



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Opioidabhängigkeit, Persönlichkeitsstil und
Abstinenzzuversicht

Verfasserin

Lisa Massiczek

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die von mir angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Alle Ausführungen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Vorwort / Danksagung

Ich möchte mich bei all jenen Personen bedanken, die mir Studium und Diplomarbeit möglich gemacht haben.

Insbesondere ist hier Herr Mag. Dr. Jagsch zu nennen, der nicht nur ein sehr hilfsbereiter Betreuer, sondern auch ein Lehrender ist, der es schafft, in einem entspannten Rahmen bei Studierenden immer wieder erneut Interesse hervorzurufen.

Des Weiteren gilt mein Dank Herrn Dr. Beiglböck, der mir ein Praktikum am Anton-Proksch-Institut ermöglichte, somit den Grundstein für die Themenfindung legte und auch sonst keine Frage unbeantwortet ließ. Das gesamte Team des Anton-Proksch-Instituts ist hier als eine Bereicherung für meine Ausbildung und auch Diplomarbeit zu nennen.

Abschließend danke ich meiner Familie und meinen Freunden, die mich jederzeit tatkräftig in meinen Belangen unterstützen.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	8
I. THEORETISCHER TEIL	10
1 OPIOIDE	11
1.1 DEFINITION UND PHARMAKOLOGIE	11
1.2 ANWENDUNG	13
1.3 BESCHREIBUNG GEBRÄUCHLICHER OPIOIDE	14
1.3.1 Agonisten	14
1.3.2 Antagonisten	19
1.4 OPIOIDE – ABHÄNGIGKEIT, INTOXIKATION UND ÜBERDOSIERUNG	20
1.4.1 Abhängigkeit von Opioiden	20
1.4.2 Opiode – Intoxikation und Überdosierung	22
1.4.3 Opioidentzug	23
1.5 PRÄVALENZ IN EUROPA	23
1.5.1 SITUATION IN ÖSTERREICH, INSBESONDERE WIEN	25
1.6 BEHANDLUNG VON OPIOIDABHÄNGIGKEIT	26
1.6.1 Substitutionsbehandlung	27
1.6.2 Dosierung der Substitutionsmittel	29
2 PERSÖNLICHKEITSSTIL UND PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG	31
2.1 DEFINITION	31
2.2 KATEGORISIERUNG UND KLASSIFIKATION VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	32
2.3 KOMORBIDITÄT	35
2.3.1 Definition der Komorbidität bei Substanzgebrauchsstörung	35
2.3.2 Häufige komorbide Störungen bei Substanzgebrauchsstörung	36
2.3.3 Modelle der Komorbidität bei Substanzgebrauchsstörung	38
2.4 BEHANDLUNG DER KOMORBIDITÄT	42
2.5 PSYCHOPATHOLOGIE UND PHARMAKOTHERAPIE BEI OPIOIDABHÄNGIGKEIT	44
3 ABSTINENZZUVERSICHT	47
3.1 DAS KONZEPT DER SELBSTWIRKSAMKEIT	47
3.2 SELBSTWIRKSAMKEIT UND ABHÄNGIGKEIT, INSBESONDERE OPIOIDABHÄNGIGKEIT	50
3.3 ZUSAMMENHANG VON ABSTINENZZUVERSICHT UND PSYCHOPATHOLOGIE	51
3.4 SELBSTWIRKSAMKEIT UND KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE VON PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	53
4 PRÄDIKTOREN FÜR DEN THERAPIEERFOLG	54
II. EMPIRISCHER TEIL	55
5 ZIELE DER STUDIE	56
6 METHODE	57
6.1 STICHPROBE	57
6.2 Design	57

6.3	Untersuchungsinstrumente.....	58
6.4	Untersuchungsdurchführung	63
7	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....	64
8	STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	70
8.1	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	71
8.1.1	Geschlecht, Alter und Staatsbürgerschaft.....	71
8.1.2	Substitutionsmittel und Dosis	71
8.1.3	Modulzuordnung in der stationären Behandlungseinrichtung	73
8.1.4	Therapieziel: Abstinenz vs. Substitution	73
8.1.5	Medikamente.....	74
8.1.6	Alter bei Erstkonsum von Opioiden	75
8.1.7	Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung	75
8.1.8	Beendigung der Therapie.....	76
8.2	HYPOTHESENPRÜFUNG	77
8.2.1	Geschlecht und Persönlichkeit (Fragestellung 7.1).....	77
8.2.2	Geschlecht und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.2).....	78
8.2.4	Therapieziel und Persönlichkeit (Fragestellung 7.4).....	79
8.2.5	Substitutionsmittel und Persönlichkeit (Fragestellung 7.5)	80
8.2.6	Substitutionsdosis und Persönlichkeit (Fragestellung 7.6)	81
8.2.7	Module und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.7).....	82
8.2.8	Therapieziel und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.8)	83
8.2.9	Substitutionsmittel und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.9).....	84
8.2.10	Substitutionsdosis und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.10).....	86
8.2.11	Depression und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.11).....	87
8.2.12	Persönlichkeitsstil, -störung und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.12)	88
8.2.13	Variablen für den Therapieabbruch (Fragestellung 7.13)	91
9	DISKUSSION UND AUSBLICK.....	92
	ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT).....	98
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	100
	TABELLENVERZEICHNIS	101
	LITERATURVERZEICHNIS.....	102
	ANHANG	116

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wird im Zuge dieser Arbeit auf gendergerechte Formulierungen verzichtet, Frauen und Männer sind jedoch generell gleichermaßen gemeint.

Einleitung

Weltweit sind etwa 16,5 Millionen Menschen von Opioidabhängigkeit betroffen, das sind etwa 0,41 Prozent der erwachsenen Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2013c; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2013). Opioide wurden schon früh aufgrund ihrer sedierenden Wirkung genutzt, Aufzeichnungen belegen deren Kultivierung bereits um 3400 v. Chr. in Mesopotamien (Trescot, Datta, Lee & Hansen, 2008). Opium war lange Zeit als legaler Bestandteil in Nahrungsmitteln und rezeptfreien Arzneimitteln in Nordamerika und Europa enthalten und ist erst seit Anfang des 20. Jahrhunderts dem medizinischen Bereich vorbehalten (vgl. Pinel, 2007). Mittlerweile sind das hohe Abhängigkeitspotenzial sowie die rasche Entwicklung der Toleranz bekannt, neben psychischen und physischen Begleit- und Folgeerscheinungen besteht bei Opioidabhängigkeit ein erhöhtes Risiko von Mortalität (Langer, Wittchen, Bühringer & Rehm, 2011).

Nachdem lange Zeit Kurzzeitbehandlungen und Akutdetoxifikationen bei der Behandlung von Menschen mit Opioidabhängigkeit angestrebt wurden, gilt seit der Einführung von Methadon die Substitutionsbehandlung als Standardtherapie dieser Erkrankung (EMCDDA, 2013c; Fischer & Kayer, 2006). In Europa erhält etwa die Hälfte der Patienten mit Opioidabhängigkeit eine Substitutionsbehandlung (EMCDDA, 2013c). In Österreich stehen zur Substitution drei Gruppen von Medikamenten zur Verfügung. Dies sind Methadon, Buprenorphin und retardierte Morphine. Letztere werden zurzeit in Österreich am häufigsten (56%) verschrieben, womit Österreich als Ausnahme innerhalb Europas gilt (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2013a; EMCDDA, 2013b). Ziele der Substitutionstherapie sind die Sicherung des Überlebens, die Reduktion des Drogenkonsums sowie krimineller Aktivitäten wie auch die Ermöglichung psychischer und sozialer Interventionen (Scherbaum, 2007).

Problematiken, die mit dem Missbrauch von Opioiden in Verbindung stehen, sind in juristischen, familiären und sozialen Bereichen verankert (Dilling, 2009; Gordon & Krumm, 2013). Gesundheitliche Risiken beziehen sich beispielsweise auf Infektionskrankheiten, Lungenerkrankungen und Überdosierungen (Dilling, 2009; EMCDDA, 2013c). In Forschung wie auch Praxis wurde bei Menschen mit Suchterkrankung häufig ein gemeinsames Auftreten von Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Störungen, d.h. „Komorbidität“ beschrieben (Berthel, 2007; World Health Organization [WHO], 1994). In Bezug auf Suchterkrankungen konnte ein

besonders hoher Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen festgestellt werden (Uchtenhagen & Zieglgänsberger, 2000, zitiert nach EMCDDA, 2004, S. 96).

Im Sinne der World Health Organization (2009) sollte bei der Therapie von Menschen mit Opioidabhängigkeit der Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung, Angst- und Persönlichkeitsstörungen sowie der Depression besondere Aufmerksamkeit entgegengebracht werden. Patienten mit komorbiden Störungen zeigen schwerere Krankheitsverläufe, sie brechen häufiger die Therapie ab und weisen ein erhöhtes Risiko der Non-Compliance, Abhängigkeit von Medikamenten und Überdosierung auf (Cacciola, Alterman, Rutherford, McKay & Mulvaney, 2001; Van den Bosch & Verheul, 2007; Warren, Stein & Grella, 2007). Im Gegensatz dazu scheint eine hohe Abstinenzzuversicht, d.h. Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext der Suchtproblematik, als vorteilhaft in der Behandlung von Abhängigkeit (Bandura, 1997; Ilgen, McKellar & Tiet, 2005).

Im theoretischen Teil der Arbeit werden die Abhängigkeit von Opioiden bzw. „Substanzgebrauchsstörung“, die Aufgaben der Substitutionstherapie sowie der Einsatz von Medikamenten in der Erhaltungstherapie beschrieben. Außerdem werden die Konstrukte Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung sowie Abstinenzzuversicht erläutert. Der empirische Abschnitt der Arbeit widmet sich der Untersuchung dieser Elemente anhand einer klinischen Stichprobe von Patienten mit Opioidabhängigkeit. Der Fokus liegt auf der Untersuchung von Unterschieden zwischen Therapiemodulen, Therapiezielen, Substitutionsmitteln und Dosiseinstellungen der Substitution sowie dem Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstilen bzw. Persönlichkeitsstörungen und Abstinenzzuversicht. Des Weiteren werden die für die Untersuchung relevanten Hypothesen angeführt, und es erfolgt die Beschreibung der Testinstrumente sowie der Durchführung. Abschließend werden Auswertung, Analyse sowie Diskussion und Zusammenfassung der Ergebnisse angeführt.

I. THEORETISCHER TEIL

1 Opioide

In diesem Abschnitt wird auf die Definition und Pharmakologie sowie Anwendung von Opioiden eingegangen, und es werden Opioide, die häufig legal und illegal zum Einsatz kommen, erläutert. Anschließend werden die Diagnosekriterien der „Substanzgebrauchsstörung“ und Intoxikation genannt, die aktuelle Situation in Europa und Österreich sowie Möglichkeiten der Behandlung beschrieben.

1.1 Definition und Pharmakologie

Der Begriff Opioide umfasst Alkaloide, die aus dem Saft der Mohnblume „*Papaver somniferum*“ stammen, sowie davon abgeleitete halbsynthetische oder gänzlich synthetisch erzeugte Verbindungen, die allesamt an spezifischen Rezeptoren im Gehirn wirken (Degenhardt et al., 2007; Dilling, 2009). Die Rezeptoren sind Reaktionspartner für Opioide, die sich an diese binden und nach einer Strukturänderung eine Funktionsänderung im Organismus des Menschen bewirken (Beubler, 2011). Durch diese Interaktion können Opioide analgetisch und euphorisch wirken, bei höherer Dosierung jedoch auch Atemdepression, Stupor und Koma hervorrufen (Degenhardt et al., 2007; Dilling, 2009).

Zu unterscheiden sind exogene Opioide von endogenen, körpereigenen Opioiden wie Enkephalinen und Endorphinen. Diese sind wesentlich bei der Verarbeitung von Schmerz, der Regulierung der Atmung und der Körpertemperatur. Außerdem beeinflussen sie die endokrine und gastrointestinale Aktivität sowie Motivation und Stimmung (Dilling, 2009; Fareed, 2013).

Als exogene Opioide gelten die Alkaloide des Mohnsaftes sowie deren halbsynthetische und synthetische Analoga. Alkaloide der Mohnpflanze sind beispielsweise Kodein und Thebain, Morphin ist jedoch der Hauptbestandteil mit der ausgeprägtesten Wirkung (Dilling, 2009; Kalant, 1997). Opioide können als Agonisten, partielle Agonisten oder Antagonisten an den Opioidrezeptoren wirken (Fareed, 2013). Agonisten verursachen dabei durch Bindung an den Rezeptor dessen Aktivierung. Kompetitive Antagonisten lösen durch die Bindung hingegen keine spezifische Wirkung aus, hemmen jedoch die Wirkung, die Agonisten bedingen würden. Dadurch wird für den gleichen Effekt des Rezeptors eine höhere Dosis von Agonisten erforderlich (Beubler, 2011).

Die Alkaloide des Schlafmohns und die davon abgeleiteten synthetischen Verbindungen umfassen zum Beispiel Morphin (Morphin), Kodein und Diacetylmorphin (Heroin). Synthetische Opioide sind beispielsweise Fentanyl oder Methadon (Dilling, 2009).

Laut dem Lexikon der ICD-10 (Dilling, 2009) ist der Begriff „Opiate“ den natürlich vorkommenden Alkaloiden des Schlafmohns vorbehalten und umfasst keine davon abgeleiteten synthetischen Formen. Oft wird in der Literatur jedoch nicht zwischen den Begriffen Opiat und Opioid differenziert, und auch der Begriff „Heroin“ im Sinne von „Opoiden“ hat sich aufgrund des häufigen Konsums als Synonym durchgesetzt.

Die bedeutendsten Arten von Opioidrezeptoren, die bisher bestimmt werden konnten, werden mittels griechischer Buchstaben My (μ), Delta (δ) und Kappa (κ) bezeichnet (Fischer & Kayer, 2006). Durch Bindung an die Rezeptoren entfalten Opioide bzw. Opiate ihre Wirkung und verursachen im allgemeinen Analgesie und Euphorie (Degenhardt et al., 2007; Dilling, 2009; Fischer & Kayer, 2006). Während Opioid-Antagonisten keine Abhängigkeit hervorrufen, sind es vor allem Agonisten an den μ -Rezeptoren, die diesen Effekt bewirken (Fareed, 2013).

Durch die Bindung von Opioid-Agonisten wie zum Beispiel Heroin, Methadon oder Morphin an μ -Rezeptoren werden folgende Effekte hervorgerufen (Dilling, 2009): Analgesie, Veränderung der Stimmung wie Euphorie, aber auch Apathie und Dysphorie, Sprachschwierigkeiten, Benommenheit, Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, Verlangsamung der Psychomotorik, Verminderung der Urteilsfähigkeit sowie Atemdepression. Die κ -Rezeptoren, an die beispielsweise Buprenorphin als Antagonist bindet, verursachen vermutlich sedierende und dysphorische Effekte (Brack, 2002), wobei deren Wirkung noch wenig erforscht ist (Lintzeris et al., 2006).

Als Auswirkungen des wiederholten Opioidkonsums und damit der Aktivierung der spezifischen Rezeptoren gelten die Toleranzentwicklung, eine verminderte Wirkung bei gleicher Opioidkonzentration sowie Entzugserscheinungen, die durch eine veränderte Erregbarkeit der Rezeptoren bedingt sind (Fareed, 2013). Dabei gelten diese Phänomene als Kriterien der Abhängigkeit bzw. „Substanzgebrauchsstörung“ von Opoiden, die weiter unten erläutert wird.

Neben den direkten Auswirkungen von Opioiden auf den Organismus sind weitere Begleit- und Folgeerscheinungen zu beachten, wie etwa soziale und psychische Beeinträchtigungen. Problembereiche bestehen außerdem in Verbindung mit Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Beschaffungskriminalität, juristischen Angelegenheiten sowie innerfamiliären Krisensituationen (Dilling, 2009; Gordon & Krumm, 2013). Durch das meist relativ junge Alter bei Erstkonsum von Opioiden versäumen Konsumenten oftmals wichtige Entwicklungsprozesse wie Schul- und Berufsausbildung (Scherbaum, 2007).

Personen, die Opioide intravenös konsumieren, zeigen zusätzlich vermehrt gesundheitliche Auffälligkeiten. Besonders der injizierende Drogenkonsum stellt unter anderem aufgrund von Infektions- und Folgekrankheiten wie AIDS, Hepatitis A, B und C, gastrointestinalen und pulmonalen Erkrankungen sowie dem erhöhten Risiko der Überdosierung eine besondere Problematik dar (Dilling, 2009; EMCDDA, 2013c; Langer et al., 2011). Nationale Umfragen verschiedener europäischer Länder zeigen, dass etwa 40% der Patienten, die sich in Behandlung begeben, injizierend konsumieren (EMCDDA, 2013c), weshalb die zuvor genannten Problembereiche bei der Behandlung der Patienten in einer Therapie standardmäßig Beachtung finden sollten.

Konsumenten von Opioiden nehmen oftmals auch weitere Drogen, wie z.B. Stimulantien, Benzodiazepine oder Cannabis zu sich. Man spricht hier von polytoxikomanem Drogenkonsum (EMCDDA, 2013c; WHO, 2009). Nicht behandelte bzw. unzureichend oder unangemessen behandelte Abhängigkeit von Opioiden gilt als ein Risikofaktor für Mortalität und stellt eine finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem dar (Gordon & Krumm, 2013).

1.2 Anwendung

Medizinisch werden Analgetika, zu denen die Opioide zählen, bei der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände sowie in der Onkologie eingesetzt (Degenhardt et al., 2007). Zusätzlich werden sie bei Durchfallerkrankungen und starkem Husten verabreicht (Springer, 2007). Aber auch die Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit (siehe unten) gilt als medizinische Anwendung von Opioiden (Degenhardt et al., 2007).

Zunehmend werden jedoch Opioide, die ursprünglich für den medizinischen Einsatz bestimmt waren, missbräuchlich konsumiert oder gar injiziert (Katz, El-Gabalawy, Keyes, Martins & Sareen, 2013). Es gilt hier eine Balance herzustellen, um einerseits Opioide für medizinische Zwecke bereitzustellen und andererseits die illegale Verbreitung wie auch den illegalen Konsum von Opioiden („extra-medical use“) zu unterbinden (Degenhardt et al., 2007).

1.3 Beschreibung gebräuchlicher Opioide

Im Folgenden werden die Charakteristika einiger Opioide sowie Vor- und Nachteile dieser in der Substitutionstherapie beschrieben. Es wird hier bewusst keine Unterscheidung zwischen Opioiden, die gezielt für die Substitution hergestellt wurden (z.B. Methadon), und „klassischen Drogen“ wie beispielsweise Heroin getroffen, da, wie bereits erwähnt, auch Substitutionsmittel häufig missbräuchlich angewendet werden. Andererseits wird beispielsweise Heroin (Diacetylmorphin) in einigen Ländern, wie etwa der Bundesrepublik Deutschland, zur Substitution verwendet (EMCDDA, 2013b).

1.3.1 Agonisten

Durch die Bindung von Opioidagonisten an den Rezeptor bewirken diese dessen Aktivierung. Als Haupteffekte dieser Aktivierung durch Opioide gelten Analgesie, Euphorie und Sedierung (Beubler, 2011).

1.3.1.1 Methadon

Methadon wurde erstmals 1965 von Dole und Nyswander als vorteilhaft in der Behandlung von Personen mit Opioidabhängigkeit beschrieben. Es wird meist mit Zuckersirup vermischt verabreicht und besitzt eine Halbwertszeit von 24 bis 36 Stunden (Fischer & Kayer, 2006). Die Halbwertszeit beschreibt dabei den Zeitraum, in dem die Konzentration des Arzneimittels im Blut um die Hälfte gesunken ist. Davon abzugrenzen ist die Wirkungsdauer, sie kann sich von der Halbwertszeit erheblich unterscheiden (Beubler, 2011).

Methadonsubstitution erfordert in Abhängigkeit von der Halbwertszeit zumeist eine tägliche Verabreichung. Die Notwendigkeit der kontrollierten täglichen Einnahme, z.B. in einer Klinik oder Apotheke, kann in Alltag und Beruf eine Belastung für den Patienten darstellen und somit einer erfolgreichen längerfristigen Behandlung im Wege stehen (Mattick, Kimber, Breen & Davoli, 2008).

In Österreich wird Methadon seit 1987 zur Substitutionsbehandlung verschrieben. Durch den frühzeitigen Einsatz von Methadon, das lange Zeit als Golden Standard der Behandlung von Opioidabhängigkeit galt, konnte die HIV-Prävalenz bei der Population der intravenös konsumierenden Opioidabhängigen in Österreich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern relativ gering gehalten werden (Fischer & Kayer, 2006). Außerdem gilt Methadon aufgrund der langjährigen klinischen Praxis als Medikament zur Substitution und der Vielzahl an diesbezüglich durchgeführten Studien als relativ gut erforscht (Scherbaum, 2007).

Die Nebenwirkungen von Methadon wurden jedoch vielfach als schwerwiegend beschrieben. Sie betreffen laut Bell und Zador (2000, zitiert nach Fischer & Kayer, 2006, S. 42) Obstipation, Gewichtszunahme, Schwindel, Libidoverlust und starke Transpiration sowie Gelenksschmerzen, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen und Depression. Der Entzug von Methadon gilt als schwierig und langwierig. Patienten, die mit Methadon substituiert werden, sind daher oftmals entmutigt, die Abstinenz zu erreichen. Ein weiterer Nachteil von Methadon besteht in der Gefahr der Atemdepression und Überdosierung (Mattick et al., 2008).

Aufgrund der erheblichen Nebenwirkungen, der Möglichkeit der Unverträglichkeit der Substanz und der Gefahr der Atemdepression ist die Diversifikation von Substitutionsmitteln anzustreben, d.h. die Bereitstellung optimaler Präparate unter Zuschnitt auf den jeweiligen Patienten.

1.3.1.2 Retardierte Morphine (Slow-release oral morphine, SROM)

Morphin Retard ist in Kapsel- und Tablettenform erhältlich und wirkt als Agonist an den μ -Rezeptoren. Das Alkaloid Morphin, das aus dem getrockneten Saft des Schlafmohns (Opium) gewonnen wird, erhält dabei einen Überzug, der eine verlangsamte Freisetzung der Wirkstoffe ermöglicht. Dadurch soll ein möglichst gleichmäßiger Plasmaspiegel erzielt werden. Die Halbwertszeit der Substanz beträgt dadurch etwa 24

Stunden, weshalb eine einmalige Verabreichung am Tag zweckmäßig ist (Fischer & Kayer, 2006).

Morphin in Retardform ist das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel in Österreich (56%), wo es seit 1998 legal zugelassen ist (Beer et al., 2010; Bundesministerium für Gesundheit, 2013a). Laut Fischer und Kayer (2006) wird Methadon Retard international positiv bewertet, seine Zulassung besteht derzeit innerhalb der EU in Slowenien und der Slowakei (seit 2005), Bulgarien und Luxemburg (seit 2006) und soll künftig auf breiterer Ebene erfolgen (EMCDDA, 2013b). Gemäß Jegu, Gallini, Soler, Montastruc und Lapeyre-Mestre (2011) liegen im Vergleich zu den anderen Gruppen von Substitutionsmitteln jedoch erheblich weniger Forschungsergebnisse vor, und lediglich bei einer Studie handelt es sich um ein kontrolliertes, randomisiertes Studiendesign (vgl. Eder et al., 2005; Winklbaaur, Jagsch, Ebner, Thau & Fischer, 2008).

Bei Patienten mit Methadon-Unverträglichkeit oder inadäquater Unterdrückung von Entzugsserscheinungen bei Methadonbehandlung scheint die Umstellung auf retardierte Morphine sinnvoll zu sein. Bei vierwöchiger Behandlung mit retardierten Morphinen nahmen Nebenwirkungen, Entzugsserscheinungen und Craving der Patienten ab und physisches und psychisches Wohlbefinden zu (Kastelic, Dubajic & Strbad, 2008). Eine andere Studie, die sich dem Vergleich von Methadon und retardierten Morphinen widmete, konnte jedoch keine signifikanten Gruppenunterschiede bezogen auf Entzugsserscheinungen, Craving und selbstberichtete körperliche und psychische Symptome der Patienten feststellen (Madlung-Kratzer, Spitzer, Brosch, Dunkel & Haring, 2009).

Zusätzlich zu der generellen Problematik einer intravenösen Anwendung birgt die intravenöse Applikation von retardierten Morphinen die Gefahr von Mikroembolien durch Wachspartikel. Außerdem kann die Ausschüttung von Histamin zu Kopfschmerz und Juckreiz am gesamten Körper führen (Fischer & Kayer, 2006).

Bei Substanzen mit relativ kurzer Halbwertszeit wie Morphin Retard finden Rapid-Metabolizer besondere Beachtung. Da sie einen schnelleren Stoffwechsel aufweisen, ist eine täglich einmalige Applikation des Substitutionsmittels nicht adäquat und könnte Entzugssymptome und Rückfälle hervorrufen. Eine Dosissteigerung würde sich bei Rapid-Metabolizern lediglich durch eine höhere Sedierung äußern. Es ist bei dieser

Patientengruppe also eine zweimalige Verabreichung des Substitutionsmittels täglich zu bevorzugen (Fischer & Kayer, 2006).

1.3.1.3 Partialagonist: Buprenorphin

Buprenorphin verfügt über eine gemischte Rezeptoraffinität und wird sublingual eingenommen. Als partieller μ -Agonist, δ -Agonist und κ -Antagonist zeigt Buprenorphin eine abgeschwächte Wirkung gegenüber reinen Agonisten wie zum Beispiel Methadon (Beubler, 2011; Gordon & Krumm, 2013). Durch die antagonistische Wirkung am κ -Rezeptor werden vermutlich dysphorische Stimmung und Sedierung unterdrückt (Brack, 2002). Patienten mit Buprenorphin-Substitution empfinden oftmals mehr emotionale Klarheit und Wachheit, einen realitätsähnlicheren Geisteszustand als diejenigen mit Methadonsubstitution, was von einigen Patienten als unangenehm erlebt wird (Brack, 2002; Fischer et al., 1999).

Aufgrund der hohen Rezeptoraffinität des Buprenorphin an den μ -Rezeptoren wird ein nachfolgend eingenommener Opioidagonist, wie etwa Heroin, geblockt und kann dadurch nur stark eingeschränkt seine Wirkung entfalten, was der illegalen Anwendung von Opioiden entgegenwirkt (Gordon & Krumm, 2013; Lintzeris et al., 2006). Ebenso kann Buprenorphin Opioidagonisten aus ihrer Bindung lösen und dadurch Entzugssymptome auslösen (Gordon & Krumm, 2013).

Ein geringeres Risiko für den Patienten ergibt sich aufgrund des „Ceiling-Effekts“ (Gordon & Krumm, 2013; Mattick et al., 2008). Brack (2002) beschreibt diesen folgendermaßen: „Als partieller Agonist erreicht das Buprenorphin auch bei sehr hoher Dosierung nur submaximale Wirkung und dann ein Plateau, über das hinaus eine Dosissteigerung wirkungslos ist (Ceiling-Effekt)“ (S. 206). Buprenorphin zeigt daher eine eher schwache atemdepressive Wirkung und gilt somit als relativ sicher in der Anwendung (Beubler, 2011; Gordon & Krumm, 2013).

Die vergleichsweise lange Halbwertszeit von Buprenorphin mit durchschnittlich 36 Stunden erlaubt größere Einnahmeintervalle, wodurch kein Erfordernis der täglichen Verabreichung des Substitutionsmittels gegeben ist (Fischer & Kayer, 2006; Gordon & Krumm, 2013). Der Entzug des partiellen Agonisten Buprenorphin wird außerdem als weniger schwerwiegend beschrieben (Scherbaum, 2007).

Bei der Behandlung mit dem Partialagonisten Buprenorphin zeigt sich ein schwächerer euphorischer Effekt, was von vielen Patienten jedoch nicht erwünscht ist. Dies könnte einen möglichen Grund für den Abbruch einer Buprenorphin-Therapie durch Patienten darstellen (Mattick et al., 2008). Als häufige Nebenwirkungen des Substituts gelten laut Lintzeris und Kollegen (2006) Kopfschmerzen, Obstipation, Schlaflosigkeit, Schwächegefühl und Müdigkeit sowie Übelkeit, Schwindel und erhöhte Transpiration. Diese Auswirkungen werden aber als mild und von den Patienten als durchaus tolerabel beschrieben, sie nehmen außerdem meist im Verlauf der Behandlung ab.

1.3.1.4 Kombinationspräparat: Buprenorphin/Naloxon

Buprenorphin ist auch in Kombination mit dem Opioidantagonisten Naloxon Hydrochlorid in einem Verhältnis von 4:1 erhältlich (Diaper, Law & Melichar, 2013; Fischer & Kayer, 2006; Gordon & Krumm, 2013). Es wirkt bei ordnungsgemäßer sublingualer Einnahme durch die gewünschten Effekte von Buprenorphin, Naloxon wirkt in dieser Dosierung sublingual nicht. Bei intravenöser Einnahme des Kombinationspräparats erreichen beide Substanzen eine ausreichende biologische Verfügbarkeit. Die Wirkung von Buprenorphin wird durch Naloxon unterdrückt, wodurch Entzugssymptome hervorgerufen werden. Diese Art der Medikation soll die illegale Verbreitung sowie die intravenöse Applikation von Buprenorphin, die mit zahlreichen Risiken verknüpft ist, unterbinden (Gordon & Krumm, 2013). Ein derartiges Präparat „Suboxone“ ist in der Europäischen Union seit 2006 zugelassen (Diaper et al., 2013).

1.3.1.5 Diacetylmorphin (Heroin)

Diacetylmorphin ist laut dem Drogenbericht der EMCDDA (2013e) das Opioid, das weltweit am meisten konsumiert wird. Heroin wird halbsynthetisch durch Acetylierung des natürlich vorkommenden Alkaloids Morphin hergestellt. Durch diese chemische Veränderung kann Heroin die Blut-Hirn-Schranke leichter überwinden, es bewirkt rasch Gewöhnung und Toleranzentwicklung (EMCDDA, 2013d; Fischer & Kayer, 2006). Heroin ist in Europa in zwei verschiedenen Formen vertreten, der braunen Heroinbase und dem weißen Heroinsalz, das wesentlich seltener verfügbar ist (EMCDDA, 2013c).

Heroin wurde vom Pharmakonzern Bayer noch als rezeptfreies Medikament vertrieben, als andere Opiode bereits verboten waren, da das starke Abhängigkeitspotenzial von

Heroin zu diesem Zeitpunkt noch unbekannt war (vgl. Pinel, 2007). Pinel (2007) beschreibt die Wirkung von intravenös konsumiertem Heroin als „... eine Welle von intensivem, abdominalem, orgasmischem Wohlbefinden, das sich zu einem Zustand gelassener, schläfriger Euphorie entwickelt“ (S. 510).

Wie bereits beschrieben, ist nach mehrmaligem Konsum jedoch mit Entzugssymptomen zu rechnen, worauf der typische Konsument mit drei bis vier Injektionen täglich reagiert (Fareed, 2013; Fischer & Kayer, 2006). Der größte Anteil der Konsumenten nimmt Heroin täglich ein (55%), wobei die Substanz am häufigsten inhaliert (44%) oder injiziert (43%) wird. Seltener wird Heroin intranasal (10%) oder oral (2%), d.h. über die Nahrung, konsumiert (EMCDDA, 2013c).

1.3.2 Antagonisten

Kompetitive Antagonisten wie Naloxon und Naltrexon binden an den Rezeptor, ohne dabei eine spezifische Wirkung auszulösen. Sie hemmen durch die Rezeptorbindung jedoch die Wirkung von Agonisten (Beubler, 2011). Opioidantagonisten wurden gezielt hergestellt, um Abhängigkeit zu behandeln. Aufgrund der blockierenden Eigenschaften der Antagonisten gegenüber den Agonisten würde die Einnahme dieser aus pharmakologischer Sicht sinnlos werden. Dadurch sollte eine Extinktion stattfinden, der Patient also aufgrund des ausbleibenden positiven (verstärkenden) Effekts zunehmend auf Opioide verzichten können (Brewer & Krupitsky, 2013).

Ein Review der Cochrane Collaboration (Minozzi et al., 2011) untersuchte die Wirkung von Naltrexon in oraler Form gegenüber der eines Placebos, konnte jedoch keine Vorteile des Antagonisten bezogen auf Nebenwirkungen, Haltequote und Rückfälle feststellen. Auch gegenüber Benzodiazepin und Buprenorphin war Naltrexon nicht überlegen. Roozen und Kollegen (2006) konnten eine vorteilhafte Wirkung von Naltrexon in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit, jedoch nicht der Opioidabhängigkeit feststellen und betonen daher die unzureichende wissenschaftliche Beweislage hierfür.

1.4 Opiode – Abhängigkeit, Intoxikation und Überdosierung

In diesem Abschnitt werden die Diagnosekriterien der Opioidabhängigkeit gemäß der fünften Ausgabe des „Diagnostischen und statistischen Handbuchs psychischer Störungen“ (DSM-5, American Psychiatric Association [APA], 2013a) wiedergegeben. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich die jeweiligen Störungen ebenso in Kapitel F der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben wird, finden.

Anschließend werden die Symptome der Opioidintoxikation und -überdosierung sowie die des Entzugs von Opioiden dargestellt.

1.4.1 Abhängigkeit von Opioiden

Die Abhängigkeit von Opioiden entwickelt sich bei regelmäßiger Einnahme meist sehr rasch, wobei die Entwicklung von Toleranz mit einer Dosiserhöhung einhergeht (Langer et al., 2011). Die Störungsbilder „Substanzabhängigkeit“ und „Substanzmissbrauch“, die bis zur Veröffentlichung des DSM-5 getrennte Diagnosen darstellten, werden in der neuesten Version des DSM unter dem Begriff der „Substanzgebrauchsstörung“ zusammengefasst. Gemeinsame Diagnosekriterien wurden aufgrund von Studien erstellt, die ein separates Bestehen von „Substanzmissbrauch“ in Zweifel stellen (Rumpf & Kiefer, 2011). Um eine Opioid-Substanzgebrauchsstörung zu diagnostizieren, muss ein problematisches Muster von Opioidkonsum bestehen, das zu klinisch signifikanter Beeinträchtigung oder Leiden führt, wobei innerhalb von 12 Monaten mindestens zwei der folgenden Kriterien zutreffen müssen (DSM-5, APA, 2013a):

1. Opiode werden in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum eingenommen als beabsichtigt
2. Anhaltendes Verlangen oder erfolglose Versuche, den Konsum von Opioiden zu kontrollieren oder einzuschränken
3. Erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung, den Konsum oder die Erholung von der Wirkung von Opioiden
4. Starkes Verlangen nach dem Konsum von Opioiden („Craving“)

5. Wiederholter Opioidkonsum, der zur Beeinträchtigung von Aufgaben in Beruf, Ausbildung oder im Privatleben führt
6. Anhaltender Opioidkonsum trotz wiederkehrender sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch den Konsum von Opioiden hervorgerufen oder verstärkt werden
7. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden zugunsten des Substanzkonsums reduziert oder aufgegeben
8. Wiederholter Opioidkonsum in Situationen, in denen dies ein Gesundheitsrisiko darstellt
9. Anhaltender Opioidkonsum trotz des Wissens um ein physisches oder psychisches Problem, das höchstwahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wird
10. Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch mindestens eines der folgenden Kriterien:
 - a. Bedarf einer höheren Menge an Opioiden, um den gewünschten Effekt herbeizuführen
 - b. Erheblich verringerter Effekt bei anhaltendem Konsum der gleichen Opioidmenge
11. Entzug, gegeben durch mindestens eines der folgenden Kriterien:
 - a. Charakteristische Symptome von Opioidentzug
 - b. Opioide oder ähnliche Substanzen werden konsumiert, um Entzugserscheinungen zu vermeiden

Bei den Diagnosekriterien 10 und 11 gilt zu beachten, dass dieses Kriterium nicht für Personen gilt, die Opioide nur unter angemessener medizinischer Beobachtung einnehmen.

Im Zuge der aktuellen Arbeit werden aufgrund der Auseinandersetzung mit Studien, die größtenteils vor dem DSM-5 publiziert wurden, die Bezeichnungen „Abhängigkeit“ und „Missbrauch“ weiterhin verwendet.

Bezüglich der Entstehung von Abhängigkeit bzw. Substanzgebrauchsstörung wird heutzutage von vielseitigen Wechselbeziehungen zwischen den Elementen Person, Umwelt und Droge ausgegangen.

Auf der Persönlichkeitsebene konnten bisher keine typischen Merkmale gesichert werden, die bspw. für die Entwicklung einer Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen oder einer Toxikomanie verantwortlich gemacht werden könnten. Wohl aber gibt es eine Reihe von begünstigenden Bedingungen („Risikobedingungen“), die in Wechselwirkung mit Faktoren auf anderen Ebenen wirksam werden, d.h. Erklärungswert erhalten. (Egger, 2007, S. 25–26)

1.4.2 Opioide – Intoxikation und Überdosierung

Die akute Opioidintoxikation und die Überdosierung von Opioiden setzen zeitlich nahen Opioidkonsum voraus und können ernste medizinische Notfälle hervorrufen. Intoxikation und Überdosierung sind oft Folge des Wunsches nach Euphorie durch intravenösen Heroinkonsum, jedoch gibt es auch Fälle der Überdosierung mit ärztlich verschriebenen Opioiden. Als Hauptsymptome der Intoxikation und Überdosierung gelten (Fareed, 2013):

- ein reduziertes Level an Bewusstsein (Benommenheit, Stupor bis Koma),
- Miosis (Verengung der Pupillen),
- Zyanose (Unterversorgung des Blutes mit Sauerstoff),
- Hypotonie (verringertes Blutdruck),
- Bradykardie (verlangsamter Puls),
- Hypothermie (verringerte Körpertemperatur) und
- Atemdepression (Abflachung der Atmung).

Durch eine Überdosierung können Beeinträchtigungen der Lunge wie Ödeme und Entzündungen, muskuläre Folgeschäden sowie kognitive und kardiovaskuläre Beeinträchtigungen auftreten. Mortalität steht meist mit dem Symptom der Atemdepression in Verbindung (Fareed, 2013).

1.4.3 Opioidentzug

Abhängigkeit wird primär über die „Belohnungsstrukturen“ des Gehirns bewirkt, indem Neurotransmitter wie Dopamin die Gehirnaktivität beeinflussen. Eine längerfristige Einnahme von Opioiden bewirkt tiefgreifende Veränderungen in neuronalen Strukturen sowie deren Funktionsweise. Dies betrifft vor allem das mesolimbisch-dopaminerge System (Langer et al., 2011; Nestler, 2001).

Der Opioidentzug erfolgt durch die Unterbrechung oder Reduktion von anhaltendem und schwerem Opioidkonsum oder die Einnahme eines Antagonisten nach einer Phase des Konsums. Innerhalb von Minuten bis Tagen müssen zusätzlich mindestens drei der folgenden Symptome auftreten: (1) Dysphorie, (2) Übelkeit oder Erbrechen, (3) Muskelschmerzen, (4) Tränensekretion oder Rhinorrhoe, (5) Pupillenerweiterung, Gänsehaut oder Transpiration, (6) Durchfall, (7) Gähnen, (8) Fieber oder (9) Schlaflosigkeit. Die Diagnose erfolgt, wenn die Symptome keiner anderen medizinischen Ursache bzw. psychischen Störungen zuzuschreiben sind und klinisch bedeutsames Leid und Beeinträchtigungen in wichtigen Lebensbereichen hervorrufen (APA, 2013a).

Durch den Opioidentzug wird bei Betroffenen außerdem „Craving“ hervorgerufen, das ein starkes Verlangen nach der Substanz während einer abstinenter Periode beschreibt. Es kann durch die Exposition von drogenbezogenen Elementen oder den Wunsch, Entzugssymptome zu lindern und Euphorie zu empfinden, ausgelöst werden (Fareed, 2013).

1.5 Prävalenz in Europa

In Europa zeigten 2011 etwa 1,4 Millionen Menschen zwischen 15 und 64 Jahren einen problematischen Umgang mit Opioiden, das entspricht 0,41% dieser Bevölkerungsgruppe. Von den Patienten mit Abhängigkeitssyndrom, die 2011 eine Therapie in Europa beanspruchten, waren 48% Opioidkonsumenten, die meisten davon begaben sich wegen Heroinkonsums in Behandlung (EMCDDA, 2013c). Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Heroin beträgt 22 Jahre, jedoch sucht der durchschnittliche Heroinkonsument erst mit 35 Jahren eine Behandlung auf. Männer

konsumieren wesentlich häufiger Heroin als Frauen, 78% der Konsumenten sind männlich und nur 22% weiblich (EMCDDA, 2013c).

Anhand nationaler Schätzungen der Jahre 2006 bis 2011 zeigen sich das Vereinigte Königreich, Malta, Irland, Lettland und Luxemburg bezüglich der Prävalenz von problematischen Opioidkonsumenten in Europa als führend. Österreich befindet sich im europäischen Vergleich an sechster Stelle (EMCDDA, 2013c).

Laut dem Drogenbericht des EMCDDA (2013c) konnte ein gewisser Wandel in Europa festgestellt werden. Die Anzahl neuer Heroinkonsumenten nimmt vor allem in Westeuropa stetig ab. Es liegt zurzeit ein höheres Angebot bei der Behandlung von Heroinkonsumenten vor, während insgesamt eine Abnahme des Konsums der Substanz zu verzeichnen ist. Die Menge Heroin, die im Jahr 2011 sichergestellt werden konnte (6,1 Tonnen), entspricht der niedrigsten seit zehn Jahren und der Hälfte des sichergestellten Heroins des Jahres 2001. Heroin wird außerdem seltener injiziert, die Zahl der durch Heroin bedingten Todesfälle nimmt ab.

Dennoch zählt der Drogenkonsum in Europa „... zu den häufigsten Ursachen für Todesfälle unter jungen Menschen, und zwar sowohl direkt durch Überdosierungen (drogeninduzierte Todesfälle) als auch indirekt durch drogenbedingte Krankheiten und Unfälle, Gewalt und Selbstmorde“ (EMCDDA, 2013c, S. 40).

Dabei stellt vor allem der injizierende Konsum ein besonderes Risiko für die Konsumenten dar, der in Europa unterschiedlich stark gegeben ist. Während in den Niederlanden etwa 9% intravenös konsumieren, sind es in Lettland mehr als 93%. In Griechenland und Rumänien wurde eine deutliche Zunahme der HIV-Neuinfektionen festgestellt. Bulgarien, Estland und Lettland verzeichnen ebenso leichte Zunahmen. Dahingegen zeigen Irland, Spanien und Portugal einen Rückgang bezogen auf HIV-Neuinfektionen, die dem generellen Abwärtstrend seit 2004 entsprechen (EMCDDA, 2013c).

Neben Heroin sind jedoch auch andere Opioide wie beispielsweise Buprenorphin, Methadon oder Fentanyl auf dem illegalen Markt vertreten. Obwohl Heroin weltweit lange Zeit hindurch das meistkonsumierte Opioid war, wurde es in einigen Ländern von synthetischen Opioiden wie zum Beispiel Fentanyl oder Buprenorphin abgelöst (EMCDDA, 2013c). Auch ärztlich verschriebene Opioide werden, wie bereits erwähnt, oftmals nicht der medizinischen Intention entsprechend, also illegal konsumiert. Sie

werden gekaut oder intravenös eingenommen, Fentanylpflaster werden unter anderem oral appliziert (Fareed, 2013). Dabei gilt das synthetische Fentanyl als eines der stärksten Opioide. In Estland nannte ein Großteil der Patienten, die sich in Behandlung begaben, Fentanyl als Leitdroge, in Finnland war Buprenorphin das meistkonsumierte Opioid (EMCDDA, 2013c). Als Leitdroge wird dabei jeweils die Substanz bezeichnet, die bei dem Patienten subjektiv die meisten psychosozialen und gesundheitsbezogenen Probleme verursacht bzw. die zur Inanspruchnahme einer Behandlung führt (BMG, 2013b).

1.5.1 Situation in Österreich, insbesondere Wien

In Österreich nennen etwa 90% der Personen, die eine drogenspezifische Behandlung in Anspruch nehmen, als Leitdroge Opioide (BMG, 2013a). Es sind etwa 30.000 bis 34.000 Personen, die einen problematischen Opioidkonsum aufweisen. Innerhalb der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen sind pro 1000 Österreicher etwa 5 bis 6 Personen von Opioidkonsum betroffen. Etwa ein Viertel der Betroffenen ist weiblich, ein Fünftel ist jünger als 25 Jahre. Von den Betroffenen leben etwa 50% in Wien. Dabei zeigen sich in den städtischen Ballungszentren und innerhalb von Randgruppen generell höhere Prävalenzraten von Opioidkonsum (BMG, 2013a). In Österreich kam es in den letzten Jahren zu einer zunehmenden Angleichung des Drogenkonsums zwischen Wien und andererseits kleinstädtischen und ländlichen Gebieten. Die Hauptverabreichungsform von Opioiden ist die Injektion, die in Österreich 15.000 bis 17.000 Personen betrifft, wobei auch das „Sniffen“ (intranasale Einnahme) eine bevorzugte Applikationsform darstellt.

In Österreich ist etwa die Hälfte der Personen mit Opioidabhängigkeit in einem Substitutionsprogramm. Der Großteil der Patienten (56%) wird dabei mit Morphin in Retardform behandelt. Seltener werden in Österreich Buprenorphin (18%) und Methadon (16%) in der Substitutionstherapie angewandt. Damit stellt Österreich eine Besonderheit gegenüber anderen Ländern dar (EMCDDA, 2013b). Auf Ebene der Bundesländer ist auf starke Unterschiede in der Verschreibungspraxis hinzuweisen, älteren Patienten wird tendenziell häufiger Morphin Retard verschrieben (BMG, 2013a).

Besonders bedeutsam ist in Österreich der polytoxikomane Drogenkonsum in Verbindung mit dem Konsum von Opioiden (BMG, 2013b). Der häufige Einsatz von retardierten Morphinen in Österreich stellt eine Besonderheit dar, nur in wenigen

anderen Ländern der Europäischen Union wie der Slowakei, Slowenien, Bulgarien und Luxemburg ist diese Form der Substitution zugelassen. Die österreichische Rechtslage sieht retardierte Morphine jedoch nur bei Unverträglichkeit von Buprenorphin bzw. Methadon vor. Mit 1.3.2007 trat folgende Novelle der Suchtgiftverordnung von 1997 in Kraft: „§ 23c. Bei der Substitutionsbehandlung sind Methadon sowie auch Buprenorphin, jeweils in einer für die perorale Einnahme geeigneten und die i.v. Verwendung dieser Suchtmittel erschwerenden Zubereitung, Mittel der ersten Wahl. Nur bei Unverträglichkeit dieser Arzneimittel dürfen andere Substitutionsmittel verschrieben werden“ (BMG, 2006 [BGBl. II Nr. 451/2006, S. 3]). Gemäß dem Epidemiologiebericht des BMG (2013b) konnten jedoch Patienten mittels Morphin-Retard-Substitution am längsten in der Therapie gehalten werden, erst an zweiter Stelle lag Buprenorphin.

1.6 Behandlung von Opioidabhängigkeit

Die Abhängigkeit von Opioiden gilt als eine chronische Erkrankung, die häufig mit Rückfällen verbunden ist (Fareed, 2013; Gordon & Krumm, 2013). Die Therapie dieser Erkrankung soll daher auf mehreren Ebenen erfolgen und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. Fischer und Kayer (2006) betonen diesbezüglich, dass „die Erkrankung nicht endet, nachdem ‚Drogen‘ aus dem Körper entfernt oder die Entzugerscheinungen (Abstinenzsyndrom) beseitigt wurden. Vielmehr dauert die Erkrankung an und Rückfälle gilt es als integralen Bestandteil anzusehen“ (S. 40).

Dabei scheinen eine geringe Compliance (Einhaltung ärztlicher Ratschläge und Verordnungen) sowie hohe Rückfallsquoten nicht nur charakteristisch für die Abhängigkeit von Opioiden zu sein, sondern als Spezifikum aller chronischen psychischen Krankheiten zu gelten (Fischer & Kayer, 2006). McLellan, Lewis, O'Brien und Kleber (2000) wiesen einen ähnlichen Verlauf sowie eine ähnliche Behandlungs-Compliance bei Personen mit Opioidabhängigkeit im Vergleich mit Patienten mit chronischen Krankheiten wie Typ-2-Diabetes mellitus, Asthma und Hypertonie nach. Demnach bedarf Abhängigkeit ebenso multiprofessioneller Langzeitbehandlung, um Rezidenen bzw. Rückfällen, die gemäß einer Studie von Gossop, Stewart, Browne und Marsden (2002) etwa 60% der Patienten betreffen, nach einer Remission entsprechend entgegenwirken zu können.

Als Therapiemethoden der Abhängigkeit gelten pharmakologische und psychosoziale Interventionen, die sich auf die Reduktion oder Beendigung des Substanzkonsums beziehen, Schadensminimierung und eine Verbesserung der Lebensqualität anstreben. Die pharmakologische Komponente umfasst dabei die allmähliche, schrittweise Reduktion der Einnahme von Opioidagonisten (z.B. mittels Methadon), kurzzeitige Einnahme partieller Agonisten oder die Beendigung der Einnahme von Opioidagonisten und eine gleichzeitige Behandlung des Entzugssyndroms (WHO, 2009). Die Akutdetoxifizierung bzw. Kurzzeitintervention führt meist nicht zu dem gewünschten Effekt der langfristigen Opioidabstinenz (Fischer & Kayer, 2006; WHO, 2009).

Bei der Entzugsbehandlung ist darauf zu achten, dass mit ihr eine Abnahme der Toleranz einhergeht, die für den Patienten ein besonderes Risiko von Überdosierung darstellt. Überdosierung ist unter Drogenkonsumenten einer der häufigsten Gründe für Mortalität (Strang et al., 2003). Besonders hoch ist deshalb die Gefahr der Mortalität auch bei Abbruch einer Substitutionsbehandlung, wobei etwa nach einem Monat die Wahrscheinlichkeit für den Abbruch der Therapie als erhöht gilt (BMG, 2013b).

Lobmaier, Gossop, Waal und Bramness (2010) betonen zusätzlich die Bedeutung von psychosozialen Faktoren für den Therapieerfolg. Kostenintensive stationäre Aufenthalte sind vor allem für Patienten empfehlenswert, die aufgrund von Polysubstanzabhängigkeit oder komorbiden Störungen zusätzlich belastet sind (UNDOC, 2013).

1.6.1 Substitutionsbehandlung

Durch die Substitutionsbehandlung sollen langfristig Entzugssymptome und Craving unterdrückt und ungünstige Verhaltensweisen, die mit Opioidabhängigkeit in Verbindung stehen, vermieden werden.

Das Prinzip der Substitutionsbehandlung ist die Überführung des abhängigen Konsums von Heroin in eine kontrollierte Opiatabhängigkeit durch Gabe medizinischer Opioide. Diese Substanzen, wie z.B. Methadon, sind wie auch Heroin Agonisten am μ -Rezeptor des Endorphinsystems. Bei angemessener Dosis

unterdrückt die Gabe medizinischer Opioide Entzugsserscheinungen und Heroinverlangen. (Scherbaum, 2007, S. 104)

Scherbaum (2007) postuliert folgende Hierarchie von Zielen der Substitutionsbehandlung:

1. Die erste Ebene der Interventionen („basale Ziele“) dient der Sicherung des Überlebens des Patienten, der Reduktion seines illegalen Heroinkonsums und krimineller Aktivitäten.
2. Auf zweiter Ebene („mittelgradige Ziele“) widmet sich die Therapie der Reduktion der Einnahme anderer Suchtmittel sowie psychischen und sozialen Interventionen.
3. Die langfristige Abstinenz von Opioiden ("maintenance to abstinence") wird als „hochgradiges Ziel“ beschrieben, wobei diese jedoch nur von wenigen Patienten mit Opioidabhängigkeit erreicht wird. Laut APA (2013a) sind dies etwa 20–30% der Patienten mit einer Opioid-Substanzgebrauchsstörung.

Die Substitutionsbehandlung hat sich mittlerweile als state-of-the-art-Behandlung etabliert und gilt als erfolgreich (Fischer & Kayer, 2006). Durch sie bietet sich für den Patienten häufig erstmals die Möglichkeit, sich mit teilweise langjährigen Problemen auseinanderzusetzen und adäquate Hilfe zu erlangen. Laut World Drug Report (UNODC, 2013) führt Substitutionstherapie zu erhöhten Überlebenschancen, weniger Kriminalität und Suizidversuchen, die HIV-Übertragung wird weniger wahrscheinlich.

Österreichweit ist eine Tendenz zur zunehmenden Akzeptanz und Anwendung der Substitutionsbehandlung zu verzeichnen. Die Zahl der Personen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, hat sich seit 1999 auf das etwa Fünffache erhöht, während die geschätzte Anzahl derer mit problematischem Opioidkonsum im gleichen Zeitraum lediglich um 50% gestiegen ist (BMG, 2013b).

Die Substitutionsbehandlung wird in Österreich im Sinne der Diversifikation der therapeutischen Maßnahmen stationär sowie ambulant angeboten (BMG, 2013a). Diversifikation bedeutet, eine breite Palette verschiedener Optionen zur Behandlung einer Krankheit zur Verfügung zu haben und dadurch die jeweilige Verschreibung gemäß Effektivität und Nebenwirkungen individuell an den Patienten anpassen zu

können, wie dies auch bei anderen Krankheiten üblich ist (Woody, 2005). Gemäß Lobmaier und Kollegen (2010) sollte die Wahl des Substitutionsmittels aufgrund von Akzeptanz und Durchführbarkeit getroffen werden. Dies betrifft insbesondere Nebenwirkungen, Stabilisierung des Patienten in der Therapie, Häufigkeit der Einnahme, begleitende Kontrollmaßnahmen und Sicherheit bei längerfristiger Einnahme höherer Dosen.

Bei dauerhafter Abstinenz von Heroin und anderen Substanzen, Distanz zur Drogenszene, psychischer sowie physischer Stabilisierung und dem erfolgreichen (Wieder-) Einstieg in ein strukturiertes Leben kann die langsame und schrittweise Beendigung der Substitutionstherapie angedacht werden (Fischer & Kayer, 2006; Scherbaum, 2007).

Bei der Diskussion um Vor- und Nachteile der ärztlichen Verschreibung von Opioiden wird unter anderem die Gefahr des illegalen Handels mit Substitutionsmitteln am Schwarzmarkt kritisiert (BMG, 2013a). Eder und Kollegen (2005) formulieren dieses Risiko im Zuge einer vergleichenden Studie zum Behandlungserfolg mit Methadon bzw. retardierten Morphinen: "As with any chronic opioid treatment, attention must be paid to reducing the opportunities for diversion and misuse, and therefore supervised dosing would be critical at treatment initiation" (S. 1108).

1.6.2 Dosierung der Substitutionsmittel

Die Umrechnung der illegal konsumierten Heroindosis in eine angemessene Methadondosis ist aufgrund von Verunreinigungen sowie unzureichender Sicherheit bezüglich der Angaben der Patienten generell problematisch, weshalb eine initial geringe Dosis sukzessive gesteigert wird, bis Entzugssymptome und Craving ausbleiben (Scherbaum, 2007).

Höhere Dosierungen von Methadon (mehr als 80 mg) sowie die Verabreichung von Methadon durch spezifische Verantwortliche in Behandlungszentren brachten in einer Studie von Gerra und Kollegen (2003) signifikant mehr Responder. Dies waren Patienten, deren Urinalysen zu weniger als 50% positiv ausfielen.

Mattick und Kollegen (2008) publizierten in einem Cochrane Review, einer systematischen Übersichtsarbeit, die Wirksamkeit von Methadon, Buprenorphin und

Placebos. Sie untersuchten jeweils niedrige und mittlere Dosierungen der beiden Substitutionsmittel sowie Buprenorphin in unterschiedlichen Dosiseinstellungen (niedrig, mittel, hoch) im Vergleich mit Placebos. Bezogen auf Methadon entsprach nach der Einteilung der Autoren eine niedrige Dosis 20–35 mg, eine mittlere Dosis 50–80 mg und hohe Dosen mehr als 120 mg. Als niedrige Dosis Buprenorphin wurde eine Menge von zwei bis sechs Milligramm bezeichnet, sieben bis 15 Milligramm als mittlere Dosis und 16 Milligramm als hohe Dosis. Bei flexibler Dosierung, wie sie in der klinischen Praxis vorherrscht, ist laut den Autoren (2008) Methadon effektiver als Buprenorphin, die Haltequote ist höher. Allerdings zeigte sich hier kein signifikanter Unterschied bezüglich des Beikonsums von Opioiden. Bei mittlerer Dosierung von Methadon ist dies im Vergleich zu niedrigen und mittleren Dosierungen von Buprenorphin überlegen in Bezug auf den Beikonsum von Opioiden.

Buprenorphin ist einem Placebo in Bezug auf die Haltequote und den Beikonsum grundsätzlich überlegen, der Beikonsum verringert sich aber nur in mittleren und hohen Dosierungen signifikant.

Mattick und Kollegen (2008) weisen darauf hin, dass die initial verschriebenen Dosen von Buprenorphin in einigen der in der Analyse berücksichtigten Studien eventuell zu gering waren und somit die Haltequote gegenüber Methadon geringer. Außerdem könnten durch die Umstellung von einem reinen Agonisten wie Heroin oder Methadon auf einen partiellen Agonisten wie Buprenorphin Entzugssymptome eintreten und diese ihrerseits zu Therapieabbrüchen führen. Eine andere Erklärung für eine geringere Haltequote bei Buprenorphin-Substitution könnte sich laut den Autoren auch durch häufigere Versuche des Entzugs von Buprenorphin ergeben, der als weniger schwerwiegend beschrieben wird. Patienten bzw. Versuchspersonen, die beispielsweise aus diesem Grund die Therapie bzw. Studie verlassen, beeinflussen dadurch die Haltequote, was jedoch nichts über den Therapieerfolg bzw. -misserfolg aussagen würde.

2 Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Beschreibung der Charakteristika einer Persönlichkeitsstörung generell sowie der Erläuterung spezifischer Persönlichkeitsstörungen. Es werden dabei Forschungsergebnisse zu Zusammenhängen von Persönlichkeitsstörung und Substanzabhängigkeit und deren Auswirkungen auf die Therapie genannt. Außerdem werden verschiedene Modelle des möglichen Zusammenhangs zwischen den beiden Störungsbildern wiedergegeben.

2.1 Definition

Persönlichkeitseigenschaften sind überdauernde Muster, die beeinflussen, wie die Umwelt und das Selbst wahrgenommen, wie diese miteinander in Beziehung gesetzt und wie hierüber reflektiert wird. Sie äußern sich in verschiedenen sozialen und persönlichen Bereichen. Wie in Tabelle 1 ersichtlich wird, spricht man von einer Persönlichkeitsstörung, wenn das zuvor beschriebene Muster beträchtlich von den Erwartungen des sozialen Umfeldes differiert, unflexibel und dysfunktional ist und außerdem zu einer erheblichen Beeinträchtigung oder zu Leiden führt (APA, 2013a).

Das von sozialen Erwartungen abweichende Muster von Erleben und Verhalten zeigt sich dabei in mindestens zwei der Bereiche Kognition, Affektivität, zwischenmenschliche Beziehungen und Impulskontrolle. Der Beginn des überdauernden Musters liegt im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter. Weitere Kriterien fordern, dass die Symptome nicht besser durch eine andere psychische oder physische Störung oder durch die Wirkung einer Substanz (z.B. Substanzmissbrauch) erklärbar sind (APA, 2013a). Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen wurden im DSM-IV auf Achse II angeführt, Achse I erfasste klinische Störungen und klinisch relevante Probleme wie beispielsweise die Depression (Wittchen & Hoyer, 2011). Das derzeitige DSM-5 sieht jedoch nur noch eine Achse für die Gesamtheit der Störungen vor (APA, 2013b).

Tabelle 1. General Personality Disorder nach DSM-5 (APA, 2013a, S. 646–647)

- A. Ein überdauerndes Muster von Erleben und Verhalten, das erheblich von den Erwartungen des sozialen Umfeldes abweicht und sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche äußert:
 - 1. Kognition
 - 2. Affektivität
 - 3. Zwischenmenschliche Beziehungen
 - 4. Impulskontrolle
 - B. Das Muster von Erleben und Verhalten ist unflexibel und dysfunktional in verschiedenen persönlichen und sozialen Bereichen.
 - C. Das Muster führt zu klinisch bedeutsamer Beeinträchtigung oder Leiden in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Bereichen.
 - D. Das Muster ist über einen längeren Zeitraum stabil, der Beginn liegt im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter.
 - E. Das Muster wird nicht besser durch eine andere psychische oder physische Störung erklärt.
 - F. Das Muster wird nicht besser durch die Wirkung einer Substanz oder einen anderen medizinischen Umstand erklärt.
-

2.2 Kategorisierung und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen

Cluster A beschreibt sonderbare, exzentrisch anmutende Persönlichkeiten wie die paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeit. Die paranoide Persönlichkeitsstörung ist durch erhöhtes Misstrauen, ein Gefühl der Bedrohung sowie die häufige Annahme von böswilligen Motiven anderer Menschen gekennzeichnet. Der Rückzug von sozialen Beziehungen und Aktivitäten wie auch ein begrenzter Umfang emotionalen Ausdrucks sind charakteristisch für die schizoide Persönlichkeit. Verzerrungen in Wahrnehmung und Kognitionen sowie ein Rückzug von sozialen Bezügen sind kennzeichnend für die schizotypische Persönlichkeit (APA, 2013a).

Cluster B bezieht sich auf dramatische, emotionale, launisch anmutende Störungen und umfasst somit antisoziale, histrionische, narzisstische Persönlichkeiten sowie die

Borderline-Persönlichkeit. Die antisoziale Persönlichkeit ist durch die Missachtung oder gar Verletzung sozialer Normen und der Rechte des sozialen Umfelds sowie fehlender Planungsfähigkeit charakterisiert. Als typische Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung gelten Instabilität von Beziehungen, Selbstbild und Affekten sowie eine erhebliche Impulsivität. Histrionische und narzisstische Persönlichkeiten suchen nach Aufmerksamkeit und Anerkennung, wobei die histrionische Persönlichkeit durch das Überschätzen der Nähe in Beziehungen und exzessive Emotionalität, die narzisstische Persönlichkeit eher durch ein Gefühl der eigenen Großartigkeit sowie fehlende Empathie gekennzeichnet ist (APA, 2013a).

Cluster C beschreibt ängstliche, vermeidende Persönlichkeiten wie die selbstunsichere, dependente bzw. abhängige und zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Die selbstunsichere Persönlichkeit gilt im sozialen Bereich als zurückgezogen, fühlt sich minderwertig und ist besonders empfindlich gegenüber Kritik. Dependente bzw. abhängige Persönlichkeiten zeigen ein hohes Bedürfnis nach Fürsorge durch andere und verhalten sich oftmals klammernd und demütig. Zwanghafte Persönlichkeiten haben ein übermäßiges Bedürfnis nach Perfektionismus, Ordnung und Kontrolle zu Lasten von Flexibilität, Offenheit und Effektivität (APA, 2013a). Ein Überblick über die Störungen findet sich in Tabelle 2.

Persönlichkeitsstörungen, die nicht im DSM zu finden sind, jedoch im Manual des Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventars (PSSI, Kuhl & Kazén, 2009) beschrieben werden, sind die „rhapsodische Persönlichkeit“ und die „passiv-aggressive bzw. negativistische Persönlichkeit“. Dabei äußert sich die rhapsodische Persönlichkeitsstörung in andauernder Schwärmerei und einer Unfähigkeit, mit negativen Situationen und Konflikten umzugehen sowie „negative Seiten im Selbsterlebnis und bei anderen zu sehen“ (Kuhl & Kazén, 2009, S. 16). Die „passiv-aggressive bzw. negativistische Persönlichkeit“ zeigt aufgrund der Annahme, missverstanden und unfair behandelt zu werden, Widerstand in Bezug auf Anforderungen oder Anregungen durch Mitmenschen. Der passive Widerstand äußert sich in Form von „Vergesslichkeit“ oder auch Verzögerung der Erfüllung von Aufgaben. Menschen mit dieser Persönlichkeitsstörung zeigen eine ungerechtfertigte Skepsis auch gegenüber Anregungen anderer, die in guter Absicht erfolgen, und legen diese oftmals negativ aus.

Tabelle 2. Cluster-Einteilung nach DSM-5 (APA, 2013a, S. 645–646)

Cluster A	
Paranoide PS	Misstrauen, Annahme böswilliger Motive anderer Menschen, Gefühl der Bedrohung
Schizoide PS	Rückzug von sozialen Beziehungen und Aktivitäten, beschränkte Fähigkeit emotionalen Ausdrucks
Schizotypische PS	Unbehagen in engen Beziehungen, Verzerrung von Kognition und Wahrnehmung
Cluster B	
Antisoziale PS	Missachtung und Verletzung sozialer Normen und Rechte, mangelnde Planungsfähigkeit
Borderline PS	Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild, Affekten sowie ausgeprägte Impulsivität
Histrionische PS	„Exzessive“ Emotionalität, Suche nach Aufmerksamkeit, Überschätzung der Nähe in Beziehungen
Narzisstische PS	Verlangen nach Anerkennung, Gefühl von Großartigkeit, fehlende Empathie
Cluster C	
Selbstunsichere (vermeidende) PS	Sozialer Rückzug, Gefühl der eigenen Minderwertigkeit, erhöhte Sensibilität gegenüber Kritik
Dependente (abhängige) PS	Unterwürfiges und klammerndes Verhalten, erhöhtes Bedürfnis nach Fürsorge
Zwanghafte PS	Übermäßige Beschäftigung mit Ordentlichkeit, Perfektionismus und Kontrolle

Anmerkung. PS = Persönlichkeitsstörung.

2.3 Komorbidität

Komorbidität bedeutet – auf einem sehr allgemeinen Niveau – das gemeinsame Auftreten oder Vorhandensein von zusätzlichen Störungen bzw. Krankheiten bei bereits bestehender Diagnose (European Collaborating Centres in Addiction Studies, 2006).

2.3.1 Definition der Komorbidität bei Substanzgebrauchsstörung

Die WHO (1994) behandelt den Begriff Doppeldiagnose synonym mit Komorbidität. Dabei beziehen sich diese Begriffe meist auf das Zusammentreffen einer Substanzgebrauchsstörung und einer zusätzlichen psychischen Störung. Im Bereich der Substanzabhängigkeit versteht man unter Komorbidität das gemeinsame Auftreten von einer oder mehreren psychischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen mit einer Substanzgebrauchsstörung (EMCDDA, 2004). Dabei können diese Störungen entweder gleichzeitig oder aufeinander folgend auftreten (Hall, Degenhardt & Teesson, 2009).

„Neben der Sucht, somatischen und sozialen Problemstellungen befinden sich unter den Patienten ... eine große Zahl von Menschen mit ausgeprägten psychischen Störungen. Man spricht hier auch von Komorbidität, Dualdiagnosen oder Doppeldiagnosen“ (Berthel, 2007, S. 93).

Hall und Kollegen (2009) konnten zeigen, dass innerhalb klinischer Stichproben bis zu 50% der Patienten über die Lebensspanne hinweg die Kriterien für Komorbidität erfüllen. Häufig bestehen neben Substanzgebrauchsstörungen auch Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen und Angststörungen. Gemäß der WHO (2009) sind Menschen mit Opioidabhängigkeit oftmals von einer posttraumatischen Belastungsstörung, Angst- oder Persönlichkeitsstörung sowie Depression betroffen.

Die EMCDDA (2004) schlägt darüber hinaus aufgrund des häufig gemeinsamen Auftretens von Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis-C etc.), familiären Problemen, Arbeitslosigkeit, Inhaftierung sowie Wohnungslosigkeit bei opioidabhängigen Patienten den Begriff „Multimorbidität“ vor.

2.3.2 Häufige komorbide Störungen bei Substanzgebrauchsstörung

Uchtenhagen und Zieglgänsberger (2000, zitiert nach EMCDDA, 2004, S. 96) kamen nach der Analyse verschiedener Studien zu dem Ergebnis, dass Persönlichkeitsstörungen die größte Gruppe (50–90%) der komorbiden Störungen unter Drogenkonsumenten darstellen.

Substanzmissbrauch ist besonders häufig bei Menschen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung vorzufinden, jedoch ist auch die paranoide, histrionische, vermeidende, abhängige und zwanghafte Persönlichkeit betroffen (Verheul, Van den Brink & Hartgers, 1995, zitiert nach Verheul & Van den Brink, 2005, S.127). Nach Yang und Kollegen (2014) ist die antisoziale Persönlichkeitsstörung eine der Störungen, die am häufigsten komorbid mit Drogenabhängigkeit besteht. In der Gruppe der Patienten mit Opioidabhängigkeit liegt die Prävalenz bei 23–80% (Grella, Karno, Warda, Niv & Moore, 2009; Mackesy-Amiti, Donenberg & Ouellet, 2012; Ross, Dermatis, Levounis & Galanter, 2003; Ross et al., 2005). Ähnlich hohe Prävalenzraten wurden auch bezüglich der Borderline-Persönlichkeitsstörung festgestellt (Mackesy-Amiti et al., 2012; Ross et al., 2003; Ross et al., 2005). Das Auftreten einer Persönlichkeitsstörung bei Patienten mit Opioidabhängigkeit scheint dabei nicht vom Geschlecht abhängig zu sein, Frauen leiden jedoch eher an der paranoiden, Männer an der antisozialen Persönlichkeitsstörung (Grella et al., 2009).

Ross und Kollegen (2003) stellten bei etwa 53% der Patienten mit einer Substanzgebrauchsstörung mindestens eine komorbid bestehende Persönlichkeitsstörung fest. 68% dieser Patienten erfüllten die Kriterien für mehr als eine Persönlichkeitsstörung, wobei vor allem die Borderline- (74%) und die antisoziale Persönlichkeitsstörung (66%) häufig diagnostiziert wurden. Die häufigste Störung aus Cluster A des DSM-III-R betraf die paranoide PSD (19%), aus Cluster C war es die vermeidende Persönlichkeit (19%). Cluster-B-Störungen und insbesondere die antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung sind bei Substanzabhängigkeit am häufigsten festzustellen, Cluster-A- und -C-Störungen treten jedoch auch oftmals komorbid auf. Die Relevanz von Achse-I-Störungen wurde gegenüber jener von Achse-II-Störungen oft überschätzt (Ball, 2005).

Cacciola und Kollegen (2001) widmeten sich der vergleichenden Untersuchung von Patienten mit komorbiden psychischen Störungen bzw. ohne solche. Bei 75% der

Patienten lag eine psychische Störung vor, wobei diese Patienten am häufigsten von einer Persönlichkeitsstörung der Achse-II des DSM betroffen waren. 78% der Patienten, die eine Achse-I-Störung aufwiesen, waren ebenso von einer Achse-II-Persönlichkeitsstörung betroffen. Dabei scheint ein Zusammenhang zwischen psychischer Störung und der Problemlage der Patienten zu bestehen. Patienten, die keine komorbide Störung zusätzlich zur Opioidabhängigkeit aufwiesen, zeigten weniger Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen als die Vergleichsgruppen.

Patienten, die von Achse-I- und -II-Störungen betroffen waren, zeigten dagegen die meisten psychischen, familiären, sozialen und medizinischen Probleme bei Beginn der Behandlung sowie sieben Monate danach. Sie konnten jedoch von der Behandlung in gleichem Maße profitieren wie ihre Mitpatienten. Eventuell kann dieses Phänomen durch die verstärkte Behandlung dieser Patientengruppe erklärt werden. Patienten, die eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen, brachen allerdings etwa doppelt so häufig die Therapie ab als die anderen Patienten (Cacciola et al., 2001).

Ross und Kollegen (2003) verglichen Patienten, die die Diagnosekriterien einer Substanzabhängigkeit sowie die einer Achse-I- und Achse-II-Störung des DSM-III-R erfüllten, d.h. Patienten mit Dreifachdiagnose, mit denjenigen Patienten, die nur eine Substanzabhängigkeit in Verbindung mit einer Achse-II-Persönlichkeitsstörung aufwiesen („Doppeldiagnose“). Dabei zeigten sich bei Patienten mit Dreifachdiagnose schlechtere Beschäftigungsverhältnisse und stärkere psychische Beeinträchtigungen in der Vergangenheit sowie vermehrt Probleme mit dem Gesetz. Außerdem wiesen Patienten mit Dreifachdiagnose eine schlechtere Compliance bei der therapeutischen Nachbetreuung auf.

Probleme, die Patienten mit komorbiden Störungen sowie deren Therapieverlauf mitunter betreffen, sind etwa geringer sozialer Support durch provokantes, impulsives, manipulatives oder ähnlich ungünstiges Verhalten, emotionale Schwankungen sowie fehlende Compliance oder Misstrauen gegenüber den Therapeuten (Ball, 2005). Besonders bei schweren Persönlichkeitsstörungen sind niedrige Haltequoten zu erwarten (Scherbaum, 2007).

Obwohl das gemeinsame Auftreten von Substanzabhängigkeit und psychischen Störungen bereits vielfach untersucht und belegt wurde, bleibt der Zusammenhang trotzdem komplex und die Ätiologie unklar. Gemäß dem European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiciton (EMCDDA, 2004) liegen diesbezüglich uneindeutige

Forschungsergebnisse vor, die Symptome der beiden Störungen scheinen jedenfalls aufeinander Einfluss zu nehmen. Im europäischen Raum wurden bisher nur wenige Studien zur Prävalenz von Komorbidität durchgeführt, die ebenso zu uneinheitlichen Ergebnissen gelangten (Hall et al., 2009). Es ist – aufgrund ähnlicher Symptome von psychischen Störungen und Substanzgebrauchsstörungen sowie der Fluktuation von Symptomen wie auch methodischen Beschränkungen – schwierig, Komorbidität bei Patienten mit Substanzabhängigkeit festzustellen (EMCDDA, 2013a).

2.3.3 Modelle der Komorbidität bei Substanzgebrauchsstörung

Modelle zum Zusammenhang von Substanzkonsum und Persönlichkeitsstörung umfassen grundsätzlich drei mögliche Verläufe (EMCDDA, 2013a; Verheul et al., 2000).

1. Der Gebrauch von psychotropen Substanzen löst bei den Konsumenten zugrunde liegende psychische Störungen oder kurzfristig bestimmte Symptome dieser aus.
2. Psychische Störungen veranlassen die Betroffenen zum Konsum von Drogen, um etwaige Symptome psychischer Störungen zu verringern.
3. Substanzgebrauchsstörung und psychische Störung werden durch einander überlappende Faktoren, wie z.B. Genetik, Exposition gegenüber Stress oder Trauma bzw. Hirnanomalien, ausgelöst.

Verheul und Van den Brink (2005) beschreiben diese drei Meta-Modelle verschiedenartiger Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsstörung und Substanzmissbrauch, die im Weiteren erläutert werden.

2.3.3.1 Modell der primären Substanzabhängigkeit

Die Substanzabhängigkeit trägt diesem Modell zufolge zur Entwicklung der Persönlichkeitsstörung bei. Unklar bleibt jedoch, inwieweit die Persönlichkeitsstörung und ihr Verlauf vom Substanzmissbrauch und damit der Achse I des DSM abhängig

sind (Verheul et al., 2000). Verheul und Van den Brink (2005) fordern die strenge Unterscheidung neu herausgebildeter Persönlichkeitscharakteristika von bestimmten, rein durch die Substanz ausgelösten, vorübergehenden Verhaltensmustern, die demnach keiner Achse-II-Diagnose entsprächen. Die Autoren betonen jedoch, dass es noch zu früh wäre, den verstärkenden oder aufrechterhaltenden Einfluss von Substanzgebrauch auf bestimmte Symptome auszuschließen. Im Folgenden werden Theorien erläutert, die auf dem Modell des primären Substanzmissbrauchs beruhen.

Die *soziale Lerntheorie* bezieht sich vor allem auf die häufige Prävalenz der antisozialen Persönlichkeitsstörung und postuliert, dass sich das Verhalten durch die Umstände entwickelt, die der Substanzmissbrauch bedingt. Es wird durch eine im Kontext zu Substanzmissbrauch stehende, von der Norm abweichende Bezugsgruppe bestimmt. Antisoziales Verhalten wird durch Anwendung von Normen dieser Gruppe und Verstärkung in dieser geprägt (Bernstein & Handelsman, 1995, zitiert nach Verheul & Van den Brink, 2005, S. 128).

Die *behavioristische Lerntheorie* betont die Auswirkungen von psychoaktiven Substanzen als positive Verstärker und Reize zur Konditionierung bestimmter Persönlichkeitszüge. Zum Beispiel würde eine Person mit Substanzabhängigkeit eventuell Familie und Freunde manipulieren, um finanzielle Unterstützung zu erhalten. Die Verzerrung der eigenen Wahrnehmung durch den Rauschzustand kann weiters dazu beitragen, dass sich die Verhaltensmuster gegenüber der Umwelt verändern (Verheul & Van den Brink, 2005).

Die *neuropharmakologische Hypothese* postuliert eine Einwirkung des chronischen Substanzmissbrauchs sowie des Entzugs direkt auf das Gehirn. Durch neuroadaptive Veränderungsprozesse entstehen bei anhaltendem Substanzkonsum weitreichende Beeinträchtigungen in Affekt, Gedächtnis sowie sozialer Interaktion. Auch durch den teilweise langwierigen Entzug mehrerer Substanzen können Charakterzüge hervortreten, die denen einer psychischen Störungen ähnlich sind (Verheul & Van den Brink, 2005).

2.3.3.2 Modell der primären Persönlichkeitsstörung

Ehemalige Bestrebungen, eine (prä-)abhängige Persönlichkeit oder „Suchtpersönlichkeit“ zu ermitteln, wurden in den 1970er Jahren durch

wissenschaftliche Studien weitgehend zurückgeworfen (vgl. Barnes, 1979). Ein Jahrzehnt später begegneten diese Studien jedoch erheblicher Kritik aufgrund methodischer Mängel. Neuere Studien widmeten sich vermehrt der Untersuchung nicht-linearer Zusammenhänge und der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Über diesen Zugang ergaben sich Annahmen über verschiedene Verläufe für die Entstehung von Abhängigkeit, bei denen Persönlichkeit einen bedeutenden ätiologischen Grundstein darstellt. Diese werden im Folgenden beschrieben (Verheul & Van den Brink, 2005).

„Behavioral disinhibition pathway“: Hier wird ein Verlauf postuliert, der die Entstehung von Abhängigkeit durch Verhaltensenthemmung annimmt. Demnach entsteht Abhängigkeit, wenn niedrige Schwellen für abweichendes Verhalten bei gleichzeitig höheren Werten von antisozialem Verhalten sowie Impulsivität vorliegen. Insgesamt würde weniger auf Schadensminderung und Grenzen geachtet, wodurch Substanzmissbrauch möglich wird (Verheul & Van den Brink, 2005). Gemäß Verheul (2001) sind vor allem die antisoziale wie auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung dem „behavioural disinhibition pathway“ zuzurechnen.

„Stress reduction pathway“: Andere Autoren postulieren als Motiv für den Substanzkonsum erhöhte Werte der Stressreaktivität, Angstsensitivität sowie des Neurotizismus. Die Substanzen werden eingesetzt, um den Stress, der durch Angst und affektive Instabilität auftritt, zu mindern. Wie von der Selbstmedikationshypothese postuliert, entwickelt sich die Substanzabhängigkeit, da durch den Substanzkonsum eine Linderung der Krankheitssymptome der Persönlichkeitsstörung erreicht wird. Heroin dient demnach bei der schizophrenen Persönlichkeitsstörung dem Abbau von Stress und der Schmerzlinderung, und es wirkt akustischen Halluzinationen entgegen (Berthel, 2007). Dabei scheint für diesen Verlauf besonders der Konsum von Alkohol, Benzodiazepinen und Heroin bei der selbstunsicheren (vermeidenden), abhängigen, schizotypischen und Borderline-Persönlichkeitsstörung relevant zu sein (Verheul, 2001).

„Reward sensitivity pathway“: Bei diesem Verlauf wird angenommen, dass Menschen, die hohe Werte bezüglich der Dimensionen Novelty Seeking (Neugierde), Reward Seeking (Wunsch nach Belohnung), Extraversion und Geselligkeit erzielen, Substanzen aufgrund der möglichen positiven Verstärkung durch diese anwenden (Verheul & Van den Brink, 2005). Dies bezieht sich vor allem auf Personen mit histrionischen und narzisstischen Persönlichkeitsstörungen (Verheul, 2001).

Bakken, Landheim und Vaglum (2003) differenzierten in ihrer Studie zwischen substanzinduzierten und substanzunabhängigen psychischen Störungen und unterschieden bei letztgenannten zwischen primärer Suchterkrankung und sekundärer Suchterkrankung. Eine primäre Suchterkrankung lag dann vor, wenn die Substanzabhängigkeit zumindest ein Jahr vor der psychischen Störung diagnostiziert wurde, wohingegen bei einer sekundären Substanzabhängigkeit die psychische Störung zuerst auftrat, dies mindestens ein Jahr, bevor die Substanzabhängigkeit diagnostiziert wurde. Ihren Ergebnissen zufolge tritt die sekundäre Substanzabhängigkeit (76% der Patienten) sehr viel häufiger auf als die primäre (17%). Bei 7% der Patienten wurde ein gleichzeitiges Auftreten von psychischer Störung und Substanzabhängigkeit beschrieben. Patienten mit primärer Substanzabhängigkeit wiesen tendenziell ein früheres Einstiegsalter auf als die Gruppe mit sekundärer Substanzabhängigkeit (17,8 vs. 22,9 Jahre), außerdem zeigten sie eine höhere Frequenz des Drogenmissbrauchs, unabhängig von der Art der Substanz, was jedoch nicht signifikant war. Die Differenzierung in substanzinduzierte und substanzunabhängige Störung stellte sich jedoch insgesamt als wenig ergiebig heraus, da auf zirka 40% der Patienten beide Störungen zutrafen. Die häufigsten Störungen, die mit der sekundären Substanzabhängigkeit in Zusammenhang standen, waren Major Depression, Sozialphobie, andere Phobien und Zwangsstörungen.

2.3.3.3 Modell gemeinsamer Faktoren

Hier wird angenommen, dass ein unabhängiger dritter Faktor zur Entstehung der Substanzabhängigkeit wie auch Persönlichkeitsstörung führt. Dieser Faktor würde demnach bereits vor dem Auftreten der beiden Störungen vorliegen, weshalb häufig genetische Faktoren und schwere Kindheitstraumata im Fokus derartiger Studien stehen. Als unabhängiger Faktor würde dieser auch dann weiterbestehen, wenn eine Störung asymptomatisch verläuft, z.B. bei einer Phase von Abstinenz (EMCDDA, 2013a; Verheul & Van den Brink, 2005).

2.3.3.4 Schlussfolgerung zu den Modellen der Komorbidität

Zahlreiche Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass Persönlichkeitsstörungen überwiegend bereits vor dem Eintreten einer substanzbezogenen Störung bestehen

und die Anfälligkeit für Substanzabhängigkeit erhöhen. "In summary, most evidence available to date strongly supports the primary personality disorder model..." (Verheul & Van den Brink, 2005, S. 133). Eine zeitliche Aufeinanderfolge der Störungen muss jedoch nicht unbedingt für eine zugrunde liegende Kausalität sprechen, und nicht jede Person mit einer Persönlichkeitsstörung entwickelt in weiterer Folge auch eine Substanzabhängigkeit. Hier ist weitere Forschung erforderlich, um gezielt Aussagen über Zusammenhänge und weitere mögliche Einflussfaktoren treffen zu können und ungeeignete Grundannahmen zu vermeiden.

Schlussfolgerungen, die aus einer zeitlichen Folge auf eine kausale schließen, können im Sinne vorläufiger Hypothesen für therapeutische Interventionen durchaus sinnvoll sein; sie sind jedoch problematisch, wenn sie ohne weitere empirische Prüfung zum Ausschluss von Patienten hinsichtlich einer erforderlichen Behandlung führen. (Günthner et al., 2000, S.19)

Patienten mit komorbiden Störungen zeigen jedenfalls höhere Schweregrad-Ratings der Abhängigkeit jeweils vor und nach der Therapie (Ball, 2005; Smyth & Wiechelt, 2005), niedrigere Haltequoten (Cacciola et al., 2001; Scherbaum, 2007) sowie schwerere Krankheitsverläufe (Warren et al., 2007) als die einfach belasteten Patienten. Weisner, Matzger und Kaskutas (2003) konnten einen inversen Zusammenhang zwischen dem Bestehen komorbider Störungen bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit und Abstinenz feststellen. Jedoch scheinen Patienten mit Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung in gleichem Maß von einer Standardbehandlung der Substanzabhängigkeit profitieren zu können wie ihre einfach belasteten Mitpatienten, weshalb ihnen eine vergleichbare Behandlung ermöglicht werden sollte (Ross et al., 2003). Die oben genannten Risiken betreffend komorbid belastete Patienten sprechen allerdings für eine Langzeitbehandlung dieser Patientengruppe (Cacciola et al., 2001; Welch, 2006).

2.4 Behandlung der Komorbidität

Nach Ball (2005) ist die Behandlung von nur einer Störung bei komorbiden Patienten nicht sinnvoll. Bei ausschließlicher Behandlung der Substanzabhängigkeit könnte die

unbehandelte Persönlichkeitsstörung einen geminderten sozialen Support und eine erhöhte Vulnerabilität für einen Rückfall bedingen. Die Behandlung einer Persönlichkeitsstörung ist ebenso meist erst durch die Therapie der Abhängigkeit möglich (Scherbaum, 2007). Eine ausschließliche Behandlung der Persönlichkeitsstörung würde die substanzbezogenen Risiken der geringen Motivation, Stabilität und Haltequote ignorieren (Ball, 2005).

Gemäß Van den Bosch und Verheul (2007) könnte die Pharmakotherapie bei der Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnose von großer Bedeutung sein. Zu beachten gilt, dass Komorbidität jedoch stark mit dem Risiko der Non-Compliance, Überdosierung und Abhängigkeit von Medikamenten verbunden ist. So zeigten beispielsweise Katz und Kollegen (2013) im Rahmen einer nationalen Längsschnittstudie hinsichtlich von Patienten, die medizinisch verschriebene Opioide erhielten, dass diejenigen mit komorbiden Störungen die Opioide eher missbräuchlich anwenden.

Darke, Ross, Williamson und Teesson (2005) demonstrierten, dass Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nach einer 12-monatigen Behandlung der Opioidabhängigkeit zwar ebenso eine Abnahme des Opioidkonsums verzeichneten wie diejenigen ohne Persönlichkeitsstörung, jedoch eher risikoreiches und selbstschädigendes Verhalten in anderen Belangen wie Needle Sharing und Überdosierung zeigten.

Die Relevanz der Erforschung der Komorbidität bei Substanzgebrauchsstörungen ist durch folgende Gründe gegeben (Welch, 2006):

1. Bei bestimmten Persönlichkeitsprofilen und Persönlichkeitsstörungen sollen gewisse Vulnerabilitäten für Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bestimmt werden können.
2. Der Einfluss der Persönlichkeitsstörung auf die Prognose der Abhängigkeit und umgekehrt soll festgestellt werden.
3. Die Wirksamkeit verschiedener Behandlungen bei Patienten mit komorbiden Störungen soll ermittelt werden.

2.5 Psychopathologie und Pharmakotherapie bei Opioidabhängigkeit

Es ist noch wenig darüber bekannt, ob sich die Psychopathologie von Patienten mit Opioidabhängigkeit bei verschiedenen Substitutionsbehandlungen unterscheidet. Opiate scheinen bei der Behandlung depressiver Symptome effektiv zu sein, weshalb sie bis in die 1950er Jahre bei der Therapie der Depression eingesetzt wurden (Maremmanni, 2013). Daraufhin wurde eine mögliche antipsychotische, antidepressive, angstlösende Wirkung von endogenen Opioiden wie Endorphinen, aber auch von exogenen Opioiden angenommen (Gold, Pottash, Sweeney, Martin & Extein, 1982). Als Buprenorphin, das für sein geringeres Risiko von Abhängigkeit bekannt ist, verfügbar wurde, zeigte sich dieses ebenso effektiv in der Behandlung von depressiven Patienten, die intolerant gegenüber anderen Therapieformen waren (Callaway, 1996, zitiert nach Maremmanni, 2013, S. 57). Während die Behandlung mit Buprenorphin mit einer Abnahme von Depression beschrieben wird (Paetzold et al., 2000), steht Methadon aufgrund des häufigen Auftretens von Depression unter Kritik (Bell & Zador, 2000, zitiert nach Fischer & Kayer, 2006, S. 42).

In einer Untersuchung von Lieb und Kollegen (2010) wiesen Patienten, die ambulant mit Buprenorphin behandelt wurden, eine geringere psychiatrische Komorbidität auf als solche, die mit Methadon substituiert wurden. Der Schweregrad der Abhängigkeit korrelierte außerdem mit der Anzahl komorbider Störungen und der Buprenorphin-Behandlung. Buprenorphin scheint gemäß dieser Studie also vorteilhaft gegenüber Methadon bezogen auf psychiatrische Komorbidität. Auch in einer Studie von Maremmanni und Kollegen (2011) zeigte sich, dass heroinabhängige Patienten mit komorbiden Störungen von der Behandlung mit Opioidagonisten profitieren, da diese einerseits auf die Suchterkrankung und andererseits auf die psychische Störung wirken. Die Autoren ermittelten positive Effekte von Methadon bei der Behandlung von Opioidabhängigen, die vermehrt Sensitivität für zwischenmenschliche Beziehungen und psychotische Symptome zeigten. Bei Patienten, die zu Gewalt und Autoaggression neigen, eignet sich den Autoren zufolge eher Buprenorphin. Die Autoren betonen, dass einige Patienten mit komorbiden Störungen von der Behandlung mit einem spezifischen Substitutionsmittel (z.B. Methadon oder Buprenorphin) profitieren könnten, wenn dieses nicht nur bezüglich deren Suchtproblematik, sondern auch bei der Behandlung der psychischen Störung wirksam ist.

Die Annahme einer möglichen Einflussnahme der Substitutionsmedikation auf die Psychopathologie wird durch die Beobachtung bestärkt, dass Patienten mit

Opioidabhängigkeit und einer weiteren Achse-I-Störung um etwa 50 mg höhere Methadondosen zur Stabilisierung benötigen als diejenigen ohne zusätzliche psychische Störungen (Maremmanni et al., 2000).

Im Kontext der Untersuchung von Substitutionsmitteln gilt jedoch zu beachten, dass die Versuchspersonen den Bedingungen der Studie meist nicht randomisiert zugewiesen werden, sondern die Zuteilung zu den Substitutionsmitteln etwa auf bestimmten Eigenschaften der Patienten basiert (BMG, 2013b). Eine Ausnahme stellt hier eine von Eder und Kollegen (2005) durchgeführte Studie mit Double-blind, Double-dummy, Crossover-Design dar, die Auswirkungen der beiden Agonisten Retardierte Morphine und Methadon auf Haltequote, Craving, Wohlbefinden, Entzugssymptome sowie Beikonsum verschiedener Substanzen untersuchte. Bezüglich der Haltequote zeigte Morphin in Retardform (84%) eine ähnliche Haltequote wie Methadon (88%). Auch bezüglich des Beikonsums von anderen Opioiden, Kokain und Benzodiazepinen unterschieden sich die beiden Substitutionsmittel nicht signifikant. Patienten, die mit retardierten Morphinen substituiert wurden, zeigten jedoch signifikant geringere Ausprägungen an Depression, Ängstlichkeit sowie weniger physische Beschwerden. Demnach würden Methadon und retardierte Morphine ähnlich erfolgreich bezüglich der Haltequote sein, retardierte Morphine allerdings zu einem besseren Wohlbefinden der Patienten beitragen. Auch Brack (2002) beschreibt ein geringeres Auftreten von depressiven Zuständen bei der Behandlung mit Buprenorphin gegenüber Methadon und L-Polamidon.

Dean, Bell, Cristie und Mattick (2004) konnten keinen Vorteil von Buprenorphin gegenüber Methadon in Bezug auf depressive Symptome feststellen. Eine Abnahme von diesen zeigte sich bei Buprenorphin- und auch Methadonsubstitution, was zum Teil auf die pharmakologische und psychosoziale Behandlung zurückzuführen sei. Andererseits beenden Patienten mit anfänglich hohen Werten von Depressivität die Therapie häufiger vorzeitig, was somit die Haltequote, jedoch eventuell nicht das Befinden des Patienten beeinflussen würde.

Nach Burns, Martyres, Clode und Boldero (2004) ist die Anzahl der Verschreibungen von Benzodiazepinen, trizyklischen Antidepressiva, Opioiden und Tranquillizern der stärkste Prädiktor für Überdosierungen mit Heroin. Es wäre möglich, dass der Zusammenhang zwischen Überdosierungen und Antidepressiva durch die gemeinsame Komponente der Depression zustande kommt. Die Anzahl der Studien im Bereich der medikamentösen Behandlung von Patienten mit

Abhängigkeitserkrankung und Persönlichkeitsstörung ist derzeit noch stark begrenzt (Van den Bosch & Verheul, 2007).

3 Abstinenzzuversicht

Das vorliegende Kapitel widmet sich der Beschreibung der Abstinenzzuversicht und deren Grundlage, der Selbstwirksamkeitserwartung. Außerdem werden Untersuchungsergebnisse zum Einfluss der Psychopathologie auf die Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Abstinenzzuversicht zusammengefasst.

3.1 Das Konzept der Selbstwirksamkeit

Abstinenzzuversicht ist die Selbstwirksamkeitserwartung im Kontext der Suchtproblematik. Schwarzer und Jerusalem (2002) beschreiben die Selbstwirksamkeit als

subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können. Dabei handelt es sich nicht um Aufgaben, die durch einfache Routine lösbar sind, sondern um solche, deren Schwierigkeitsgrad Handlungsprozesse der Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung erforderlich macht. (S. 35)

Die Selbstwirksamkeitserwartung wurde von Bandura (1977) im Rahmen seiner sozial-kognitiven Theorie beschrieben. Er geht dabei davon aus, dass die Grundlage aller möglichen Faktoren für das Setzen von Handlungen in der Überzeugung der Person verankert ist, die gewünschten Effekte erreichen zu können. Ansonsten bestünde wenig Anreiz zu handeln bzw. in einer schwierigen Situation zu verharren (Bandura, 2004).

Unless people believe they can produce desired effects by their actions they have little incentive to act or to persevere in the face of difficulties. Whatever other factors serve as motivators, they are rooted in the core belief that one has the power to effect changes by one's actions. (Bandura, 2004, S. 621–622)

Die Selbstwirksamkeitserwartung ist, wie in Abbildung 3 dargestellt, die persönliche Einschätzung über die eigene Fähigkeit, bestimmte Handlungen durchführen zu

können. Die Ergebniserwartung bezieht sich auf die Einschätzung von der Konsequenz dieser Handlungen (Bandura, 1997). Diese kann auf der physischen, sozialen Ebene sowie der Ebene der Selbstbewertung als Anreiz für bestimmte Handlungen dienen. Menschliche Handlungen werden durch Selbstwirksamkeitserwartungen auf den Ebenen der Motivation, Affekte und Entscheidungen beeinflusst und gelten als Schlüsselfaktor der Handlungskompetenz (Bandura, 1997).



Abbildung 1. Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebniserwartung (nach Bandura, 1997, S. 22)

Als vier wesentliche Quellen der Selbstwirksamkeit gelten (1) eigene vergangene Erfolgs- bzw. Misserfolgserlebnisse, (2) stellvertretende Erfahrungen durch Menschen mit ähnlichen Eigenschaften, (3) verbale Ermutigung bzw. soziale Einflüsse sowie (4) physiologische und affektive Zustände (Bandura, 1997). Eigene Erfolge bzw. Misserfolge zeigen dabei den größten Einfluss auf die eigene Kompetenzüberzeugung, besonders dann, wenn Erfolge auf persönlichen Einsatz und eigene Fähigkeiten zurückgeführt werden. Bei hoher Ähnlichkeit zu einer anderen Person können auch deren Erfolge und Misserfolge als „Verhaltensmodell“ dienen und somit die Selbstwirksamkeit beeinflussen. Überredung durch andere, eventuell kompetentere Personen zeigen ebenso eine Auswirkung auf die subjektiv wahrgenommene Selbstwirksamkeit wie auch physiologische oder affektive Zustände, indem beispielsweise hohe Erregung wie Nervosität auf mangelnde Fähigkeiten zurückgeführt wird (Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Bei Tätigkeiten, bei denen das Handlungsergebnis durch die Ausführung der Handlung bedingt ist, ist die Selbstwirksamkeitserwartung der stärkste Prädiktor für die Ergebniserwartung (Bandura, 1997). Gemäß Schwarzer und Jerusalem (2002) bezieht sich die Selbstwirksamkeit entweder auf eine spezifische Aufgabe bzw. eine gesamte Domäne („situationsspezifische Selbstwirksamkeit“ bzw. „bereichsspezifische Selbstwirksamkeit“) oder sie beschreibt eine umfassende Zuversicht in die eigenen

Kompetenzen und Fähigkeiten („Generelle Selbstwirksamkeit“). Laut Bandura und Locke (2003) haben Selbstwirksamkeitserwartungen einen Einfluss auf Kognitionen, Motivation bei Schwierigkeiten, das emotionale Wohlbefinden, die Vulnerabilität gegenüber Depression und Stress sowie auf bedeutende Entscheidungen. Eine hohe generelle Selbstwirksamkeit steht mit positivem Affekt, höherer Lebenszufriedenheit und Erfolg in Verbindung. Die stärksten negativen Zusammenhänge bestehen zu Angst und Depression (Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005). Bezogen auf Substanzabhängigkeit und insbesondere Opioidabhängigkeit können all diese Faktoren eine wesentliche Rolle bei deren Entwicklung, Aufrechterhaltung sowie den häufigen Schwierigkeiten der erfolgreichen Substitutionstherapie bzw. Abstinenz darstellen.

Bezogen auf die Depression scheint die Selbstwirksamkeit einen erheblichen Einfluss auszuüben. Dabei scheinen die Entwertung der eigenen Person und depressive Stimmung einander zu fördern, indem wiederholte Selbstentwertung zu depressiver Stimmung führt, die im Weiteren eher zu selbstkritischen als selbstverstärkenden Reaktionen anleitet. Ein weiterer Ursprung der Depression findet sich in dem Unvermögen, sich von negativen Gedanken zu befreien sowie stützende interpersonelle Beziehungen aufzubauen (Bandura, 1997).

Menschen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung unterscheiden sich in verschiedenen Bereichen von denjenigen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1997), sie

- setzen sich selbst höhere Ziele und halten eher an diesen fest,
- zeigen mehr Einsatz, bestimmte Ziele zu erreichen,
- erholen sich nach Rückschlägen schneller und bleiben ihren Zielen verbunden,
- suchen eher herausfordernde Situationen auf, erforschen neue Umfelder und können leichter neue Umgebungen schaffen,
- konzentrieren sich auf die Aufgabe und denken strategisch,
- zeigen einen erfolgsorientierten Attributionsstil, indem Misserfolge auf unzureichenden Einsatz zurückgeführt werden.

3.2 Selbstwirksamkeit und Abhängigkeit, insbesondere Opioidabhängigkeit

In Bezug auf die Therapie von Opioidabhängigkeit bedeutet dies, dass Selbstwirksamkeit darüber bestimmen könnte, welche Ziele im Umgang mit Drogen angestrebt werden und wie viel Einsatz und Bemühungen investiert werden, um diese Therapieziele zu erreichen. Rückfälle könnten im Bereich der Substanzabhängigkeit die zuvor beschriebenen Rückschläge darstellen, von denen sich Patienten mit hoher Selbstwirksamkeit schneller erholen. Auch die Schaffung einer neuen Umgebung bzw. eines neuen sozialen Umfelds ist im Laufe der Therapie relevant, gesunde Kontakte sollen solche mit Bezug zu Drogen ersetzen, und Wohn- und Arbeitssituation müssen oftmals (neu) gestaltet werden (Bandura, 1997).

Obwohl einige Studien Zusammenhänge zwischen einer sehr hohen Abstinenzzuversicht („Overconfidence“) und einem erhöhten Risiko für einen Rückfall bzw. niedrige Selbstwirksamkeit in Verbindung mit erhöhter Vorsicht und geringem Rückfallsrisiko beschreiben (vgl. Fiorentine & Hillhouse, 2003), zeigt eine Vielzahl von Studien, dass eine Zunahme der Selbstwirksamkeit mit einem geringeren Rückfallsrisiko einhergeht (Ilgen et al., 2005; Mattoo, Chakrabarti & Anjaiah, 2009). Gemäß Ilgen und Kollegen (2005) war keine Subgruppe von Patienten mit hohen Zuversichtswerten zu identifizieren, die schlechtere Prognosen zeigte als die gesamte Stichprobe. Laut den Autoren gelten bei Patienten mit Substanzabhängigkeit in stationärer Suchtbehandlung hohe Werte der Abstinenzzuversicht bei Therapieende als beste Prädiktoren für Abstinenz nach einem Jahr.

In Bezug auf Alkoholabhängigkeit konnte neben einem höherem Alter, weiblichem Geschlecht, höherer Ausbildung und Verheiratetsein ebenso eine höhere Selbstwirksamkeit hinsichtlich zukünftiger Abstinenz als Prädiktor für den Therapieerfolg dienen (Moos & Moos, 2006). Einem Review von Adamson, Sellman und Frampton (2009) entsprechend ist Selbstwirksamkeit bei Alkoholabhängigen ein konsistenter Prädiktor für deren Remission.

Ertl und Kollegen (2006) widmeten sich der Untersuchung der Abstinenzzuversicht und des Beikonsums in Zusammenhang mit dem Beschäftigungsstatus bei Patienten mit Opioidabhängigkeit. Sie waren in der Lage, mittels Heidelberger Inventar zur Abstinenzzuversicht (HEISA-38, Körkel & Schindler, in Druck) höhere Werte der Abstinenzzuversicht (bezogen auf Beikonsum) bei berufstätigen substituierten

Patienten im Vergleich zu arbeitslosen substituierten Patienten im ambulanten Setting festzuhalten. Patienten mit Buprenorphin-Substitution erzielten tendenziell bessere Scorewerte als die der anderen Gruppen (Methadon, retardierte Morphine), jedoch zeigten sich hier keine signifikanten Unterschiede. Die Autoren empfehlen eine Replikation ihrer Studie mit einer größeren Stichprobe unter Einbeziehung von weiteren psychosozialen Ressourcen, beispielsweise dem familiären Umfeld.

Die Selbstwirksamkeit scheint durch Intervention beeinflussbar, weswegen ebenfalls Therapieprogramme bzw. Umweltbedingungen der Patienten in der Therapie Gegenstand bisheriger Untersuchung waren. Bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit wurde gezeigt, dass sich die Selbstwirksamkeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung aus den Eigenschaften des Patienten sowie aus dem Verhalten und den Erfahrungen im Rahmen der Therapie zusammensetzte. Die vermehrte Inanspruchnahme von Therapieangeboten führte zum Einüben von Fähigkeiten und Fertigkeiten während der Therapie und damit zu mehr Selbstwirksamkeit bei Beendigung dieser, wodurch eventuell ein späterer Rückfall vermieden werden konnte (Ilgen, McKellar & Moos, 2007). Diese Ergebnisse sind konform mit dem Modell von Witkiewitz und Marlatt (2004), das den Einfluss dieser Faktoren für den Therapieerfolg betont.

Die Steigerung der Selbstwirksamkeit wird auch aufgrund der bisherigen Forschungsergebnisse als bedeutendes Ziel und Instrument bei der Behandlung von Abhängigkeit bezeichnet (Moos & Moos, 2006; Witkiewitz & Marlatt, 2004).

3.3 Zusammenhang von Abstinenzzuversicht und Psychopathologie

Auch zwischen Psychopathologie und Selbstwirksamkeitserwartung wurden Zusammenhänge beschrieben. Der Schweregrad der jeweiligen Persönlichkeitsstörung scheint invers mit Selbstwirksamkeit in Verbindung zu stehen. Davon ausgenommen ist die zwanghafte Persönlichkeitsstörung, die einen positiven Zusammenhang mit der Selbstwirksamkeitserwartung aufweist (Chicharro, Pedrero & Pérez, 2007, zitiert nach González, 2011, S. 145).

Selbstwirksamkeit kann auch als Schutzfaktor bei Personen gelten, die Verlangen nach Alkohol oder Drogen verspüren. Derartige Ergebnisse ermittelten Ramo, Anderson,

Tate und Brown (2005) in einer Stichprobe von 13- bis 18-Jährigen. Sie untersuchten situationsspezifische Risiken des Rückfalls, wobei externale (z.B. sozialer Druck zu konsumieren, Konflikte und Stress), internale (z.B. negativer Affekt, erhöhte Aktivierung) und substanzbezogene Situationsfaktoren (z.B. Craving) von Interesse waren. Geringe Selbstwirksamkeit in Verbindung mit einer psychischen Störung gilt dabei als besondere Vulnerabilität für einen Rückfall, besonders in Situationen mit negativem Affekt bzw. Konfliktsituationen und Stress. Eine höhere Selbstwirksamkeit bezüglich negativer Situationen reduziert die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall nach belastenden Lebenslagen und Konfliktsituationen wie Stress, Konflikten und Situationen mit negativem Affekt.

Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen neigen besonders bei körperlichen Beschwerden, zwischenmenschlichen Konflikten und unangenehmen Gefühlen dazu, Drogen zu konsumieren. Diese Patientengruppe zeigt geringere Werte der Abstinenzzuversicht speziell in Situationen, die körperliche Beschwerden und interpersonelle Konflikte betreffen (Smyth & Wiechelt, 2005).

Greenfield, Venner, Kelly, Slaymaker und Bryan (2012) stellten bei Beginn einer stationären Behandlung bei jungen Erwachsenen mit Depression und depressiven Symptomen geringere Werte der Abstinenzzuversicht fest, vor allem bei Situationen mit negativem Affekt. Dies spricht eher für einen Einfluss der Depression auf die Selbstwirksamkeit in diesen speziellen Situationen als für eine generelle Beeinflussung dieser. Diese Ergebnisse stimmen mit denen einer Studie von Ralston und Palfai (2010) überein, die bei Studenten depressive Stimmung induzierten und anschließend Selbstwirksamkeit in verschiedenen Bereichen erfragten. Dabei zeigte sich lediglich ein Einfluss auf Risikosituationen, die mit Depression in Zusammenhang standen, andere Bereiche blieben unbeeinflusst.

Auch hier zeigen sich Übereinstimmungen mit dem von Marlatt postulierten Rückfall-Modell (1985, zitiert nach Witkiewitz & Marlatt, 2004, S. 224), das die Bedeutung von situativen Faktoren sowie damit verbundenen Emotionen und Kognitionen für einen Rückfall hervorhebt. Das Modell basiert auf den Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie und zielt auf die Vermeidung wie auch das Management möglicher Rückfälle ab. Als Komponente im Rückfall-Modell gilt einerseits die Person mit ihrer individuellen Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung sowie ihren Coping-Strategien, andererseits sind die Umwelt und insbesondere soziale Einflüsse, Exponiertheit gegenüber der Substanz und ihren Hinweisreizen von Bedeutung

(Marlatt & Witkiewitz, 2005). Die Therapie sollte demnach zunächst dem Erkennen von Hochrisikosituationen dienen, die individuell für den Patienten ermittelt werden sollten (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

Die Überarbeitung des ursprünglichen Modells zur Rückfallprävention brachte das „Dynamische Rückfallsmodell“ (Witkiewitz & Marlatt, 2004) hervor, das etwa die gleichen Faktoren wie das Ursprungsmodell enthält, jedoch werden im Gegensatz dazu keine hierarchischen Beziehungen zwischen den Faktoren angenommen. Diese Änderung ergibt sich daraus, dass gezeigt werden konnte, dass auch scheinbar unwesentliche Veränderungen eines Faktors zu erneutem Substanzkonsum („lapse“) und im Weiteren zu einem Rückfall („relapse“) führen können.

Patienten mit Opioidabhängigkeit, die nach einer Therapie abstinent blieben bzw. sich nach einem einmaligen Fehltritt („lapse“) nicht wieder dem alten Konsummuster hingaben, zeigten wesentlich mehr Anwendung von Coping-Strategien (Gossop et al., 2002). Auch bei Patienten mit Alkoholabhängigkeit zeigten sich Coping-Strategien und Selbstwirksamkeit als Prädiktoren für Abstinenz nach einem Jahr (Maisto, Connors & Zywiak, 2000).

Patienten mit wie auch ohne Depression scheinen jedenfalls von einer Therapie ähnlich gut profitieren zu können. Die Abstinenzzuversicht nahm während der Behandlung bei allen Patienten zu, es konnte kein moderierender Effekt der Depression festgestellt werden (Greenfield et al., 2012).

3.4 Selbstwirksamkeit und kognitive Verhaltenstherapie von Persönlichkeitsstörungen

Selbstwirksamkeit stellt einen wesentlichen Faktor in der kognitiven Verhaltenstherapie dar. Im Sinne der kognitiven Betrachtungsweise von Persönlichkeitsstörungen zeigt jede dieser Störungen ganz bestimmte Annahmen, die dem dysfunktionalen Erleben und Verhalten des Betroffenen zugrunde liegen (Beck et al., 2001). Die kognitive Verhaltenstherapie fokussiert Kognitionen, Emotionen und Verhalten des Klienten und versucht, Fehler bzw. Verzerrungen in der Wahrnehmung und Interpretation von Situationen aufzudecken und zu behandeln (Pretzer & Beck, 2005). Es wird angenommen, dass automatisierte, schnelle Einschätzungen von Situationen die

emotionale und behaviorale Reaktion einer Person bestimmen. Typische derartige Verzerrungen und Fehler im Denken sind beispielsweise das dichotome Denken, Übergeneralisierung, selektive Abstraktion, Katastrophisieren, Etikettierung oder Personalisierung. Aufgrund geringer Selbstwirksamkeit werden oftmals starke Reaktionen im Patienten hervorgerufen, er empfindet Angst, und Interventionen sind schwer umzusetzen. Wenn eine Person ihre eigene Selbstwirksamkeit gering einschätzt, kann diese oftmals durch das Hinführen zu einer realistischeren Einstellung gesteigert werden. Wenn eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung bei realistischer Einschätzung vorliegt, kann das Erlernen von Coping-Skills zu einer Verbesserung dieser führen (Pretzer & Beck, 2005).

4 Prädiktoren für den Therapieerfolg

Als Prädiktoren für den Therapieabbruch konnten ein jüngeres Alter, kognitive Defizite, antisoziale und histrionische Persönlichkeit sowie die Verbundenheit des Patienten mit der Behandlung festgestellt werden (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen & Duckert, 2013). Außerdem scheint die Anzahl stationärer Vorbehandlungen einen Einfluss auf die Compliance zu haben. Patienten, die bereits stationär in Therapie waren, zeigten signifikant geringere Behandlungserfolge (mehr positive Urinproben) als solche, die noch nie in stationärer Behandlung waren (Gerra et al., 2003). Die Erforschung und Benennung von Prädiktoren für den Therapieerfolg ist gemäß Adamson und Kollegen (2009) bedeutend bezüglich

1. Identifizierung von Risikogruppen, die seltener Remission erreichen, wie zum Beispiel Patienten mit komorbiden Störungen,
2. Behandlung, um den Fokus richtig auszurichten und damit die bestmögliche Behandlung anzubieten,
3. Erstellung der Prognose sowie Abklärung des Therapieplans mit den Beteiligten, um realistische Ziele setzen zu können.

II. EMPIRISCHER TEIL

5 Ziele der Studie

Die bisherige Forschungsliteratur stellte wiederholt Zusammenhänge von Opiatabhängigkeit mit anderen komorbiden Störungen fest. Die Prävalenzraten unterscheiden sich diesbezüglich jedoch stark, der Einfluss auf den Therapieerfolg wird im Allgemeinen als durch die Doppelbelastung beeinträchtigt beschrieben. Obwohl hier verschiedene Zusammenhänge in Bezug auf den Schweregrad der Abhängigkeit und den Therapieverlauf berichtet wurden, beschäftigten sich nur wenige Studien mit den Auswirkungen von komorbiden Störungen wie Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit Opioidabhängigkeit in Bezug auf die Abstinenzzuversicht. In der aktuellen Studie werden Patienten mit Opioidabhängigkeit zu Beginn ihrer stationären Behandlung in Bezug auf Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung sowie Abstinenzzuversicht untersucht. Als komorbide Störung der Achse I soll ebenfalls die Depression erhoben und der Einfluss auf die Abstinenzzuversicht von stationären Patienten in der Substitutionsbehandlung überprüft werden.

Ein weiteres wenig erforschtes Gebiet stellt die Substitutionsbehandlung mit retardierten Morphinen dar (Jegu et al., 2011), die hier jeweils im Vergleich mit Methadon und Buprenorphin in Bezug auf Persönlichkeitsstile bzw. Persönlichkeitsstörungen sowie die Abstinenzzuversicht untersucht werden sollen.

Brorson und Kollegen (2013) stellten in einem Review fest, dass die meisten Studien als mögliche Faktoren für einen Therapieabbruch bestimmte Charakteristika der Patienten, z.B. Alter, Geschlecht, kognitive Defizite, annahmen und nur 4% der Studien bestimmte Therapiefaktoren wie zum Beispiel Therapiedauer oder Art der Therapie untersuchten. Weiters widmeten sich nur 5% der Studien Prädiktoren wie zum Beispiel Motivation oder Zufriedenheit mit der Behandlung. Lediglich 13 von 122 Studien widmeten sich Persönlichkeitsstörungen bei Substanzabhängigkeit, wovon jedoch die meisten relevante Zusammenhänge aufzeigen konnten.

Im Zuge dieser Studie sind neben dem Einfluss des Geschlechts verschiedene Therapiemodule und Therapieziele hinsichtlich der Konstrukte Persönlichkeit und Selbstwirksamkeit Gegenstand der Betrachtung. Abschließend sollen mögliche Prädiktoren für den Therapieabbruch ermittelt werden.

6 Methode

In diesem Kapitel finden sich Informationen zur Stichprobe und dem Studiendesign sowie die Beschreibung der Untersuchungsinstrumente und der Durchführung der Untersuchung.

6.1 Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus Patienten einer stationären Entzugsklinik, dem Anton-Proksch-Institut, zusammen, die im Zeitraum von Juni bis November 2013 in dieser Entzugseinrichtung eine Therapie begannen. Das Anton-Proksch-Institut ist als größte Suchtklinik Europas eine Einrichtung, die alle Formen der Sucht erforscht und behandelt, darunter Alkohol-, Medikamenten-, Nikotin- und Substanzabhängigkeit sowie stoffungebundene Suchtformen wie beispielsweise Spielsucht, Internetsucht oder Kaufsucht.

Insgesamt nahmen 105 Personen an der Testung teil, wobei 16 Personen aufgrund folgender Exklusionskriterien in der Analyse nicht berücksichtigt wurden:

- Patienten, die nicht aufgrund von Opioidabhängigkeit in Behandlung waren (n = 5),
- Patienten mit einer derart geringen Leistung im Wortschatztest (WST, IQ < 80), dass von einem unzureichenden verbalen Verständnis für die Beantwortung der nachfolgenden Fragebögen ausgegangen wurde (n = 4),
- Patienten, die zum Zeitpunkt der Testung keine Substitutionsmittel erhielten (n = 8),
- Patienten, die gegen Ende der Studie noch in Behandlung waren (n = 2).

Da manche Patienten mehr als eines dieser Kriterien erfüllten, ergab sich für die statistische Analyse eine Anzahl von 89 Patienten.

6.2 Design

Es handelt sich um eine prospektive Querschnittsuntersuchung mit einem Messzeitpunkt. Hierbei kamen folgende Verfahren zum Einsatz: Wortschatztest (WST, Schmidt & Metzler, 1992), Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI, Kuhl & Kazén, 2009), Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II, Hautzinger,

Keller & Kühner, 2006) und Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-38, Körkel & Schindler, in Druck). Zusätzlich zu den für diese Studie relevanten Verfahren wurden den Patienten im Rahmen der Eingangstestung die Raven's Standard Progressive Matrices (SPM, Raven, Raven & Court, 1998) sowie die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE, Schwarzer & Jerusalem, 1999), „The Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS, Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996) und das Emotionsregulations-Inventar (ERI, König, 2011) zur Bearbeitung vorgelegt.

6.3 Untersuchungsinstrumente

Die Verfahren, die im Rahmen dieser Diplomarbeit von den Patienten bearbeitet wurden, werden im Folgenden kurz erläutert, außerdem werden Gütekriterien und Skalen genannt.

6.3.1 Wortschatztest

Der Wortschatztest (WST, Schmidt & Metzler, 1992) dient der schnellen Beurteilung des Sprachverständnisses sowie der Erfassung des prämorbid verbalen Intelligenzniveaus. Er ist sowohl als Einzel- als auch Gruppenverfahren bearbeitbar. Der WST besteht aus 42 Aufgaben mit zunehmendem Schwierigkeitsgrad. Die Bearbeitung besteht in der Wiedererkennung von Wörtern, wobei jeweils nur ein Wort pro Zeile real ist und Sinngehalt aufweist. Dieses Zielwort soll in jeder Zeile erkannt und von fünf Distraktoren, wortähnlichen Konstrukten, unterschieden werden. Aus der Instruktion geht dabei hervor, dass keinesfalls geraten werden sollte (Schmidt & Metzler, 1992). Ein Beispiel dazu ist:

Renek - Skerk - Erenk - Kern - Nerk - Lersk

Im Manual des WST wird die Bezeichnung „Wortschatz-Intelligenz-Test“ angeraten, da das Verfahren imstande ist, sowohl verbale als auch allgemeine Intelligenz zu erfassen. Außerdem ist das Verfahren dazu geeignet, kristallisierte Intelligenz, die als relativ altersunabhängig gilt, zu erfassen. Leistungsminderungen ergeben sich erst bei schweren degenerativen oder hirnganisch bedingten Krankheiten. Aufgrund der kurzen Durchführungszeit von zehn bis 15 Minuten gilt der WST als wenig belastend für den Patienten und kann zu Beginn einer diagnostischen Untersuchung vorgegeben

werden, um das allgemeine Intelligenzniveau bzw. Sprachverständnis zu eruieren (Schmidt & Metzler, 1992). Die Gütekriterien gelten laut den Autoren mit einer Split-Half-Reliabilität (Spearman-Brown-Koeffizient) von $r = 0,95$ und einer internen Konsistenz (Cronbach's Alpha) von $\alpha = 0,94$ als erfüllt.

6.3.2 Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar

Das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI, Kuhl & Kazén, 2009) dient der Selbstbeurteilung der relativen Ausprägung von Persönlichkeitsstilen. Persönlichkeitsstile sind nicht-pathologische Ausprägungen der Persönlichkeitsstörungen, die in den Klassifikationssystemen ICD und DSM beschrieben werden. Die heuristische Basis dieses Verfahrens besteht in der Annahme, dass bestimmte Merkmale der Persönlichkeitsstile bei pathologischer Übersteigerung klarer hervortreten. Die Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen, die durch den PSSI erfasst werden, sind in Tabelle 3 wiedergegeben.

Für die Entwicklung des PSSI waren die Phänomenzentrierung, theoretische Einbettung und der funktionsdiagnostische Kontext maßgeblich. Die Phänomenzentrierung beschreibt die Bezugnahme auf Phänomene, die in der klinischen Praxis vorzufinden sind und richtet sich nicht nach einer faktorenanalytischen Konstruktion. Laut Manual fasst diese häufig gewählte Methode der Persönlichkeitsdiagnostik Persönlichkeitsfunktionen zusammen, die zwar hoch miteinander korrelieren und auf einem gemeinsamen Faktor laden, deren Elemente jedoch besonders bei pathologischen Ausprägungen dissoziieren, deren Differenzen jedoch in der Therapie bedeutsam sein können. Der PSSI ist in ein umfangreiches System eingebettet, das die Erfassung relevanter Funktionssysteme der Persönlichkeit anzielt.

Eine weitere Grundlage des PSSI ist die Theorie der Persönlichkeits-System-Interaktionen (PSI-Theorie). Demnach entspricht jedem Persönlichkeitsstil eine bestimmte Systemkonfiguration, d.h. ein spezifisches Zusammenspiel von psychischen Makrosystemen (Kuhl & Kazén, 2009).

Die Selbsteinschätzung erfolgt anhand einer vierstufigen Skala mit den Abstufungen „trifft gar nicht zu“, „trifft etwas zu“, „trifft überwiegend zu“ und „trifft ausgesprochen zu“.

Das Verfahren besteht aus 140 Items, die zu 14 Skalen zusammengefasst sind. Dabei ist zu beachten, dass eine überdurchschnittlich hohe Ausprägung in einer Skala laut Manual nicht hinreichend für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ist, sondern nur einen Hinweis auf diese darstellt.

Die Bearbeitungsdauer des PSSI beträgt zirka 20 Minuten und ist für Personen ab 14 Jahren geeignet. Eine Instruktion ist dabei nicht notwendig, die Bearbeitung kann einzeln oder in der Gruppe erfolgen. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der Skalen beträgt $\alpha = 0,75$ bis $0,86$, die Retestkoeffizienten $r = 0,68$ bis $0,83$ (Kuhl & Kazén, 2009).

6.3.3 Beck Depressions-Inventar Revision

Das Beck Depressions-Inventar (BDI-II, Hautzinger et al., 2006) ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung über das Vorliegen bzw. die Schwere der depressiven Symptomatik. Die 21 Fragestellungen beziehen sich auf die Diagnosekriterien des Klassifikationssystems DSM-IV, wobei sich die Einschätzung auf den Zeitraum der letzten zwei Wochen einschließlich dem Tag der Testung bezieht.

Die DSM-IV-Kriterien, an denen sich die Items des BDI-II orientieren, erfragen depressive Verstimmung, wahrgenommene Wertlosigkeit und unangemessene Schuldgefühle, Interessen- und Freudenminderung, Suizidalität, psychomotorische Unruhe bzw. Verlangsamung, Konzentrations- bzw. Entscheidungsschwierigkeiten, Erschöpfung und Energieverlust, Insomnie bzw. Hypersomnie sowie Gewichtszunahme bzw. -verlust infolge von Appetitsveränderung. Pro Fragestellung stehen vier Antwortmöglichkeiten zu Verfügung, aus denen eine ausgewählt werden soll. Durch Aufsummierung dieser Werte wird der Gesamtwert gebildet, der zwischen 0 und 63 Punkten liegt. Der Cut-off-Wert der Depression liegt bei 9 Punkten, d.h. bei einem Gesamtwert von 0 bis 8 Punkten liegt laut Manual noch keine Depression vor (Hautzinger et al., 2006).

Die Bearbeitungsdauer des BDI-II beträgt fünf bis zehn Minuten. Die Gütekriterien Objektivität und Reliabilität gelten als weitgehend, das der Validität als sehr gut erfüllt (Herzberg, Goldschmidt & Heinrichs, 2008).

Tabelle 3. Stile, Störungen und Beispiel-Items (nach Kuhl & Kazén, 2009, S.14)

Stil bzw. Störung	Beispiel-Item
Selbstbestimmt - antisozial (AS)	„Wenn Leute sich gegen mich wenden, kann ich sie fertigmachen“
Eigenwillig - paranoid (PN)	„Die meisten Menschen verfolgen gute Absichten“ (umgepolt)
Zurückhaltend - schizoid (SZ)	„Ich wahre immer die Distanz zu anderen Menschen“
Selbstkritisch - selbstunsicher (SU)	„Kritik tut mir schneller weh als anderen“
Sorgfältig - zwanghaft (ZW)	„Beständigkeit und feste Grundsätze bestimmen mein Leben“
Ahnungsvoll - schizotypisch (ST)	„Ich glaube an Gedankenübertragung“
Optimistisch - rhapsodisch (RH)	„Wo ich auch hinkomme, verbreite ich gute Laune“
Ehrgeizig - narzisstisch (NA)	„Der Gedanke, eine berühmte Persönlichkeit zu sein, reizt mich“
Kritisch - negativistisch (NT)	„Ich bin in meinem Leben oft vom Pech verfolgt worden“
Loyal - abhängig (AB)	„Ich brauche sehr viel Liebe und Angenommensein“
Spontan - Borderline (BL)	„Meine Gefühle wechseln oft abrupt und impulsiv“
Liebenswertig- histrionisch (HI)	„Ich habe auf das andere Geschlecht eine besondere Anziehungskraft“
Still - depressiv (DP)	„Ich fühle mich oft niedergeschlagen und kraftlos“
Hilfsbereit - selbstlos (SL)	„Die Sorgen anderer beschäftigen mich mehr als meine eigenen Bedürfnisse“

6.3.4 Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht

Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-38, Körkel & Schindler, in Druck) dienen der Einschätzung der Abstinenzzuversicht bei vorliegender Abhängigkeit illegaler Substanzen. Das Konstrukt der Abstinenzzuversicht baut dabei auf den Konstrukten der Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. Bandura, 1977), Kompetenzüberzeugung sowie Kompetenzzuversicht auf.

Die Selbsteinschätzung bezüglich der Abstinenzzuversicht in bestimmten Situationen soll auf einer Skala mit den Abstufungen 0 („überhaupt nicht zuversichtlich“), 20 („ich bin wenig zuversichtlich“), 40 („ich bin einigermaßen zuversichtlich“), 60 („ich bin ziemlich zuversichtlich“), 80 („ich bin sehr zuversichtlich“) und 100 („total zuversichtlich“) erfolgen. Ein Beispiel hierzu: „Ich bin zuversichtlich, dem Konsum meiner Problemdroge(n) widerstehen zu können, wenn mir ein alter Freund Drogen anbietet“. Im Rahmen der Auswertung können für jede der vier Skalen Summen- und Durchschnittswerte gebildet werden. Die in den HEISA-38 beschriebenen Situationen werden folgenden vier Skalen zugerechnet, die als faktoriell abgesichert gelten: (1) Unangenehme Gefühle, (2) Versuchungen und Verlangen, (3) Leichtsinnigkeit im Denken und (4) Angenehme Gefühle.

Zusätzlich dient die „Zielskala“ der Ermittlung des Ziels des Patienten im Umgang mit Drogen. Sie umfasst die Antwortmöglichkeiten „Drogen nehmen wie bisher“, „kontrolliert Drogen nehmen“, „die meiste Zeit clean bleiben und nur ab und zu Drogen nehmen“, „erst einmal über längere Zeit clean bleiben und dann weitersehen“ und „total clean bleiben – nie mehr Drogen nehmen“. Die Patienten werden im Zuge dieser Studie darauf hingewiesen, dass der Begriff „Drogen“ nicht ärztlich verschriebene Substitutionsmittel umfasst, sondern lediglich solche Substanzen, die zusätzlich zum Substitutionsmittel konsumiert werden bzw. die missbräuchliche Anwendung der Substitutionsmedikation.

Obwohl durch die „Heidelberger Skalen zur Kontrollzuversicht“ (HEIS-KOTZ) ein eigenes Instrument für den kontrollierten Umgang mit Drogen vorliegt (Körkel & Schindler, in Druck), wurden die HEISA-38 bereits von anderen Autoren (vgl. Ertl et al., 2006) bei substituierten Patienten angewandt. Die einleitenden Worte der HEIS-KOTZ „Ich bin zuversichtlich, auch dann nicht mehr Drogen zu nehmen, als ich mir vorgenommen habe, wenn ...“ treffen womöglich nicht ausreichend auf die Substitutionstherapie zu, da der substituierte Patient über die Art und Höhe der

Dosierung nicht selbst entscheidet. Die HEIS-KOTZ unterscheiden sich von den HEISA-38 durch die Eliminierung der Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“.

Die HEISA-38 sind die Langform der Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit, die hoch mit der Kurzfassung HEISA-16 korreliert. Im Rahmen der aktuellen Forschung sollen die HEISA-38 eingesetzt werden, da sie ein breites Spektrum an verschiedenen Risikosituationen bezüglich eines Rückfalls abdecken und somit auch einen therapeutischen Nutzen bei der Weiterbehandlung der Patienten erfüllen. Die Bearbeitungsdauer beträgt zirka 15 Minuten. Laut Angaben der Autoren befindet sich die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) zwischen $\alpha = 0,88$ bis $0,94$, und es liegt zudem eine hohe Stabilität bei Testwiederholung vor. Außerdem erklären die vier Skalen der HEISA-38 etwa 73% der Gesamtvarianz.

6.4 Untersuchungsdurchführung

Die Erhebung der Daten erfolgte im Zuge der Eingangstestung des Anton-Proksch-Instituts in Wien. Die Fragebögen wurden im Paper-Pencil-Format vorgegeben und die Bearbeitung persönlich begleitet. Die Testung erfolgte einmal pro Woche als Gruppentestung in den Räumlichkeiten des Anton-Proksch-Instituts. Diese betraf die jeweils neu in der stationären Behandlungseinrichtung aufgenommenen Patienten etwa sieben Tage nach Aufnahme, d.h. nach dem körperlichen Entzug. Dieser dauerte bei einigen Patienten jedoch etwas kürzer bzw. länger, weshalb bei Unklarheit über den Zustand des Patienten ärztlicher Rat über die Testbarkeit der Person eingeholt wurde.

Die Fragebögen wurden standardisiert in folgender Reihenfolge vorgelegt: (1) WST, (2) Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar, (3) BDI-II, (4) HEISA-38, wobei sich hier teilweise aus organisatorischen Gründen Abweichungen ergaben. Die Teilnehmer wurden auf die Wahrung ihrer Anonymität hingewiesen. Die Bearbeitung dauerte etwa zwei Stunden, wobei eine einmalige Pause (z.B. um zu rauchen) zwischen den Testungen bei Bedarf möglich war.

7 Fragestellungen und Hypothesen

In diesem Abschnitt werden die Fragestellungen sowie die Null- (H_0) und Alternativhypothesen (H_1) der Studie dargestellt.

7.1 Geschlecht und Persönlichkeit

Fragestellung: Gibt es Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezogen auf Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung?

$H_{0.7.1.1}$: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Skala „selbstbestimmt-antisozial“ ($\mu_1 = \mu_2$).

$H_{1.7.1.1}$: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Skala „selbstbestimmt-antisozial“ ($\mu_1 \neq \mu_2$).

(Analog zu H_0 bzw. H_1 (7.1.1) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (7.1.2) bis (7.1.14) zu den weiteren 13 Skalen des PSSI formuliert.)

7.2 Geschlecht und Abstinenzzuversicht

Fragestellung: Gibt es Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezogen auf die Abstinenzzuversicht?

$H_{0.7.2.1}$: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezüglich der Skala „Unangenehme Gefühle“ ($\mu_1 = \mu_2$).

$H_{1.7.2.1}$: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezüglich der Skala „Unangenehme Gefühle“ ($\mu_1 \neq \mu_2$).

(Analog zu H_0 bzw. H_1 (7.2.1) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (7.2.2) bis (7.2.4) zu den weiteren drei Skalen der HEISA-38 formuliert.)

7.3 Module und Persönlichkeit

Fragestellung: Gibt es Unterschiede zwischen den Patienten in den drei verschiedenen Modulen (Ein-Monats-Therapie, Drei-Monats-Therapie und Sechs-Monats-Therapie) bezogen auf Persönlichkeitsstil bzw. -störung?

H₀.7.3.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Modulen bezogen auf die Skala „selbstbestimmt-antisozial“ ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H₁.7.3.1: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den Modulen bezogen auf die Skala „selbstbestimmt-antisozial“ ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

(Analog zu H₀ bzw. H₁ (7.3.1) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (7.3.2) bis (7.3.14) zu den weiteren 13 Skalen des PSSI formuliert.)

7.4 Therapieziel und Persönlichkeit

Fragestellung: Gibt es Unterschiede zwischen Patienten mit dem Therapieziel der Abstinenz und denjenigen mit dem vorläufigen Therapieziel der Substitution bezogen auf Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung?

H₀.7.4.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit dem Therapieziel der Abstinenz und denjenigen mit dem Therapieziel der anhaltenden Substitution bezogen auf die Skala „selbstbehauptend-antisozial“ ($\mu_1 = \mu_2$).

H₁.7.4.1: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit dem Therapieziel der Abstinenz und denjenigen mit dem Therapieziel der anhaltenden Substitution bezogen auf die Skala „selbstbehauptend-antisozial“ ($\mu_1 \neq \mu_2$)

(Analog zu H₀ bzw. H₁ (7.4.1) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (7.4.2) bis (7.4.14) zu den weiteren 13 Skalen des PSSI formuliert.)

7.5 Substitutionsmittel und Persönlichkeit

Fragestellung: Bestehen Unterschiede zwischen Patienten mit unterschiedlichen Substitutionsmitteln (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine) bezüglich Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung?

H₀.7.5.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten, die mit Methadon, Buprenorphin bzw. retardierten Morphinen behandelt werden, bezogen auf die Skala „selbstbestimmt-antisozial“ ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H₁.7.5.1: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Patienten, die mit Methadon, Buprenorphin bzw. retardierten Morphinen behandelt werden, bezogen auf die Skala „selbstbestimmt-antisozial“ ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

(Analog zu H₀ bzw. H₁ (7.5.1) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (7.5.2) bis (7.5.14) zu den weiteren 13 Skalen des PSSI formuliert.)

7.6 Substitutionsdosis und Persönlichkeit

Fragestellung: Bestehen Unterschiede zwischen niedriger, mittlerer und hoher Dosierung der Substitution bezogen auf Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung?

H₀.7.6.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen niedriger, mittlerer und hoher Dosierung der Substitution und der Skala „selbstbestimmt-antisozial“ ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H₁.7.6.1: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen niedriger, mittlerer und hoher Dosierung der Substitution und der Skala „selbstbestimmt-antisozial“ ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

(Analog zu H₀ bzw. H₁ (7.6.1) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (7.6.2) bis (7.6.14) zu den weiteren 13 Skalen des PSSI formuliert.)

7.7 Module und Abstinenzzuversicht

Fragestellung: Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Modulen (Ein-Monats-Therapie, Drei-Monats-Therapie und Sechs-Monats-Therapie) bezogen auf die Abstinenzzuversicht?

H₀.7.7.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Modulen bezogen auf die Skala „Unangenehme Gefühle“ ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H₁.7.7.1: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den Modulen bezogen auf die Skala „Unangenehme Gefühle“ ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

(Analog zu H₀ bzw. H₁ (7.7.1) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (7.7.2) bis (7.7.4) zu den weiteren drei Skalen der HEISA-38 formuliert.)

7.8 Therapieziel und Abstinenzzuversicht

Fragestellung: Unterscheiden sich Patienten mit dem Therapieziel der Abstinenz von denjenigen mit dem vorläufigen Therapieziel der Substitution bezogen auf die Abstinenzzuversicht?

H₀.7.8.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede in der Skala „Unangenehme Gefühle“ der Abstinenzzuversicht zwischen Patienten mit dem Therapieziel der Abstinenz und dem der anhaltenden Substitution ($\mu_1 = \mu_2$).

H₁.7.8.1: Es gibt signifikante Unterschiede in der Skala „Unangenehme Gefühle“ der Abstinenzzuversicht zwischen Patienten mit dem Therapieziel der Abstinenz und dem der anhaltenden Substitution ($\mu_1 \neq \mu_2$).

(Analog zu H₀ bzw. H₁ (7.8.1.) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (7.8.2) bis (7.8.4) zu den weiteren drei Skalen der HEISA-38 formuliert.)

7.9 Substitutionsmittel und Abstinenzzuversicht

Fragestellung: Gibt es Unterschiede in der Abstinenzzuversicht in Abhängigkeit von der Art des Substitutionsmittels (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine)?

H₀.7.9.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Skala „Unangenehme Gefühle“ in Abhängigkeit von der Art des Substitutionsmittels ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H₁.7.9.1: Es gibt signifikante Unterschiede bezogen auf die Skala „Unangenehme Gefühle“ in Abhängigkeit von der Art des Substitutionsmittels ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

(Analog zu H₀ bzw. H₁ (7.9.1) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (7.9.2) bis (7.9.4) zu den weiteren drei Skalen der HEISA-38 formuliert.)

7.10 Substitutionsdosis und Abstinenzzuversicht

Fragestellung: Gibt es Unterschiede zwischen niedrigen, mittleren und hohen Dosierungen der Substitution in Bezug auf die Abstinenzzuversicht?

H₀.7.10.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen niedrigen, mittleren und hohen Dosierungen der Substitution und der Skala „Unangenehme Gefühle“ ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$).

H₁.7.10.1: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen niedrigen, mittleren und hohen Dosierungen der Substitution und der Skala „Unangenehme Gefühle“ ($\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$).

(Analog zu H₀ bzw. H₁ (7.10.1) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (7.10.2) bis (7.10.4) zu den weiteren drei Skalen der HEISA-38 formuliert.)

7.11 Depression und Abstinenzzuversicht

Fragestellung: Bestehen Unterschiede zwischen Patienten mit bzw. ohne Depression bezogen auf die Abstinenzzuversicht?

H₀.7.11.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit bzw. ohne Depression bezogen auf die Abstinenzzuversicht in der Skala „Unangenehme Gefühle“ ($\mu_1 = \mu_2$).

H₁.7.11.1: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit bzw. ohne Depression bezogen auf die Abstinenzzuversicht in der Skala „Unangenehme Gefühle“ ($\mu_1 \neq \mu_2$).

(Analog zu H₀ bzw. H₁ (7.11.1) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (7.11.2) bis (7.11.4) zu den weiteren drei Skalen der HEISA-38 formuliert.)

7.12 Persönlichkeitsstil, Persönlichkeitsstörung und Abstinenzzuversicht

Bestehen Unterschiede zwischen Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten in Persönlichkeitsstil bzw. -störung und Patienten mit unterdurchschnittlichen bzw. durchschnittlichen Werten bezogen auf die Abstinenzzuversicht?

H₀.7.12.1.1: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten in der Skala „selbstbestimmt-antisozial“ und den anderen Patienten bezogen auf die Skala „Unangenehme Gefühle“ der Abstinenzzuversicht ($\mu_1 = \mu_2$).

H₁.7.12.1.1: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten in der Skala „selbstbestimmt-antisozial“ und den anderen Patienten bezogen auf die Skala „Unangenehme Gefühle“ der Abstinenzzuversicht ($\mu_1 \neq \mu_2$).

(Analog zu H_0 bzw. H_1 (7.12.1.1) sind die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (7.12.1.2) bis (7.12.1.4) zu den weiteren drei Skalen der HEISA-38 formuliert. Außerdem sind analog zu den Hypothesen H_0 bzw. H_1 (7.12.1.1) die Hypothesen H_0 bzw. H_1 (7.12.2.2) bis (7.12.14.4) für die weiteren 13 Skalen des PSSI formuliert.)

7.13 Variablen für den Therapieabbruch

Gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Patienten, die die Therapie abbrechen, und denen, die die Therapie beenden? Wodurch unterscheiden sie sich?

$H_{0.7.13}$: Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen Therapieabbrechern und Completern ($\mu_1 = \mu_2$).

$H_{1.7.13}$: Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Therapieabbrechern und Completern ($\mu_1 \neq \mu_2$).

8 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung wurde mittels SPSS 17.0 für Windows durchgeführt und das Signifikanzniveau mit $\alpha = 0,05$ festgelegt. Ergebnisse mit $p < 0,10$ wurden als tendenziell signifikant interpretiert. Im Rahmen der deskriptiven Analyse wurden absolute und relative Häufigkeiten ermittelt.

Parametrische Verfahren, die zur Überprüfung von Unterschiedshypothesen herangezogen wurden, waren der t-Test für unabhängige Stichproben und die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA). Für Vergleiche von jeweils zwei Gruppen wurde der t-Test für unabhängige Stichproben, bei mehr als zwei unabhängigen Stichproben eine ANOVA für unabhängige Stichproben berechnet. Bei Verletzung der Normalverteilung im Rahmen der t-Tests wurden U-Tests nach Mann-Whitney, bei ausschließlicher Verletzung der Homogenität der Varianzen t-Tests für heterogene Varianzen angewendet. Die Homogenität der Varianzen wurde mittels Levene-Test, die Normalverteilung der Variablen mittels Shapiro-Wilk-Test (bei Gruppen $n \leq 30$) überprüft. Dabei galten die Voraussetzungen der genannten parametrischen Verfahren als erfüllt, wenn Levene- und Shapiro-Wilk-Test nicht signifikant ausfielen, d.h. einen p-Wert $> 0,05$ erreichten.

Bei signifikanten Ergebnissen im Zuge der ANOVA wurde abhängig von der Größe der zu vergleichenden Gruppen der Scheffé- bzw. Bonferroni-Test angewandt, im Anschluss an den Kruskal-Wallis-Test wurden post hoc U-Tests berechnet. Im Rahmen von post-hoc-Berechnungen mittels U-Tests wurde eine Alpha-Fehler-Korrektur nach Bonferroni vorgenommen.

Außerdem wurden Effektgrößen berechnet, die in Tabelle 4 erläutert werden. Die Effektgröße d nach Cohen (1992) wurde zur Verdeutlichung von t-Werten angegeben, wobei $d > 0,2$ einen kleinen, $d > 0,5$ einen mittleren und $d > 0,8$ einen starken Effekt beschreibt. Die Effektgrößen η^2 und r , die ebenso in Tabelle 4 erläutert werden, wurden hinsichtlich signifikanter Unterschiede bei der einfaktoriellen Varianzanalyse bzw. bezüglich der Ergebnisse der U-Tests berechnet.

Die Prädiktorensuche für den Therapieabbruch wurde mittels binärer logistischer Regression durchgeführt.

Tabelle 4. Effektgrößen d und η^2

Effektgröße	klein	mittel	stark
d	0,20	0,50	0,80
η^2	0,01	0,06	0,14
r	0,10	0,30	0,50

8.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtstichprobe umfasste 105 Patienten, wobei, wie bereits in Abschnitt 6.1 erläutert, aufgrund Nichterfüllung der Inklusionskriterien 16 Personen nicht in die statistische Analyse miteinbezogen wurden. Im Weiteren werden Mittelwerte, Standardabweichungen sowie absolute und relative Häufigkeiten zur Beschreibung der Stichprobe wiedergegeben. Eine Übersicht über die Mittelwerte, Standardabweichungen sowie Minimum und Maximum der einzelnen Skalen der eingesetzten Fragebögen befindet sich im Anhang.

8.1.1 Geschlecht, Alter und Staatsbürgerschaft

Von den 89 Personen mit Opioidabhängigkeit waren 66 männlich (74,2%) und 23 weiblich (25,8%). Das durchschnittliche Alter der teilnehmenden Patienten lag bei etwa dreißig ($M = 30,16$, $SD = 6,03$), wobei der jüngste Patient 19 und der älteste 47 Jahre alt war. 76 Patienten (85,4%) der insgesamt 89 besaßen die österreichische, 13 (14,6%) eine andere Staatsbürgerschaft.

8.1.2 Substitutionsmittel und Dosis

Wie aus Abbildung 2 ersichtlich, wurde Methadon an 11 Patienten (12,4%) verschrieben, Buprenorphin (inklusive Suboxone) an 12 Patienten (13,5%), 66 Patienten (74,1%) erhielten retardierte Morphine. Suboxone wurde, wie Abbildung 3 zeigt, lediglich einmal (1,1%), L-Polamidon und Compensan jeweils viermal (4,5%), Methadon siebenmal (7,9%) und Subutex 11 Patienten (12,4%) verschrieben. Mundidol kam mit 62 Verschreibungen (69,7%) am häufigsten zum Einsatz.

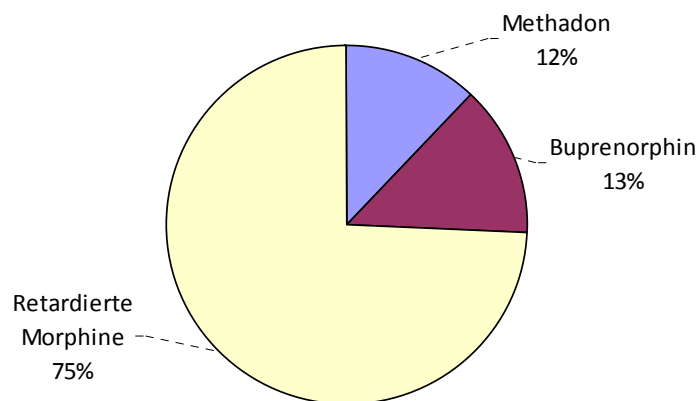


Abbildung 2. Verschreibung von Methadon, Buprenorphin und retardierten Morphinen

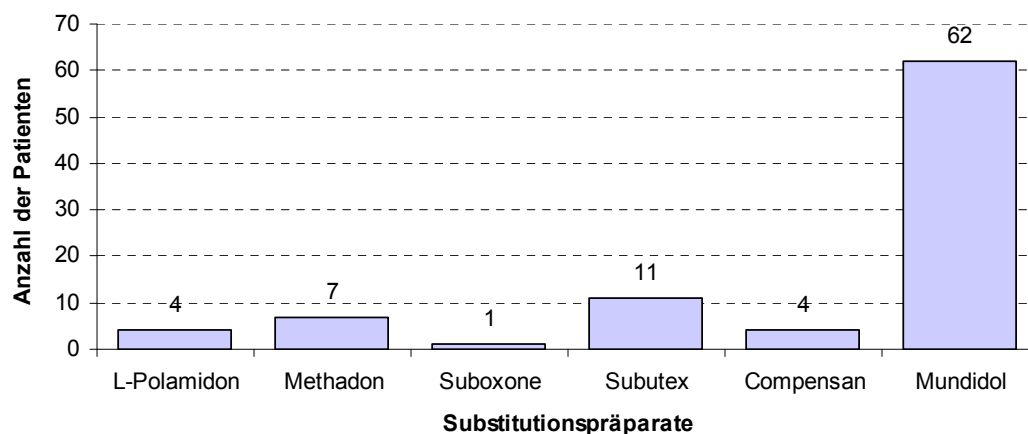


Abbildung 3. Häufigkeit der Verschreibung der Substitutionspräparate

Gemäß der Kategorisierung der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (2009) erhielten in der aktuellen Studie 39 Patienten (43,8%) niedrige, 39 Patienten (43,8%) mittlere und 11 Patienten (12,4%) hohe Substitutionsdosen. Für die Umrechnung von Buprenorphin und Methadon in eine „Äquivalenzdosis“, die die Menge der Substitution in der Einheit retardierter Morphine angibt, wurden vorangegangene Studien herangezogen (Eder et al., 2005; Fischer et al., 2006). Diese reichte in der aktuellen Studie von 20 bis 1000 mg, der Mittelwert entsprach etwa 400 mg ($M = 400,16$, $SD = 216,06$).

8.1.3 Modulzuordnung in der stationären Behandlungseinrichtung

Die „Ein-Monats-Gruppe“ setzte sich aus Patienten zusammen, deren Therapieplan den körperlichen Entzug in der stationären Behandlungseinrichtung vorsieht sowie zwei bzw. vier Wochen stationäre Stabilisierung. Patienten der „Drei-Monats-Gruppe“ haben Anspruch auf eine Entzugsbehandlung sowie eine dreimonatige Stabilisierung. Die Patienten der „Sechs-Monats-Gruppe“ absolvieren ebenfalls einen Entzug, streben jedoch nach dem stationären Aufenthalt am Anton-Proksch-Institut eine weitere stationäre Langzeittherapie an. Die aktuelle Stichprobe umfasste, wie aus Abbildung 4 hervorgeht, 18 Patienten (20,2%), die der „Ein-Monats-Gruppe“ zugeordnet waren, 39 Patienten (43,8%) waren der „Drei-Monats-Gruppe“ zugehörend und 32 Personen (36,0%) der „Sechs-Monats-Gruppe“. Nur für einen Patienten der „Sechs-Monats-Gruppe“ bestand ein 12-monatiger Therapieplan, für alle anderen Patienten dieser Gruppe waren sechs Monate Therapie vorgesehen.

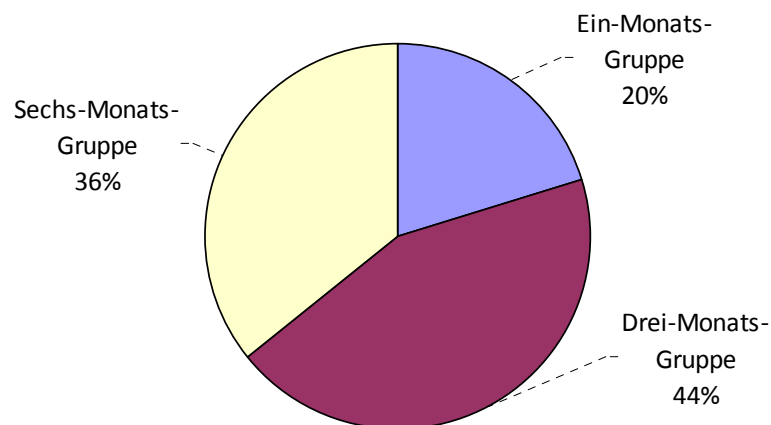


Abbildung 4. Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Module

8.1.4 Therapieziel: Abstinenz vs. Substitution

Alle 89 Personen der Stichprobe erhielten zum Zeitpunkt der Testung Substitutionsmittel. Für 57 Patienten (64,0%) galt, wie in Abbildung 5 veranschaulicht, laut Therapieplan jedoch das Ziel der Abstinenz, d.h. eine schrittweise Reduktion des Substitutionsmittels bis zum vollständigen Ausbleiben der Substitution. 32 Patienten (36,0%) sollten längerfristig auf ein Substitutionsmittel eingestellt bleiben.

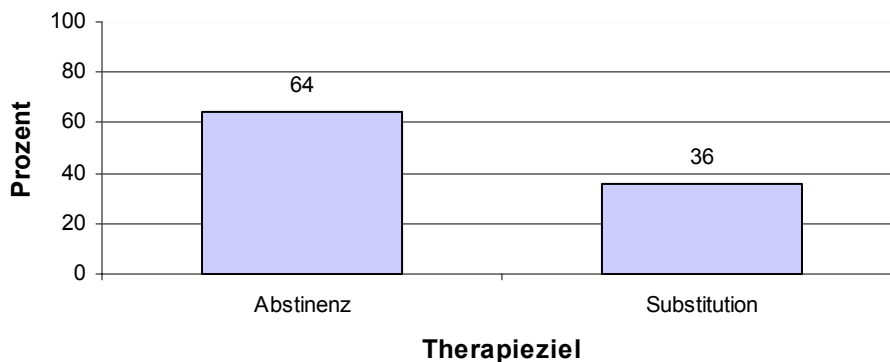


Abbildung 5. Häufigkeit der Therapieziele Abstinenz bzw. Substitution

8.1.5 Medikamente

Im Rahmen der Studie wurde die Verschreibung von Medikamenten aus den vier Gruppen der Antidepressiva, Neuroleptika, Antiepileptika sowie Barbiturate bzw. Benzodiazepine am Tag vor der Eingangstestung erfasst. Wie in Abbildung 6 dargestellt, erhielten 16 Patienten (18,0%) Medikamente aus allen zuvor genannten Kategorien, zwei Patienten (2,2%) wurde keines dieser Medikamente verabreicht. 13 Patienten (14,6%) erhielten zumindest ein Medikament aus einer Kategorie, 32 Patienten (36,0%) mindestens ein Medikament aus zwei Kategorien und 26 Patienten (29,2%) Medikamente aus drei der genannten Gruppen.

73 Patienten (82,0%) erhielten Antiepileptika und 61 Patienten (68,5%) Neuroleptika, 43 Personen (48,3%) wurden Antidepressiva und 42 Patienten (47,2%) Barbiturate bzw. Benzodiazepine verschrieben.

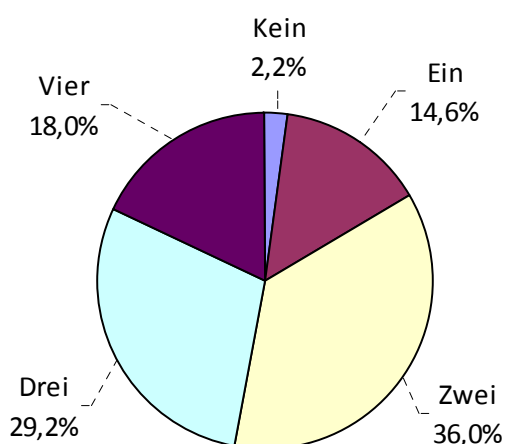


Abbildung 6. Häufigkeit der Verschreibungen aus verschiedenen Medikamentengruppen

8.1.6 Alter bei Erstkonsum von Opioiden

Das Durchschnittsalter bei Erstkonsum von Opioiden lag innerhalb der Stichprobe bei rund 20 Jahren ($M = 19,64$, $SD = 4,33$). Der jüngste Patient war bei Erstkonsum 13, der älteste 39 Jahre alt.

8.1.7 Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung

Im Manual des PSSI (Kuhl & Kazén, 2009) wird darauf hingewiesen, dass T-Werte über 70 den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung erhöhen. Im Zuge dieser Studie werden derartig hohe Werte auf einer Skala als Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Wie Abbildung 7 zeigt, wiesen 57 der 89 Patienten (64,0%) in den Skalen des PSSI keine T-Werte über 70 auf. Die restlichen 30 Patienten (33,7%) der Stichprobe zeigten insgesamt 56 Persönlichkeitsstörungen. Bei 17 Patienten (19,1%) wurde eine Persönlichkeitsstörung in einer Skala, bei vier Patienten (4,5%) in zwei Skalen, bei fünf Patienten (5,6%) in drei Skalen und bei vier Patienten (4,5%) in vier Skalen des PSSI festgestellt.

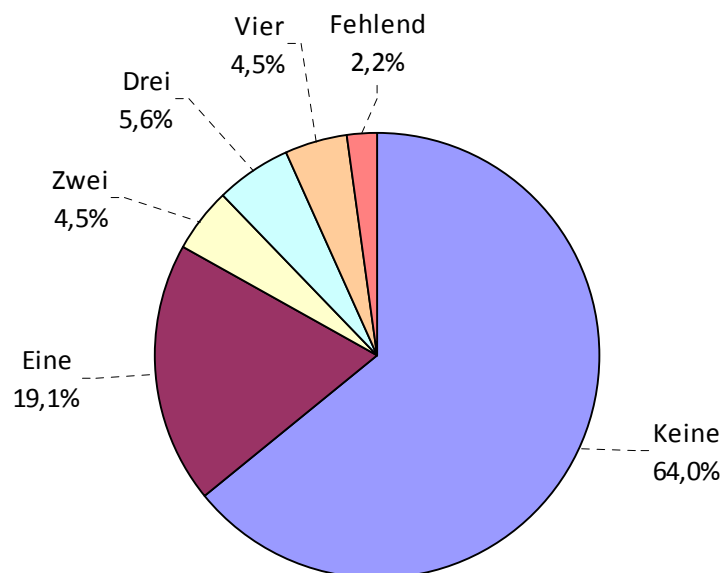


Abbildung 7. Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen

Am häufigsten konnten, wie in Abbildung 8 dargestellt, die paranoide ($n = 9$, 10,1%) sowie die selbstlose Persönlichkeitsstörung ($n = 9$, 10,1%) festgestellt werden. Die histrionische Persönlichkeitsstörung wurde bei sieben Patienten (7,9%) ermittelt, die

negativistische Persönlichkeitsstörung bei sechs Patienten (6,7%) und die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei fünf Patienten (5,6%). Die narzisstische Persönlichkeitsstörung war in der Stichprobe nicht vertreten.



Abbildung 8. Häufigkeiten der spezifischen Persönlichkeitsstörungen

8.1.8 Beendigung der Therapie

Wie aus Abbildung 9 hervorgeht, brachen 54 Patienten (60,7%) die stationäre Therapie ab, sieben Patienten (7,9%) wurden disziplinar entlassen, und 28 Patienten (31,4%) beendeten die Therapie an der Station regulär. Ein Teil davon nahm im Anschluss daran eine weitere Therapie wahr. Der kürzeste Aufenthalt betrug fünf, der längste 163 Tage, wobei der durchschnittliche Patient etwa 41 Tage stationär aufgenommen war ($M = 41,54$, $SD = 26,98$).

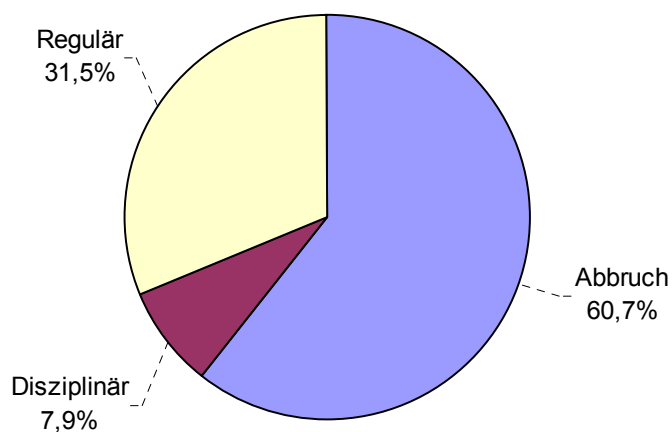


Abbildung 9. Grund für das Therapieende

8.2 Hypothesenprüfung

Im Folgenden wird jeweils nur die Fragestellung wiederholt, die zugehörigen Nullhypothesen H_0 und Alternativhypothesen H_1 finden sich in Abschnitt 7.

8.2.1 Geschlecht und Persönlichkeit (Fragestellung 7.1)

Gibt es Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezogen auf Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung?

Zur Überprüfung des Einflusses des Geschlechts auf die Persönlichkeit wurden t-Tests für homogene Varianzen, für die Skalen „selbstkritisch-selbstunsicher“ und „optimistisch-rhapsodisch“ t-Tests für heterogene Varianzen herangezogen. Es zeigten sich signifikant höhere Werte bei Frauen in den Skalen „eigenwillig-paranoid“, „kritisch-negativistisch“, „loyal-abhängig“ und „hilfsbereit-selbstlos“ sowie tendenziell signifikante Unterschiede in den Skalen „selbstbehauptend-antisozial“ und „optimistisch-rhapsodisch“, die in Tabelle 5 wiedergegeben werden. Die vergleichende Analyse in Bezug auf die weiteren Skalen ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Die Hypothesen $H_{0.7.1.1}$, $H_{0.7.1.3}$ bis $H_{0.7.1.8}$ sowie $H_{0.7.1.11}$ bis $H_{0.7.1.13}$ werden beibehalten, und die $H_{1.7.1.2}$, $H_{1.7.1.9}$, $H_{1.7.1.10}$ und $H_{1.7.1.14}$ angenommen.

Tabelle 5. t-Tests: Geschlecht und Persönlichkeit

	M_{Frauen} (SD)	M_{Männer} (SD)	t	p	d
AS	56,78 (11,61)	52,44 (9,93)	1,719	0,089	0,402
PN	62,65 (8,52)	53,25 (12,88)	3,248	0,002	0,861
RH	56,43 (9,97)	51,94 (7,43)	1,975	0,057	0,511
NT	61,65 (8,74)	54,77 (10,02)	2,920	0,004	0,732
AB	55,48 (10,44)	48,59 (9,48)	2,908	0,005	0,691
SL	63,04 (9,29)	56,77 (9,21)	2,798	0,006	0,678

Anmerkungen. AS = selbstbestimmt-antisozial, PN = eigenwillig-paranoid, RH = optimistisch-rhapsodisch, NT = kritisch-negativistisch, AB = loyal-abhängig, SL = hilfsbereit-selbstlos; t (df = 85).

8.2.2 Geschlecht und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.2)

Gibt es Unterschiede zwischen Frauen und Männern bezogen auf die Abstinenzzuversicht?

Für den Vergleich zwischen Frauen und Männern wurden für die Skalen „Unangenehme Gefühle“ und „Versuchung und Verlangen“ t-Tests für unabhängige Stichproben, bzw. aufgrund Verletzung der Normalverteilungsvoraussetzung für die Skalen „Leichtsinnigkeit im Denken“ und „Angenehme Gefühle“ U-Tests berechnet.

In den Skalen „Unangenehme Gefühle“ ($t = 0,098$, $df = 86$, $p = 0,922$) und „Versuchungen und Verlangen“ ($t = 0,198$, $df = 86$, $p = 0,844$) zeigten sich infolge der Analyse mittels t-Tests keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Auch in den Skalen „Leichtsinnigkeit im Denken“ ($U = 679,00$, $p = 0,650$) und „Angenehme Gefühle“ ($U = 654,00$, $p = 0,485$) wurden mittels U-Tests keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern erkenntlich. Die $H_{07.2.1}$ bis $H_{07.2.4}$ werden beibehalten.

8.2.3 Module und Persönlichkeit (Fragestellung 7.3)

Gibt es Unterschiede zwischen den Patienten in den drei verschiedenen Modulen (Ein-Monats-Therapie, Drei-Monats-Therapie und Sechs-Monats-Therapie) bezogen auf Persönlichkeitsstil bzw. -störung?

Es wurden einfaktorielle Varianzanalysen sowie aufgrund Nichterfüllung der Normalverteilung ein Kruskal-Wallis-Test für die Skala „ahnungsvoll-schizotypisch“ durchgeführt. Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Modulen bezogen auf sämtliche Skalen des PSSI. Die Unterschiede der Ein-Monats-Gruppe ($M = 50,88$, $SD = 10,01$), Drei-Monats-Gruppe ($M = 52,59$, $SD = 8,60$) und Sechs-Monats-Gruppe ($M = 55,31$, $SD = 9,05$) in der Skala „ahnungsvoll-schizotypisch“ gelten als tendenziell signifikant ($\chi^2 = 5,327$, $df = 2$, $p = 0,070$). Die $H_{07.3.1}$ bis $H_{07.3.14}$ werden beibehalten.

8.2.4 Therapieziel und Persönlichkeit (Fragestellung 7.4)

Gibt es Unterschiede zwischen Patienten mit dem Therapieziel der Abstinenz und denjenigen mit dem vorläufigen Therapieziel der Substitution bezogen auf Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung?

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden t-Tests berechnet, wobei in Bezug auf die Skala „sorgfältig-zwanghaft“ ein t-Test für heterogene Varianzen berechnet wurde. Durch die Analyse mittels t-Tests zeigten sich signifikant geringere Werte der Patienten mit dem Therapieziel Abstinenz ($M = 51,45$, $SD = 8,77$) im Vergleich zu denjenigen mit dem Ziel der anhaltenden Substitution ($M = 56,26$, $SD = 11,42$) in der Skala „spontan-Borderline“ ($t = -2,196$, $df = 85$, $p = 0,031$, $d = 0,472$). Außerdem erzielten Patienten mit dem Abstinenz-Ziel ($M = 52,55$, $SD = 9,44$) signifikant geringere Werte als diejenigen mit dem Substitutions-Ziel ($M = 56,71$, $SD = 8,52$) in der Skala „still-depressiv“ ($t = -2,034$, $df = 85$, $p = 0,045$, $d = 0,463$). Die $H_{1.7.4.11}$ und $H_{1.7.4.13}$ werden angenommen.

Tendenziell signifikante Unterschiede zeigten sich in den Skalen „selbstkritisch-selbstunsicher“ ($t = -1,861$, $df = 85$, $p = 0,066$, $d = 0,409$) und „kritisch-negativistisch“ ($t = -1,859$, $df = 85$, $p = 0,067$, $d = 0,402$). Signifikante und tendenziell signifikante Unterschiede werden in Tabelle 6 dargestellt. In den weiteren Skalen des PSSI zeigten sich keine tendenziell signifikanten bzw. signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit den vorläufigen Therapiezielen der Abstinenz bzw. Substitution. Die $H_{0.7.4.1}$ bis $H_{0.7.4.10}$ sowie die $H_{0.7.4.12}$ und $H_{0.7.4.14}$ werden beibehalten.

Tabelle 6. t-Tests: Unterschiede in den PSSI-Skalen bei Therapieziel Abstinenz bzw. Substitution

	$M_{\text{Abstinenz}} (SD)$	$M_{\text{Substitution}} (SD)$	t	p	d
SU	48,14 (10,24)	52,65 (11,78)	-1,861	0,066	0,409
NT	55,11 (9,10)	59,26 (11,41)	-1,859	0,067	0,402
BL	51,45 (8,77)	56,26 (11,42)	-2,196	0,031	0,472
DP	52,55 (9,44)	56,71 (8,52)	-2,034	0,045	0,463

Anmerkungen. SU = selbstkritisch-selbstunsicher, NT = kritisch-negativistisch, BL = spontan-Borderline, DP = still-depressiv; t (df = 85).

8.2.5 Substitutionsmittel und Persönlichkeit (Fragestellung 7.5)

Bestehen Unterschiede zwischen Patienten mit unterschiedlichen Substitutionsmitteln (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine) bezüglich Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung?

Zur Überprüfung der Fragestellung wurden einfaktorielle Varianzanalysen, für die Skalen „eigenwillig-paranoid“, „zurückhaltend-schizoid“, „hilfsbereit-selbstlos“ und „liebenswürdig-histrionisch“ Kruskal-Wallis-Tests berechnet. Es zeigten sich, wie aus Tabelle 7 ersichtlich, keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten, die mit Methadon (n = 11), Buprenorphin (n = 11) bzw. retardierten Morphinen (n = 65) behandelt wurden, bezogen auf die Skalen des PSSI. Die H_{0.7.5.1} bis H_{0.7.5.14} werden beibehalten.

Tabelle 7. ANOVA/Kruskal-Wallis-Test: Substitutionsmittel und Persönlichkeit

	F	χ^2	df	p
selbstbehauptend-antisozial	1,096	-	2,84	0,348
eigenwillig-paranoid	-	0,655	2	0,721
zurückhaltend-schizoid	-	2,035	2	0,362
selbstkritisch-selbstunsicher	0,681	-	2,84	0,509
sorgfältig-zwanghaft	0,079	-	2,84	0,925
ahnungsvoll-schizotypisch	1,493	-	2,84	0,231
optimistisch-rhapsodisch	1,233	-	2,84	0,297
ehrgeizig-narzisstisch	2,147	-	2,84	0,123
kritisch-negativistisch	0,371	-	2,84	0,691
loyal-abhängig	1,028	-	2,84	0,362
spontan-Borderline	1,102	-	2,84	0,337
liebenswürdig-histrionisch	-	2,247	2	0,325
still-depressiv	0,631	-	2,84	0,534
hilfsbereit-selbstlos	-	1,105	2	0,575

8.2.6 Substitutionsdosis und Persönlichkeit (Fragestellung 7.6)

Bestehen Unterschiede zwischen niedriger, mittlerer und hoher Dosierung der Substitution bezogen auf Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung?

Für den Vergleich von Patienten mit niedrigen, mittleren und hohen Dosierungen der Substitution wurden einfaktorielle Varianzanalysen bzw. alternativ Kruskal-Wallis-Tests berechnet. In den Skalen „liebenswertig-histrionisch“ ($F = 3,244$, $df_1 = 2$, $df_2 = 84$, $p = 0,044$, $\eta^2 = 0,072$) und „spontan-Borderline“ ($F = 3,463$, $df_1 = 2$, $df_2 = 84$, $p = 0,036$, $\eta^2 = 0,076$) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Tendenziell signifikante Unterschiede zeigten sich in den Skalen „still-depressiv“, „eigenwillig-paranoid“ und „ahnungsvoll-schizotypisch“. Die Kennwerte der signifikanten sowie tendenziell signifikanten Ergebnisse werden in Tabelle 8 wiedergegeben.

Tabelle 8. ANOVA/Kruskal-Wallis-Test: Substitutionsdosis und Persönlichkeit

	M_{niedrig} (SD)	M_{mittel} (SD)	M_{hoch} (SD)	F	χ^2	p
PN	56,71 (9,92)	53,00 (15,24)	61,82 (7,69)	2,383	-	0,098
ST	52,24 (7,20)	53,00 (10,94)	57,82 (6,94)	-	5,184	0,075
DP	55,71 (9,04)	51,42 (9,34)	57,27 (8,34)	2,912	-	0,060
HI	51,63 (10,48)	57,18 (9,69)	56,91 (9,06)	3,244	-	0,044
BL	53,61 (9,39)	50,87 (9,67)	59,55 (11,08)	3,463	-	0,036

Anmerkungen. PN = eigenwillig-paranoid, ST = ahnungsvoll-schizotypisch, DP = still-depressiv, HI = liebenswertig-histrionisch, BL = spontan-Borderline; F ($df = 2,84$), χ^2 ($df = 2$).

Die post-hoc-Analyse für die Skala „spontan-Borderline“ wurde aufgrund maßgeblicher Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der Patienten pro Vergleichsgruppe mittels Scheffé-Test berechnet. Patienten mit mittleren Dosierungen zeigten dabei signifikant geringere Werte ($M = 50,87$, $SD = 9,67$) als diejenigen mit hohen Substitutionsdosen ($M = 59,55$, $SD = 11,08$) bezogen auf die Skala „spontan-Borderline“ ($p = 0,038$). Zwischen den Patienten mit niedriger Substitutionsdosis ($M = 53,61$, $SD = 9,39$) und den anderen beiden Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (niedrig-mittel: $p = 0,475$; niedrig-hoch: $p = 0,210$). In der Skala „liebenswertig-histrionisch“ konnte post hoc ein tendenziell signifikanter Unterschied ($p = 0,058$)

zwischen Patienten mit niedrigen ($M = 51,63$, $SD = 10,48$) und mittleren ($M = 57,18$, $SD = 9,69$) Substitutionsdosen ermittelt werden. Die Alternativhypothesen $H_{1.7.6.11}$ und $H_{1.7.6.12}$ werden angenommen, die Nullhypothesen $H_{0.7.6.1}$ bis $H_{0.7.6.10}$, $H_{0.7.6.13}$ und $H_{0.7.6.14}$ beibehalten.

8.2.7 Module und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.7)

Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Modulen (Ein-Monats-Therapie, Drei-Monats-Therapie und Sechs-Monats-Therapie) bezogen auf die Abstinenzzuversicht?

Hier wurden zur Überprüfung der Hypothesen einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA), bzw. bei Verletzung ihrer Voraussetzungen Kruskal-Wallis-Tests durchgeführt. Dabei wurden mittels Kruskal-Wallis-Test tendenziell signifikante Unterschiede in der Skala „Unangenehme Gefühle“ ($\chi^2 = 5,791$, $df = 2$, $p = 0,055$) sowie signifikante Unterschiede in der Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“ ($\chi^2 = 6,537$, $df = 2$, $p = 0,038$) festgestellt. Hinsichtlich der Skala „Angenehme Gefühle“ wurden keine signifikanten Unterschiede deutlich ($\chi^2 = 1,706$, $df = 2$, $p = 0,426$). Bezüglich der Skala „Versuchungen und Verlangen“ wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt, die signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen aufzeigte ($F = 5,473$, $df_1 = 2$, $df_2 = 85$, $p = 0,006$, $\eta^2 = 0,114$). Die dazugehörigen Ergebnisse finden sich in Tabelle 9. Post hoc wurden U-Tests im Anschluss an den Kruskal-Wallis-Test bzw. an die ANOVA anknüpfend der Bonferroni-Test berechnet. Im Zuge der U-Tests wurde eine Alpha-Fehler-Korrektur nach Bonferroni durchgeführt (korrigiertes Alpha: 0,025).

Tabelle 9. ANOVA/Kruskal-Wallis-Test: Module und Abstinenzzuversicht

	M_{1-Monat} (SD)	M_{3-Monate} (SD)	M_{6-Monate} (SD)	F	χ^2	p
U. G.	78,40 (19,36)	71,61 (21,41)	62,95 (22,86)	-	5,791	0,055
V. V.	76,25 (18,95)	72,04 (21,47)	56,95 (26,19)	5,473	-	0,006
L. D.	74,07 (25,76)	70,53 (25,87)	55,21 (29,77)	-	6,537	0,038
A. G.	87,41 (13,79)	82,28 (17,19)	80,31 (19,95)	-	1,706	0,426

Anmerkungen. U. G. = Unangenehme Gefühle, V. V. = Versuchungen und Verlangen, L. D. = Leichtsinigkeit im Denken, A. G. = Angenehme Gefühle; F ($df = 2,85$), χ^2 ($df = 2$).

Der post-hoc-Vergleich nach Bonferroni bezüglich der Skala „Versuchungen und Verlangen“ zeigte signifikant geringere Werte der Sechs-Monats-Gruppe ($M = 56,95$, $SD = 26,19$) jeweils im Vergleich mit der Ein-Monats-Gruppe ($M = 76,25$, $SD = 18,95$; $p = 0,016$) und der Drei-Monats-Gruppe ($M = 72,04$, $SD = 21,47$; $p = 0,022$). Der Vergleich zwischen der Ein- und Drei-Monats-Gruppe war nicht signifikant ($p = 1,000$). Die Mittelwerte der einzelnen Gruppen sind in Abbildung 10 dargestellt.

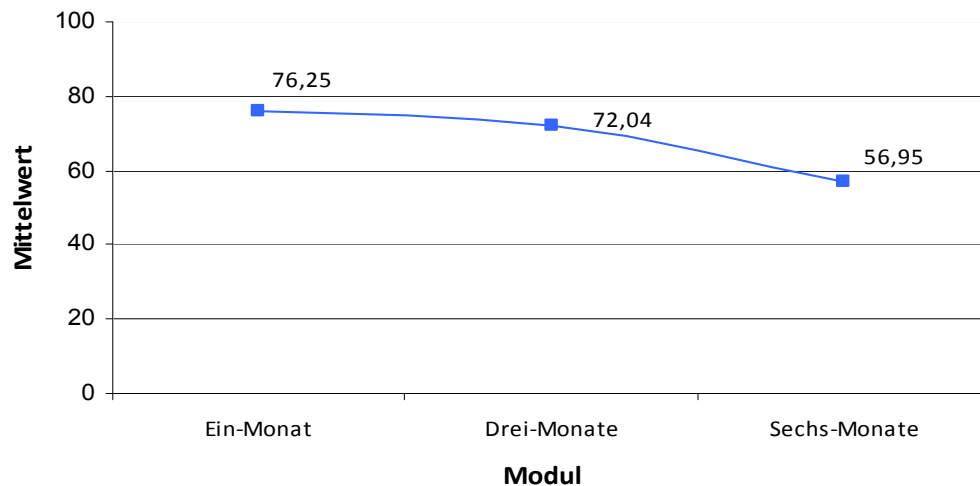


Abbildung 10. Mittelwertsvergleich der Therapie-Module und der Skala „Versuchungen und Verlangen“

Bezogen auf die Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“ zeigten sich mittels U-Tests post hoc (korrigiertes Alpha: 0,025, korrigiertes tendenzielles Alpha: 0,05) tendenziell signifikante Unterschiede zwischen der Sechs-Monats-Gruppe und Ein-Monats-Gruppe ($U = 181,500$, $p = 0,031$, $r = 0,305$) sowie Sechs-Monats-Gruppe und Drei-Monats-Gruppe ($U = 425,000$, $p = 0,031$, $r = 0,258$). Ein-Monats-Gruppe und Drei-Monats-Gruppe unterschieden sich bezüglich der Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“ nicht signifikant ($U = 315,500$, $p = 0,641$, $r = 0,062$). Die $H_{0.7.7.1}$ und $H_{0.7.7.4}$ werden beibehalten, und die $H_{1.7.7.2}$ und $H_{1.7.7.3}$ angenommen.

8.2.8 Therapieziel und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.8)

Unterscheiden sich Patienten mit dem Therapieziel der Abstinenz von denjenigen mit dem vorläufigen Therapieziel der Substitution bezogen auf die Abstinenzzuversicht?

Hier konnten aufgrund ausreichend großer Gruppengrößen ($n_i > 30$) und der Homogenität der Varianzen jeweils t-Tests für die einzelnen Skalen durchgeführt werden.

Hinsichtlich der Skalen „Unangenehme Gefühle“, „Leichtsinnigkeit im Denken“ und „Angenehme Gefühle“ konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mit dem Therapieziel Abstinenz bzw. Substitution festgestellt werden.

Bezüglich der Skala „Versuchungen und Verlangen“ zeigten sich tendenziell signifikante Unterschiede ($t = 1,763$, $df = 86$, $p = 0,082$) zwischen den Gruppen mit dem Therapieziel Abstinenz ($M = 70,70$, $SD = 24,64$) und der Gruppe mit dem vorläufigen Therapieziel der Substitution ($M = 61,37$, $SD = 21,90$). Die Mittelwerte der Gruppen pro Skala sowie die Testwerte der t-Tests werden in Tabelle 10 zusammengefasst. Die Hypothesen $H_{0.7.8.1}$ bis $H_{0.7.8.4}$ werden beibehalten.

Tabelle 10. t-Test: Unterschiede in der Abstinenzzuversicht in Abhängigkeit der Therapieziele

	M_{Abstinenz} (SD)	M_{Substitution} (SD)	t	p	d
U. G.	71,31 (21,26)	67,17 (23,69)	0,837	0,405	0,184
V. V.	70,70 (24,64)	61,37 (21,90)	1,763	0,082	0,400
L. D.	68,60 (26,62)	60,32 (30,62)	1,320	0,190	0,289
A. G.	84,21 (16,40)	79,68 (19,69)	1,153	0,252	0,250

Anmerkungen. U. G. = Unangenehme Gefühle, V. V. = Versuchungen und Verlangen, L. D. = Leichtsinigkeit im Denken, A. G. = Angenehme Gefühle; t ($df = 86$).

8.2.9 Substitutionsmittel und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.9)

Gibt es Unterschiede bezogen auf die Abstinenzzuversicht in Abhängigkeit von der Art des Substitutionsmittels (Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine)?

Aufgrund der Verletzung der Voraussetzungen der ANOVA bezogen auf alle vier Skalen der HEISA-38 wurden Kruskal-Wallis-Tests eingesetzt. In den Skalen „Unangenehme Gefühle“ ($\chi^2 = 3,336$, $df = 2$, $p = 0,189$), „Versuchungen und Verlangen“ ($\chi^2 = 3,211$, $df = 2$, $p = 0,201$) sowie „Angenehme Gefühle“ ($\chi^2 = 0,866$,

df = 2, p = 0,649) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten festgestellt werden, die entweder mit Methadon, Buprenorphin oder retardierten Morphinen substituiert wurden. Die Nullhypothesen $H_{0.7.9.1}$, $H_{0.7.9.2}$ und $H_{0.7.9.4}$ werden beibehalten.

Bezüglich der Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“ ($\chi^2 = 7,256$, df = 2, p = 0,027) konnten, wie in Tabelle 11 ersichtlich, signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ermittelt werden, weshalb post hoc U-Tests für den Vergleich jeweils zweier Gruppen durchgeführt wurden. Dabei wurde eine Alpha-Fehler-Korrektur nach Bonferroni vorgenommen, woraus ein korrigiertes Alpha von 0,025 zur Signifikanzprüfung hervorging. Der Vergleich zwischen Methadon (M = 59,70, SD = 31,14) und Buprenorphin (M = 86,39, SD = 10,87) ist tendenziell signifikant (U = 34,500, p = 0,052), der Unterschied zwischen Methadon und retardierten Morphinen (M = 62,87, SD = 28,54) nicht signifikant (U = 337,000, p = 0,762). Patienten mit Buprenorphin-Substitution erreichten in der Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“ signifikant höhere Werte (M = 86,39, SD = 10,87) als diejenigen mit Morphin-Retard-Behandlung (M = 62,87, SD = 28,54; U = 201,500, p = 0,008, r = 0,302). Die $H_{0.7.9.3}$ wird beibehalten.

Tabelle 11. Kruskal-Wallis-Test: Substitutionsmittel und Abstinenzzuversicht

	χ^2	df	p
U. G.	3,336	2	0,189
V. V.	3,211	2	0,201
L. D.	7,256	2	0,027
A. G.	0,866	2	0,649

Anmerkungen. U. G. = Unangenehme Gefühle, V. V. = Versuchungen und Verlangen, L. D. = Leichtsinigkeit im Denken, A. G. = Angenehme Gefühle

Tabelle 12. U-Tests: Paarweiser Vergleich der Substitutionsmittel bezüglich der Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“

M_{Methadon} (SD)	M_{Buprenorphin} (SD)	M_{SROM} (SD)	U	p	r
59,70 (31,14)	86,39 (10,87)	-	34,500	0,052	0,406
59,70 (31,14)	-	62,87 (28,54)	337,000	0,762	0,035
-	86,39 (10,87)	62,87 (28,54)	201,500	0,008	0,302

8.2.10 Substitutionsdosis und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.10)

Gibt es Unterschiede zwischen niedrigen, mittleren und hohen Dosierungen der Substitution in Bezug auf die Abstinenzzuversicht?

Für die Skalen „Unangenehme Gefühle“, „Versuchungen und Verlangen“ sowie „Leichtsinnigkeit im Denken“ konnten jeweils einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt werden, da deren Voraussetzungen erfüllt waren. Die Fragestellung bezüglich der Skala „Angenehme Gefühle“ wurde mittels Kruskal-Wallis-Test überprüft, da keine Homogenität der Varianzen gegeben war.

Wie in Tabelle 13 dargestellt, unterschieden sich die Gruppen mit niedrigen, mittleren und hohen Substitutionsdosen tendenziell signifikant in der Skala „Unangenehme Gefühle“ ($F = 2,574$, $df_1 = 2$, $df_2 = 85$, $p = 0,082$, $\eta^2 = 0,057$) und signifikant in der Skala „Angenehme Gefühle“ ($\chi^2 = 8,473$, $df = 2$, $p = 0,014$), weshalb für diese Skala post hoc U-Tests durchgeführt wurden. Durch die Alpha-Fehler-Korrektur nach Bonferroni nahm das korrigierte Alpha einen Wert von 0,025 an. Es zeigten sich bezogen auf die Skala „Angenehme Gefühle“ signifikante Unterschiede ($U = 93,000$, $p = 0,005$, $r = 0,400$), wobei Patienten mit mittleren Dosierungen ($M = 88,68$, $SD = 10,06$) signifikant höhere Werte erreichten als diejenigen mit hohen Dosierungen ($M = 72,73$, $SD = 18,43$). Zwischen Patienten mit niedrigen ($M = 79,49$, $SD = 21,21$) und hohen Dosierungen ($U = 155,000$, $p = 0,162$) bzw. niedrigen und mittleren Dosierungen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede ($U = 561,000$, $p = 0,065$). Die $H_{0.7.10.1}$ bis $H_{0.7.10.3}$ werden demnach beibehalten, die $H_{0.7.10.4}$ wird verworfen.

Tabelle 13. ANOVA/Kruskal-Wallis-Test: Substitutionsdosis und Abstinenzzuversicht

	M_{niedrig} (SD)	M_{mittel} (SD)	M_{hoch} (SD)	F	χ^2	p
U. G.	66,70 (23,94)	75,56 (17,94)	61,31 (25,28)	2,574	-	0,082
V. V.	65,32 (27,13)	72,17 (19,14)	58,41 (25,90)	1,695	-	0,190
L. D.	66,75 (27,11)	66,84 (28,12)	57,88 (33,51)	0,476	-	0,623
A. G.	79,49 (21,21)	88,68 (10,06)	72,73 (18,43)	-	8,473	0,014

Anmerkungen. U. G. = Unangenehme Gefühle, V. V. = Versuchungen und Verlangen, L. D. = Leichtsinnigkeit im Denken, A. G. = Angenehme Gefühle; F ($df = 2,85$), χ^2 ($df = 2$).

8.2.11 Depression und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.11)

Bestehen Unterschiede zwischen Patienten mit bzw. ohne Depression bezogen auf die Abstinenzzuversicht?

Aufgrund der Verletzung der Normalverteilung in allen vier Skalen wurden U-Tests berechnet, deren Ergebnisse in Tabelle 14 zusammengefasst sind. Dabei zeigte sich, wie in Abbildung 11 dargestellt, ein signifikanter Unterschied in der Skala „Unangenehme Gefühle“ ($U = 522,000$, $p = 0,014$, $r = 0,262$), wobei Patienten mit Depression ($M = 66,49$, $SD = 21,85$) signifikant geringere Werte erzielten als diejenigen ohne Depression ($M = 78,31$, $SD = 20,80$).

In der Skala „Versuchungen und Verlangen“ ($U = 605,500$, $p = 0,092$) zeigte sich ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit bzw. ohne Depression. Bezogen auf die Skalen „Leichtsinnigkeit im Denken“ ($U = 719,000$, $p = 0,525$) und „Angenehme Gefühle“ ($U = 610,500$, $p = 0,100$) wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Die $H_{0.7.11.2}$ bis $H_{0.7.11.4}$ werden beibehalten, die $H_{1.7.11.1}$ wird angenommen.

Tabelle 14. U-Tests: Unterschiede zwischen Patienten mit bzw. ohne Depression bezogen auf die Abstinenzzuversicht

	M_{keine Depression} (SD)	M_{Depression} (SD)	U	p	r
U. G.	78,31 (20,80)	66,49 (21,85)	522,000	0,014	0,262
V. V.	73,60 (23,91)	64,96 (23,79)	605,500	0,092	0,180
L. D.	67,07 (31,14)	65,13 (27,19)	719,000	0,525	0,068
A. G.	85,33 (20,44)	81,53 (16,47)	610,500	0,100	0,176

Anmerkungen. U. G. = Unangenehme Gefühle, V. V. = Versuchungen und Verlangen, L. D. = Leichtsinnigkeit im Denken, A. G. = Angenehme Gefühle

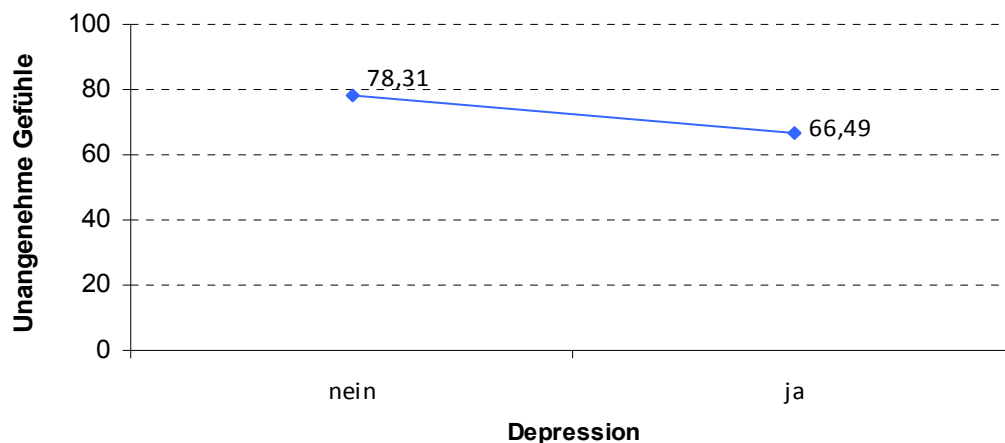


Abbildung 11. Mittelwerte der Patienten mit bzw. ohne Depression in der Skala „Unangenehme Gefühle“

8.2.12 Persönlichkeitsstil, -störung und Abstinenzzuversicht (Fragestellung 7.12)

Bestehen Unterschiede zwischen Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten in Persönlichkeitsstil bzw. -störung und Patienten mit unterdurchschnittlichen bzw. durchschnittlichen Werten bezogen auf die Abstinenzzuversicht?

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden pro Skala zwei Gruppen gebildet, wovon eine Gruppe die Patienten mit überdurchschnittlich hohen T-Werten ($T > 60$), in dieser Skala und die andere Gruppe die Patienten mit unterdurchschnittlichen und durchschnittlichen T-Werten ($T < 60$) in dieser Skala beinhaltete. Nach Überprüfung der Voraussetzungen wurden t-Tests bzw. U-Tests für die einzelnen Skalen berechnet, deren tendenziell signifikante und signifikante Ergebnisse in Tabelle 15 zu finden sind.

Patienten mit überdurchschnittlich hohen T-Werten in den Skalen „spontan-Borderline“ bzw. „still-depressiv“ zeigten jeweils signifikant geringere Werte der Abstinenzzuversicht bezogen auf die Skala „Unangenehme Gefühle“ als die jeweilige Vergleichsgruppe der Patienten mit durchschnittlichen und unterdurchschnittlichen Werten. Die Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten in der Skala „selbstkritisch-selbstunsicher“ zeigten tendenziell signifikant geringere Werte in der Skala „Unangenehme Gefühle“. Personen mit überdurchschnittlich hohen Ausprägungen in der Skala „optimistisch-rhapsodisch“ zeigten dagegen signifikant

höhere Werte in dieser Skala als die Vergleichsgruppe. Patienten mit überdurchschnittlich hoher Ausprägung in der Skala „spontan-Borderline“ sowie „still-depressiv“ zeigten signifikant niedrigere Werte der Abstinenzzuversicht in der Skala „Versuchungen und Verlangen“ als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Personen mit Tendenz zur zwanghaften Persönlichkeitsstörung erzielten dagegen tendenziell signifikant höhere Werte in dieser Skala als diejenigen mit niedrigeren Werten in dieser Skala.

Bezüglich der Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“ erreichten Patienten mit Tendenz zur zwanghaften Persönlichkeitsstörung signifikant höhere Zuversichtswerte als die anderen Patienten, während Patienten mit Tendenz zur Borderline-Persönlichkeit signifikant geringere Werte erreichten als ihre Vergleichsgruppe. Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten in der Skala „spontan-Borderline“ erreichten außerdem signifikant geringere Werte in der Skala „Angenehme Gefühle“ als die Vergleichsgruppe. Signifikante Unterschiede zwischen den Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten einer Skala im Vergleich mit den jeweils anderen Patienten in Bezug auf die Skala „Unangenehme Gefühle“ sind in Abbildung 12 dargestellt.

Für die nichtgenannten Skalen des PSSI in den einzelnen Skalen bestehen keine signifikanten oder tendenziell signifikanten Unterschiede. Die $H_{1.7.12.5.3}$, $H_{1.7.12.7.1}$, $H_{1.7.12.11.1}$ bis $H_{1.7.12.11.4}$ und $H_{1.7.12.13.1}$ sowie $H_{1.7.12.13.2}$ werden angenommen, die übrigen Nullhypothesen werden beibehalten.

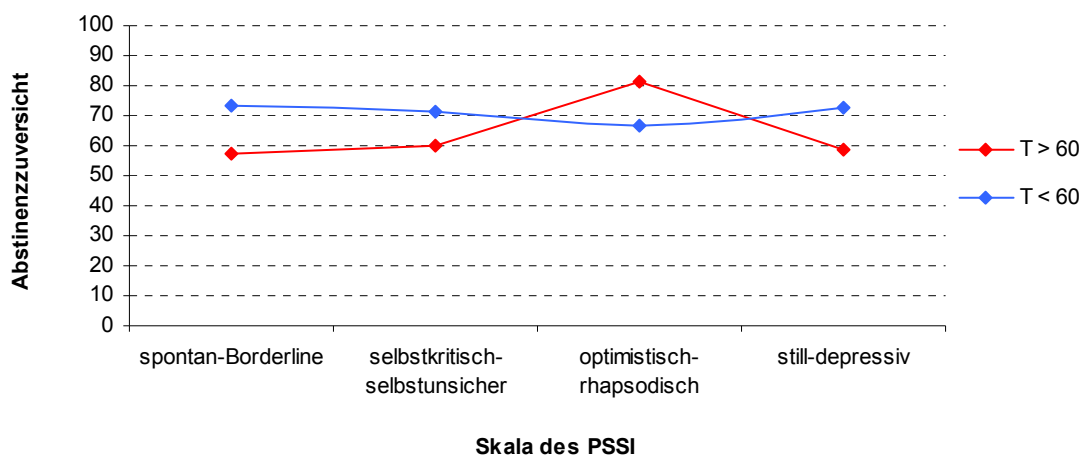


Abbildung 12. Mittelwertsvergleich zwischen Patienten mit Tendenz zur Persönlichkeitsstörung und den anderen Patienten in der Skala „Unangenehme Gefühle“

Tabelle 15. t-Tests: Unterschiede zwischen Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten ($T > 60$) in Persönlichkeitsstil bzw. -störung und den anderen Patienten bezüglich der Abstinenzzuversicht

	M_{überdurchschnittlich} (SD)	M_{andere} (SD)	t	p	d
<i>selbstkritisch-selbstunsicher</i>					
U. G.	59,81 (25,83)	71,43 (21,21)	1,711	0,091	0,492
<i>still-depressiv</i>					
U. G.	58,95 (23,49)	72,85 (20,89)	2,500	0,014	0,625
V. V.	57,37 (24,43)	70,18 (23,31)	2,100	0,039	0,537
<i>sorgfältig-zwanghaft</i>					
V. V.	76,56 (19,66)	65,38 (24,53)	-1,703	0,092	0,503
L. D.	79,58 (19,55)	62,59 (28,99)	-2,229	0,028	0,687

	M_{überdurchschnittlich} (SD)	M_{andere} (SD)	t	U	p	d/r
<i>spontan-Borderline</i>						
U. G.	57,49 (24,22)	73,25 (20,37)	2,866	-	0,005	0,702
V. V.	51,97 (25,33)	71,67 (21,97)	3,347	-	0,001	0,831
L. D.	51,23 (31,19)	69,66 (26,18)	2,606	-	0,011	0,640
A. G.	72,63 (22,68)	85,36 (15,06)	-	427,5	0,020	0,248
<i>optimistisch-rhapsodisch</i>						
U. G.	81,36 (18,05)	66,89 (22,18)	-	380,0	0,010	0,276

Anmerkungen. U. G. = Unangenehme Gefühle, V. V. = Versuchungen und Verlangen, L. D. = Leichtsinnigkeit im Denken, A. G. = Angenehme Gefühle.

8.2.13 Variablen für den Therapieabbruch (Fragestellung 7.13)

Gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Patienten, die die Therapie abbrechen, und denen, die die Therapie beenden? Wodurch unterscheiden sie sich?

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine binäre logistische Regression durchgeführt. Für die Suche nach möglichen Prädiktoren wurden Chi²-Tests, t- und U-Tests herangezogen und ein Signifikanzniveau von 0,2 gewählt. Als Prädiktoren wurden das Therapieziel (Abstinenz, Substitution), das Ziel des Patienten, das im Rahmen der HEISA-38 erhoben wurde („total clean bleiben“, „anderes Ziel“) sowie eine eigens vorgenommene Kategorisierung des Schweregrades der Depression anhand der Werte des BDI II (keine, mittlere, schwere Depression) überprüft.

Außerdem wurden die Ausprägungen der Skalen „still-depressiv“ und „loyal-abhängig“ (überdurchschnittlich hohe T-Werte (T > 60), andere) in ihrer Vorhersagekraft für den Abbruch untersucht. Dabei ergab sich mittels Rückwärtsselektion und Wald-Kriterium ein signifikantes Modell (Chi² = 20,606, p < 0,01, R² [Nagelkerke] = 0,297), das in Tabelle 16 zusammengefasst wird.

Tabelle 16. Binäre logistische Regression: Prädiktoren für den Therapieabbruch

	b	Wald	p	Exp (B)
Therapieziel	1,306	4,916	0,027	3,690
Ziel des Patienten (HEISA-38)	-2,578	6,924	0,009	0,076
Still-depressiv	-1,498	4,138	0,042	0,224
Loyal-abhängig	2,284	4,821	0,028	9,812

Anmerkungen. b = Regressionskoeffizient, Exp (B) = „Effekt-Koeffizient“, Wald = Signifikanztest des Prädiktors.

Als Prädiktoren für den Therapieabbruch gelten demnach das Therapieziel „Abstinenz“, jedes andere Therapieziel des Patienten außer „total clean bleiben“, überdurchschnittlich hohe Werte in der Skala „still-depressiv“ sowie T-Werte kleiner als 60 in der Skala „loyal-abhängig“.

9 Diskussion und Ausblick

Die Stichprobe setzte sich aus 89 Patienten einer stationären Behandlungseinrichtung zusammen, die allesamt zum Zeitpunkt der Testung Substitutionsmittel erhielten. Es wurden im Zuge der Eingangstestung folgende Verfahren vorgelegt: Wortschatztest (Schmidt & Metzler, 1992), Persönlichkeits-Stil-und Störungs-Inventar (Kuhl & Kazén, 2009), Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II, Hautzinger et al., 2006) sowie die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-38, Körkel & Schindler, in Druck).

Gegenstand der Untersuchung waren Unterschiede zwischen Patienten in verschiedenen Modulen mit unterschiedlichen Therapiezielen, Substitutionsmitteln und Dosierungen in Bezug auf Persönlichkeitsstil und Persönlichkeitsstörung sowie Abstinenzzuversicht. Außerdem sollten Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsstil bzw. -störung und Abstinenzzuversicht eruiert werden.

Frauen zeigten signifikant höhere Werte in den Skalen „eigenwillig-paranoid“, „kritisch-negativistisch“, „loyal-abhängig“ und „hilfsbereit-selbstlos“ als Männer. Da der PSSI mit unterschiedlichen Norm-Tabellen bereits geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigt, scheinen hier andere Einflüsse zu wirken. Frauen und Männer mit Opioidabhängigkeit scheinen von Persönlichkeitsstörungen laut Grella und Kollegen (2009) etwa gleich häufig betroffen zu sein, wobei Frauen laut den Autoren häufiger unter der paranoiden Persönlichkeitsstörung leiden als Männer, die dagegen häufiger eine antisoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen. Wie im Bereich von Opioidabhängigkeit üblich, waren Frauen in der Stichprobe unterrepräsentiert, wodurch die Mittelwerte der Frauen durch einige hohe Werte erheblich beeinflusst worden sein könnten. In Bezug auf die vier Skalen der Abstinenzzuversicht zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, was eine gute Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse bezüglich dieses Konstrukts bedeutet.

Zwischen den Modulen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezogen auf Persönlichkeitsstile und Persönlichkeitsstörungen. Patienten mit dem Therapieziel der Substitution zeigten signifikant höhere Werte in den Skalen „spontan-Borderline“ und „still-depressiv“, wobei dies eher derart zu interpretieren ist, dass bei Patienten mit hohen Ausprägungen in diesen Skalen möglicherweise eher eine Substitutionstherapie verordnet wird. Laut Manual des PSSI (Kuhl & Kazén, 2009) ist der spontane Stil durch intensive Emotionalität gekennzeichnet, die Borderline-Persönlichkeit äußert sich durch erhebliche Impulsivität, die sich auf Selbstbild, interpersonelle Beziehungen sowie die

Stimmung auswirkt. Das Kriterium der Impulsivität findet sich ebenso in den DSM-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung und könnte einen Hinweis für eine erhöhte Gefahr von Rückfällen für diese Patientengruppe darstellen. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung steht außerdem mit selbstschädigendem Verhalten in Zusammenhang, depressive Patienten weisen oftmals Suizidversuche auf (APA, 2013a). Diese Risiken der Selbstgefährdung, aber auch bereits abgebrochene stationäre Aufenthalte und Rückfälle in der Krankengeschichte des Patienten scheinen hier für eine Stabilisierung mit Substitutionsmitteln zu sprechen.

Dabei zeigten sich jedoch keine ausgeprägten Präferenzen des Einsatzes bestimmter Substitutionsmittel bei hohen Ausprägungen eines Persönlichkeitsstils bzw. einer Persönlichkeitsstörung. Dies lässt sich ebenso derart interpretieren, dass in der aktuellen Studie keine erheblichen Einflüsse der verschiedenen Substitutionsmittel auf die Persönlichkeit der Patienten festzustellen waren. Dies steht zumindest in Kontrast mit Studien, die einen Vorteil von Buprenorphin in der Behandlung von Depression beschrieben (Brack, 2002; Eder et al., 2005; Lieb et al., 2010; Paetzold et al., 2000) und stimmt mit den Ergebnissen von Dean und Kollegen (2004) überein.

Patienten mit hohen Substitutionsdosen, gleichgültig welchen Substitutionsmittels, wiesen signifikant höhere Werte in der Skala „spontan-Borderline“ auf als Patienten mit mittleren Dosierungen. Dies kann, wie bereits angesprochen, durch höhere Dosierungen bei Patienten mit Tendenzen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung begründet sein, die auf den oben genannten Risiken beruht. Eine höhere Dosierung wirkt hier eventuell dämpfend auf die Impulsivität dieser doppelt belasteten Patientengruppe.

Zwischen der Sechs-Monats-Gruppe und der Ein-Monats-Gruppe sowie der Drei-Monats-Gruppe zeigten sich jeweils signifikant geringere Werte in der Skala „Versuchungen und Verlangen“. Dies könnte eventuell mit der längeren Moduldauer der Sechs-Monats-Gruppe erklärt werden, ist jedoch eher auf die Zuordnung von Patienten mit einem schwereren Krankheitsverlauf bzw. komorbiden Störungen zur länger andauernden Sechs-Monats-Gruppe zurückzuführen. Ein schwererer Krankheitsverlauf und eine Vielzahl an Misserfolgserlebnissen in therapeutischer Hinsicht könnten im Weiteren erklären, warum sich Patienten aus der Sechs-Monats-Gruppe und den jeweils anderen beiden Gruppen in der Skala „Versuchungen und Verlangen“ signifikant voneinander unterscheiden. Patienten mit dem Therapieziel der

Substitution und diejenigen mit dem Therapieziel der Abstinenz zeigen in Bezug auf die vier Bereiche der Abstinenzzuversicht jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Während sich in den Skalen „Unangenehme Gefühle“, „Versuchungen und Verlangen“ sowie „Angenehme Gefühle“ kein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit von der Art des Substitutionsmittels ergab, zeigte sich in der Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“ eine signifikant höhere Abstinenzzuversicht der Patienten, die mit Buprenorphin behandelt wurden, als derjenigen, die mit retardierten Morphinen substituiert wurden. Die erhöhte Wachheit und Klarheit, die im Zusammenhang mit Buprenorphin beschrieben wurde (Brack, 2002; Fischer et al., 1999), scheint eine wesentlich höhere Zuversicht in derartigen Situationen zu ermöglichen als die Substitution mit retardierten Morphinen.

In Bezug auf die unterschiedlichen Dosishöhen zeigte sich, dass Patienten mit hohen Dosierungen signifikant geringere Werte in der Skala „Angenehme Gefühle“ erreichten als diejenigen mit mittleren Dosierungen. Die Patienten, die hoch dosiert und damit eventuell diejenigen Patienten mit schwerem Verlauf waren, erzielten die niedrigsten Werte bezogen auf die Skala „Angenehme Gefühle“, die insgesamt die höchsten Werte der Zuversicht hervorbrachte.

Im Rahmen der aktuellen Studie wurde ein Einfluss der Depression auf die Skala „Unangenehme Gefühle“ beobachtet, wobei Patienten mit Depression, erhoben durch den BDI-II, in dieser Skala signifikant geringere Zuversichtswerte erzielten. Zusätzlich sind hohe Werte in der Skala „still-depressiv“ des PSSI ebenso mit geringeren Werten der Zuversicht in der Skala „Unangenehme Gefühle“ verbunden. Depressive Patienten zeigen, wie bereits in vorangehenden Studien beschrieben (Greenfield et al., 2012), eine geringere Abstinenzzuversicht in Situationen, die mit negativen Affekten in Verbindung stehen. Außerdem wurde eine geringere Zuversicht dieser Patienten in Situationen ermittelt, die Versuchungen und Verlangen betreffen.

Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten in der Skala „spontan-Borderline“ zeigten eine signifikant geringere Zuversicht in allen Skalen der Abstinenzzuversicht. Außerdem wies diese Patientengruppe auch im Vergleich mit allen anderen Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten einer Persönlichkeits-Skala die geringsten Mittelwerte in allen Bereichen der Abstinenzzuversicht auf. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde zwar häufig in Zusammenhang mit Opioidabhängigkeit beschrieben, allerdings in der bisherigen Forschungsliteratur nicht gesondert als

Störung mit besonders geringer Zuversicht ausgewiesen. Eine mögliche Erklärung besteht in dem häufig gemeinsamen Auftreten der Major Depression bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Lebenszeitprävalenz der Depression bei Menschen mit Borderline liegt bei 40–80% (Gabbard, Schmahl, Siever & Iskander, 2012). Eventuell ergeben sich durch den Einfluss der Depression geringere Zuversichtswerte bei Patienten mit Tendenzen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese Erklärung kann jedoch nicht hinreichend sein, da Patienten mit Tendenzen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung selbst geringere Zuversichtswerte zeigten als diejenigen mit hohen Werten der Depression. Ein möglicher Interaktionseffekt könnte Gegenstand weiterer Forschung sein. Eine weitere Gemeinsamkeit der beiden Störungen stellt die gegenüber anderen Störungen erhöhte Häufigkeit von Suizidversuchen dar, die ebenfalls mit geringer Selbstwirksamkeit in Zusammenhang stehen könnte.

In Bezug auf die Skalen „optimistisch-rhapsodisch“ sowie „sorgfältig-zwanghaft“ konnten Zusammenhänge von hohen Werten der Persönlichkeitsstile bzw. -störungen und der Zuversicht in bestimmten Situationen gefunden werden. Hohe Werte in der Skala „optimistisch-rhapsodisch“ führten dabei zu signifikant höheren Werten der Zuversicht in Bezug auf Situationen mit unangenehmen Gefühlen. Patienten mit optimistischem Persönlichkeitsstil zeigen laut dem Manual des PSSI (Kuhl & Kazén, 2009) eine positive Einstellung zum Leben und können auch aus negativen Erfahrungen Positives gewinnen. In der pathologischen Übersteigerung (rhapsodische Persönlichkeitsstörung) zeigen diese Patienten eine Unfähigkeit, mit negativen Situationen oder Konflikten umzugehen, was sich unter anderem in chronischer Schwärmerei äußert. Patienten mit Tendenzen zur rhapsodischen Persönlichkeitsstörung scheinen aufgrund dieses Unvermögens besonders in Situationen mit unangenehmen Gefühlen gewisse Coping-Strategien zu nutzen, was sich in der Skala „Unangenehme Gefühle“ durch erhöhte Werte der Zuversicht ausdrückt.

Patienten mit Tendenzen zur zwanghaften Persönlichkeitsstörung weisen eine signifikant höhere Zuversicht bezüglich der Situationen auf, die Leichtsinnigkeit im Denken betreffen, als Patienten mit niedrigen Ausprägungen in diesem Stil bzw. dieser Störung. Für den sorgfältigen Stil gilt eine hohe Genauigkeit als charakteristisch, während für die pathologische Übersteigerung, die „zwanghafte Persönlichkeit“, typisch ist, dass bestimmte Vorhaben oft an sehr strengen Ziel- und Normvorstellungen scheitern (Kuhl & Kazén, 2009). Derart hohe Ansprüche und die übermäßige

Beschäftigung mit Regeln könnten entscheidend für die höhere subjektive Zuversicht dieser Patientengruppe in der Skala „Versuchungen und Verlangen“ sein, die mit den zuvor genannten Charakteristika am wenigsten vereinbar scheint.

Als Prädiktoren für den Therapieabbruch zeigten sich das Therapieziel „Abstinenz“, jedes andere individuelle Ziel des Patienten als „total clean bleiben“, überdurchschnittlich hohe Werte der Skala „still-depressiv“ sowie durchschnittlich und unterdurchschnittlich hohe Werte in der Skala „loyal-abhängig“. Patienten, die im Zuge der Therapie die Abstinenz von Opioiden erreichen sollten, brachen also eher die Therapie ab als diejenigen, die laut Therapieplan längerfristig substituiert bleiben sollten. Patienten, die jedoch als Ziel im Umgang mit Drogen angaben, dass sie außer dem ärztlich verschriebenen Substitutionsmittel keine anderen Drogen zu sich nehmen wollen, beendeten die stationäre Therapie eher regulär. Das Modell ist in seiner Vorhersagekraft jedoch nicht ausreichend genau. Weitere Forschung sollte Schwerpunkte nicht nur in der Prädiktorensuche für den Therapieerfolg, sondern ebenso in Bezug auf die Entstehung der Abhängigkeit legen.

Ein weiteres Forschungsanliegen besteht in der Bereitstellung von Inventaren zur Erhebung von Persönlichkeitsstilen und Persönlichkeitsstörungen mit hoher Spezifität. Vor allem bei der Untersuchung und Behandlung komorbider Störungen, die von Symptomüberlappung geprägt sind, ist die Festlegung der Prävalenz sowie eine genaue Abgrenzung zwischen den Störungsbildern eine wichtige Voraussetzung. Zukünftige Studien sollten sich außerdem der Erforschung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der damit verbundenen geringen Werte der Abstinenzzuversicht widmen.

Einschränkungen der Studie ergeben sich über die teilweise geringen Größen der Gruppen, die miteinander verglichen wurden. So wurden etwa drei Viertel der untersuchten Patienten mit retardierten Morphinen behandelt, Methadon und Buprenorphin wurden wesentlich seltener verschrieben. Dies stellt keine besondere Verschreibungspraxis dieser stationären Einrichtung, sondern viel mehr eine Besonderheit Österreichs dar (EMCDDA, 2013b). Es existieren zahlreiche Studien, die Unterschiede zwischen Methadon und Buprenorphin bezüglich Haltequote, Zufriedenheit der Patienten, Nebenwirkungen etc. aufzeigen, zu retardierten Morphinen finden sich bisher jedoch nur wenige Studien (Jegu et al., 2011). Weitere Forschung sollte sich vermehrt auch mit diesem Substitutionsmittel auseinandersetzen, um eine

Bereitstellung einer breiten Palette von Medikamenten für die Behandlung der Opioidabhängigkeit gewährleisten zu können.

Generell gilt, wie in jedem klinischen Forschungsfeld, adäquate Behandlungsrichtlinien zu erstellen, die auf von Experten geprüften, hochqualitativen internationalen Untersuchungen basieren (Fischer & Kayer, 2006). Das Wissen um häufige komorbid bestehende Störungen sowie den Zusammenhang dieser Erkrankungen mit der Medikation und Abstinenzsicherheit kann im stationären Setting eventuell den Behandlungsverlauf optimieren und Rückfälle verhindern. Erfolgsquoten im Bereich der Behandlung von Opioidabhängigen sind generell eher niedrig und die Aussteigerquoten hoch, das Personal fühlt sich oftmals nicht genügend auf die Behandlung komorbider Patienten vorbereitet (EMCDDA, 2004).

Weitere, auch durch öffentliche Forschungsmittel geförderte Wissenschaft im Bereich der Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden ist zu fordern, vor allem in den Bereichen Arzneimittelsicherheit, Dosis-Findungsstudien und Komorbidität; Ausbildungsmodule der Suchtmedizin haben einen integralen Bestandteil im Medizincurriculum, wie auch in der postgraduellen Ausbildung darzustellen. (Fischer & Kayer, 2006, S. 50)

Zusammenfassung (Abstract)

Ziel:

Die aktuelle Arbeit widmete sich der Untersuchung der Zusammenhänge verschiedener Module, Therapieziele, Substitutionsmittel und Dosierungen der Substitution in Bezug auf Persönlichkeitsstil bzw. -störung sowie Abstinenzzuversicht. Außerdem steht die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Persönlichkeitsstilen bzw. -störungen und Abstinenzzuversicht im Fokus.

Methoden:

Es wurden 89 Patienten einer stationären Entzugsklinik untersucht, die sich zum Zeitpunkt der Testung in stationärer Therapie befanden und allesamt Substitutionsmittel erhielten. Es wurden der Wortschatztest (WST, Schmidt & Metzler, 1992), das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI, Kuhl & Kazén, 2009), das Beck Depressions-Inventar Revision (BDI II, Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) und die Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA-38, Körkel & Schindler, in Druck) eingesetzt.

Ergebnisse:

Bei 57 Patienten (64,0%) wurde keine, bei 30 Patienten (33,7%) hingegen insgesamt 56 Persönlichkeitsstörungen festgestellt. Es wurden Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf Persönlichkeitsstil und -störung festgestellt, wobei Frauen signifikant höhere Werte in den Skalen „eigenwillig-paranoid“, „kritisch-negativistisch“, „loyal-abhängig“ und „hilfsbereit-selbstlos“ erzielten als Männer. Das Vorliegen einer Depression zeigte einen negativen Einfluss auf die Abstinenzzuversicht in der Skala „Unangenehme Gefühle“. Weiters wurden signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten in den Skalen „still-depressiv“, „optimistisch-rhapsodisch“, „sorgfältig-zwanghaft“ und „spontan-Borderline“ im Vergleich mit den anderen Patienten festgestellt. Dabei zeigt der „still-depressive“ Typus signifikant geringere Werte in den Skalen „Unangenehme Gefühle“ und „Versuchungen und Verlangen“. Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten in der Skala „spontan-Borderline“ zeigten signifikant geringere Werte der Abstinenzzuversicht in allen Skalen, sowohl im Vergleich mit Patienten, die unterdurchschnittliche bzw. durchschnittliche Werte in der Skala „spontan-Borderline“ erzielten als auch in Bezug auf alle anderen Gruppen mit Tendenz zu einer Persönlichkeitsstörung. Der „optimistisch-rhapsodische“ Typus erzielte signifikant höhere Werte in der Skala „Unangenehme Gefühle“, der „sorgfältig-zwanghafte“ in der

Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“. Außerdem zeigten Patienten mit Buprenorphin-Substitution in Situationen, die Leichtsinigkeit im Denken betreffen, signifikant höhere Werte der Abstinenzzuversicht als diejenigen, die mit retardierten Morphinen behandelt wurden.

Schlussfolgerung:

Die Ergebnisse zeigen einen Einfluss von Persönlichkeitsstil bzw. Persönlichkeitsstörung auf die Abstinenzzuversicht. Besonders Patienten mit Tendenz zur Borderline-Persönlichkeit zeigten hier geringe Werte, was Gegenstand weiterer Studien sein sollte. Außerdem sollten geeignete Verfahren zur Feststellung von komorbid bestehenden Störungen bereitgestellt und Zusammenhänge zwischen den Konstrukten Persönlichkeit, Abstinenzzuversicht und Therapieerfolg untersucht werden, um wissenschaftlich fundierte Behandlungsrichtlinien erstellen und den Patienten individuell optimal behandeln zu können.

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i>	Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Ergebnis-erwartung (nach Bandura, 1997, S. 22)	48
<i>Abbildung 2.</i>	Verschreibung von Methadon, Buprenorphin und retardierten Morphinen	72
<i>Abbildung 3.</i>	Häufigkeit der Verschreibung der Substitutionspräparate	72
<i>Abbildung 4.</i>	Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Module	73
<i>Abbildung 5.</i>	Häufigkeit der Therapieziele Abstinenz bzw. Substitution	74
<i>Abbildung 6.</i>	Häufigkeit der Verschreibungen aus verschiedenen Medikamentengruppen	74
<i>Abbildung 7.</i>	Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen	75
<i>Abbildung 8.</i>	Häufigkeiten der spezifischen Persönlichkeitsstörungen	76
<i>Abbildung 9.</i>	Grund für das Therapieende	76
<i>Abbildung 10.</i>	Mittelwertsvergleich der Therapie-Module und der Skala „Versuchungen und Verlangen“	83
<i>Abbildung 11.</i>	Mittelwerte der Patienten mit bzw. ohne Depression in der Skala „Unangenehme Gefühle“	88
<i>Abbildung 12.</i>	Mittelwertsvergleich zwischen Patienten mit Tendenz zur Persönlichkeits-störung und den anderen Patienten in der Skala „Unangenehme Gefühle“	89

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1.</i>	General Personality Disorder nach DSM-5 (APA, 2013a, S. 646–647)	32
<i>Tabelle 2.</i>	Cluster-Einteilung nach DSM-5 (APA, 2013a, S. 645–646)	34
<i>Tabelle 3.</i>	Stile, Störungen und Beispiel-Items (nach Kuhl & Kazén, 2009, S.14)	61
<i>Tabelle 4.</i>	Effektgrößen d und η^2	71
<i>Tabelle 5.</i>	t-Tests: Geschlecht und Persönlichkeit	77
<i>Tabelle 6.</i>	t-Tests: Unterschiede in den PSSI-Skalen bei Therapieziel Abstinenz bzw. Substitution	79
<i>Tabelle 7.</i>	ANOVA/Kruskal-Wallis-Test: Substitutionsmittel und Persönlichkeit	80
<i>Tabelle 8.</i>	ANOVA/Kruskal-Wallis-Test: Substitutionsdosis und Persönlichkeit	81
<i>Tabelle 9.</i>	ANOVA/Kruskal-Wallis-Test: Module und Abstinenzzuversicht	82
<i>Tabelle 10.</i>	t-Test: Unterschiede in der Abstinenzzuversicht in Abhängigkeit der Therapieziele	84
<i>Tabelle 11.</i>	Kruskal-Wallis-Test: Substitutionsmittel und Abstinenzzuversicht	85
<i>Tabelle 12.</i>	U-Tests: Paarweiser Vergleich der Substitutionsmittel bezüglich der Skala „Leichtsinnigkeit im Denken“	85
<i>Tabelle 13.</i>	ANOVA/Kruskal-Wallis-Test: Substitutionsdosis und Abstinenzzuversicht	86
<i>Tabelle 14.</i>	U-Tests: Unterschiede zwischen Patienten mit bzw. ohne Depression bezogen auf die Abstinenzzuversicht	87
<i>Tabelle 15.</i>	t-Tests: Unterschiede zwischen Patienten mit überdurchschnittlich hohen Werten ($T > 60$) in Persönlichkeitsstil bzw. -störung und den anderen Patienten bezüglich der Abstinenzzuversicht	90
<i>Tabelle 16.</i>	Binäre logistische Regression: Prädiktoren für den Therapieabbruch	91

Literaturverzeichnis

Adamson, S.J., Sellman, J.D. & Frampton, C.M.A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 75–86.

American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013b). *Personality disorders*. Zugriff am 10.3.2014. Verfügbar unter <http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>

Bakken, K., Landheim, A.S. & Vaglum, P. (2003). Primary and secondary substance misusers: Do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol & Alcoholism*, 38(1), 54–59.

Ball, S.A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39, 84–102.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bandura, A. (2004). Swimming against the mainstream: The early years from chilly tributary to transformative mainstream. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 613–630.

Bandura, A. & Locke, E.A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87–99.

Barnes, G.E. (1979). The alcoholic personality: A reanalysis of the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 40(7), 571–634.

Beck, A.T., Butler, A.C., Brown, G.K., Dahlsgaard, K.K., Newman, C.F. & Beck, J.S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1213–1225.

Beer, B., Rabl, W., Libiseller, K., Giacomuzzi, S., Riemer, Y. & Pavlic, M. (2010). Der Einfluss von retardiertem Morphin auf die Drogensituation in Österreich. *Neuropsychiatrie*, 24(2), 108–117.

Bell, J. & Zador, D. (2000). A risk-benefit analysis of methadone maintenance treatment. *Drug Safety*, 22(3), 179–190.

Bernstein, D.P. & Handelsman, L. (1995). The neurobiology of substance abuse and personality disorders. In J. Ratey (Ed.), *Neuropsychiatry of personality disorders*. Cambridge: Blackwell Science.

Berthel, T. (2007). Psychiatrische Komorbidität. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit: Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 93–97). Wien: Springer.

Beubler, E. (2011). *Kompendium der Pharmakologie: Gebräuchliche Arzneimittel in der Praxis*. (3., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wien: Springer.

Brack, J. (2002). Der Einsatz von Buprenorphin in der stationären Entzugsbehandlung: Eine Anwendungsbeobachtung. *Suchttherapie*, 3, 205–210.

Brewer, C. & Krupitsky, E. (2013). Antagonists for the treatment of opioid dependence. In P.M. Miller (Ed.), *Interventions for addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (Vol. 3) (pp. 427–438). San Diego: Academic Press.

Brorson, H.H., Arnevik, E.A., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33, 1010–1024.

Bundesministerium für Gesundheit. (2006). *Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich*. Zugriff am 27.02.2014. Verfügbar unter http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2006_II_451/BGBLA_2006_II_451.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2013a). *Bericht zur Drogensituation 2013*. Zugriff am 05.02.2014. Verfügbar unter http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/6/CH1040/CMS1164184142810/bericht_zur_drogensituation2013.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2013b). *Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013*. Zugriff am 2.1.2014. Verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/2/7/4/CH1040/CMS1382083881434/epidemiologiebericht_drogen_2012_2013_annex.pdf

Burns, J.M., Martyres, R.F., Clode, D. & Boldero, J.M. (2004). Overdose in young people using heroin: Associations with mental health, prescription drug use and personal circumstances. *Medical Journal of Australia*, 181(7), 25–28.

Cacciola, J.S., Alterman, A.I., Rutherford, M.J., McKay, J.R. & Mulvaney, F.D. (2001). The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 61(3), 271–280.

Callaway, E. (1996). Buprenorphine for depression: The un-adoptable orphan. *Biological Psychiatry*, 39(12), 989–990.

Chicharro, J., Pedrero, E. & Pérez, M. (2007). Coping self-efficacy against alcohol and other drugs use as treatment outcome predictor and its relation with personality dimensions: Evaluation of a sample of addicts using DTCQ, VIP and MCM-II. *Adicciones*, 19, 141–152.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.

Darke, S., Ross, J., Williamson, A. & Teesson, M. (2005). The impact of borderline personality disorder on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Addiction*, 100(8), 1121–1130.

Dean, A.J., Bell, J., Christie, M.J. & Mattick, R.P. (2004). Depressive symptoms during buprenorphine vs. methadone maintenance: Findings from a randomised, controlled trial in opioid dependence. *European Psychiatry*, 19, 510–513.

Degenhardt, L., Larance, B., Mathers, B., Azim, T., Kamarulzaman, A., Mattick, R. et al. (2007). *Benefits and risks of pharmaceutical opioids: Essential treatment and*

diverted medication: A global review of availability, extra-medical use, injection and the association with HIV. Zugriff am 12.1.2014. Verfügbar unter <http://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Pharmaceutical%20opio%20injection.pdf>

Diaper, A.M., Law, F.D. & Melichar, J.K. (2013). Pharmacological strategies for detoxification. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 302–314.

Dilling, H. (2009). *Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Begriffe der Psychiatrie, der Psychotherapie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen sowie der transkulturellen Psychiatrie.* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Huber.

Dole, V.P. & Nyswander, M. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. *Journal of the American Medical Association*, 193(8), 646–650.

Eder, H., Jagsch, R., Kraigher, D., Primorac, A., Ebner, N. & Fischer, G. (2005). Comparative study of the effectiveness of slow-release morphine and methadone for opioid maintenance therapy. *Addiction*, 100(8), 1101–1109.

Egger, J.W. (2007). Abhängigkeit aus psychologischer Sicht. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit: Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 23–31). Wien: Springer.

Ertl, M., Giacomuzzi, S., Riemer, Y., Vigl, A., Kemmler, G., Hinterhuber, H. et al. (2006). Abstinenzzuversicht und Beikonsumverhalten substituierter Drogenabhängiger in Abhängigkeit vom Beschäftigungsstatus. *Neuropsychiatrie*, 20(4), 265–272.

European Collaborating Centres in Addiction Studies. (2006). *Comorbidity: Perspectives across Europe.* Zugriff am 2.1.2014. Verfügbar unter http://s3.amazonaws.com/zanran_storage/iis.infocenters.co.il/ContentPages/2476130018.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2004). *The state of the drugs problem in the European Union and Norway.* Zugriff am

15.02.2014. Verfügbar unter http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37366_EN_sel2004_3-en.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013a). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: A review of the data*. Zugriff am 15.02.2014. Verfügbar unter http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220660_EN_TDAU13002ENN.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013b). *Data: Statistical bulletin 2013. Table HSR-1. Year of introduction of methadone maintenance treatment (MMT), high-dosage buprenorphine treatment (HDBT), buprenorphine/naloxone combination, heroin-assisted treatment and slow-release morphine*. Zugriff am 27.02.2014. Verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/stats13#display:/stats13/hsrtab1>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013c). *Europäischer Drogenbericht: Trends und Entwicklungen*. Zugriff am 05.01.2014. Verfügbar unter http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_213154_DE_TDAT13001DEN1.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013d). *Heroin*. Zugriff am 15. 02.2014. Verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013e). *Trends in heroin use in Europe: What do treatment demand data tell us?* Zugriff am 10.01.2014. Verfügbar unter http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_212358_EN_EMCDDEA_POD_2013_Trends%20in%20heroin%20use.pdf

Fareed, A. (2013). Methadone maintenance. In P.M. Miller (Ed.), *Interventions for Addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (Vol. 3) (pp. 407–416). Amsterdam: Elsevier.

Fiorentine, R. & Hillhouse, M.P. (2003). When low self-efficacy is efficacious: Toward an addicted-self model of cessation of alcohol- and drug- dependent behavior. *American Journal on Addictions*, 12(4), 346–364.

Fischer, G., Gombas, W., Eder, H., Jagsch, R., Peternell, A., Stühlinger, G. et al. (1999). Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. *Addiction*, 94(9), 1337–1347.

Fischer, G. & Kayer, B. (2006). Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – State-of-the-Art der Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 2, 39–54.

Fischer, G., Ortner, R., Rohrmeister, K., Jagsch, R., Baewert, A., Langer, M. et al. (2006). Methadone versus buprenorphine in pregnant addicts: A double-blind, double-dummy comparison study. *Addiction*, 101(2), 275–281.

Gabbard, G.O., Schmahl, C., Siever, L.J. & Iskander, E.G. (2012). Personality disorders. *Handbook of Clinical Neurology*, 106, 463–475.

Gerra, G., Ferri, M., Polidori, E., Santoro, G., Zaimovic, A. & Sternieri, E. (2003). Long-term methadone maintenance effectiveness: Psychosocial and pharmacological variables. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 1–8.

Gold, M.S., Pottash, A.C., Sweeney, D., Martin, D. & Extein, I. (1982). Antimanic, antidepressant, and antipanic effects of opiates: Clinical, neuroanatomical, and biochemical evidence. *Annals of the New York Academy of Science*, 398(1), 140–150.

González, J.M.M. (2011). Substance dependence and personality disorders: Relevant variables for their treatment. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 166–174.

Gordon, A.J. & Krumm, M.M. (2013). Buprenorphine for opioid dependence. In P.M. Miller (Ed.), *Interventions for addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (Vol. 3) (pp. 417–426). San Diego: Academic Press.

Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: Protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), 1259–1267.

Greenfield, B.L., Venner, K.L., Kelly, J.F., Slaymaker, V. & Bryan, A.D. (2012). The impact of depression on abstinence self-efficacy and substance use outcomes among

emerging adults in residential treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 246–254.

Grella, C.E., Karno, M.P., Warda, U.S., Niv, N. & Moore, A.A. (2009). Gender and comorbidity among individuals with opioid use disorders in the NESARC study. *Addictive Behaviors*, 34(6), 498–504.

Günthner, A., Dedner, C., Schäfer, G. Berl, J., Kuder, T., Bader, T. et al. (2000). Komorbidität bei Drogenabhängigen: Empirische Ergebnisse und therapeutische Konsequenzen. *Suchttherapie*, 1(1), 16–20.

Hall, W., Degenhardt, L. & Teesson, M. (2009). Understanding comorbidity between substance use, anxiety and affective disorders: Broadening the research base. *Addictive Behaviors*, 34(6-7), 526–530.

Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision*. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services.

Herzberg, P.Y., Goldschmidt, S. & Heinrichs, N. (2008). Beck Depressions-Inventar (BDI-II) Revision. *Report Psychologie*, 33(6), 301–302.

Ilgen, M., McKellar, J. & Moos, R. (2007). Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(1), 126–132.

Ilgen, M., McKellar, J. & Tiet, Q. (2005). Abstinence self-efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1175–1180.

Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J.L. & Lapeyre-Mestre, M. (2011). Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 71(6), 832–843.

Kalant, H. (1997). Opium revisited: A brief review of its nature, composition, non-medical use and relative risks. *Addiction*, 92(3), 267–277.

Kastelic, A., Dubajic, G. & Strbad, E. (2008). Slow-release oral morphine for maintenance treatment of opioid addicts intolerant to methadone or with inadequate withdrawal suppression. *Addiction*, 103, 1837–1846.

Katz, C., El-Gabalawy, R., Keyes, K.M., Martins, S.S. & Sareen, J. (2013). Risk factors for incident nonmedical prescription opioid use and abuse and dependence: Results from a longitudinal nationally representative sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 107–113.

König, D. (2011). *Die Regulation von negativen und positiven Emotionen. Entwicklung des Emotionsregulations-Inventars und Vergleich von Migränikerinnen mit Kontrollpersonen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.

Körkel, J. & Schindler, C. (in Druck). *Die Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit (HEISA-16 und HEISA-38)*. Frankfurt/Wien: Swets/Schuhfried.

Krohne, H.W., Egloff, B., Kohlmann, C.W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit der deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139–156.

Kuhl, J. & Kazén, M. (2009). *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI). Manual* (2., überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Langer, K., Wittchen, H.-U., Bühringer, G. & Rehm, J.T. (2011). Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger: Grundlagen, Versorgungssituation und Problembereiche. *Suchtmedizin*, 13(5), 202–212.

Lieb, M., Wittchen, H.-U., Palm, U., Apelt, S.M., Siegert, J. & Soyka, M. (2010). Psychiatric comorbidity in substitution treatment of opioid-dependent patients in primary care: Prevalence and impact on clinical features. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 12(4), 5–16.

Lintzeris, N., Clark, N., Winstock, A., Dunlop, A., Muhleisen, P., Gowing L. et al. (2006). *National clinical guidelines and procedures for the use of buprenorphine in the treatment of opioid dependence*. Zugriff am 5.12.2013. Verfügbar unter [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/content/9011C92D2F6E1FC5CA2575B4001353B6/\\$File/bupren.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/content/9011C92D2F6E1FC5CA2575B4001353B6/$File/bupren.pdf)

Lobmaier, P., Gossop, M., Waal, H. & Bramness, J. (2010). The pharmacological treatment of opioid addiction – A clinical perspective. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 66(6), 537–545.

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B. & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80–89.

Mackesy-Amiti, M.E., Donenberg, G.R. & Ouellet, L.J. (2012). Prevalence of psychiatric disorders among young injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1-2), 70–78.

Madlung-Kratzer, E., Spitzer, B., Brosch, R., Dunkel, D. & Haring, C. (2009). A double-blind, randomized, parallel group study to compare the efficacy, safety and tolerability of slow-release oral morphine versus methadone in opioid-dependent in-patients willing to undergo detoxification. *Addiction*, 104(9), 1549–1557.

Maisto, S.A., Connors, G.J. & Zywiak, W.H. (2000). Alcohol treatment changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 257–266.

Maremmani, A.G.I. (2013). Is opioid agonist treatment the only way to treat the psychopathology of heroin addicts? *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 15(1), 57–60.

Maremmani, A.G.I., Rovai, L., Pani, P.P., Pacini, M., Lamanna, F., Rugani, F. et al. (2011). Do methadone and buprenorphine have the same impact on psychopathological symptoms of heroin addicts? *Annals of General Psychiatry*, 10(17), 1–8.

Maremmani, I., Zolesi, O., Aglietti, M., Marini, G., Tagliamonte, A., Shinderman, M. et al. (2000). Methadone dose and retention during treatment of heroin addicts with axis I psychiatric comorbidity. *Journal of Addictive Diseases*, 19(2), 29–41.

Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention* (pp. 250–280). New York: Guilford Press.

Marlatt, G.A. & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In G.A. Marlatt & D.M. Donovan (Eds.), *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 1–45). New York: Guilford.

Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. & Davoli, M. (2008). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD002207. Zugriff am 5.12.13. Verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002207.pub4/pdf>

Mattoo, S.K., Chakrabarti, S. & Anjaiah, M. (2009). Psychosocial factors associated with relapse in men with alcohol or opioid dependence. *Indian Journal of Medical Research*, 130(6), 702–708.

McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P. & Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcome evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689–1695.

Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U. & Verster, A. (2011). Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD001333. Zugriff am 12.11.2013. Verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001333.pub4/pdf>

Moos, R.H. & Moos, B.S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101(2), 212–222.

Nestler, E.J. (2001). Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(2), 119–128.

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit. (2009). Konsensus-Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 11(6), 281–297.

Paetzold, W., Eronat, V., Seifert, J., Holze, I., Emrich, H.M. & Schneider, U. (2000). Detoxifikation polytoxikomaner Patienten mit Buprenorphin: Auswirkungen auf Affektivität, Angst und Entzugssymptomatik. *Nervenarzt*, 71, 722–729.

Pinel, J.P.J (2007). *Biopsychologie* (6., aktualisierte Auflage). (P. Pauli, Übers.). München: Pearson. (Original erschienen 2006: *Biopsychology*, 6th ed.)

Pretzer, J.L. & Beck, A.T. (2005). A cognitive theory of personality disorders. In M.F. Lenzenweger & J.F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorders* (pp. 43–114). New York: Guilford.

Ralston, T.E. & Palfai, T.P. (2010). Effects of depressed mood on drinking refusal self-efficacy: Examining the specificity of drinking contexts. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(4), 262–269.

Ramo, D.E., Anderson, K.G., Tate, S.R. & Brown, S.A. (2005). Characteristics of relapse to substance use in comorbid adolescents. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1811–1823.

Raven, J.C., Raven, J. & Court, J.H. (1998). *Grundlagen. Raven's Progressive Matrices und Vocabulary Scales* (S. Bulheller & H. Häcker, Übers.). Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

Roozen, H.G., de Waart, R., van der Windt, D.A.W.M, Van den Brink, W., de Jong, C.A.J. & Kerkhof, A.J.F.M. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 311–323.

Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P. & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 263–279.

Ross, J., Teesson, M., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A. et al. (2005). The characteristics of heroin users entering treatment: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and Alcohol Review*, 24, 411–418.

Rumpf, H.-J. & Kiefer, F. (2011). DSM-5: Die Aufhebung der Unterscheidung von Abhängigkeit und Missbrauch und die Öffnung für Verhaltenssüchte. *Sucht*, 57(1), 45–48.

Scherbaum, N. (2007). Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. *Nervenarzt*, 78(1), 103–110.

Schmidt, K.-H. & Metzler, P. (1992). *Wortschatztest (WST)*. Weinheim: Beltz Test GmbH.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Unveröffentlichter Bericht, Freie Universität Berlin.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44, 28–53.

Smyth, N.J. & Wiechelt, S.A. (2005). Drug use, self-efficacy, and coping skills among people with concurrent substance abuse and personality disorders: Implications for relapse prevention. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 5(4), 63–79.

Springer, A. (2007). Drogenkulturen: Konsum und Kontrolle. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit* (2.Aufl.) (S.3–15). Wien: Springer.

Strang, J., McCambridge, J., Best, D., Beswick, T., Bearn, J., Rees, S. et al. (2003). Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: Follow up study. *British Medical Journal*, 326, 959–960.

Trescot, A.M., Datta, S., Lee, M. & Hansen, H. (2008). Opioid pharmacology. *Pain Physician*, 11, 133–153.

Uchtenhagen, U. & Zieglgänsberger, W. (2000). *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. München: Urban & Fischer.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2013). *World Drug Report 2013*. Zugriff am 13.12.13. Verfügbar unter http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf

Van den Bosch, L.M.C. & Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 67–71.

Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274–282.

Verheul, R., Kranzler, H.R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S. & Rounsaville, B. J. (2000). Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: Fact or artifact? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 61(1), 101–110.

Verheul, R. & Van den Brink, W. (2005). Causal pathways between substance use disorders and personality pathology. *Australian Psychologist*, 40(2), 127–136.

Verheul, R., Van den Brink, W. & Hartgers, C. (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: An overview. *European Addiction Research*, 1, 166–177.

Warren, J.I., Stein, J.A. & Grella, C.E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2), 267–274.

Weisner, C., Matzger, H. & Kaskutas, L.A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 98, 901–911.

Welch, S. (2006). Substance use and personality disorders. *Psychiatry*, 6(1), 27–29.

Winklbaaur, B., Jagsch, R., Ebner, N., Thau, K. & Fischer, G. (2008). Quality of life in patients with opioid maintenance therapy. A comparative study of slow-release morphine versus methadone treatment. *European Addiction Research*, 14(2), 99–105.

Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224–235.

Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Woody, G.E. (2005). New horizons: Sustained release morphine as agonist treatment. *Addiction*, 100(12), 1758–1759.

World Health Organization. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Zugriff am 20.11.2013. Verfügbar unter <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Zugriff am 10.2.1014. Verfügbar unter http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf

Yang, M., Mamy, J., Zhou, L., Liao, Y.-H., Wang, Q., Seewoobudul, V. et al. (2014). Gender differences in prevalence and correlates of antisocial personality disorder among heroin dependent users in compulsory isolation treatment in China. *Addictive Behaviors*, 39(3), 573–579.

Anhang

Mittelwerte, Standardabweichung sowie Minimum und Maximum der gesamten Stichprobe (N = 89) der Skalen des PSSI, HEISA-38 und BDI-II

	M	SD	Min.	Max.
PSSI				
PN	55,74	12,55	0	75
AS	53,59	10,51	31	80
SZ	51,94	7,88	32	70
SU	49,75	10,96	20	76
ZW	51,31	8,39	29	71
ST	53,28	9,08	25	80
RH	53,13	8,36	37	75
NA	45,20	9,67	0	64
NT	56,59	10,12	32	79
AB	50,41	10,15	26	70
BL	53,16	10,00	31	80
HI	54,72	10,23	33	77
DP	54,03	9,29	29	76
HEISA-38				
U. G.	69,85	22,10	16,67	100
V. V.	67,41	24,01	5	100
L. D.	65,68	28,20	0	100
A. G.	82,61	17,65	6,67	100
BDI-II				
	15,54	10,6	0	47

Lebenslauf Lisa Massiczek

Geburtsdaten 24. August 1989, Wien
 Staatsbürgerschaft Österreich
 Kontakt lisa.massiczek@gmx.at

Studium

seit 2013 Diplomstudium der Rechtswissenschaften an der
 Universität Wien
 2008-2014 Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien
 mit Schwerpunkt Klinische Psychologie
 seit 2007 Studium an der Universität Wien
 2009, 2013 Leistungsstipendien der Universität Wien

Schulbildung

06. Juni 2007 Reifeprüfung mit „Gutem Erfolg“ bestanden
 1999 bis 2007 GRG 13, Wenzgasse 7 (Wirtschaftskundliches
 Realgymnasium)
 1995 bis 1999 Volksschule Hietzinger Hauptstraße 166, 1130 Wien

Fachspezifische Praktika

2013 Praktikum am Anton-Proksch-Institut

Sprachen

Englisch in Wort und Schrift
 Französisch in Wort und Schrift (AHS-Niveau)
 Spanisch: Grundkenntnisse