestehend aus 60 Fragen, wobei durch die 12 Items pro Persönlichkeitsdimension, die Ausprägung der Probanden auf der jeweiligen Persönlichkeitsdimension erfasst wird. Die Probanden sollten den Fragebogen nach genauer schriftlicher Instruktion selbständig ausfüllen und anhand der fünffach abgestuften Skala jeweils eine Bewertung abgeben. Die Bewertungsskala hat dabei folgende fünf Abstufungen:

SA = starke Ablehnung
A = Ablehnung
N = Neutral
Z = Zustimmung
SZ = starke Zustimmung

2.3.5.2. Auswertung:

In der Auswertung der 12 Items für die jeweiligen Persönlichkeitsmerkmale zeigen sich Probanden mit hohen Neurotizismus-Werten eher unsicher, nervös, ängstlich, besorgt um ihre Gesundheit und verlegen. Sie geben an, leichter aus dem seelischen Gleichgewicht zu geraten und berichten häufiger über negative Gefühlszustände, wie Traurigkeit, als Probanden mit niedrigen Werten, die sich eher selbst als selbstsicher, emotional stabil, ruhig, ausgeglichenen und sorgenfrei beschreiben (Borkenau, 1993).

Hohe Werte in der Dimension der Extraversion zeichnen Probanden aus, die gesellig und heiter sind, gesprächig, fröhlich und optimistisch sowie energisch und selbstsicher. Diese Personen beschreiben sich selbst als aktiv und mögen die Gesellschaft von Menschen sowie Aufregungen und Anregungen, wohingegen


dieser Dimensionen ist eindeutig die verträglichere Seite, da Personen mit hoher Verträglichkeit deutlich beliebter sind als unkooperative (Borkenau, 1993).


2.3.6. Das Temperament and Character Inventory (TCI)


Die vier Persönlichkeitsdimensionen für das Temperament lauten:


Enttäuschung und Ermüdung fleißig, hart arbeitend, ehrgeizig und beharrlich zu sein. Sie sind leistungsorientiert und perfektionistisch (Cloninger et al., 1993).

Im Gegensatz dazu umfasst der Charakter „Selbstkonzepte und individuelle Unterschiede in Zielen und Werten, die die Entscheidungsfreiheit, die Intentionen und die Bedeutung der Lebenserfahrungen beeinflussen. Von Unterschieden im Charakter wird angenommen, dass sie in gewissem Umfang durch soziokulturelles Lernen beeinflusst sind und sich im Lebensprozess fortlaufend ändern“ (Bovasso et al., 2001).

Die drei Dimensionen für den Charakter lauten:


3. Selbsttranszendenz (self-transcendence) (33 Items) kann auch als multidimensionales Charaktermerkmal mit verschiedenen Aspekten
beschrieben werden: Selbstvergessenheit vs. selbstbewusstes Erleben, transpersonelle Identifikation vs. Selbstisolation und spirituelle Akzeptanz vs. rationaler Materialismus. Diese Personen werden bei hohen Werten als erfahren, erfüllt, geduldig, kreativ, selbstvergessen, verbunden mit dem Universum beschrieben (Bovasso et al., 2001).

Bei niedrigen Werten in den jeweiligen Temperament- und Charakterdimensionen werden die Personen gegenteilig, von den hier aufgezeigten Eigenschaften beschrieben (Richter et al., 1999), (Cloninger et al., 1999). Alle diese Persönlichkeitsdimensionen stehen in Wechselwirkung miteinander, wodurch die Anpassung an die Erfahrungen im Leben gewährleistet aber auch die Vulnerabilität für emotionale und Verhaltensstörungen mitbestimmt wird (Richter et al., 2000).

2.3.6.1. Anwendung:


2.3.6.2. Auswertung:


2.4. Statistische Verfahren

statistische Auswertung des SKID-II erfolgte mit Kreuztabellen und dem Chi-Quadrat-Test. Eine statistische Signifikanz wurde dabei mit einem p-Wert < 0,05 definiert, eine Hochsignifikanz mit einem p-Wert < 0,01.


3. Ergebnisse

3.1. Ermittlung der Fallzahlen

Von den ursprünglich für die Studie in Frage kommenden 82 Patienten mit multiplem Substanzgebrauch (nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien) mussten zwei weibliche und drei männliche Patienten ausgeschlossen werden, da sie vor Abschluss der Datenerhebung aus der Therapieeinrichtung entlassen wurden.


Alle Daten wurden in die aktuelle SPSS Programm Version eingepflegt, die Vorraussetzung für den statistischen Teil der Arbeit war.
3.2. Soziodemographische Ergebnisse zur Stichprobe

3.2.1. Multiple Substanzabhängigkeit:

Das Alter der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch betrug im Mittelwert 38,4 Jahre (± 9,1 Jahre), 19 Patienten waren männlich (67,9 %), neun waren weiblich (32,1 %). Verheiratet waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung drei Patienten (10,7 %). Nicht getrennt lebend waren neun (32,1 %). Die Anzahl der ledigen Patienten betrug 25 (89,3 %). Getrennt lebend waren 19 (67,9 %). Keiner der Patienten war aktuell verwitwet.

Ein einzelnes Kind hatten fünf (17,9 %), zwei Kinder hatten sieben Patienten (25,0 %), drei Kinder hatte ein Patient (3,6 %). Kinderlos waren 15 Patienten (53,6 %). Einen Schulabschluss hatten 26 Patienten (92,9 %), davon besaßen 14 (50,0 %) einen Hauptschulabschluss, 11 (39,3 %) einen Realschulabschluss und ein Patient (3,6 %) die Allgemeine Hochschulreife (Gymnasium). Zwei Patienten verfügten über keinen Schulabschluss (7,1 %). Im Durchschnitt haben die Patienten 10,64 (± 2,307) Unterrichtsjahre absolviert.

Die soziodemographischen Ergebnisse der Stichprobe der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch sind in Tabelle 4 und Abbildung 3 bis 4 dargestellt.

Von den untersuchten Patienten mit multiplem Substanzgebrauch waren während der letzten 12 Monaten 50,0 % (n=14) der Patienten erwerbstätig, davon 25,0 % (n=7) in Vollzeit beschäftigt. 75,0 % (n=21) waren nicht Vollzeit beschäftigt. 50,0 % (n=14) der Patienten gingen keiner Beschäftigung nach. Diese Ergebnisse sind in der Tabelle 5 sowie in den Abbildungen 5 bis 6 dargestellt.
### Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

<table>
<thead>
<tr>
<th>Soziodemographische Erhebung</th>
<th>MS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Geschlecht</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Männlich</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiblich</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Alter</strong></td>
<td>38,39/</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Verheiratet</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Getrennt leben</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Schulabschluss</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hauptschule</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Realschule</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gymnasium</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Schuljahre (Jahre)</strong></td>
<td>10,64/</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Anzahl der Kinder</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>keine</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abkürzungen: sd= Standardabweichung, n=Anzahl, m= Mittelwert, MS= Multipler Substanzgebrauch
Abbildung 3: Altersverteilung der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Abbildung 4: Geschlechterverteilung der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch
Tabelle 5: Anzahl der Patienten in einer Beschäftigung - multipler Substanzgebrauch

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beschäftigung</th>
<th>Patienten mit multiplem Substanzgebrauch</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Zur Zeit erwerbstätig</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
</tr>
<tr>
<td>Vollzeit</td>
<td>nein</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
</tr>
</tbody>
</table>

n= Anzahl der Patienten

Abbildung 5: Erwerbstätige Patienten mit multiplem Substanzgebrauch
Abbildung 6: In Vollzeit arbeitende Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

3.2.2. Alkoholabhängigkeit:

Die soziodemographischen Ergebnisse der Stichprobe der alkoholabhängigen Patienten sind in Tabelle 6 sowie in den Abbildungen 7 bis 8 dargestellt. Das Alter der alkoholabhängigen Patienten betrug im Mittelwert 46,6 Jahre (± 9,8 Jahre). 43 der alkoholkranken Patienten waren männlich (82,7 %), neun Patienten waren weiblich (17,3 %). Verheiratet waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung 21 (40,4 %), getrennt lebend waren sechs (11,5 %). Nicht getrennt lebend waren 46 (88,5 %). Die Anzahl der ledigen Patienten betrug 31 (59,6 %). Keiner der Patienten war aktuell verwitwet.

Ein einzelnes Kind hatten 11 (21,2 %), zwei Kinder hatten 13 (25,0 %), drei Kinder hatten drei (5,8 %), vier Kinder hatte ein Patient (1,9 %). Kinderlos waren 24 (46,2 %). Einen Schulabschluss hatten 49 (94,2 %), davon besaßen 20 (38,5 %) einen Hauptschulabschluss, acht (15,4 %) einen Realschulabschluss und 20 (38,5 %) die Allgemeine Hochschulreife (Gymnasium). Drei Patienten verfügten über keinen Schulabschluss (5,8 %). Im Durchschnitt haben die Patienten 13,50 (± 4,583) Unterrichtsjahre absolviert.
Von den alkoholabhängigen Patienten waren während der letzten 12 Monate 61,5 % (n=32) erwerbstätig, davon waren 59,6 % (n=31) in Vollzeit beschäftigt. 40,4 % (n=21) waren nicht Vollzeit beschäftigt. 38,5 % (n=20) waren ohne Beschäftigung. Diese Ergebnisse sind in der Tabelle 7 sowie in den Abbildungen 9 bis 10 dargestellt.

**Tabelle 6: Soziodemographische Daten der Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Soziodemographische Erhebung</th>
<th>Alkoholabhängigkeit</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlecht</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Männlich</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiblich</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Alter</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Verheiratet</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Getrennt lebend</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Schulabschluss</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Hauptschule</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Realschule</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Gymnasium</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Schuljahre (Jahre)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl der Kinder</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>keine</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abkürzungen: sd= Standardabweichung, n= Anzahl, m= Mittelwert
Abbildung 7: Altersverteilung der alkoholabhängigen Patienten

Abbildung 8: Geschlechterverteilung der alkoholabhängigen Patienten
Tabelle 7: Anzahl der Patienten in einer Beschäftigung - Alkohol

<table>
<thead>
<tr>
<th>Beschäftigung</th>
<th>Alkoholabhängige Patienten</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>Zur Zeit erwerbstätig</td>
<td>nein</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Vollzeit</td>
<td>nein</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ja</td>
<td>31</td>
</tr>
</tbody>
</table>

n= Anzahl der Patienten

Abbildung 9: Erwerbstätige alkoholabhängige Patienten
42,9% (n=12) der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch gaben an, neben ihrem Drogenkonsum Alkohol zu konsumieren, dabei lag der Mittelwert der konsumierten Alkoholmenge bei 213,33 g/Tag mit einer Standardabweichung von ± 105,26 g/Tag. Im Vergleich betrug der tägliche Konsum der alkoholabhängigen Patienten im Mittelwert 224,13 g/Tag (± 153,55 g/Tag).

Einen regelmäßigen Beikonsum in Form von Cannabis gaben 10,7% (n=3) der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch an, bei den Alkoholpatienten betrug der Anteil 11,5 % (n=7). Das Ersterkrankungsalter lag bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch bei 19,50 Jahren (sd=6,75 Jahre), bei den Alkoholikern bei 33,29 Jahren (sd=8,15 Jahre). Siehe hierzu Tabellen 8 bis 9 und Abbildungen 11 bis 14.

16,0 % (n=4) der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch gaben an, einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben. 4,0 % (n=1) haben zwei, 12,0 %
(n=5) haben 5 Suizidversuche unternommen. Bei den Alkoholikern gaben 13,5 % (n=7) an, einmal, 1,9 % (n=1) zweimal, und 1,9 % (n=1) viermal einen Selbstmordversuch unternommen zu haben.

**Tabelle 8: Beikonsum, Ersterkrankungsalter und Suizidversuch-Patienten mit multiplem Substanzgebrauch**

<table>
<thead>
<tr>
<th>MS</th>
<th>m</th>
<th>sd</th>
<th>%</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ersterkrankungsalter</td>
<td>19,50 a</td>
<td>6,752</td>
<td>68,0 %</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Suizidversuch</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>noch nie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>16,0 %</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td>4,0 %</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td>12,0 %</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Jemals regelmäßig Cannabis</td>
<td></td>
<td></td>
<td>89,3 %</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>konsumiert</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td>10,7 %</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td>57,1 %</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td>42,9 %</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Tägliche Trinkmenge in Gramm</td>
<td>213,33</td>
<td>105,256</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abkürzungen: sd= Standardabweichung; n= Anzahl; a= Jahre; m= Mittelwert, MS= Multipler Substanzgebrauch

**Tabelle 9: Beikonsum, Ersterkrankungsalter und Suizidversuch-Alkohol**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alkoholabhängige Patienten</th>
<th>m</th>
<th>sd</th>
<th>%</th>
<th>n</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ersterkrankungsalter</td>
<td>33,29 a</td>
<td>33,29</td>
<td>82,7 %</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Suizidversuch</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>noch nie</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>13,5 %</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td>1,9 %</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
<td>1,9 %</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Jemals regelmäßig Cannabis</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>konsumiert</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td>11,5 %</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td></td>
<td></td>
<td>88,5 %</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>Alkohol</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>noch nie</td>
<td></td>
<td></td>
<td>0 %</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>ja</td>
<td></td>
<td></td>
<td>100,0 %</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Tägliche Trinkmenge in Gramm</td>
<td>224,13</td>
<td>224,13</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abkürzungen: sd= Standardabweichung; n= Anzahl; a= Jahre; m= Mittelwert
Abbildung 11: Ersterkrankungsalter bei Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Abbildung 12: Ersterkrankungsalter alkoholabhängiger Patienten
**Abbildung 13:** Alkoholkonsum bei Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

![Abbildung 13](image1)

**Abbildung 14:** Alkoholkonsum alkoholabhängiger Patienten

![Abbildung 14](image2)
3.2.4. Vergleich der soziodemographischen Daten

Die soziodemographischen Daten wurden mit der allgemeinen Varianzanalyse ANOVA verglichen. P-Werte unter 0,05 wurden als signifikant angesehen. Aufgrund der teilweise inkompletten Daten der Persönlichkeitseigenschaften bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch, wurde anschließend der direkte Vergleich der Patientengruppen nur mit den vollständig erfassten Daten vorgenommen. Es wurden dabei 52 alkoholabhängige Patienten (AP) mit 28 Patienten mit multiplem Substanzgebrauch (MS) unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht einander gegenübergestellt und in den Tabellen 10 und 11 dargestellt. Nicht signifikant aber auffällig mehr Patienten männlichen Geschlechts finden sich bei beiden Gruppen (AP: 43 (69,4 %)/MS: 19 (30,6 %). Bei den AP ist das Alter und die Anzahl der Kinder zwar höher als bei den MS, (Kinder: AP: 28 (49,5 %) und MS:13 (53,8 %), p 0,527) jedoch findet sich auch hier kein signifikanter Unterschied (Alter AP: 46,6±9 und MS: 38,6±9, p 0,127). Signifikant auffällig ist der Status-Vergleich zwischen den Gruppen. Hier findet sich eine deutlich höhere Anzahl an verheirateten alkoholabhängigen Patienten im Vergleich zu den verheirateten polysubstanzabhängigen Patienten AP: 21 (87,5 %) und MS: 3 (12,5 %), p 0,006).

Tabelle 10: AP und MS im Vergleich

<table>
<thead>
<tr>
<th>Status</th>
<th>AP</th>
<th>MS</th>
<th>Chi²</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gesamtzahl</td>
<td>52</td>
<td>28</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>m/w</td>
<td>43 (69,4 %)/9 (50 %)</td>
<td>19 (30,6 %)/9 (50 %)</td>
<td>2,297</td>
<td>0,130</td>
</tr>
<tr>
<td>Alter</td>
<td>46,6±9</td>
<td>38,6±9</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verheiratet</td>
<td>21 (40,4 %)</td>
<td>3 (11,1 %)</td>
<td>7,630</td>
<td>0,006**</td>
</tr>
<tr>
<td>Kinder</td>
<td>28 (54 %)</td>
<td>13 (48 %)</td>
<td>0,401</td>
<td>0,527</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Maßstab zur Bewertung der Signifikanz: * p< 0.05, **p< 0.01. Deutliche Signifikanz. Abkürzungen: AP= Alkoholabhängige Patienten; MS= multipler Substanzgebrauch; Chi²= Chi-Quadrat
Bezüglich der Anzahl der Suizidversuche in der Vergangenheit konnte keine Signifikanz zwischen den beiden Gruppen beobachtet werden, siehe Tabelle 11.

**Tabelle 11: Vergleich von alkoholabhängigen Patienten und Patienten mit multiplem Substanzgebrauch - Häufigkeit von Suizidversuchen**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Quadrat summe</th>
<th>df</th>
<th>Mittel der Quadrate</th>
<th>F</th>
<th>Sig.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zwischen den Gruppen</td>
<td>1,654</td>
<td>4</td>
<td>0,414</td>
<td>1,955</td>
<td>0,111</td>
</tr>
<tr>
<td>Innerhalb der Gruppen</td>
<td>15,229</td>
<td>72</td>
<td>0,212</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>16,883</td>
<td>76</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Maßstab zur Bewertung der Signifikanz: * p< 0.05, **p< 0.01. Keine Signifikanz

MS= Patienten mit multiplen Substanzgebrauch

**3.5. Auswertung der Persönlichkeitsstörungen (nach SKID-II)**

Tabelle 12: SKID-II: Vergleich der Persönlichkeitsstörungen beider Patientengruppen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Persönlichkeitsstörungen</th>
<th>Alkohol / Multiple Substanzabhängigkeit</th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>AP</td>
<td>AP</td>
<td>MS</td>
<td>MS</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung</td>
<td>4</td>
<td>7,7%</td>
<td>4</td>
<td>14,3%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dependente Persönlichkeitsstörung</td>
<td>1</td>
<td>1,9%</td>
<td>3</td>
<td>10,7%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zwanghafte Persönlichkeitsstörung</td>
<td>15</td>
<td>28,8%</td>
<td>5</td>
<td>17,9%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Negativistische Persönlichkeitsstörung</td>
<td>5</td>
<td>9,6%</td>
<td>7</td>
<td>25,0%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Depressive Persönlichkeitsstörung</td>
<td>6</td>
<td>11,5%</td>
<td>3</td>
<td>10,7%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Paranoide Persönlichkeitsstörung</td>
<td>8</td>
<td>15,4%</td>
<td>6</td>
<td>21,4%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schizotypische Persönlichkeitsstörung</td>
<td>0</td>
<td>0%</td>
<td>6</td>
<td>21,4%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Persönlichkeitsstörung Schizide</td>
<td>4</td>
<td>7,7%</td>
<td>1</td>
<td>3,6%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Histrionische Persönlichkeitsstörung</td>
<td>3</td>
<td>5,8%</td>
<td>6</td>
<td>21,4%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Narzisstische Persönlichkeitsstörung</td>
<td>6</td>
<td>11,5%</td>
<td>8</td>
<td>28,6%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Borderline Persönlichkeitsstörung</td>
<td>4</td>
<td>7,7%</td>
<td>10</td>
<td>35,7%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Antizogene Persönlichkeitsstörung Kindheit</td>
<td>7</td>
<td>13,5%</td>
<td>10</td>
<td>35,7%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abkürzungen: n = Anzahl; AP = Alkoholabhängige Patienten; MS = Patienten mit multiplen Substanzgebrauch

3.6. SKID-II Auswertung der alkoholabhängige Patienten

Die Auflistung der Persönlichkeitsstörungen (P.) nach SKID-II der alkoholabhängigen Patienten sind aus der Tabelle 12 zu entnehmen. Abbildung 15 zeigt die graphische Darstellung der Persönlichkeitsstörungen.
Zu erkennen ist, dass die Selbstunsichere P. mit 7,7 %, die Dependente P. mit 1,9 %, die Zwanghafte P. mit 28,5 %, die Negativistische P. mit 9,6 %, die Depressive P. mit 11,5 %, die Paranoide P. mit 15,4 %, die Schizotypische P. mit 0 %, die Schizoide P. mit 7,7 %, die Histrionische P. mit 5,8 %, die Narzissstische P. mit 11,5 %, die Borderline P. mit 7,7 % und die Antisoziale P. mit 13,5 % vertreten sind.

In der Gruppe der alkoholabhängigen Patienten, ist der Anteil der Zwanghafte P. mit 28,5 % an erster Stelle, gefolgt von der Paranoide P. mit einem Anteil von 15,4 % an zweiter Stelle. Die Antisoziale P. an dritter Stelle erreicht einen Anteil von 13,5 %. Zu je gleichen Prozentwerten mit je 11,5 % kommen an vierter Stelle die Narzissstische P. und die Depressive P. gefolgt von der an fünfter Stelle stehenden Negativistische P. mit 9,6 %. Es gab keinen Patienten mit einer Auffälligkeit in der Kategorie Schizotypische P. Die weiteren erfassten Persönlichkeitsstörungen spielen in ihrer Erscheinungshäufigkeit eine untergeordnete Rolle.

**Abbildung 15**: Persönlichkeitsstörungen alkoholabhängiger Patienten

Abkürzungen: n = Anzahl der Patienten, P = Persönlichkeitsstörung
3.7. SKID-II Auswertung der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Die Auflistung der Persönlichkeitsstörungen (P.) nach SKID-II der Patienten mit multiplen Substanzgebrauch sind aus der Tabelle 12 zu entnehmen. Abbildung 16 zeigt die graphische Darstellung der Persönlichkeitsstörungen.

Zu erkennen ist, dass die Selbstunsichere P. mit 14,3 %, die Dependente P. mit 10,7 %, die Zwanghafte P. mit 17,9 %, die Negativistische P. mit 25,0 %, die Depressive P. mit 10,7 %, die Paranoide P. mit 21,4 %, die Schizotypische P. mit 18,5 %, die Schizoide P. mit 3,7 %, die Histrionische P. mit 21,4 %, die Narzistische P. mit 28,6 %, die Borderline P. mit 35,7 % und die Antisoziale P. mit 35,7 % vertreten sind.

In der Gruppe der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch ist der Anteil der Borderline P. und die Antisoziale P. zu je gleicher Anzahl mit 35,7 % an erster Stelle zu finden, gefolgt von der Narzistische P. mit 28,6 % an zweiter Stelle. Der Negativistische P. mit 25,0 % folgt die Histrionische P. mit 21,4 %. Die Schizotypische P. ist mit 18,5 % vertreten. Die weiteren erfassten Persönlichkeitsstörungen spielen in ihrer Erscheinungshäufigkeit eine untergeordnete Rolle.
Abbildung 16: Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Abkürzungen: n = Anzahl der Patienten, P = Persönlichkeitsstörung

3.8. Unterschiede der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen nach SKID-II zwischen den Gruppen


Bei neun von 28 Patienten mit multipler Substanzabhängigkeit fand sich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich zu vier der 52 Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit. Der Unterschied war statistisch signifikant (p=0,003)

Bei fünf von 28 Patienten mit multipler Substanzabhängigkeit fand sich eine schizotypische P. Bei den 52 Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit wurde diese Diagnose nicht gestellt. Der Unterschied war statistisch hochsignifikant (Sig. = 0,001).

Ebenso auffällig ist die Anzahl der Patienten auf dem Gebiet der antisozialen P. Bei 10 von 28 Patienten mit multipler Substanzabhängigkeit fand sich eine antisoziale P. im Gegensatz zu sieben der 52 alkoholabhängigen Patienten. Der Unterschied war statistisch signifikant (Sig. = 0,015).

Bei der negativistischen Persönlichkeitsstörung fand sich ein statistischer Trend (p = 0,056)

Tabelle 13: SKID-II: ANOVA Vergleich von Persönlichkeitsstörungen zwischen Patienten mit Alkoholabhängigkeit und multiplem Substanzgebrauch

<table>
<thead>
<tr>
<th>Persönlichkeitsstörungen</th>
<th>Alkohol Abhängigkeit</th>
<th>Multipler Substanzgebrauch</th>
<th>F</th>
<th>sig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Selbstunsichere Persönlichkeit</td>
<td>4 (7,7 %)</td>
<td>4 (14,8 %)</td>
<td>0,978</td>
<td>0,326</td>
</tr>
<tr>
<td>Dependente Persönlichkeit</td>
<td>1 (1,9 %)</td>
<td>3 (11,1 %)</td>
<td>3,167</td>
<td>0,079</td>
</tr>
<tr>
<td>Zwanghafte Persönlichkeit</td>
<td>15 (28,5 %)</td>
<td>5 (18,5 %)</td>
<td>0,990</td>
<td>0,323</td>
</tr>
<tr>
<td>Negativistische Persönlichkeit</td>
<td>5 (9,6 %)</td>
<td>7 (25,9 %)</td>
<td>3,751</td>
<td>0,056</td>
</tr>
<tr>
<td>Depressive Persönlichkeit</td>
<td>6 (11,6 %)</td>
<td>3 (11,1 %)</td>
<td>0,003</td>
<td>0,956</td>
</tr>
<tr>
<td>Paranoide Persönlichkeit</td>
<td>8 (15,4 %)</td>
<td>6 (22,2 %)</td>
<td>0,559</td>
<td>0,457</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizotypische Persönlichkeit</td>
<td>0 (0 %)</td>
<td>5 (18,5 %)</td>
<td>11,519</td>
<td>0,001**</td>
</tr>
<tr>
<td>Schizoid Persönlichkeit</td>
<td>4 (7,7 %)</td>
<td>1 (3,7 %)</td>
<td>0,468</td>
<td>0,496</td>
</tr>
<tr>
<td>Histrionische Persönlichkeit</td>
<td>3 (5,8 %)</td>
<td>5 (18,5 %)</td>
<td>3,223</td>
<td>0,077</td>
</tr>
<tr>
<td>Narzisstische Persönlichkeit</td>
<td>6 (11,5 %)</td>
<td>7 (25,9 %)</td>
<td>2,700</td>
<td>0,104</td>
</tr>
<tr>
<td>Borderline-Persönlichkeit</td>
<td>4 (7,7 %)</td>
<td>9 (33,3 %)</td>
<td>9,283</td>
<td>0,003**</td>
</tr>
<tr>
<td>Antisoziale Persönlichkeit</td>
<td>7 (13,5 %)</td>
<td>10 (37,0 %)</td>
<td>6,157</td>
<td>0,015*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Maßstab zur Bewertung der Signifikanz: sig * p< 0.05, **p< 0.01. F= F-Wert
3.9. Auswertung des NEO-FFI

Bei der Untersuchung der Persönlichkeitsdimensionen nach dem NEO-FFI konnten in der Auswertung der 12 Items dieser Persönlichkeitsmerkmale deutliche Unterschiede zwischen den zu vergleichenden Gruppen gefunden werden.

Dazu wurde erneut ein nichtparametrischer Test (Mann-Whitney) für zwei unabhängige Stichproben verwendet. Die Berechnung erfolgte ebenfalls mit dem Statistikprogramm SPSS. Beide Gruppen zeigten in der Vergleichsanalyse Unterschiede in den Dimensionen Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit.

In der Dimension des Neurotizismus ergab sich bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch ein Mittelwert von 33,37 (Standardabweichung 6,901) gegenüber 29,65 (Standardabweichung 7,607) bei den alkoholabhängigen Patienten (F4.502; p< 0,05).

Offenheit für Erfahrungen ergab einen Mittelwert bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch von 43,67 (Standardabweichung 6,288) gegenüber 41,72 (Standardabweichung 7,228) bei den alkoholabhängigen Patienten (n.s).

In der Dimension der Extraversion fand sich ein Mittelwert von 34,52 (Standardabweichung 7,133) bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch gegenüber 35,31 (Standardabweichung 6,176) bei den alkoholabhängigen Patienten (n.s).

Verträglichkeit ergab bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch einen Mittelwert von 44,59 (Standardabweichung 4,379) gegenüber 45,69 (Standardabweichung 6,682), den die alkoholabhängigen Patienten hatten (n.s).

Gewissenhaftigkeit ergab einen Mittelwert bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch von 36,48 (Standardabweichung 7,678) gegenüber 41,35 (Standardabweichung 6,147) bei den alkoholabhängigen Patienten. (F9.172; p <0,01)

Die Signifikanzen der zu vergleichenden Gruppen betrugen bei dem Parameter Neurotizismus 0,037, bei Offenheit für Erfahrungen 0,242, bei Extraversion 0,610, bei Verträglichkeit 0,442 und bei Gewissenhaftigkeit 0,003.

Tabelle 14 demonstriert die Berechnung der Mittelwerte bei den erhobenen Persönlichkeitsdimensionen des NEO-FFI und die Signifikanz im Unterschied beider Gruppen („Patienten mit multiplem Substanzgebrauch“ vs. „Alkohol“).

**Tabelle 14: Mittelwerte (± SD) der Persönlichkeitsdimensionen des NEO-FFI für die Gruppe der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch gegenüber alkoholabhängigen Patienten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Persönlichkeitsdimension</th>
<th>AP (MW ± SD)</th>
<th>MS/ sd</th>
<th>F</th>
<th>sig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neurotizismus</td>
<td>29,65±7sd</td>
<td>33,37±6</td>
<td>4,502</td>
<td>0,037*</td>
</tr>
<tr>
<td>Offenheit für Erfahrungen</td>
<td>35,31±6</td>
<td>34,52±7</td>
<td>0,263</td>
<td>0,610</td>
</tr>
<tr>
<td>Extraversion</td>
<td>41,72±7</td>
<td>43,67±6</td>
<td>1,389</td>
<td>0,242</td>
</tr>
<tr>
<td>Verträglichkeit</td>
<td>45,69±6</td>
<td>44,59±4</td>
<td>0,596</td>
<td>0,442</td>
</tr>
<tr>
<td>Gewissenhaftigkeit</td>
<td>41,3±6</td>
<td>36,4±7</td>
<td>9,172</td>
<td>0,003**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abkürzungen: Standardabweichung = sd, Anzahl der Patienten = N, Sig = Signifikanz, MS = Patienten mit multiplem Substanzgebrauch, AP = Alkoholabhängiger Patient, F = F-Wert. Die statistische Signifikanz wurde dabei mit einem *p-Wert < 0,05 definiert, eine deutliche Signifikanz mit einem **p-Wert < 0,01.

3.10. Ergebnisse des Temperament- und Charakter-Inventar (TCI)

Mittels statistischer Analysen wurden die Ergebnisse des TCI mit multiplem Substanzgebrauch und alkoholabhängigen Patienten untersucht. Dabei wurden die einzelnen Temperaments-Subskalen „Neugierverhalten“ (novelty seeking = NS), „Schadensvermeidung“ (harm avoidance = HA), „Belohnungsabhängigkeit“ (reward dependence = RD) sowie das „Beharrungsvermögen“ (persistance = P) überprüft. Ebenfalls zur Überprüfung kamen die drei Charakterdimensionen

Die gruppenübergreifende TCI-Auswertung mit Berechnung der Mittelwerte und des Signifikanzniveaus zeigt Tabelle 15.

In der Dimension des Neugierverhaltens ergab sich bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch ein Mittelwert von 23,7 (Standardabweichung 4 gegenüber 20,5 (Standardabweichung 5) bei den alkoholabhängigen Patienten (p = 0.011).

Schadensvermeidung ergab einen Mittelwert bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch von 16,4 (Standardabweichung 6) gegenüber 15,3 (Standardabweichung 6) bei den alkoholabhängigen Patienten (n.s).

In der Dimension der Belohnungsabhängigkeit ergab sich bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch ein Mittelwert von 14,7 (Standardabweichung 4 gegenüber 14,7 (Standardabweichung 3) bei den alkoholabhängigen Patienten (Trend).

Beharrungsvermögen ergab einen Mittelwert bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch von 4,1 (Standardabweichung 1) gegenüber 4,8 (Standardabweichung 1) bei den alkoholabhängigen Patienten (Trend).

In der Dimension der Selbstlenkungsfähigkeit ergab sich bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch ein Mittelwert von 26,8 (Standardabweichung 7 gegenüber 29,7 (Standardabweichung 6) bei den alkoholabhängigen Patienten (p = 0.028).

Kooperativität ergab einen Mittelwert bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch von 29,7 (Standardabweichung 6) gegenüber 31,2 (Standardabweichung 7) bei den alkoholabhängigen Patienten (n.s).

In der Dimension der Selbsttranszendenz errechnete sich ein Mittelwert von 15,2 (Standardabweichung 7,133) bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch gegenüber 11,8 (Standardabweichung 5) bei den alkoholabhängigen Patienten (n.s).
Werte im Bereich „Neugierverhalten“ und „Selbstlenkungsfähigkeit“ waren somit bei den Patienten mit einer multiplen Abhängigkeit signifikant höher als bei den alkoholabhängigen Patienten. Die Merkmale „Neugierverhalten“ und „Selbstlenkungsfähigkeit“ erzielten wesentlich mehr Punkte bei den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch als bei den alkoholabhängigen Patienten („Neugierverhalten Sig. = 0,011* und „Selbstlenkungsfähigkeit“ Sig. = 0,028*).

Es zeigten sich Trends (T) in den Bereichen Belohnungsabhängigkeit (Sig. = 0,096) und Beharrungsvermögen (Sig. = 0,075).

**Tabelle 15: Berechnung der Mittelwerte und Signifikanz des TCI**

<table>
<thead>
<tr>
<th>TCI</th>
<th>AP</th>
<th>MS</th>
<th>F</th>
<th>sig</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neugierverhalten</td>
<td>20,5±5</td>
<td>23,7±4</td>
<td>6,747</td>
<td>0,011*</td>
</tr>
<tr>
<td>Schadensvermeidung</td>
<td>15,3±6</td>
<td>16,4±6</td>
<td>0,450</td>
<td>0,504</td>
</tr>
<tr>
<td>Belohnungsabhängigkeit</td>
<td>14,7±3</td>
<td>14,7±4</td>
<td>2,838</td>
<td>0,096 (T)</td>
</tr>
<tr>
<td>Beharrungsvermögen</td>
<td>4,8±1</td>
<td>4,1±1</td>
<td>3,259</td>
<td>0,075 (T)</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbstlenkungsfähigkeit</td>
<td>29,7±6</td>
<td>26,8±7</td>
<td>5,020</td>
<td>0,028*</td>
</tr>
<tr>
<td>Kooperativität</td>
<td>31,2±7</td>
<td>29,7±6</td>
<td>0,739</td>
<td>0,393</td>
</tr>
<tr>
<td>Selbsttranszendenz</td>
<td>11,8±5</td>
<td>15,2±7</td>
<td>0,001</td>
<td>0,978</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abkürzungen: sig = Signifikanz, MS = Patienten mit multiplem Substanzgebrauch, AP = Alkoholabhängiger Patient, F = F-Wert. T = Trend. Die statistische Signifikanz wurde dabei mit einem p-Wert < 0,05 definiert, eine Hochsignifikanz mit einem p-Wert < 0,01.
4. Diskussion

Die hohen Prävalenzraten für den Konsum von Alkohol und multiple Substanzen zeigen, dass eine Notwendigkeit besteht, Untersuchungen auf diesem Gebiet durchzuführen. In Anbetracht der Datenlage wird offenbar, dass die Alkoholabhängigkeit in der Gesellschaft und der Drogenkonsum besonders unter jungen Menschen weit verbreitet sind. Die Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol und multiplen Substanzen zeigen in ihren Dimensionen an sozialen und wirtschaftlichen Folgen eine ernstzunehmende Belastung nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für die Angehörigen sowie für die Gesellschaft. In Folge dessen werden die Probleme, die durch die Alkoholabhängigkeit und den Drogenkonsum entstehen, in Zukunft an Bedeutung zunehmen (Pfeiffer-Gerschel et al., 2010).


Die mit den Abhängigkeitserkrankungen verknüpften und in vielen Fällen auffälligen Persönlichkeitsstrukturen, bis hin zu schweren Persönlichkeitsstörungen, sind bei Alkoholabhängigen und Drogenkonsumenten Belastungsfaktoren, die einer näheren Untersuchung bedürfen. Persönlichkeitsstörungen sind zudem potenzielle Risikofaktoren für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit, sowohl von Alkohol als auch von multiplen Substanzen (Grekin et al., 2006).

Grundlage der vorliegenden Arbeit war die Hypothese, dass unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale bzw. Persönlichkeitsstörungen bei multiplen Substanzabhängigen im Vergleich zu Alkoholabhängigen zu finden sind. In der Annahme dessen ergibt sich die Fragestellung, ob sich darüber hinaus unterschiedliche Persönlichkeitsprofile zwischen den beiden Gruppen feststellen lassen.


In der soziodemographischen Auswertung zeigte sich, dass männliche Patienten in beiden Gruppen nicht-signifikant in der Mehrzahl waren. Das Alter der alkoholabhängigen Patienten war im Vergleich nicht signifikant höher als das Alter der Patienten mit einer multiplen Substanzabhängigkeit. Ein signifikanter Unterschied war lediglich in der größeren Gruppe an verheirateten alkoholabhängigen Patienten gegenüber einer kleineren Gruppe verheirateten Patienten mit einer multiplen Abhängigkeit zu erkennen.

Weitere Studien mit einer größeren Fallzahl an Patienten könnten evtl. den Einfluss des sozialen Status (z.B. verheiratet vs. ledig) auf die Abhängigkeit sowie den Therapieverlauf zeigen. Inwieweit das Ersterkrankungsalter, das bei den
Abhängigen vom multiplen Typ deutlich jünger ist als bei den Alkoholabhängigen, einen Einfluss auf die Manifestation einer Persönlichkeitsstörung oder psychischen Komorbidität hat, wäre ebenfalls Gegenstand weiterer Untersuchungen.


Martin zeigte unter Verwendung des NEO FFI, dass ein familiär bedingter Risikofaktor für eine Alkoholsucht hierbei eng verknüpft ist mit Offenheit, aber negativ besetzt ist mit Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (Martin & Sher, 1994).


Gruzka et al. wiederum sprechen von einer auffälligen Interaktion von Neugierverhalten und bereits bestehender Alkoholabhängigkeit in der Familie. Wenn also ein Elternteil oder gar beide Eltern alkoholabhängig sind, wirkt starkes Neugierverhalten wie ein Verstärker auf das bereits bestehende familiäre Risiko. Im Umkehrschluss heißt dies, dass geringes Neugierverhalten des Kindes dieses davor schützen kann, wie Vater und/oder Mutter in die Alkoholabhängigkeit abzugleiten. Diese Interaktion ist möglicherweise eine Erklärung für den Erhalt sich widersprechender Ergebnisse bei Studien, die diese Frage bereits früher untersucht haben (Grucza et al., 2006).


Um die Persönlichkeit und den Substanzmissbrauch bzw. die Abhängigkeit von Patienten zu untersuchen, führte die Arbeitsgruppe von Le Bon (2004) ebenso eine Untersuchung mit dem TCI an Probanden durch, die dabei in drei verschiedene

Ferner ist das Merkmal „Neurotizismus“ in Studien anderer Stichproben sowohl mit einer Borderline- als auch mit einer schizotypen Persönlichkeitsstörung assoziiert (Brieger et al., 2000; Gurrera et al., 2005). Bis zu diesem Punkt bestätigen sich der NEO-FFI und das SKID-II gegenseitig.


Frühere Ergebnisse zeigen eine bemerkenswerte Stabilität des NEO-FFI Wertes über längere Zeit, was die Nützlichkeit dieses Instruments zur Beurteilung der Persönlichkeiten bei alkoholabhängigen Patienten beweist. Patienten, die innerhalb von 12 Monaten nach der Behandlung einen Rückfall hatten, wiesen signifikant höhere Werte in dem Persönlichkeitsmerkmal "Neurotizismus" und niedrigere Werte in der „Gewissenhaftigkeit" auf als weiterhin abstinenten Personen (Bottlender & Soyka, 2005).


Dieser o.g Ansatz zeigt eine Übereinstimmung mit den Ergebnissen einer früheren Untersuchung an einer Gruppe von Erwachsenen ohne schwere psychische Erkrankungen, die unter Verwendung des TCI, NEO FFI und SKID-II durchgeführt und in der Literatur dargestellt wurde. Wie erwartet unterschieden sich die Ergebnisse nach der Auswertung sowohl bei den alkoholabhängigen Patienten als
auch bei den Patienten mit multiplen Substanzgebrauch von jenen Personen, die nicht an einer psychischen Erkrankung litten (Mikolajczyk et al., 2008).


Das FFM und das Modell der sieben Faktoren TCI können dabei Untergruppen von Persönlichkeitsstörungen bilden, die verknüpft sind mit verschiedenen Abhängigkeitsarten. Die Kombination von allen drei Messinstrumenten könnte weitere Aspekte der Persönlichkeit, des Temperaments und Charakters von Abhängigen liefern (De Fruit et al., 2006).

Betrachtet man die Suchterkrankung zusätzlich aus psychoanalytischer Sicht, so ist bei den oben genannten Persönlichkeitsmerkmalen nach Kohut darauf hinzuweisen, dass Regulationsmechanismen des Abhängigen im Bereich des Affekt- und Selbstwertes denjenigen ähneln, die auch bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen sowie bei devianterem oder kriminellem Verhalten zu finden sind. Die unterschiedlichen Symptome basieren dabei nach Kohut jeweils auf derselben psychischen Grundstruktur. Das Individuum leide unter einer


Zu bedenken ist auch, dass viele Suchtkranke eine stationäre Behandlung ihrer Erkrankung ablehnen. Die Therapie inklusive der Begleiterkrankungen erfolgt deshalb bei vielen Betroffenen ambulant, weniger oft aber in einer stationär psychiatrischen Einrichtung (Pfeiffer-Gerschel et al., 2010). Bereits die Situation, dass Patienten in einer psychiatrischen Klinik eine stationäre Entgiftung durchführen, ist darum ein Selektionskriterium gegenüber einer repräsentativen Allgemeinheit.
4.1. Limitationen

Die Auswertungsergebnisse dieser Studie stehen zwar im Einklang mit früher veröffentlichten Ergebnissen anderer Autoren (De Fruyt et al., 2006; Ruiz et al., 2008), jedoch schränkt unter anderem die geringe Anzahl der teilnehmenden Probanden ihre Aussagekraft ein. Trotzdem fügen sich die Ergebnisse dieser Studie, auch mit einer geringen Anzahl von Teilnehmern, in die Datenlage der Literatur ein.


Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Stichprobe eine unterschiedliche Anzahl an Patienten vergleicht. So ist der Vergleich von 52 alkoholabhängigen Patienten mit 28 Patienten mit multiplem Substanzgebrauch kritisch zu bewerten. Aufgrund der höheren Anzahl an Personen mit einer Alkoholabhängigkeit gegenüber Patienten mit einer multiplen Abhängigkeit in einer gemischten suchttherapeutischen Einrichtung, besteht per se ein Ungleichgewicht der Vergleichsgruppen. Darüber hinaus weist die Studie darauf hin, dass sich auch die Gruppe der MS-Patienten hinsichtlich der untersuchten Parameter deutlich unterscheiden.

Angesichts des explorativen Charakters und der geringen Teilnehmeranzahl an der Studie wurde nicht die Bonferroni-Korrektur verwendet, um die Alphafehler-Kumulierung bei multiplen Paarvergleichen zu neutralisieren und eine Abwertung durch den Beta-Fehler zu vermeiden. P-Werte unterhalb von 0,05 wurden als statistisch signifikant eingestuft. Bereinigt durch multiple Vergleiche würde nur die schizotyp Persönlichkeitsstörung signifikant auffällig bleiben.
Da sich die Studienabbrucher bzw. die Teilnehmer mit inkompletten Angaben, die nicht in die Studie eingeschlossen wurden, in einigen Merkmalen von den Studienteilnehmern unterschieden, ist die Repräsentativität der Stichprobe zusätzlich eingeschränkt. In zukünftigen Evaluationen wäre es sinnvoll, größere Gesamtstichproben zu untersuchen, um ausreichend große Teilgruppen bilden zu können.


Um mögliche Verzerrungen durch den aktuellen Zustand nach der Entgiftung zu minimieren, sollten die Evaluierungen der Persönlichkeitsmerkmale mit Hilfe der Selbstbeurteilungsfragebögen in zukünftigen Untersuchungen am Ende einer Langzeitbehandlung wiederholt werden.

4.2. Schlussbemerkung

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurde mit standardisierten Interviews und Selbstbeurteilungsfragebögen untersucht, ob Unterschiede in der Persönlichkeit bestehen zwischen Patienten, die wegen ihrer Alkoholabhängigkeit und solchen, die wegen ihres multiplen Substanzgebrauchs stationär behandelt werden, um damit einen weiteren Bestandteil der Abhängigkeit zu identifizieren.


Zum Einsatz kamen dabei selbstentworfene Fragebögen, die soziodemographische Daten sowie die Menge des Konsums erfassten. Weiterhin dienten die Fragebögen zur Dokumentation ernsterer Krankheiten und komorbider psychiatrischer Störungen.

Mit Hilfe der Selbstbeurteilungsfragebögen (Europe ASI, NEO-FFI, SKID-I+II und TCI) wurden Untersuchungen zu Persönlichkeitseigenschaften sowie Persönlichkeitsstörungen durchgeführt.


Die zu vergleichende Stichprobe der soziodemographischen- und Persönlichkeitsmerkmale setzt sich aus zwei Untersuchungsgruppen (aktuelle Patienten mit multipler Substanzabhängigkeit zusammen: n = 28; Alter: m = 38,4 Jahre, sd = 9,146; 67,9 % Männer (n = 19), 32,1 % Frauen (n = 9) und alkoholabhängige Patienten: n = 52; Alter: m = 46,61 Jahre, sd = 9,839; 83 % Männer (n = 43), 17 % Frauen (n = 9). Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (SPSS Version 17.0).

Bei der Analyse der soziodemographischen Daten zeigt sich, dass alkoholabhängige Patienten sich in Alterstruktur und Anzahl an Kindern nicht signifikant von den Patienten mit multiplem Substanzgebrauch unterscheiden.

Bei den alkoholabhängigen Patienten zeigten sich signifikant deutlich mehr verheiratete Patienten als bei den Patienten mit einer multiplen Substanzabhängigkeit (21 alkoholabhängige Patienten (87,5 %) und 3 Patienten mit multiplem Substanzgebrauch (12,5 %), p 0,006. In beiden Gruppen findet man nicht signifikant auffällig mehr männliche Patienten.

In der Auswertung konnten Persönlichkeitsstörungen sowohl bei alkoholabhängigen als auch bei Patienten mit multiplem Substanzgebrauch festgestellt werden. Antisoziales Verhalten und Hyperaktivität sind diejenigen Verhaltensweisen, die sowohl mit Alkohol- als auch mit Drogenabhängigkeit assoziiert sind.

Die durch das SKID-II erfassten Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit einer multiplen Substanzabhängigkeit weisen Unterschiede und prozentual signifikant höhere Werte in der schizotypen (p= 0,001), Borderline- (p= 0,003) und der antisozialen Persönlichkeit (p = 0,015) gegenüber denen einer gesunden Vergleichgruppe auf und haben vergleichsweise prozentual höhere Werte dieser Persönlichkeitsstörungen als in der Gruppe der alkoholabhängigen Patienten. 79
Ebenso weisen sie im TCI höhere Werte auf in den Bereichen „Neugierverhalten“ (p = 0,011) und „Selbstlenkungsfähigkeit“ (p = 0,028) im Vergleich zur Gruppe der alkoholabhängigen Patienten. Alkoholabhängige Patienten zeigen im NEO-FFI vergleichsweise höhere Werte im Bereich „Gewissenhaftigkeit“ (p = 0,003), wohingegen Patienten mit multiplem Substanzgebrauch höhere Werte des Merkmals „Neurotizismus“ (p = 0,037) aufweisen.

In der vorliegenden Studie gibt es verschiedene Limitationen. Zum einen wurden Daten verwendet, die während eines kurzfristigen Ausschnitts einer Abhängigkeitsbehandlung untersucht wurden, d.h. während des stationären Aufenthaltes. Dadurch können weder Aussagen über die Zeit bis zur vollständigen Entwöhnung bei Patienten gemacht werden, welche bei Entlassung lediglich entgiftet waren, noch über Rückfälle und Neuerkrankungen. Eine andere Limitation ist die geringe Personenanzahl in der Gruppe der Patienten mit multipler Abhängigkeit.

Dennoch war es uns in dieser Studie möglich, vorausgegangene Ergebnisse anderer Autoren zu bestätigen, die von einer positiven Assoziation zwischen Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen berichten.

Darüber hinaus konnten wir auch die Daten auf die heterogene Gruppe der Patienten mit multiplem Konsum übertragen und Unterschiede zwischen den Gruppen von Patienten mit verschiedenen Substanzabhängigkeiten darstellen.
Abbildungen

Abbildung 1: Modellvorstellung zur Sucht-Entstehung aus Möller et al, Psychiatrie und Psychotherapie 2005, S. 312


Abbildung 3: Altersverteilung der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Abbildung 4: Geschlechterverteilung der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Abbildung 5: Erwerbstätige Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Abbildung 6: In Vollzeit arbeitende Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Abbildung 7: Altersverteilung der alkoholabhängigen Patienten

Abbildung 8: Geschlechterverteilung der alkoholabhängigen Patienten

Abbildung 9: Erwerbstätige alkoholabhängige Patienten

Abbildung 10: In Vollzeit arbeitende alkoholabhängige Patienten

Abbildung 11: Ersterkrankungsalter bei Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Abbildung 12: Ersterkrankungsalter alkoholabhängiger Patienten

Abbildung 13: Alkoholkonsum bei Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Abbildung 14: Alkoholkonsum alkoholabhängiger Patienten

Abbildung 15: Persönlichkeitsstörungen alkoholabhängiger Patienten

Abbildung 16: Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit multiplem Substanzgebrauch
**Tabellen**

Tabelle 1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10

Tabelle 2: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach DSM-IV

Tabelle 3: Persönlichkeitsstörungen nach der ICD-10 Klassifikation (WHO-Version 2010)

Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Tabelle 5: Anzahl der Patienten in einer Beschäftigung - multipler Substanzgebrauch

Tabelle 6: Soziodemographische Daten der Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit

Tabelle 7: Anzahl der Patienten in einer Beschäftigung – Alkohol

Tabelle 8: Beikonsum, Ersterkrankungsalter und Suizidversuch – Patienten mit multiplem Substanzgebrauch

Tabelle 9: Beikonsum, Ersterkrankungsalter und Suizidversuch - Alkohol

Tabelle 10: AP und MS Vergleich - Chi-Quadrat-Test nach Pearson

Tabelle 11: Vergleich von alkoholabhängigen Patienten und Patienten mit multiplem Substanzgebrauch - Häufigkeit von Suizidversuchen

Tabelle 12: SKID-II: Vergleich der Persönlichkeitsstörungen beider Patientengruppen

Tabelle 13: SKID-II: Vergleich von Persönlichkeitsstörungen zwischen Patienten mit Alkoholabhängigkeit und multiplem Substanzgebrauch

Tabelle 14: Mittelwerte (± SD) der Persönlichkeitsdimensionen des NEO-FFI für die Gruppe der Patienten mit multiplem Substanzgebrauch gegenüber alkoholabhängigen Patienten

Tabelle 15: Berechnung der Mittelwerte und Signifikanz des TCI
Literaturverzeichnis


Tsuchida, H., Nishimura, I., Fukui, K. (2012). Alcohol and substance dependence. Department of Psychiatry, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan. Feb;64(2):163-73.


WHO. (2009). Dependence syndrome, tenth revision of the international classification of diseases and health problems (icd-10)


Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Herr PD Dr. med. Oliver Pogarell, der mir mit Rat und Tat zur Seite stand. Ich danke ihm auch für seine Geduld während der Entstehung dieser Arbeit.

Besonderer Dank gebührt Frau Dr. med. Gabi Koller, die mir bei der Auswahl der Probanden zur Seite stand und bei Schwierigkeiten immer ein offenes Ohr für mich hatte.

Weiterhin möchte ich mich für die Möglichkeit der Datenerhebung und Anfertigung dieser Arbeit bei Herrn Prof. Dr. H.-J. Möller bedanken.

Ich danke meiner Frau Marita für Ihre Motivation sowie meiner Familie für ihr Vertrauen und all die Zuwendung.
## Curriculum Vitae

**Osman Lü**

### Persönliche Angaben
- Familienstand: verheiratet
- Staatsangehörigkeit: deutsch
- Geburtsdatum: 09.06.1971
- Geburtsort: München

### Berufserfahrung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Aufgabe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Seit 01.09.2012</strong></td>
<td>Assistenzarzt im Diakoniewerk München-Maxvorstadt mit dem Schwerpunkt Geriatrie und Rehabilitation</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>16.10.2000 – 01.07.2003</strong></td>
<td>Angestellter / Produkt- und Projektmanager bei Auto- und TruckScout24, München</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Oktober 00 – Mitarbeiter bei der Internetfirma AutoScout24 im Bereich Vertriebsinnendienst (Verwaltung und Betreuung der Kunden und deren Fahrzeugdaten von AutoScout24)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• November 01 – Wechsel zur Tochterfirma TruckScout24 als Produkt- und Projektmanager, verantwortlich für die Strukturierung, Organisation, Kundenverwaltung und Teamleitung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Aufbau neuer Business Units sowie Weiterentwicklung des Designs und der Funktionalität der Homepage</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Planung und Umsetzung eines Online-Zahlungssystems</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>01.06.1995 – 03.10.2000</strong></td>
<td>Geschäftsführender Gesellschafter Fitness-Center Hohenzollern, München</td>
</tr>
<tr>
<td>Aus-/Weiterbildung</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>01.10.2004-09.11.2010</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Studium der Humanmedizin mit Abschluss Staatsexamen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Seit 01.12.2009</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Doktorand an der psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München im Fachbereich Suchtmedizin</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>08.2003 – 10.2004</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vorbereitung auf das Studium der Humanmedizin und Wiederholung der Grundlagenfächer Chemie, Biochemie und Physik</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>2000 - 2003</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Weiterbildung im Bereich Kundenbetreuung, Produkt- und Projektmanagement</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1988 - 1994</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fitness-Trainer, diverse Weiterbildungsmaßnahmen zum</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Ernährungsberater</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Aerobic-Lehrer</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Konditions- und Wirbelsäulengymnastik-Lehrer</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1982 – 1991</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Willy-Graf-Gymnasium mit Abschluss Abitur</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1978 – 1982</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Grundschule Diesel, Dieselstraße, München</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sprachkenntnisse</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deutsch Muttersprache, Englisch fließend in Wort und Schrift, Kenntnisse in Französisch und Türkisch</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ersatzdienst</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Absolvierung des Zivildienstes beim BRK, Offene Alten- und Nachbarschaftshilfe, Dornfinkenweg, München</td>
</tr>
</tbody>
</table>