



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Unterschiede in der Emotionsregulation sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Personen mit Substanzstörung bzw. riskantem Substanzkonsum und Freizeit-Usern (Amphetamin- und Kokainkonsum)

Verfasserin

Sophie Dorothee Valentine Lehmberg

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, Mai 2014

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch

In Erinnerung an meinen Vater, Andreas Lehmberg

Für meine Mutter, Kathrin Lehmberg

Danksagung

Sehr geehrter Herr Dr. Jagsch, bei Ihnen möchte ich mich zuerst bedanken: vielen, vielen Dank für Ihre umfassende Betreuung und hilfreiche sowie kompetente Unterstützung. Ihre beruhigende und pragmatische Art, hat uns durch manche nervenaufreibende Zeit gebracht. Eine so effektive und unkomplizierte Zusammenarbeit kann man nur jedem wünschen – vielen herzlichen Dank.

Lieber David, vielen, vielen Dank für diese extrem gute Zusammenarbeit und für deine Hilfe! Das war ein ganzes Stück Arbeit – das hätte ich ohne dich nicht so schnell hinkommen! David, vielen Dank dafür!

Nun möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die mich immer unterstützt hat! Vielen Dank dafür, dass ihr immer an mich glaubt und, dass ihr mich so lange finanziell unterstützt habt! Ohne euch hätte ich das nicht so schnell und reibungslos durchziehen können! Ich danke euch von ganzem Herzen!

Lieber Katharina, liebe Dorothee, ein großer Dank geht auch an euch. Ihr habt mich nicht nur vor zwei Jahren durch eine ziemlich schwere Zeit hinweg begleitet, ihr habt auch dafür gesorgt, dass ich in meiner Diplomarbeitsphase ab und zu aus meinem Schreibwahn gezogen wurde, um abzuschalten und um somit nicht ganz in der Versenkung zu verschwinden. Katharina, vielen Dank dafür, dass du mich gelegentlich daran erinnert hast, zu Abend zu essen oder einen Sonntag, Sonntag sein zu lassen. Ich danke euch von ganzem Herzen!

Lieber Gustav, vielen, vielen Dank auch an dich – du musstest dir auch gelegentlich Wutausbrüche oder Motivationseinbrüche anhören. Sowohl auf das eine wie auch auf das andere hast du immer passend und liebevoll reagiert. Ich danke auch dir von ganzem Herzen!

Inhaltsverzeichnis

Theoretischer Teil

Einleitung.....	11
1. Psychotrope Substanzen.....	14
1.1 Kokain	14
1.1.1 Neurobiologische Wirkung.....	16
1.1.1 Psychische und physische Wirkung.....	17
1.2 Amphetamine und Entaktogene	18
1.2.1. Neurobiologische Wirkung.....	20
1.2.2 Psychische und physische Wirkung.....	21
1.3. Vergleich der Lebenszeitprävalenzen im deutschsprachigen Raum hinsichtlich illegaler Drogen	22
1.4. Weltweiter Konsum illegaler Substanzen	22
2. Störungen durch Substanzkonsum nach DSM-IV-TR und ICD-10.....	24
2.1. Substanzmissbrauch nach DSM-IV-TR und ICD-10	24
2.2. Substanzabhängigkeit nach DSM-IV-TR und ICD-10.....	25
2.2.1. Kokainabhängigkeit	26
2.2.2. Amphetaminabhängigkeit.....	26
2.3. Allgemeine Änderungen im DSM-5 und ICD-11	27
3. Freizeitkonsum illegaler Substanzen	28
3.1. Forschung zur Erfassung des Konsumverhaltens von Freizeit-Usern.....	28
3.1.1. Vergleich der Lebenszeitprävalenzen	29
3.1.2. Vergleich der 30-Tage Prävalenzen.....	30
3.1.3. Polytoxikomanie	30
3.2. Konsumtypen.....	31
4. Emotionsregulation.....	32
4.1. Prozessmodell der Emotionsregulation nach Gross.....	32
4.2. Strategien der Emotionsregulation	33
4.2.1. Unterdrückung	34
4.2.2. Kognitive Neubewertung.....	35
4.2.3. Ablenkung.....	36
4.2.4. Flexibler Einsatz von ER-Strategien.....	37
4.3. Positive Emotionen	37
4.4. Erfassung der Emotionsregulation	38
5. Substanzkonsum und dysfunktionale Emotionsregulation.....	40

6. Coping-Strategien	43
6.1. Coping-Strategien und Substanzkonsum.....	44
6.2. Erfassung von Coping-Strategien.....	45
7. Gesundheitsbezogene Lebensqualität	47
7.1. Definition.....	47
7.2. Ziele und Nutzen der Lebensqualitätsforschung	47
7.3. Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	48
7.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Substanzkonsum.....	49

Empirischer Teil

8. Zielsetzung und Fragestellung der Studie	53
9. Methode	54
9.1. Studiendesign.....	54
9.2. Studiendurchführung	54
9.3. Verwendete Verfahren und Aufbau der Online-Studie	54
9.3.1. Soziodemographisches Datenblatt	55
9.3.2. Substanzliste mit Filterfunktion	56
9.3.3. R.A.F.F.T	57
9.3.4. Emotionsregulations-Inventar, ERI	57
9.3.5. Coping Inventory for Stressful Situations, CISS	58
9.3.6. MOS Short-Form-36 Health-Survey, SF-36	58
10. Fragestellung und Hypothesen	60
10.1. Unterschiede in der Regulation von negativen und positiven Emotionen hinsichtlich des drogenkonsumierenden Verhaltens (H. 1-18).....	60
10.2. Coping-Strategien und drogenkonsumierendes Verhalten (H. 19).....	62
10.3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Drogenkonsum (H. 20).....	63
10.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zufriedenheit mit der eigenen Emotionsregulation (H. 21-24)	63
10.5. Mögliche Prädiktoren (H. 25-26)	65
11. Ergebnisse.....	66
11.1. Statistische Verfahren.....	66
11.2. Stichprobenbeschreibung	66
11.2.1. Soziodemographisches Daten der Stichprobe	67
11.3. Detaillierte Beschreibung des Substanzkonsums	69
11.3.1. Häufigkeiten der konsumierten Substanzen.....	69
11.3.2. Durchschnittsalter bei Erstkonsum	70
11.3.3. Ergänzende Substanzen	70
11.4. Gruppenbeschreibung.....	71
11.4.1. Nicht-KonsumentenInnen	71

11.4.2. Freizeit-User.....	71
11.4.3. Risikoreiches Konsumverhalten	71
11.5. Beantwortung der Hypothesen	71
11.5.1. Emotionsregulation und Drogenkonsum (H. 1-18).....	71
11.5.2. Coping-Strategien und Drogenkonsum (H. 19)	75
11.5.3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Drogenkonsum (H. 20)	76
11.5.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der eigenen Emotionsregulation (H. 21-24).....	76
11.5.5. Mögliche Prädiktoren (H. 25-26).....	78
 12. Diskussion	 80
 13. Kritik und Ausblick	 85
 14. Zusammenfassung	 87
 15. Literaturverzeichnis	 91
 16. Abbildungsverzeichnis.....	 98
 17. Tabellenverzeichnis.....	 99
 18. Abkürzungsverzeichnis	 100
 19. Anhang	 101
19.1. Begrüßung und Informationstext zur Studie	101
19.2. Soziodemographisches Datenblatt.....	102
19.3. Fragen zum Substanzkonsum	104

THEORETISCHER TEIL

Einleitung

Zum Ende der Studienzeit stellt sich jedem Studierenden die essentielle Frage, über welches Thema man gerne eine Diplomarbeit schreiben möchte? Da gibt es einige, die sich für ausgeschriebene Themen bewerben, andere, die durch Projekte oder Praktika in Diplomarbeitsthemen hineinfallen oder hineinwachsen, und dann gibt es noch einen anderen Weg auf Themen bzw. Fragestellungen zu kommen. Man beobachtet Phänomene, die einem im Alltag begegnen und die Fragen aufwerfen. Wie hängt das alles miteinander zusammen? Und wieso läuft das bei einigen Menschen so und bei anderen so?

Das Thema illegale Drogen im Freizeitbereich bzw. in der Partyszene ist ein Phänomen, das einem in vielen gesellschaftlichen Kreisen und in verschiedensten Ausprägungen begegnet. Die Fragen, die sich mir stellen, lauten: wieso schaffen es bestimmte Personen, einen auf das Partysetting beschränkten Freizeitkonsum mit illegalen Substanzen (Kokain und Amphetamine) zu betreiben, und bei dem andere mit gleichem Substanzkonsum in eine Abhängigkeit geraten? Genauso, wieso manche Personen keinen Gefallen an Stimulanzien haben und andere eine ausgeprägte Affinität entwickeln?

Diese Beobachtungen führten mich dazu, Recherchearbeiten aufzunehmen und sie meinem Betreuer Herrn Mag. Dr. Jagsch vorzuschlagen. Nach intensiver Vertiefung in das Forschungsgebiet sowie orientierungsgebenden Gesprächen mit meinem Betreuer stellte ich einen Drei-Gruppen-Vergleich auf. Demnach sollten drei Gruppen (Personen mit Substanzstörung bzw. mit riskantem Konsum, Freizeit-User, die im Partysetting konsumieren, und Personen, die keine illegalen Substanzen konsumieren), miteinander verglichen werden. Ich wollte herausfinden, ob sich diese drei Gruppen in ihrem Umgang mit Gefühlen unterscheiden und ob sie unterschiedliche Bewältigungsstrategien in belastenden Situationen einsetzen und ob sich ein riskanter Konsum vom Freizeit-Konsum bzw. vom Nicht-Konsum in der körperlichen und mentalen Lebensqualität äußert?

Im Laufe des Semesters sprach mich ein Studienkollege (David Jäckle) an, der ebenfalls Interesse für dieses Gebiet zeigte; wir entschlossen uns, eine Zusammenarbeit hinsichtlich der Studie bzw. der Datenerhebung zu starten. Deshalb ist diese Diplomarbeit als Teil einer Zusammenarbeit anzusehen, in der basierend auf einem Datensatz zwei unterschiedliche Themen bzw. Fragestellungen beantwortet werden.

Zu Beginn dieser Arbeit werden die Kernthemen erläutert. Diese sind die illegalen Substanzen Kokain und Amphetamine, Substanzstörungen wie Substanzmissbrauch und -abhängigkeit sowie das Konsumverhalten von Freizeit-Usern, die Emotionsregulation, Bewältigungsstrategien und

die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Im zweiten Teil dieser Diplomarbeit werden die Methoden samt Hypothesen und statistischer Auswertung dargelegt.

Vorausgehend möchte ich zu bedenken geben, dass die Gruppe mit riskantem Substanzkonsum Personen beinhaltet, deren Konsumverhalten die Kriterien einer Substanzstörung erfüllen bzw. sie trotz riskantem Konsum nicht erfüllen. Da die vorliegende Studie eine Online-Studie ist, die auf Selbsteinschätzungen und Selbstaussagen der Befragten basiert, fasst das Screening-Verfahren Personen zusammen, die die Abhängigkeitskriterien erfüllen, aber auch riskantes Konsumverhalten aufweisen, das noch keine Abhängigkeitskriterien aufzeigt, aber ein hohes Risiko für eine Entwicklung dorthin erkennen lässt.

Abschließend möchte ich mich herzlich bei allen Teilnehmern und Teilnehmerinnen bedanken, die zu einem sehr sensiblen und privaten Thema Auskunft gegeben haben.

1. Psychotrope Substanzen

Unter psychotropen Substanzen versteht man natürliche, chemisch aufbereitete oder synthetische Stoffe, die auf das Zentralnervensystem einwirken und Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen (Bühringer & Behrendt, 2011). Nach Küfner und Metzner (2011) gibt es drei Dimensionen, in denen sich psychotrope Substanzen unterscheiden. Zum einen ist dies die Wirkungsdimension, zum anderen die Verschiedenartigkeit der Symptome bei einer Intoxikation sowie die Schnelligkeit einer Abhängigkeitsentwicklung. Bei der Wirkungsdimension ist zu beachten, welche Neurotransmitter beeinflusst werden und welche Rezeptoren betroffen sind; des Weiteren wird auch unterschieden, wo die Substanzen im Zentralnervensystem wirken. Aus dieser Differenzierung ergeben sich drei Gruppen: die eher dämpfende Wirkung (z.B. Opiate), die unter dem Fachbegriff Narcotica zusammengefasst sind; die aktivierende Wirkung (z.B. Kokain, Amphetamine), die als Stimulanzien bekannt sind, sowie die psychedelische bzw. bewusstseins-erweiternde Wirkung (z.B. Cannabinoide, LSD, Meskalin), die als Psychodysleptica bezeichnet werden.

Dennoch gibt es keine verbindliche Kategorisierung psychotroper Substanzen; dies sieht man am Beispiel der Amphetamine und ihren Derivaten (Methoxyamphetamine und Methylenedioxyamphetamine, z.B. Ecstasy); für einige gehören sie zu den Psychostimulantien und für andere zu den Halluzinogenen (Köhler, 2000).

1.1. Kokain

Kokain gehört zu den Tropan-Alkaloiden. Diese Alkaloide werden aus den Cocasträuchern (bot. *Erythroxylum coca*) gewonnen, die hauptsächlich in südamerikanischen Gefilden (u.a. Peru, Bolivien, Kolumbien) anzutreffen sind. 1859 schaffte es erstmals der Göttinger Chemiker Niemann, das Alkaloid Kokain chemisch zu isolieren und somit rein darzustellen (Gastpar, 2003; Geschwinde, 2003; Köhler, 2000).

Kokain gehört näher beschrieben zu dem Derivat Ecgonin, das an der Säuregruppe mit Methylalkohol (CH₃OH) und an der alkoholischen OH-Gruppe mit Benzoesäure (C₆H₅COOH), bei der javanischen Varietät mit Zimtsäure, verestert ist (Geschwinde, 2003). Die chemische Kurzbeschreibung lautet demnach Benzoylecgoninmethylester und wird im Folgenden schematisch dargestellt (siehe Abb. 1).

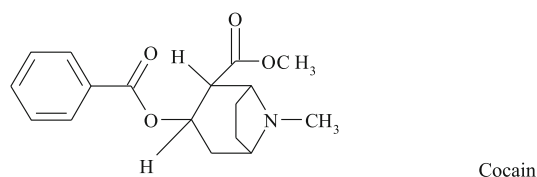


Abbildung 1. Strukturformel von Kokain (aus Geschwinde, 2003, S. 497).

Viele Jahrzehnte nach der Entdeckung des Alkaloids Kokain veröffentlichte Sigmund Freud (1884), auf seinen Selbstversuchen basierend, das Werk „Über Coca“, in dem er die „anregenden, euphorisierenden und depressionslösenden Eigenschaften der Droge“ (Köhler, 2000, S. 112) beschrieb; des Weiteren veröffentlichte er 1885 einen „Beitrag zur Kenntnis der Cocawirkung“, in dem er den therapeutischen Einsatz von Kokain zur Substitution alkoholabhängiger sowie morphinabhängiger Menschen empfahl. Einen weiteren medizinischen Nutzen erkannte der Augenarzt K. Koller, der Kokain aufgrund seiner schmerzstillenden Wirkung als lokales Anästhetikum erstmals einsetzte (Gastpar, 2003; Hähnchen & Gastpar, 1999). Nach Hähnchen und Gastpar (1999) wurde Anfang des 20. Jahrhunderts „der nicht medizinisch begründete Vertrieb des Kokains verboten“ (S. 263). Somit wurden alle Arzneimittel, die Kokain beihalteten, verschreibungspflichtig. Aufgrund der staatlich reglementierten Maßnahmen ging der Kokainmissbrauch in den USA bis Mitte der 1970er Jahre stark zurück. In Europa hingegen war kurz vor dem Ersten und Zweiten Weltkrieg ein Anstieg des Kokainkonsums zu verbuchen (Hähnchen & Gastpar, 1999). Dennoch blieb das Kokain sowohl in den USA wie auch in Europa dem gesellschaftlich eher exklusiveren Kreis vorbehalten. Ab Mitte der 70er Jahre stieg die Nachfrage erneut, da der Kokainkonsum immer weniger auf gesellschaftliche Vorbehalte stieß und somit Einzug in die Mittelschicht fand (Köhler, 2000). Zehn Jahre später wurden die Anbaugelände in den Erzeugerländern erweitert, was zu einem Überangebot führte und somit neben der Einführung von preisgünstigem Crack (hochkonzentrierte Base, die geraucht oder intravenös injiziert werden kann) die Preise für Kokain fallen ließ; dies wiederum führte zu einem Anstieg des Kokainkonsums in einkommensschwachen Schichten der Bevölkerung.

Das ursprüngliche Kokablatt-Kauen wird als *Cocaismus* bezeichnet und zeigt andere Wirkungsmechanismen auf (Unterdrückung des Hungergefühls, gesteigerte Leistungsfähigkeit, vgl. Köhler, 2000) als die kristalline weiße Pulverform, der „Schnee“ (Cocain-HCl, Kokainhydrochlorid, hochkonzentrierte Base), die sowohl nasal (also in Pulverform) wie auch inhalatorisch („free-base“, in verdünnter und erhitzter Form) konsumiert oder intravenös injiziert werden kann (Geschwinde, 2003). Nach Gastpar (2003) setzt bei der nasalen Einnahme (sniffen, koksen) die Wirkung zwischen sechs bis zehn Minuten ein und dauert ca. ein bis zwei Stunden an. Beim intravenösen Injizieren kann das Kokainhydrochlorid auch in Wasser gelöst werden und mit anderen Mixturen aus Heroin, Kokain und Ritalin vermischt werden, was zu synergetischen Wirkungen führt, die somit uneinschätzbar werden und dadurch hochgradig gefährlich sind. Des Weiteren beschreibt Gastpar (2003), dass immer häufiger die Kokainbase als Konsumform gewählt wird, die durch Aufkochen inhaliert oder als Crack geraucht wird. Sowohl beim Inhalieren wie auch beim intravenösen Injizieren tritt die Wirkung sofort und unmittelbar ein und dauert bis zu 30 Minuten an.

1.1.1. Neurobiologische Wirkung

Die Hauptwirkung von Kokain entfaltet sich im Zentralnervensystem, wo es die Interaktion zwischen Synapsen direkt beeinflusst. Kokain hemmt hierbei die präsynaptische Wiederaufnahme der Neurotransmitter Dopamin, Noradrenalin und Serotonin aus dem synaptischen Spalt in noradrenergen und dopaminergen Nervenbahnen des Zentralnervensystems (Julien, 1997; vgl. Geschwinde, 2003). Diese Vorgänge führen zu einer hohen Transmitterkonzentration im synaptischen Spalt, die ihre intensive Wirkung an den postsynaptischen Rezeptoren entfaltet (siehe Abb. 2).

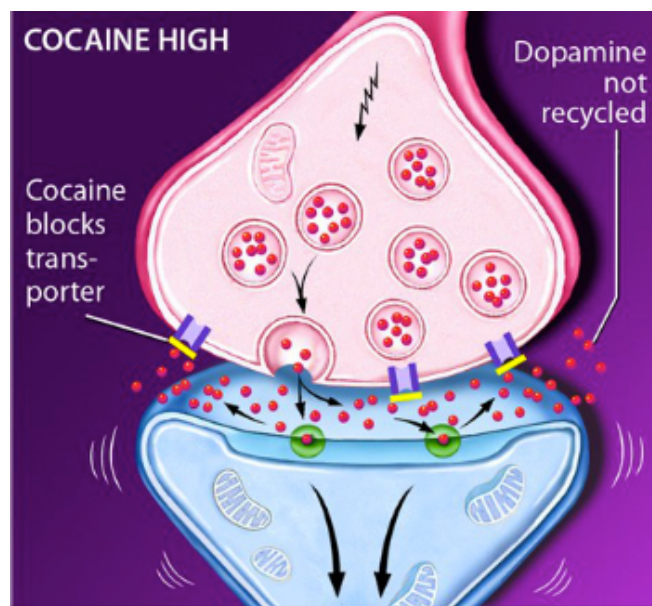


Abbildung 2. Graphische Darstellung der neurobiologischen Wirkung von Kokain (nach BrainFacts.org, 2012, Illustration by Lydia V. Kibiuk, Baltimore, MD).

Der primäre Wirkungsort von Kokain (siehe Abb. 3) ist das limbische System (Belohnungssystem), wo eine allgemein stimulierende Wirkung erzeugt wird (Julien, 1997); dort wird wiederum ein erhöhter Sympathicustonus mit seinen leistungssteigernden Folgewirkungen ausgelöst (Geschwinde, 2003). Des Weiteren entfaltet Kokain seine Wirkung im orbitalen Kortex, wo unter anderem auch das triebhafte Verlangen verortet werden kann (Hähnchen & Gastpar, 1999).

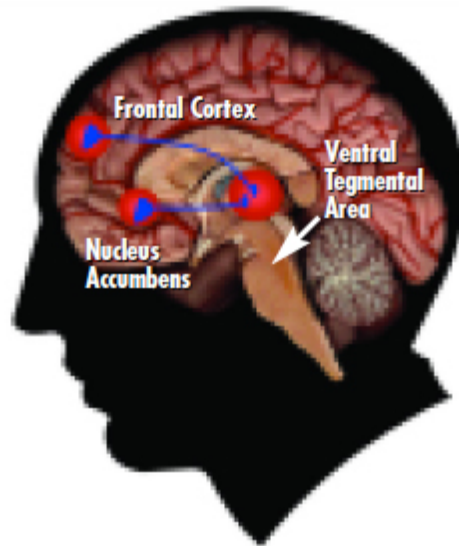


Abbildung 3. Darstellung des Wirkortes von Kokain im Gehirn (nach National Institute on Drug Abuse, 2007).

1.1.2. Psychische und physische Wirkung sowie Merkmale einer Intoxikation

Grundsätzlich ist zu sagen, dass die generelle Wirkung von psychotropen Substanzen von der individuellen Drogenerfahrung, der Erwartungshaltung, der Stimmungslage sowie der Umgebung (set und setting) abhängt.

Die leistungssteigernden Folgewirkungen von Kokain betreffen sowohl die psychische wie auch die physische Ebene. Diese Wirkungen treten nach Geschwinde (2003) bei einer geringen bis mittleren Kokaindosis von 20–50 mg (bei oraler und nasaler Anwendung) auf. Die *psychische Wirkung* von Kokain zeigt sich in gesteigerter *Aufmerksamkeit*, *Schärfung der Wahrnehmung*, *gesteigertem Selbstvertrauen* bis hin zur *Selbstüberschätzung*, was durch die hohe Dopaminkonzentration zu erklären ist (Hähnchen & Gastpar, 1999). Des Weiteren wird von *erhöhtem sexuellen Verlangen* (orbitaler Kortex) berichtet, das bis zur *Distanzlosigkeit* oder auch *Aggression* führen kann; außerdem werden meist *gesteigerte Produktivität* sowie ein *verstärktes Bedürfnis nach körperlicher Bewegung* registriert; hinzu kommt ein *reduziertes Schlafbedürfnis* und *gezügelter Appetit* sowie eine *schmerzlindernde Wirkung* (Geschwinde, 2003). Die *physischen Wirkungen*, die auf die vermehrte noradrenerge Wirkung im Hypothalamus zurückzuführen sind (Hähnchen & Gastpar, 1999), sind unter anderem eine *Pupillenerweiterung (Mydriasis)*, ein *Anstieg der Pulsfrequenz (Tachykardie)*, der *Atemfunktion* sowie der *Körpertemperatur*; zudem kommt es zu *Gefäßverengungen (Vasokonstriktion)* am Herzen und in den peripheren Gefäßen, die nach Gastpar (2003) zu *plötzlichen Herzinfarkten* und *schweren Herzrhythmusstörungen* sowie *Schockzuständen* führen können. Des Weiteren senkt Kokain die

Krampfschwelle und verursacht sowohl zerebrale Anfälle wie auch *Hirninfarkte oder Hirnblutungen*.

Nach Gaspar (2003) und Geschwinde (2003) durchläuft der Kokainrausch drei Stadien. Zuerst gleitet man in das euphorische Stadium, das sich durch extrem positiv gefärbte Empfindungen charakterisiert; danach geht es über in das phasenhafte Rauschstadium, das auch von angstbesetzten Erlebnisinhalten sowie dysphorischen Erregungszuständen geprägt sein kann; der Rauschzustand endet im depressiven Stadium, das sich unter anderem in Schuldgefühlen, körperlicher Niedergeschlagenheit und psychischer Erschöpfung, Appetitsteigerung sowie Kopfschmerzen äußern kann. Außerdem werden psychomotorische Verlangsamung sowie Unruhe verzeichnet. Dieses Stadium wird durch einen verminderten Dopamin-Bestand verursacht, der wiederum aufgrund der vorangegangenen Hemmung der Wiederaufnahme der Transmitter an der postsynaptischen Membran verursacht wurde. Dieser Dopamin-Mangel reguliert sich nach einigen Tagen oder Wochen wieder.

Bei einer *Intoxikation* treten meist *übersteigerte Wachheitszustände, Ängste und Schlafmangel* auf, was bis zu *visuellen und taktilen Wahnvorstellungen* sowie *Verfolgungsangst (toxische paranoide Psychose)* führen kann. Weitere Symptome können *sexuelle Störungen* und *depressive Verstimmungen* sein, die wie oben bereits erwähnt aufgrund des Dopamin-Mangels ausgelöst werden. Meist wird im depressiven Stadium erneut Kokain konsumiert, um das vorangegangene Wohlbefinden wiederzuerlangen, was der erste Schritt in Richtung psychische Abhängigkeit (Craving) sein kann (Köhler, 2000).

1.2. Amphetamine und Entaktogene

Amphetamine gehören zur Gruppe der Aufputschmittel. Sie sind vollsynthetisierte psychomotorische Stimulanzien, die eine anregende Wirkungskomponente haben und daher unter der Substanzgruppe „sympathomimetische Amine“ verzeichnet sind (Geschwinde, 2003). In Abbildung 4 ist die Strukturformel von Amphetaminen dargestellt.

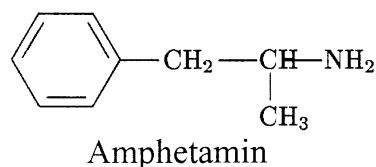


Abbildung 4. Chemische Struktur des Amphetamines (aus Felgenhauer & Zilker, 1999, S. 618).

Umgangssprachlich sind diese Substanzen unter dem Begriff „Speed“ („Schnellmacher“) oder „uppers“ bekannt. Amphetamine und ihren Derivate stammen aus der Stoffgruppe der Phenylethylamine (Felgenhauer & Zilker, 1999). Amphetamine können in Form von farblosen, nicht

wasserlöslichen, leichtflüchtigen Ölen vorliegen oder in Salzkonsistenz, meist in Sulfatform, als weißes, wasserlösliches Pulver erscheinen. Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Amphetamine erstmals synthetisiert und im Laufe der Jahrzehnte in vielerlei Hinsicht eingesetzt. Aufgrund der „aufweckenden“ Wirkung wurden Amphetamine unter anderem zur Behandlung von Erkältungssymptomen oder zur Gewichtskontrolle in Form von Appetitzüglern benutzt sowie in Hustensäften verarbeitet, da Amphetamine die zentrale Respiration fördern und „relaxierende Wirkung auf die glatte Muskulatur (Bronchodilatation)“ (Gastpar, 2003, S. 75), besitzen; jedoch wurde der legale Verkauf aufgrund der Abhängigkeitsgefahr eingestellt. Die ersten Amphetamine tauchten in den 1970er Jahren erstmals in der europäischen und US-amerikanischen „Partyszene“ in Form von kleinen Tabletten („Ecstasy“) und in Pulverform („Speed“) auf; diese Substanzen sind Derivate von Amphetaminen und werden als Entaktogene bezeichnet. Dieser Begriff besteht nach Rommelspacher (1999) aus dem griechischen Wort „tactus“, was als „sensible und behutsame Art der Kommunikation, die der Entstehung von Abwehr entgegenwirkt“ (Rommelspacher, 1999, S. 228), übersetzt werden kann. Dem Wort „tact“ wird noch aus dem Griechischen ein „en“ (innen) und ein „gen“ (entstehen lassen) hinzugefügt. Demzufolge wird es als „Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit durch Abbau intrapsychischer Barrieren und Verstärkung des Bedürfnisses, mit anderen zusammenzusein [sic!]“ (Rommelspacher, 1999, S. 228), übersetzt. Im Laufe der Jahre etablierte sich recht schnell der Oberbegriff „Designerdrogen“, worunter die Entaktogene MDA, MDMA (Ecstasy), MDE, MMDA und MBDB fallen. Diese Entaktogene gehören zur Gruppe der Methamphetamine, die eine Untergruppe der Amphetamine sind und den Wirkstoff Methyldioxyamphetamin (MDA) bzw. 3,4- Methylenedioxyamphetamin (MDMA) (Geschwinde, 2003) haben und folgende Strukturformel aufzeigen (siehe Abb. 5):

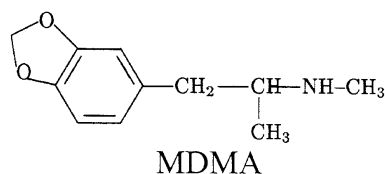


Abbildung 5. Chemische Struktur eines Derivates von Amphetamin (MDMA) (aus Felgenhauer & Zilker, 1999, S. 618).

Heutzutage zählen Amphetamine und Entaktogene zu den Betäubungsmitteln und fallen somit unter das Betäubungsmittelgesetz (Köhler, 2000); dennoch werden sie zur medikamentösen Behandlung von ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) in Form von Ritalin© und zur Behandlung von Narkolepsie eingesetzt (Gastpar, 2003; Geschwinde, 2003; Julien, 1997).

1.2.1. Neurobiologische Wirkung

Nach Geschwinde (2003) und Julien (1997) beeinflussen Amphetamine verstärkt den Dopamin- und Serotoninhaushalt des limbischen Systems sowie des präfrontalen Kortex. Zum einen bewirkt der Substanzkonsum eine Freisetzung von Noradrenalin und vor allem Dopamin, und zum anderen wird die Wiederaufnahme dieser Neurotransmitter im synaptischen Spalt an der präsynaptischen Membran verhindert (siehe Abb. 6); des Weiteren wird der enzymatische Abbau durch Hemmung der Monoaminoxidase gemindert (Gastpar, 2003), wodurch eine hohe Konzentration adrenerger und dopaminerger Neurotransmitter entsteht, die zu einer Stimulation bzw. Sättigung der dafür zuständigen Rezeptoren führt. In der vergrößerten linken Abbildung (Kasten) wird die Besetzung des Transportproteins durch Amphetamine dargestellt, was zu einem gehemmten Rücktransport von Dopamin und zu einem Einwärtstransport von Amphetamin führt (Rommelspacher, 1999).

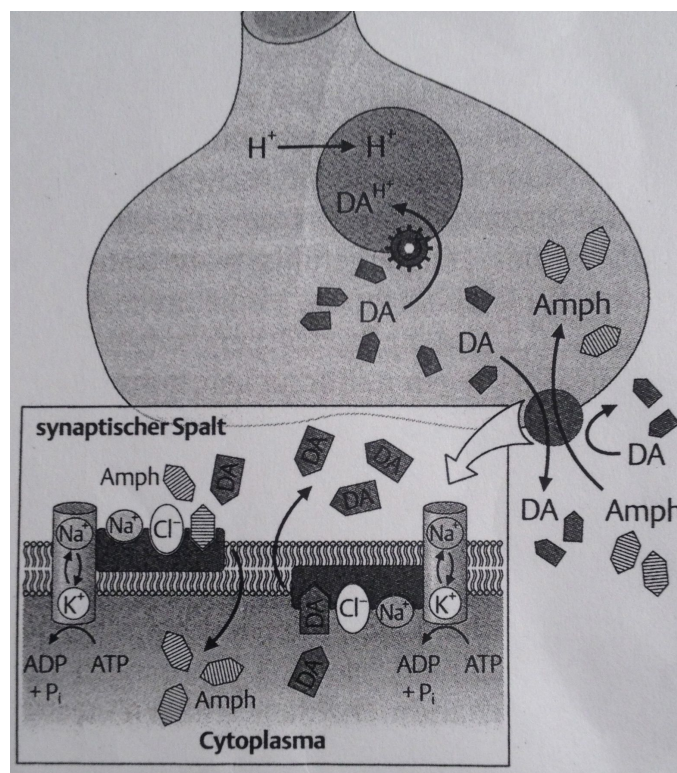


Abbildung 6. Darstellung der Mechanismen einer Präsynapse, die durch Amphetamine aktiviert werden (Rommelspacher, 1999, S. 231).

Anmerkung: DA=Dopamin, Amph=Amphetamin, Cl+= Calcium, Na±= Natrium, K+=Kalium, ATP zu ADP= Natrium-Kalium-Ionenpumpe.

Die erhöhte Wirkstoffmenge entfaltet ihr Potenzial im peripheren Nervensystem, das in einer „übermäßigen Steigerung des Sympathicustonus“ (Geschwinde, 2003, S. 616) endet; deshalb „gehören Amphetamine [sic!] zu den stärksten zentral-erregenden“ (Geschwinde, 2003, S. 608) Substanzen.

1.2.2. Psychische und physische Wirkung sowie Merkmale einer Intoxikation

Psychische Wirkungen treten bereits bei einer Dosis von 5–15 mg Amphetaminen (Geschwinde, 2003) auf; dazu zählen unter anderem *Vigilanz (Überwachtheit) und antriebssteigernde bzw. erhöhte psychomotorische Aktivitäten sowie gehemmter Appetit*. Außerdem wird von einer *erhöhten Konzentrationsfähigkeit* sowie *gesteigertem Selbstvertrauen* und einer *euphorischen Wirkung* berichtet. Da die konsumierten Amphetamine die zentrale Regulation der Körpertemperatur beeinträchtigen, können in manchen Fällen *Hyperthermien* auftreten, die in Verbindung mit heißen Temperaturen (Diskotheken) und gesteigerten körperlichen Aktivitäten wie dem Tanzen zu einer Dehydration führen können (Felgenhauer & Zilker, 1999).

Von MDMA-KonsumentInnen wird nicht nur über die aufputschende amphetamintypische Wirkung berichtet, sondern auch von „*Entspannung und verminderter Aggressivität, Angstfreiheit und erhöhter Kontaktbereitschaft sowie Glücksgefühle[n]*“ [Anmerk. der Verfasserin]“ (Gastpar, 2003, S. 76) oder „friedlicher Selbstakzeptanz, verbesserter Introspektions- und Empathiefähigkeit“ (Rommelspacher, 1999, S. 228) erzählt. Zu den *physischen Wirkungen* zählen, wie oben bereits angemerkt, *Erhöhung des Blutdrucks (Herzklopfen), Entspannung der Bronchialmuskulatur und Stimulierung der Atmung*. Die meist als unangenehm empfundenen körperlichen Wirkungen sind *Hitzewallungen, Kälteschauer, Schwindel und Herzrasen* (Geschwinde, 2003; Julien, 1997). Bei leichten Vergiftungen, die bei 15–20 mg bei oraler Anwendung (nach Geschwinde, 2003) auftreten können, kann es nach Felgenhauer und Zilker (1999) zu einem *Anstieg der Herzfrequenz (Tachykardie)* wie auch des *Blutdrucks* kommen, des Weiteren zu *psychomotorischer Unruhe, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Tremor (Zittern), Mydriasis (geweitete Pupillen), verstärktem Schwitzen (Hyperhidrosis) und Erbrechen*. Zu den schweren *Intoxikationssymptomen*, die ab 30 mg (nach Geschwinde, 2003) auftreten, zählen *Panikattacken, Verwirrtheit, Halluzinationen, Koma, zerebrale Krampfanfälle, Hyperthermie, Herzrhythmusstörungen bis hin zu einer Herz-Kreislaufinsuffizienz*. Aus psychopathologischer Sicht können nach langem Amphetaminmissbrauch, aber auch durch ersten Konsum chronische Angststörungen, Panikattacken und Depressionen gar psychotische Zustände getriggert (ausgelöst) werden (Felgenhauer & Zilker, 1999).

1.3. Vergleich der Lebenszeitprävalenzen im deutschsprachigem Raum hinsichtlich illegalen Drogenkonsums

Die Lebenszeitprävalenz bei illegalem Drogenkonsum bezeichnet die Auftretshäufigkeit des Konsums illegaler Drogen im Laufe des Lebens. Das heißt, Personen geben im Rahmen einer Fragebogenstudie an, wie oft sie bestimmte illegale Drogen bis jetzt in ihrem Leben konsumiert haben. Um die Lebenszeitprävalenzen hinsichtlich der Allgemeinbevölkerung zu beleuchten, ist der Bericht „Illegaler Drogenkonsum in Österreich“ zu nennen, der im Jahre 2009 vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBI-Sucht) veröffentlicht wurde; in diesem wurden Lebenszeitprävalenzen in der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich des Konsums von Kokain (1,8%), Ecstasy (1,9%) und Amphetaminen (2,0%) erfragt und berechnet. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit publizierte ebenfalls einen Bericht mit dem Titel „Illegale Drogen, Suchtmonitoring Schweiz/Jahresbericht – Daten 2011“, worin die AutorInnen Gmel, Notari und Georges (2012) beschreiben, dass „3% der Schweizer Wohnbevölkerung ab 15 Jahren (...) schon einmal in ihrem Leben Kokain gebraucht“ (S. 1) haben. Kraus, Pabst, Piontek und Müller (2010) berichten in ihrer deutschen Studie von einer allgemeinen Lebenszeitprävalenz bezüglich des Kokainkonsums von 3,3%, bei Ecstasy von 2,4% und bei Amphetaminen von einer Lebenszeitprävalenz von 3,7%.

1.4. Weltweiter Konsum illegaler Substanzen

Dem World Drug Report 2012 (United Nations Office on Drugs and Crime, [UNODC], 2012) zufolge haben im Jahr 2009 schätzungsweise 153 bis 300 Millionen Menschen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren mindestens ein Mal illegale Substanzen konsumiert. Die geschätzte Zahl macht 3,4 bis 6,6% der weltweiten Bevölkerung innerhalb dieser Altersgruppe aus. Hinsichtlich der Prävalenzen beim Kokainkonsum berichtet die UNODC (2012), dass immer noch Nordamerika (1,6%), West- und Zentraleuropa (1,3%) sowie Ozeanien (1,5–1,9%) die Länder mit den höchsten Prävalenzen sind, wobei in Nordamerika die geschätzte Zahl der Menschen, die im vorangegangenen Jahr Kokain konsumierten, bei 5 Millionen liegt, was ein Drittel der weltweit geschätzten KokainkonsumentInnen ausmacht. West- und Zentraleuropa machen mit 4,2 Millionen Menschen ein Viertel der global geschätzten Zahl von KokainkonsumentInnen aus. Im Jahr 2010 wurden weltweit 694 Tonnen Kokain beschlagnahmt (im Jahr 2000 waren es 344 Tonnen). Davon wurden knapp 60.949 kg in West- und Zentraleuropa (9% der weltweiten Beschlagnahmungen) registriert. In Deutschland wurden 3.034 kg Kokain gefunden und beschlagnahmt.

Die geschätzte Prävalenz für Amphetamine (Ecstasy ausgeschlossen) betrug im Jahr 2010 zwischen 0,3 und 1,2%, bzw. es wurden weltweit zwischen 14 bis 52,5 Millionen KonsumentInnen vermutet. Hingegen wird die Prävalenz der Ecstasy-KonsumentInnen weltweit zwischen 0,2 und

0,6% innerhalb der Altersgruppe von 15 bis 64 Jahre geschätzt; wobei für West- und Zentraleuropa eine Prävalenz von 0,8% besteht.

Nach dem Bericht der UNODC (2012) ist Ecstasy vor allem in der jungen Bevölkerung (von 15 bis 34 Jahren) verbreitet. 2010 wurden weltweit 3.787 kg Ecstasy bzw. Substanzen, die zu dieser Gruppe gehören, beschlagnahmt, während es 2007 noch ganze 16.580 kg waren. In Deutschland wurden 62 kg gemeldet, was 0,8% der weltweiten Beschlagnahmung ausmacht.

2. Störungen durch Substanzkonsum nach DSM-IV-TR und ICD-10

Nach dem Klassifikationssystem „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen“, *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2003), werden zwei Gruppen von Störungen, die in Zusammenhang mit psychotropen Substanzen stehen, unterschieden. Zum einen sind dies „Störungen durch Substanzkonsum“, die sich in „*Substanzmissbrauch*“ und „*Substanzabhängigkeit*“ unterteilen lassen, und zum anderen sind dies die „Substanzinduzierten Störungen“, zu denen „Substanzintoxikation“ und „Substanzentzug“ gehören.

Ein weiteres Klassifikationssystem ist die *ICD-10*, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1993 veröffentlicht wurde und in 10. Version (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2001) vorliegt. In der ICD-10 werden folgende Störungen samt ihrer Codierungen aufgeführt, die mit Substanzkonsum assoziiert werden: „Akute Intoxikation“ (F1x.0), „*Schädlicher Gebrauch*“ (F1x.1), „*Abhängigkeitssyndrom*“ (F1x.2), „Entzugssyndrom ohne und mit Delir“ (F1x.3 und F1x.4), „Psychotische Störung“ (F1x.5), „Amnestisches Syndrom“ (F1x.6), „Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung“ (F1x.7), „Sonstige psychische und Verhaltensstörungen“ (F1x.8) und „Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen“ (F1x.9). Hierbei wird das x in der Codierung für die jeweilige Substanz ersetzt.

Beide Systeme spezifizieren zwei Formen der Abhängigkeit, zum einen die psychische und zum anderen die physische Abhängigkeit; „bezüglich der Abhängigkeitsdiagnose weisen DSM-IV-TR und ICD-10 nur geringfügige Unterschiede auf“ (Bühringer & Behrendt, 2011, S. 703), wohingegen im DSM-IV-TR die Definition des Substanzmissbrauchs die soziale Dimension explizit aufführt (Schmidt, 1999); dies bedeutet, dass im DSM-IV-TR eine Missbrauchsdiagnose „allein aufgrund gesellschaftlicher Werte und Normen zustande kommen kann“ (Bühringer & Behrendt, 2011, S. 703).

2.1. Substanzmissbrauch nach DSM-IV-TR und ICD-10

Unter dem Begriff „*Substanzmissbrauch*“ bzw. „*schädlicher Gebrauch*“ wird nach DSM-IV-TR ein „unangepasstes Muster des Substanzgebrauchs“ verstanden, „das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen/Leiden führt“ (S. 103). Dabei werden vier Punkte aufgelistet, wobei „zumindest ein Kriterium innerhalb von 12 Monaten“ erfüllt sein muss. Folgende Beeinträchtigungen werden aufgeführt, die sich auf den Substanzgebrauch beziehen: wiederholtes „*Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen*“ (z.B. nachlassende Leistungen in der Schule, schlechte Arbeitsleistungen oder gar Fernbleiben, Vernachlässigung der Kinder und des Haushalts), wiederholter Substanzkonsum *trotz körperlicher Gefährdung* (z.B. im Straßenverkehr), *wiederholte Probleme mit dem Gesetz*“ (z.B. Verhaftungen) oder „fortgesetzter Substanzkonsum trotz ständiger und wiederholter sozialer und interpersoneller Probleme“ (z.B. Familienstreit).

Die Kodierung für Kokainmissbrauch lautet im DSM-IV-TR 305.60 und für Amphetamine 305.70.

In der ICD-10 wird dieses Kapitel unter „Schädlicher Gebrauch“ klassifiziert. Der schädliche Gebrauch von Kokain wird unter F14.1 und von Amphetamin unter F15.1 aufgeführt. Häufiger Substanzmissbrauch bzw. schädlicher Gebrauch endet meist in einer Substanzabhängigkeit, somit bedingt der Missbrauch die Abhängigkeit. Des Weiteren ist auch bekannt, dass der Konsum und der Missbrauch von legalen Drogen (u.a. Alkohol, Nikotin, Koffein) dem Konsum illegaler Drogen vorausgehen (Kandel & Yamaguchi, 1993).

2.2. Substanzabhängigkeit nach DSM-IV-TR und ICD-10

Da wie oben bereits beschrieben die beiden Klassifikationssysteme kaum Unterschiede in der Definition der „*Substanzabhängigkeit*“ (DSM-IV-TR) bzw. des „*Abhängigkeitssyndroms*“ (ICD-10) haben, wird im Folgenden nur eine Definition (DSM-IV-TR) angeführt.

Die *Substanzabhängigkeit* wird nach DSM-IV-TR als „unangepasstes Muster des Substanzgebrauchs“ beschrieben, „das in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen/Leiden führt“ (S. 99). Dabei müssen „mindestens drei Kriterien innerhalb des gleichen Zeitraums von 12 Monaten“ (American Psychiatric Association, 2003, S. 99) zutreffen. Dies ist zum einen die *Toleranz*, die sich entweder auf eine Dosissteigerung oder auf eine verminderte Wirkung bei gleicher Dosis bezieht. Ein weiteres Kriterium sind die *Entzugssymptome*, die sich nach Ablauf der Halbwertszeit der jeweiligen Substanz bemerkbar machen; daraufhin wird meist versucht, durch erneutes Zuführen dieser (oder einer ähnlichen) Substanz die Entzugssymptome zu verringern oder zu vermeiden. Als drittes Kriterium wird eine *häufige Einnahme in größeren Mengen oder längeren Zeiträumen als beabsichtigt* aufgeführt. Der *anhaltende Wunsch bzw. erfolglose Versuche, den Gebrauch zu verringern* bzw. zu kontrollieren, werden ebenfalls als ein Kriterium genannt. Des Weiteren kann ein hoher *Zeitbedarf für Substanzbeschaffung, Konsum und Erholung von den Folgen* ein Abhängigkeitsmerkmal sein. Auch eine Aufgabe bzw. *Einschränkung wichtiger Aktivitäten wie Beruf, Freizeit und Kontakte* kann eine Folge der Abhängigkeit sein. Als letztes Kriterium der Substanzabhängigkeit wird ein *fortgesetzter Gebrauch trotz Kenntnis vorliegender negativer psychischer und physischer Auswirkungen* beschrieben.

Die Kodierung im DSM-IV-TR für eine Kokainabhängigkeit lautet 304.20 und für eine Amphetaminabhängigkeit 304.40. Die oben genannten Klassifikationen des DSM-IV-TR benennen nur die klinischen Störungen (Achse I). Für eine umfassende Diagnose sollten die anderen Achsen, wie Achse II (Persönlichkeitsstörungen), Achse III (medizinische Krankheitsfaktoren) sowie Achse IV (psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme) und Achse V (globale Beurteilung des Funktionsniveaus), berücksichtigt bzw. erhoben werden. In der ICD-10 ist die Kokainabhängigkeit unter F14.2x aufgeführt und die Amphetaminabhängigkeit unter F15.2x.

2.2.1. Kokainabhängigkeit

Bei chronischem Konsum von Kokain kommt es nach Gastpar (2003) zu einer „Erschöpfung der Dopaminreserven“ (S. 84); dabei entsteht ein Ungleichgewicht zwischen serotonergen und dopaminergen Transmissionen im limbischen System, das wiederum eine Empfindlichkeitssteigerung für dopaminerge Effekte und eine Toleranzentwicklung für adrenerge Effekte hervorruft. Deshalb neigt eine kokainabhängige Person häufig zu depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen und sensitiven Beziehungsideen, die meist mit erneutem Kokainkonsum zu überwinden versucht wird, was oft in einer psychischen Abhängigkeit, dem Craving, endet.

Unter Craving versteht man nach Gastpar (2003) und Geschwinde (2003) einen starken Drang und ein intensives Verlangen nach erneutem Konsum und einen Kontrollverlust bezüglich der Dosen beim wiederholten Konsumieren. Die Folgeschäden, die sich aus einem dauerhaften Konsum ergeben können, sind sowohl auf physischer wie auch auf psychischer Ebene zu verzeichnen. Unter anderem können dies Schädigungen der Nasenschleimhäute bei nasalem Konsum sein oder Kokainpsychosen, die geprägt sind von Angstzuständen, Misstrauen bis hin zu Verfolgungswahn sowie Halluzinationen (Gastpar, 2003). Diese Halluzinationen können optisch, in Form von lebhaften Reflexionen (snow-lights), akustisch und vermehrt taktil, wie zum Beispiel als Dermatozoenwahn, auftreten; darunter versteht man „(t)aktile [Anm. d. Verfasserin] Sinnestäuschungen wie Hautkribbeln (das Empfinden von „Cocain-Tierchen“, häufig Insekten wie Käfer, oder „Kristallen“ unter der Haut)“ (Geschwinde, 2003, S. 508).

2.2.2. Amphetaminabhängigkeit

Der angenehme und euphorische Rauschzustand, der meist mit einer positiven Resonanz aus dem sozialen Umfeld einhergeht, verleitet die KonsumentInnen nicht selten dazu, diese Substanz erneut einzunehmen. Um diese euphorisierende Wirkung ein weiteres Mal und intensiver zu erleben, werden meist höhere Dosen konsumiert, die zu einer Toleranzentwicklung führen. Der häufige Missbrauch von Amphetaminen führt zu vermehrten negativen Emotionen, die mit erneutem Konsum bekämpft werden und somit eine psychische Abhängigkeit verursachen, die im Folgenden zu einer körperlichen Abhängigkeit führt (Gastpar, 2003).

Bei übermäßigem Langzeitgebrauch können sogenannte „Amphetamin-Psychosen“ auftreten, diese können Symptome wie „taktile, visuelle und akustische Halluzinationen, Verfolgungsideen, Wahnvorstellungen, Verhaltensstereotypen und Zwangsverhalten, formale Denkstörungen, assoziative Lockerungen und psychomotorische Erregtheit“ (Gastpar, 2003, S. 76) auslösen. Bei abhängigen Personen treten nach Rommelspacher (1999) vermehrt „Stimmungsschwankungen, emotionale Labilität, zunehmende Angst, alternierende [sic!] mit depressiven Zuständen während des Entzugs“ auf, und oft kommt es zu „gelegentlich(en) Psychose(n) [Anm. d. Verfasserin] mit Verfolgungswahn und aggressiven Durchbrüchen“ (Rommelspacher, 1999, S. 234).

2.3. Allgemeine Änderungen im DSM-5 und ICD-11

Im Mai 2013 wurde die fünfte Auflage des Klassifikationssystems DSM (ergo DSM-5) herausgegeben; die Überarbeitung bzw. die Neuauflage des Klassifikationssystems ICD (ergo ICD-11) wird für 2015 erwartet. Diese Neuauflagen beinhalten einige Änderungen bezüglich der Substanzstörungen. Die American Psychiatric Association (APA) führt im DSM-5 erneut den Begriff der „Sucht“ (addiction) ein, der vorher aus der diagnostischen Kategorisierung aufgrund der stigmatisierenden Konnotation herausgenommen wurde. Somit heißt nach der APA (2013) die neue Kategorisierung „Substance-Related and Addictive Disorders“ (Substanzbezogene Störungen und Suchtstörungen). Die beiden diagnostischen Kategorien aus dem „alten“ DSM-IV-TR, „Substanzmissbrauch“ und „Substanzabhängigkeit“, werden nun im neuen DSM-5 unter einer Störung, der „Substance Use Disorder“, „Substanzgebrauchsstörung“, zusammengefasst. Hierbei wird jede einzelne Substanz (außer Koffein) als eine separate Gebrauchsstörung aufgeführt (z.B. Alkoholgebrauchsstörung usw.). Nach Bühringer und Behrendt (2011) ist man sich einig, dass Substanzmissbrauch und Abhängigkeit keine trennbaren Diagnosen sind; vielmehr liegen ihre Kriterien auf einem Schweregradkontinuum, da einige Missbrauchssymptome höhere Schweregrade aufzeigten als einige Abhängigkeitssymptome (Compton, Saha, Conway & Grant, 2009; Harford, Yi, Faden & Chen, 2009; Saha, Chou & Grant, 2006, zitiert nach Bühringer & Behrendt, 2011, S. 712).

Somit wird die „neue“ Störungsdiagnose auf einem Schweregradkontinuum mit Hilfe von zwei Cut-Off-Werten in eine leichte (ein bis zwei Symptome von 11 möglichen Symptomen) und eine schwerere Substanzgebrauchsstörung (drei oder mehr Symptome von 11) unterschieden (Bühringer & Behrendt, 2011). Eine milde Substanzgebrauchsstörung ist nach APA (2013) bei der Erfüllung von zwei bis drei Symptomen zu diagnostizieren. Diese Symptome werden auf einer Liste aufgeführt und beinhalten 11 Punkte, wobei die psychische Abhängigkeit („drug craving“) aufgelistet ist, während die wiederholt auftauchenden Probleme mit dem Gesetz („problems with law enforcement“) gestrichen wurden, da aufgrund der kulturellen Unterschiede keine einheitliche Messung durchzuführen ist. Somit wurde nach der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, 2013) die „neue Krankheitsdiagnose (...) durch Hinzufügen „weicher“ Kriterien kulturabhängig erweitert“. Des Weiteren ermöglicht ein dimensionales Konzept, das Substanzmissbrauch und -abhängigkeit vereint, eine Diagnosestellung für Personen, die zwar ein bis zwei Abhängigkeitskriterien aufweisen, aber weder der Substanzmissbrauchs- noch der Substanzabhängigkeitsdiagnose zuzuweisen sind; diese Personen nennt man „diagnostic orphans“ (Bühringer & Behrendt, 2011, S. 712), was so viel bedeutet wie „diagnostisches Waisenkind“ bzw. PatientInnen ohne Diagnose. Da diese Fälle keine Diagnose hatten, wurden sie auch selten in therapeutische Maßnahmen integriert. Mit der neuen Form des Diagnosekonzepts hofft man nun, diese „diagnostic orphans“ auch zu erfassen.

3. Freizeitkonsum illegaler Substanzen

In ihrem Bericht „Daten zum Konsumverhalten von Freizeitdrogen-KonsumentInnen“ verstehen die AutorInnen Eggerth, Keller-Ressel, Lachout und Schmid (2005) unter dem Begriff „Freizeitdrogen“ einen Konsum legaler und illegaler Substanzen, „deren Gemeinsamkeit es ist, dass sie von den jeweiligen KonsumentInnen zumindest ursprünglich im Freizeitsetting konsumiert werden bzw. wurden“ (Eggerth et al., 2005, S. 5). Nach Gantner (1999) zeigen Freizeit-User bestimmte Drogenmuster auf: Zum einen ist der Konsum von Freizeitdrogen (Cannabis, LSD, Ecstasy, Amphetamine) auf das Wochenende und die damit verbundenen Partysettings beschränkt und wird dort „funktional für das Erleben und „Feiern“ in der Technoszene eingesetzt“ (Gantner, 1999, S. 169), zum anderen werden laut Gantner (1999) keine Substanzen unter der Woche, bis auf wenige Ausnahmen, konsumiert. Um das Risiko der Suchtentwicklung zu untersuchen, verglich Rommelspacher (1999) Personen mit unregelmäßigem Konsum, der „vorwiegend am Wochenende“ stattfand, mit Menschen, die einen Langzeitkonsum mit hohen Dosen aufwiesen; er weist darauf hin, dass eine bestimmte Gruppe von Personen einen durchschnittlichen Substanzkonsum von ein bis acht Tagen im Monat aufweist, aber nicht zwangsläufig die Abhängigkeitskriterien erfüllt. Für die hiesige Studie bedeutet dies, dass man Personen mit eben diesem Konsumverhalten (durchschnittlich ein bis acht Konsumtage im Monat) zur Gruppe der Freizeit-User zählen kann.

3.1. Forschung zur Erfassung des Konsumverhaltens von Freizeit-Usern

Grundsätzlich sind Studien zur Epidemiologie bezüglich des Substanzkonsums und der Substanzstörungen sowohl in der Allgemeinbevölkerung wie auch in spezifischen Zielgruppen äußerst schwer umzusetzen, was dazu führt, dass diese Studien dem Anspruch der Reliabilitäts- und Validitätskriterien (Genauigkeit und Gültigkeit der Messkonstrukte) wenig gerecht werden. Um einige Schwierigkeiten zu nennen, die sich in Studien zum Substanzkonsum und ihren Substanzstörungen verbergen, führen Bühringer und Behrendt (2011) an, dass durchschnittliche Konsumangaben über vergangene Zeiträume, besonders bei schwankendem Konsum, schwer zu erfassen sind bzw. auch von den Befragten oft fehleingeschätzt werden. Des Weiteren kennen die KonsumentInnen meist die Wirkstoffkonzentration der erworbenen Substanz nicht oder nur unzulänglich. Außerdem führt die soziale Erwünschtheit ebenfalls zu Verzerrung der Studienergebnisse, da die Befragten meist dazu tendieren, risikoreiches Konsumverhalten oder negative Folgen bewusst zu verschweigen oder zu verleugnen. Zudem sind viele Konsummuster „nicht zeitstabil“ (Bühringer & Behrendt, 2011, S. 707), was dazu führt, dass Querschnittstudien oft nicht die tatsächliche Konsumrealität wiedergeben können. Dennoch ist die Forschung bezüglich des Substanzkonsums und der daraus resultierenden Substanzstörungen unerlässlich.

ChEckiT! ist ein sekundärpräventives Projekt des Vereins Wiener Sozialprojekte, das zum einen Aufklärung und Beratung über psychotrope Substanzen anbietet und zum anderen in Kooperation mit dem Klinischen Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik (AKH Wien) kostenlose und anonyme Analysen von psychotropen Substanzen durchführt; diese chemischen Analysen können sowohl auf großen Veranstaltungen wie auch in der ChEckiT!-Zentrale (Gumpendorferstraße, 1060 Wien) in Anspruch genommen werden. Des Weiteren nutzt ChEckiT! die Informations- und Beratungsangebote, um anhand von Fragebogenstudien Forschung im Bereich des Freizeitkonsums psychotroper Substanzen zu betreiben.

3.1.1. Vergleich der Lebenszeitprävalenzen

Im Jahr 2005 wurden die „Daten zum Konsumverhalten von Freizeitdrogen-KonsumentInnen – eine Sekundäranalyse der Fragebogenstudien 1998 und 2001 bis 2003“ veröffentlicht, in der die AutorInnen Eggerth et al. (2005) einen Vergleich zwischen den Lebenszeitprävalenzen bezüglich des Drogenkonsumverhaltens ziehen. Dieser Bericht stützt sich auf „Daten aus den Jahren 1998 und 2001 bis 2003, (wobei) (s)ämtliche Daten [Anm. d. Verfasserin] (...) auf großen, kommerziellen Raveveranstaltungen (1000–8000 BesucherInnen) im ChEckiT!-Areal erhoben“ wurden (Eggerth et al., 2005, S. 4). Die AutorInnen bezeichnen die Daten aus 2003 als *ChEckiT! (2003)*, was in diesem Text beibehalten wurde.

In diesen Umfragen wurden Personen aus der Partyszene nach ihren Konsumerfahrungen befragt, die sie im Laufe ihres Lebens bereits gesammelt hatten. Von 1998 bis 2002 konnte ein statistisch signifikanter Anstieg im Konsum von Ecstasy, Speed und Kokain beobachtet werden; während von 2002 auf 2003 ein deutlicher Abfall sichtbar wurde. Die AutorInnen beschreiben außerdem einen statistisch signifikanten ($\alpha=5\%$) „Einfluss des Testortes (...) bei den Substanzen Ecstasy, Speed und Kokain“ (S. 7), was sich daran zeigte, dass es eher Konsumerfahrungen in Wien und Umgebung gab als in anderen Bundesländern. Eggerth et al. (2005) verwiesen anhand von weiteren Studien aus der Partyszene auf einen Anstieg der Lebenszeitprävalenz beim Konsum von Ecstasy, Speed und Kokain; 1999 waren es in der Studie von Calafat et al. 34% der Befragten, die von einem Ecstasykonsum berichteten. 2001 waren es bereits 40% der Interviewten (Tossmann, Boldt & Tensil, 2001), und 2003 gaben 52% (Deehan & Saville, 2003) und 76% (ChEckiT!, 2003) der ProbandInnen an, in ihrem Leben bereits Ecstasy konsumiert zu haben. Beim Konsum von Speed ließ sich ebenfalls ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz vermerken: Calafat et al. verzeichneten 1999 noch 24%, woraufhin Deehan und Saville 2003 auf 46% kamen, und ChEckiT! 2003 eine Lebenszeitprävalenz von 65% errechnete. Die Lebenszeitprävalenz beim Konsum von Kokain durchlief einen ähnlichen Anstieg; von 28% (Calafat et al., 1999) auf 51% (ChEckiT!, 2003). Das sind die Ergebnisse, die in den letzten Jahrzehnten innerhalb der Party- und Nachtszene im europäischen Raum ermittelt wurden.

3.1.2. Vergleich der 30-Tage-Prävalenzen

Die 30-Tage-Prävalenz gibt Auskunft über den aktuellen Substanzkonsum. In der Sekundäranalyse von Eggerth et al. (2005) zeigt sich im Vergleich der 30-Tages-Prävalenzen, dass der Konsum von Ecstasy, Cannabis, Kokain, Ketamin und Pilzen in den Jahren von 1998 bis 2003 statistisch signifikant gestiegen ist. Beim Ecstasy-Konsum ist auch hier der Einfluss des Testortes statistisch signifikant; dies bedeutet, dass in Wien und Umgebung Ecstasy eher konsumiert wurde als in den übrigen Bundesländern. Die Studien aus der internationalen Partyszene zeigten starke Schwankungen in den 30-Tages-Prävalenzen auf. Winstock, Griffiths und Stewart (2001) berichten, dass 86% der Befragten, die sich in der britischen Partyszene bewegten, in den letzten 30 Tagen Ecstasy konsumiert hatten; Tossman et al. (2001) hingegen berichten von 20% der in der deutschen Partyszene aktiven Befragten. Eggerth et al. (2005) ermittelten in ihrem österreichischen Bericht, dass 42% der Befragten in den letzten 30 Tagen Ecstasy konsumierten. Beim Speedkonsum gab es auch große Unterschiede hinsichtlich der Länder und der Jahrzehnte. In Großbritannien lag die 30-Tage-Prävalenz bezüglich des Speedkonsums bei 40% der Befragten (Winstock et al., 2001); in Deutschland bei 21% (Tossman et al., 2001) und in Österreich bei 34% (Eggerth et al., 2005). Beim Kokainkonsum kann man ebenfalls große Unterschiede feststellen: Winstock et al. (2001) ermittelten 46% bezüglich der 30-Tages-Prävalenz, Tossman et al. (2001) 10%, und Eggerth et al. (2005) berichten von 18% der Befragten, die in den letzten 30 Tagen Kokain konsumierten.

3.1.3. Polytoxikomanie

Polytoxikomanie läuft im *DSM-IV-TR* unter der Kategorie „Störungen im Zusammenhang mit Multiplen Substanzen“. *Polytoxikomanie* ist zu diagnostizieren, wenn:

„über einen Zeitraum von 12 Monaten wiederholt psychotrope Substanzen aus wenigstens drei Substanzgruppen konsumiert wurden (nicht eingeschlossen sind Nikotin und Koffein), aber keine Substanz für sich alleine dominierte“
(APA, 2003, S. 133).

Die Kodierung für Polytoxikomanie lautet 304.80; in der ICD-10 ist sie unter „multipler Substanzgebrauch“ aufgeführt; die ICD-10 sieht als gegeben, wenn die „Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind“ (Schmidt, 1999, S. 74); Polytoxikomanie wird unter F19.2x kodiert. Nach Gastpar (2003) konsumiert die Mehrzahl der PatientInnen mehrere Substanzen gleichzeitig oder abwechselnd, woraus sich die diagnostische Notwendigkeit eines Drogenscreenings vor Entzugsbehandlungen ableitet. Nach Tossman et al. (2001) liegt bei bestehendem Ecstasykonsum die Wahrscheinlichkeit bei 90%, dass noch andere psychotrope Substanzen konsumiert werden. Sowohl bei Eggerth

et al. (2005) wie auch bei Tossmann et al. (2001) konsumierte die zweitgrößte Gruppe von DrogenkonsumentInnen eine Kombination aus Cannabis, Ecstasy und Speed.

3.2. Konsumtypen

Grundsätzlich ist zu betonen, dass die FreizeitkonsumentInnen eine sehr inhomogene Gruppe darstellen. Eggerth et al. (2005) unterscheiden in ihrem ChEckiT!-Bericht vier Konsumtypen von FreizeitdrogenkonsumentInnen. Diese werden im Folgenden genauer beschrieben, da sie die theoretische Grundlage für die Gruppeneinteilung in dieser Studie darstellen.

Konsumtyp 1 nennt sich „NichtkonsumentInnen illegaler Drogen“. Diese Gruppe setzt sich aus NichtkonsumentInnen inklusive Ex-KonsumentInnen, Probier- und GelegenheitskonsumentInnen zusammen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie im Durchschnitt an vier Tagen im Monat Alkohol trinken und grundsätzlich keine illegalen Substanzen konsumieren.

Konsumtyp 2 sind die „GelegenheitskonsumentInnen“; sie geben an, durchschnittlich an vier Tagen im Monat Alkohol zu trinken und an einem Tag im Monat Cannabis und Ecstasy, selten Speed (weniger als einen Tag im Monat) zu konsumieren. Auch hier werden Probier- und GelegenheitskonsumentInnen hinzugezählt.

Konsumtyp 3 wird als „CannabiskonsumentInnen mit Gelegenheitskonsum anderer Freizeitdrogen“ bezeichnet. Diese Gruppe unterscheidet sich kaum vom Konsumtyp 2 bis auf den Fakt, dass diese Personen einen Dauerkonsum von Cannabis mit durchschnittlich 25 Tagen im Monat aufweisen. Auch werden hier gelegentlich Speed und Ecstasy (im Durchschnitt weniger als einmal im Monat) konsumiert. Bezüglich des letzten Monats gaben sie an, durchschnittlich 3,31 Substanzen konsumiert zu haben.

Konsumtyp 4 beinhaltet die „Hochrisikogruppe“; diese Personen nehmen innerhalb eines Monats viele verschiedene psychotrope Substanzen (Polytoxikomanie) zu sich und konsumieren diese auch häufiger innerhalb ihrer Wirkdauer. Diese Gruppe berichtet, im letzten Monat durchschnittlich an vier Tagen Alkohol, an 14 Tagen Cannabis, an vier Tagen Speed, an drei Tagen Ecstasy, an zwei Tagen Kokain und gelegentlich auch Schlafmittel, LSD und Pilze konsumiert zu haben. Diese Gruppe weist einen durchschnittlichen Konsum von 5,31 Substanzen auf. Des Weiteren geben 69,4% dieser Gruppe an, dass Personen aus ihrem Freundeskreis ein Drogenproblem hätten.

4. Emotionsregulation

Nach Gross (1998a, b) besteht Emotionsregulation (ER) aus einer Vielzahl an Prozessen, die die Art der Emotion, den Zeitpunkt des Auftretens und die Ausprägung des emotionalen Erlebens beeinflussen; zudem bestimmen diese Prozesse auch die Art und Weise, wie diese Emotionen zum Ausdruck gebracht werden. Die ER umfasst „die Initiation von neuen oder die Änderung bereits bestehender Emotionen, des weiteren die Akzentuierung, Verringerung, Unterdrückung oder Aufrechterhaltung emotionaler Reaktionen“ (Gross & John, 2003; Sloan & Kring, 2007, zitiert nach Barnow, 2012, S. 112). Im Folgenden wird die ER anhand des Prozessmodells (nach Gross, 1998b; Gross & Thompson, 2007) beschrieben.

4.1. Prozessmodell der Emotionsregulation

Im Prozessmodell der Emotionsregulation (Gross, 1998b; Gross & Thompson, 2007) werden vier Faktoren genannt, die das Auftreten und das Erleben von Emotionen beeinflussen und wo bereits Ansatzpunkte für eine Regulation der Emotionen auftauchen. Emotionen entstehen zunächst in einer *Situation*; die auftauchenden Gefühle werden bemerkt bzw. ziehen *Aufmerksamkeit* auf sich. Nachdem die erlebten Emotionen registriert wurden, werden sie von der jeweiligen Person bewertet (*Bewertung*) und enden in Form einer *emotionalen Reaktion*.

Um Emotionen regulieren zu können, werden innerhalb der Regulationsprozesse diese vier Faktoren (Situation, Aufmerksamkeit, Bewertung und emotionale Reaktion) beeinflusst. Es gibt fünf Arten der Regulationsprozesse (Situationsauswahl, Situationsmodifikation, Einsatz von Aufmerksamkeit, kognitive Veränderung, Reaktionsmodulation), die sich wiederum in zwei Gruppen (*vorausgehende ER* und *reaktionsbezogene ER*) zusammenfassen lassen (siehe Abb. 7).

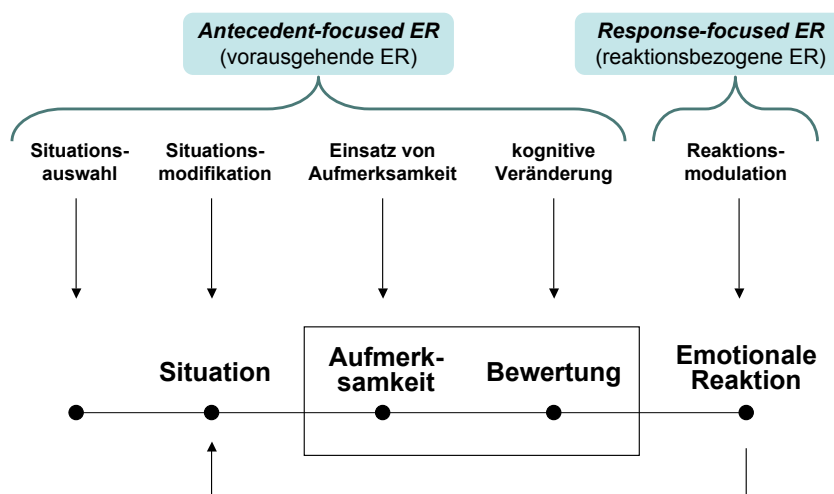


Abbildung 7. Das Prozessmodell der Emotionsregulation von Gross (1998b; Gross & Thompson, 2007) mit den fünf „Familien“ von Emotionsregulationsstrategien (aus Gross & Thompson, 2007, S. 10)

Die vorausgehende ER umfasst a) die *Situationsauswahl*, das heißt, dass positive Situationen eher forciert und problematische Situationen vermieden werden; b) die *Situationsmodifikation*, z.B. eine aktive Veränderung der Situation umsetzen; c) *Aufmerksamkeitslenkung*, worunter eine bewusste Fokussierung auf die positiven, neutralen oder negativen Aspekte einer Situation oder eines Sachverhaltes verstanden werden kann; und d) die *kognitive Veränderung*, die in Form einer Neubewertung der Situation stattfindet (z.B. die eigene Sicht der Dinge verändern bzw. die Perspektive einer anderen beteiligten Person einnehmen). Die reaktionsbezogene ER beinhaltet a) die Verhaltenshemmung (Suppression), die darin besteht, Gefühle und die damit verbundenen *emotionalen Reaktionen* zu unterdrücken und sich äußerlich nicht anmerken zu lassen, und b) die Verstärkung der emotionalen Reaktion. Zusammengefasst kann man anhand der Graphik (Abb. 7) die vier Faktoren, die an der Entstehung und an dem Erleben von Emotionen (Situation, Aufmerksamkeit, Bewertung und emotionale Reaktion) beteiligt sind, als Basis des Prozessmodells sehen; außerdem sind die fünf Regulationsprozesse (Situationsauswahl, Situationsmodifikation, Einsatz von Aufmerksamkeit, kognitive Veränderung und Reaktionsmodifikation) dargestellt, die auf diese vier Faktoren zur bewussten Regulierung von Emotionen einwirken.

Nach Gross und Thompson (2007) sind die Entstehung von Emotionen, die damit verbundenen emotionalen Reaktionen sowie die Emotionsregulation (ER) dynamische Prozesse, die sich gegenseitig beeinflussen. Wie man in Abbildung 7 sieht, besteht eine Feedbackschleife von der *emotionalen Reaktion* zurück zur *Situation*; grundsätzlich kann diese Feedbackschleife zu jeder der vier Faktoren zurückführen und die emotionale Reaktion beeinflussen, was zwangsläufig wieder zu einer beeinflussten bzw. veränderten Emotionsgenerierung führt. Ein Beispiel für eine Feedbackschleife, von der emotionalen Reaktion zu den einzelnen Stufen der Emotionsentstehung, wäre, wenn man nach einem Wutanfall peinlich berührt ist (König, 2011). Eine bestimmte Emotion wird erlebt und ausagiert (emotionale Reaktion), woraufhin eine soziale Reaktion folgt, die wiederum eine neue bzw. beeinflusste Emotion generiert.

4.2. Strategien der Emotionsregulation

Wie man oben im Prozessmodell der ER sehen kann, werden die Regulationsstrategien (nach Gross, 1998a, b, 2001; Gross & Thompson, 2007) in „antecedent-focused ER“, also eine *vorausgehende ER*, und in eine „Response-focused ER“, d.h. eine *reaktionsbezogene ER* unterteilt. Die Gruppe der *vorausgehenden ER* findet noch vor der emotionalen Reaktion bzw. vor der ausgelösten Reaktion (König, 2011) statt. Zu dieser Gruppe gehören die *Situationsauswahl*, *Situationsmodifikation*, *Einsatz von Aufmerksamkeit (Ablenkung)* und die *kognitive Veränderung (kognitive Neubewertung)*. Diese vorausgehenden Regulationsprozesse setzen schon sehr früh in der

Entstehung der Emotionen ein und können somit die folgende emotionale Reaktionstendenz mit relativ wenig Regulationsaufwand beeinflussen. Der Regulationsaufwand ist deshalb gering, da die Emotionen noch nicht vollständig aktiviert sind. Die Regulation durch die bewusste Situationsauswahl bzw. Situationsmodifikation setzt eine gewisse antizipatorische Fähigkeit voraus. Das heißt, dass Personen, die zum Beispiel an Angststörungen leiden, die angstausslösenden Objekte oder Situationen vermeiden, um die negativen Emotionen erst gar nicht aufkommen zu lassen. Diese Art der Regulationsstrategie kann kurzfristig sehr effizient sein, aber auf lange Sicht die Aufrechterhaltung der Angststörungen bedingen (König, 2011). Zur Gruppe der *reaktionsbezogenen ER* gehört die *Reaktionsmodifikation (Unterdrückung)*, die zu einem späteren Zeitpunkt der Emotionsgenerierung stattfindet und ihre Wirkung in einer veränderten emotionalen Reaktion zeigt, nachdem die Emotion vollständig ausgebildet ist. Diese Gruppe der ER wird allerdings als sehr aufwändige Strategie bezeichnet, da die bereits vollständig erlebten Emotionen im Nachhinein geändert werden (Gross, 1998b; Gross, Richards & John, 2006; Gross & Thompson, 2007).

4.2.1. Unterdrückung

Unterdrückung ist eine reaktionsbezogene ER-Strategie und setzt daher erst bei der voll ausgeprägten Emotion ein. Das heißt, die Emotion ist bereits erlebt und wahrgenommen worden und wird jetzt bei der „Veräußerlichung“ bzw. beim Ausdruck beeinflusst bzw. unterbunden.

Unterdrückung von Emotionen wird nach Gross et al. (2006) dann eingesetzt, wenn eine Person die äußeren Zeichen von emotionalen Reaktionen wie Mimik oder Gestik bewusst unterbindet. Somit kommt es innerhalb eines Individuums zu einer Diskrepanz zwischen innerem emotionalen Erleben und dem nach Außen sichtbaren Ausdrucksverhalten. Grundsätzlich gibt es Situationen, in denen diese Art der ER-Strategie von Vorteil sein kann, wie zum Beispiel in angstbesetzten oder aggressionsgeladenen Situationen, um sich von den auftauchenden Emotionen nicht dominieren bzw. keine Eskalation aufkommen zu lassen (König, 2011). Somit gibt es auf der einen Seite einen flexiblen und sporadischen Einsatz von Unterdrückung, aber auch einen unflexiblen und chronischen. Wenn demnach Emotionen dauerhaft und immer wieder unterdrückt werden, führt dies vermehrt zu negativen Auswirkungen auf die sozialen Interaktionen (Gross, 2002; John & Gross, 2004), wenn es zum Beispiel aufgrund der Unterdrückung zu keiner Aussprache zwischenmenschlicher Probleme oder zum Ausagieren von Konflikten kommt (Butler et al., 2003). Im Gegensatz zu anderen ER-Strategien findet bei der Unterdrückung keine graduelle Reduktion der Empfindung negativer Emotionen statt; vielmehr werden die unterdrückten negativen Gefühle stärker als vorher erlebt (vgl. Campbell-Sills & Barlow, 2007; Dan-Glauser & Gross, 2011; Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004, zitiert nach König, 2011), und positive Emotionen werden nach der Unterdrückung schwächer wahrgenommen bzw. erlebt (vgl. Dan-Glauser & Gross,

2011; Gross & Levenson, 1997). Da sich die Strategie der Unterdrückung nicht nur auf emotionaler Ebene äußert, sondern auch eine physiologische Reaktion hervorruft, konnte man in Studien zu diesem Thema zeigen, dass bei der Unterdrückung von Emotionen ein Anstieg der sympathischen Aktivität zu sehen ist, was sich wiederum sehr negativ auf das kardiovaskuläre System niederschlägt (vgl. Egloff, Schmukle, Burns & Schwerdtfeger, 2006; Gross, 1998a; Gross & Levenson, 1993, 1997; Hofmann, Heering, Sawyer & Asnaani, 2009).

Abschließend kann man sagen, dass das Unterdrücken von Emotionen, das als ER-Strategie eingesetzt wird, verstärkt zu negativen Stimmungen führt, die in Depression enden kann; des Weiteren führt Unterdrückung auch zu einer verminderten Sensibilität für positive Emotionen. Außerdem wird diese Art der ER-Strategie mit geringerer Ausprägung des Selbstwertes, des Optimismus, der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens sowie der emotionalen Intelligenz verbunden (vgl. Gross & John, 2003; Schutte, Manes & Malouff, 2009; zitiert nach König, 2011). Wie im vorherigen Teil bereits erwähnt, wird beim Einsatz von reaktionsbezogener ER ein hoher Aufwand betrieben, da die Emotion bereits ausgebildet ist und dann verändert wird. Anhand einiger Studien konnte gezeigt werden, dass die emotionale Unterdrückung viel an kognitiver Kapazität in Anspruch nimmt und somit relevante Informationen während der emotionalen Episode nicht wahrgenommen bzw. abgespeichert werden können. Das heißt, dass man sich in Situationen, in denen man Emotionen unterdrückt hat, an signifikant weniger Geschehnisse bzw. Einzelheiten erinnern kann.

Des Weiteren kann nach John und Gross (2004) sowie nach Gross und Thompson (2007) gesagt werden, dass die verstärkte Anwendung von reaktiven ER-Strategien wie Unterdrückung (Suppression) häufiger mit dem Erleben von negativen Emotionen, einer schlechteren sozialen Einbettung und einer gering ausgeprägten Lebenszufriedenheit einhergeht.

4.2.2. Kognitive Neubewertung

Die kognitive Neubewertung (vorausgehende ER-Strategie) hingegen setzt schon sehr früh bei der Emotionsgenerierung ein. Hierbei wird bereits die *Bewertung* der erlebten Emotion beeinflusst. Nach Gross et al. (2006) sowie nach Gross und Thompson (2007) wird bei der kognitiven Neubewertung eine potentiell emotionsauslösende Situation aus einer neuen bzw. veränderten Perspektive gesehen, sodass die individuelle emotionale Bedeutung und die damit verbundene emotionale Reaktion modifiziert werden. Demnach ist das primäre Ziel der kognitiven Neubewertung, die Sicht auf die Situation so zu verändern, dass die emotionale Verbindung, die man zu dieser Situation hat, verringert wird und somit ein neutraler Zustand erreicht wird bzw. keine negativen Emotionen mehr erlebt werden (Giuliani, McRae & Gross, 2008; Gross, 1998a). Hierbei wird eine Unterscheidung zwischen den einzelnen möglichen Ansatzpunkten der kognitiven

Neubewertung vorgenommen. Eine Person kann zum Beispiel im Zuge der kognitiven Neubewertung die *generelle Bedeutung der Situation* direkt modifizieren. Zum Beispiel könnte eine Person, die sich vor Spinnen ekelt bzw. eine ausgeprägte Angst vor diesen Tieren hat, bei einer Konfrontation bzw. bei einem angstausslösenden Aufeinandertreffen sich in Erinnerung rufen, dass diese Tiere nicht gefährlich bzw. nicht tödlich sind, was zu einer möglichen Reduktion der Angst führen könnte. Ein weiterer Ansatzpunkt zur Modifikation wäre eine *Neubewertung der eigenen Kompetenz zur Bewältigung der Situation* (Gross, 1998b; Gross & Thompson, 2007); dadurch könnte eventuell auch das Gedanken-Handlungs-Repertoire erweitert werden. Der dritte Aspekt der emotionsauslösenden Gegebenheit, der für eine Modifikation genutzt werden kann, ist der *persönliche Bezug zur Situation*. Einige Studien zeigen, dass die emotionale Betroffenheit bzw. der emotionale Bezug verringert werden kann, indem man sich in die Perspektive eines unbeteiligten Beobachters hineinversetzt (Ochsner et al., 2004; Thiruchselvam, Blechert, Sheppes, Rydstrom & Gross, 2011), wobei diese Art der Strategie im sozialen Kontext sehr schwer umzusetzen ist (König, 2011). Einigen Studien zufolge können heftige Reize (z.B. ein Film über Amputationen) bzw. starke emotionsauslösende Situationen (Gross, 1998a), die eine geringe kognitive Verarbeitung benötigen und umso stärkere emotionale Reaktionen hervorrufen, unzureichend mit kognitiver Neubewertung reguliert werden (LeDoux, 1994). Deshalb ist nach König (2011) die Strategie der kognitiven Neubewertung eher für die Regulierung weniger intensiver Emotionen geeignet und bietet sich auch eher für komplexe Situationen bzw. Sachverhalte an. Kognitive Neubewertung stellte sich zudem als eine adaptive und gesunde Strategie heraus (vgl. Gross, 1998a, 2002; John & Gross, 2004) und zählt dazu auch noch, neben der Strategie der Ablenkung, zu den effektivsten Arten der ER (Augustine & Hemenover, 2009).

4.2.3. Ablenkung

Diese Art der ER gehört ebenfalls zu den vorausgehenden ER-Strategien und findet nach dem Prozessmodell (Gross, 1998b; Gross & Thompson, 2007, siehe Abb. 7) beim Einsatz der Aufmerksamkeit statt. Demnach wird bei der Ablenkung der Fokus der Aufmerksamkeit auf andere bzw. nicht-emotionale Situationen gelenkt (Gross, 1998b; Gross & Thompson, 2007; Nix, Watson, Pyszczynski & Greenberg, 1995, zitiert nach König, 2011), oder die Aufmerksamkeit wird durch Abwenden des Blickes von der Situation auf eine ganz andere gelenkt (Gross, 1998b; Gross & Thompson, 2007; Thiruchselvam et al., 2011). Ablenkung kann also kognitiv stattfinden; eine Person kann demnach ihren *internalen Fokus* verändern, indem sie Gedanken fokussiert oder Erinnerungen abrufen, die nicht in Verbindung mit den aktuellen Emotionen stehen, oder sie generiert neutrale Emotionen, die nichts mit der emotionsbesetzten Situation zu tun haben (Boden & Baumeister, 1997; Gross, 1998b; Gross & Thompson, 2007; Sheppes & Meiran, 2008; Sheppes, Scheibe, Suri & Gross, 2011; Thiruchselvam et al., 2011, zitiert nach König, 2011).

Neben der kognitiven Ablenkung gibt es aber, wie oben bereits erwähnt, auch die verhaltensbezogene bzw. *externale Ablenkung*; diese erfolgt, wenn man sich zum Beispiel durch Sport von den negativen Emotionen oder der belasteten Situationen ablenkt (Parkinson & Totterdell, 1999). Nicht nur Sport kann dazu dienen, sondern auch andere Aktivitäten, die mit Spaß und Vergnügen zusammenhängen; dies könnte auch durch Aufsuchen jener Situationen geschehen, die positive Emotionen versprechen, wie zum Beispiel lange Partynächte oder Raves.

Sheppes et al. (2011) konnten in ihrer Studie zeigen, dass Personen von sich aus bei schwächeren Emotionen (weniger emotionsbesetzte Bilder oder schwache Elektroschocks) vermehrt die Neubewertung (76% bzw. 67%) einsetzten und bei starken Emotionen (stark emotionsauslösende Bilder oder stärkere elektrische Schocks) vermehrt die Ablenkung (71% bzw. 64%) zu Emotionsregulation nutzten.

4.2.4. Flexibler Einsatz von ER-Strategien

Grundsätzlich wird, auf den Ergebnissen basierend, für einen flexiblen Einsatz von ER-Strategien plädiert. Somit zeigen Studien, dass ein variabler Einsatz von Unterdrückung bzw. die bewusste Beeinflussung des emotionalen Ausdrucks (vgl. Bonanno, Papa, Lalande, Westphal & Coifman, 2004; Westphal, Seivert & Bonanno, 2010; zitiert nach König, 2011) eine effektive Strategie darstellen kann. Andere Studien untersuchten Personen, die an Depressionen litten, und fanden heraus, dass es eine beeinträchtigte kontextbezogene Angemessenheit von ER gibt (vgl. Rottenberg, Kasch, Gross & Gotlib, 2002). Des Weiteren konnten in Studien stabile maladaptive Reaktionsmuster von Menschen mit Angststörungen identifiziert werden (vgl. Cisler, Olatunji, Feldner & Forsyth, 2010).

Nach König (2011) ist ein flexibler Einsatz von verschiedenen Emotionsregulationsstrategien, die abhängig von Intensität und Kontext der Emotionen sind, unerlässlich für die psychische Funktionsfähigkeit.

4.3. Positive Emotionen

In der Psychologie wurde lange Zeit das Hauptaugenmerk ausschließlich auf negative Emotionen gelegt, was meist mit Interventionen bei psychischen Störungen und Leidenszuständen zu tun hatte. 1998 machte E.P. Seligman auf diese einseitige Fokussierung aufmerksam und unterstrich die Wichtigkeit der emotionalen Gesundheit des Menschen. Er verwies darauf, dass man sich mehr auf die Faktoren konzentrieren sollte, die Menschen in ihrem seelischen Gleichgewicht halten und somit eine psychische Gesundheit begünstigen. Somit erschloss sich ein neues Gebiet der psychologischen Forschung, das den Namen *Positive Psychologie* trägt. Barbara Fredrickson (1998, 2001) spielt mit ihrer bahnbrechenden „*Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions*“ eine große Rolle innerhalb der Positiven Psychologie. Darin postuliert sie, dass negative Emotio-

nen das Gedanken-Handlungs-Repertoire eines Menschen stark einengen, da diese Emotionen meist in Situationen auftauchen, in denen ein schnelles und effektives Handeln hinsichtlich des Überlebens (Angst, Aggression und Flucht) gefragt sind. Im Gegensatz dazu erweitern positive Emotionen das individuelle Gedanken-Handlungs-Repertoire, das sich wiederum bereichernd auf die physischen, psychischen, intellektuellen und sozialen Ressourcen eines Menschen auswirken. Nach Fredrickson (1998, 2001) haben positive Emotionen (Freude, Interesse und Zufriedenheit) eine langfristige und nachhaltige Wirkung auf die persönlichen Ressourcen, da sie zu aufgeschlossenen Denkweisen führen und somit einen Langzeiteffekt auf das Wohlbefinden haben. Nach Fredrickson (2001, 2004) wird durch das Erleben von *Freude* der Spieltrieb geweckt und die Kreativität angeregt, was wiederum einen positiven Einfluss auf das soziale Verhalten wie auch auf die physischen, intellektuellen und künstlerischen Aktivitäten hat. *Interesse* erweckt im Menschen Neugierde und Forscherdrang und führt zu einem wachsenden Wunsch, sich für eine Sache zu engagieren. *Zufriedenheit* wiederum führt zu einer inneren Ruhe und Sammlung, was einem ermöglicht, das Leben im Ganzen zu betrachten und es zu genießen. Positive Emotionen bereichern demnach nicht nur die persönlichen Ressourcen (Fredrickson, 2001), sondern führen auch zu kreativeren, flexibleren und effektiveren Problemlösestrategien (Isen, 2001; Isen, Daubman & Nowicki, 1987).

Schmidt, Tinti, Levine und Testa (2010) befragten eine Vielzahl an Studenten vor ihren Abschlussprüfungen nach ihren Gefühlen. Dabei konnten sie drei Gruppen identifizieren, von denen eine die „Gruppe der positiven Gefühle“ war. Diese Gruppe bewertete die Prüfungen als wichtig und schätzte ihre Bewältigungsfähigkeiten hinsichtlich dieser Prüfungen hoch ein; des Weiteren waren sie davon überzeugt, dass die Prüfungsergebnisse unabhängig von äußeren, unkontrollierbaren Faktoren sind. Bezüglich der ER zeigten die Studenten, die mehr positive Emotionen verspürten, einen verstärkten Einsatz von vorausgehenden ER, die sich vor allem in der Neubewertung der Situation zeigte, was mit einem besseren Wohlbefinden assoziiert wird (Gross & John, 2003). Folkman und Moskowitz (2000) vermuten sogar eine Puffer-Funktion der funktionalen Regulation von positiven Emotionen in belasteten Situationen. Unter anderem wird davon ausgegangen, dass Menschen, die verstärkt positive Emotionen erleben, diese auch für „schlechte Zeiten“ konservieren können bzw. sich in Erinnerung rufen können. Auch Fredrickson (2001) sowie Tugade und Fredrickson (2004) postulieren, dass positive Emotionen nicht nur als Ressource genutzt werden können, sondern dass sie auch die Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) eines Menschen stärken.

Des Weiteren können positive Emotionen sowie positiver Humor den Einsatz der ER-Strategie „kognitive Neubewertung“ erleichtern bzw. fördern und tragen somit zur Reduktion negativer Emotionen bei (vgl. Fredrickson, 2004; Quirin, Bode & Kuhl, 2011; Samson & Gross, 2012; Tugade & Fredrickson, 2004).

4.4. Erfassung der Emotionsregulation

Zur Erfassung der Emotionsregulation werden Fragebögen eingesetzt, die auf Selbsteinschätzungen basieren. Häufig wird der *Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)* von Gross und John (2003) eingesetzt, der anhand von zehn Items die Strategien Unterdrückung und Neubewertung erfasst. Da aber in dieser Studie das Augenmerk nicht nur auf dem Umgang mit negativen, sondern auch dem mit positiven Emotionen liegt, wird bei dieser Studie ein Fragebogen verwendet, der den Umgang mit negativen und positiven Emotionen misst und zusätzlich die Zufriedenheit mit der eigenen Emotionsregulation erfasst; und zwar das Emotionsregulations-Inventar (ERI) von König (2011). Im Folgenden wird das Konzept beschrieben, auf dem der ERI basiert. Nach König (2011) gibt es in der Emotionsregulation negativer Gefühle (ERI-NE) fünf Dimensionen: „*kontrollierter Ausdruck, unkontrollierter Ausdruck, empathische Unterdrückung, Ablenkung und Umbewertung*“ (König, 2011, S. 180). Hingegen sind bei der Regulation positiver Emotionen (ERI-PE) „vier zugrundeliegende Dimensionen (*kontrollierter Ausdruck, unkontrollierter Ausdruck, empathische Unterdrückung und Ablenkung*)“ zu beachten (König, 2011, S. 180). Neben der empathischen Unterdrückung wird im ERI zwischen „*funktionaler Unterdrückung* (Emotionen werden unterdrückt, um sich nicht von ihnen leiten zu lassen und dadurch auf verschiedene alltägliche Aufgaben fokussiert zu bleiben) und *dysfunktionaler Unterdrückung* (generelles Zurückhalten von Emotionen) unterschieden“ (König, 2011, S. 61). Unter *kontrolliertem Ausdruck* versteht man „das Mitteilen von bzw. das Sprechen über Emotionen“ (König, 2011, S. 140). Wenn von *unkontrolliertem Ausdruck* die Rede ist, ist damit „das ungebremsste Zeigen von Gefühlen gemeint, was insbesondere bei negativen Emotionen oft als dysfunktional angesehen wird (vgl. Bushman, 2002; Linehan, (Bohus & Lynch) [Anm. d. Verfasserin], 2007)“ (König, 2011, S. 140). Empathische Unterdrückung ist dahingehend beobachtbar, „dass Emotionen in sozialen Situationen verborgen werden, da sonst zum Ausdruck gebrachte eigene Emotionen Mitmenschen verletzen oder belasten könnten“ (König, 2011, S. 62). Die Strategie der Ablenkung beinhaltet eine Aufmerksamkeitsabwendung von den Emotionen, während die Neubewertung bzw. Umbewertung eine Auseinandersetzung mit diesen benötigt, damit „einzelne Aspekte (der emotionalen Situation) [Anm. d. Verfasserin] in anderer Art und Weise betrachtet werden“ (König, 2011, S. 61), können. Somit ermöglicht der ERI einen umfassenden Überblick über die individuelle Emotionsregulation hinsichtlich negativer und positiver Gefühle und fragt zusätzlich auch noch die Zufriedenheit mit der eigenen Emotionsregulation ab, was eine neue und sehr interessante Variable hinsichtlich bestimmter Gruppenunterschiede darstellt.

5. Substanzkonsum und dysfunktionale Emotionsregulation

Nach Barnow (2012) werden Emotionen „direkt durch Substanzen moduliert“ (Barnow, 2012, S. 120) und stellen somit eine Art ER-Strategie dar. Substanzstörungen sind externalisierende Störungen, die mit einer Unterregulierung der negativen Emotionen einhergehen, „was zu einem gehäuftem Auftreten dieser Emotionen führt und massive soziale Probleme zur Folge hat“ (Barnow, 2012, S. 118). Des Weiteren zeigten Aldao, Nolen-Hoeksema und Schweizer (2010), dass es eine positive Korrelation zwischen Rumination (andauerndes Grübeln) bzw. Vermeidung und Substanzgebrauch gibt. Nach Schröder und Petry (2003) besteht eine Störung des Selbstregulationssystems bei stofflichen Süchten. Sie nennen in diesem Kontext „vier emotionsbezogene Effekte und Langzeitkonsequenzen süchtigen Verhaltens“ (Schröder & Petry, 2003, S. 20). Zum einen ist dies die „absichtsvolle Modifikation eines negativen Gefühlszustandes durch süchtiges Verhalten“; zum anderen die „absichtsvolle Herbeiführung euthymer (ausgeglichener) [Anm. d. Verfasserin] Gefühlslagen zur Steigerung von Wohlbefinden bis hin zur Stimulierung emotionaler Highlights“ (Schröder & Petry, 2003, S. 20). Ein weiterer Effekt beinhaltet die „zunehmend zwanghafte(n), [Anm. der Verfasserin] Impulse, durch Suchtverhalten bereits erfahrene unmittelbare Wirkungen auf Stimmung, Antrieb und körperliche Spannungszustände wiederholen zu wollen/zu müssen“; und als letzten Effekt „die zunehmende Entdifferenzierung der Emotionalität im Suchtgeschehen“ (Schröder & Petry, 2003, S. 20). Darunter verstehen sie eine Art „Abkopplung der emotionalen Lebenswelt vom realen Lebensvollzug“ (Schröder & Petry, 2003, S. 20), der im Rauschzustand geschieht und den individuellen Erfahrungserwerb blockiert. „Subjektiv sinnvoll ins Langzeitgedächtnis einzuspeichernde Informationselemente bekommen keinen emotionalen Bedeutungsstempel und werden somit nicht zum Bestandteil der individuellen Bewertungs- und Verhaltenskonzepte (Schröder & Petry, S. 20). Für sie ergibt sich daraus, dass bei Beginn einer Substanzstörung der Prozess der Persönlichkeitsentwicklung stehen bleibt und dass das bei Therapieprogrammen berücksichtigt werden sollte.

Fügt man diese Aspekte der Forschung zusammen, kann man davon ausgehen, dass Drogenabhängigkeit von life-events (z.B. Tod oder Krankheit eines Familienmitglieds oder familiäre Probleme etc.) (Askari, Hassanbeigi & Fallahzadeh, 2011; Cheetham, Allen, Yücel & Lubman, 2010) und von einer dysfunktionalen Emotionsregulation (Barnow, 2012) abhängen, die unter anderem am „Modell negativer Affektregulation“ (vgl. Küfner & Metzner, 2011) aufgezeigt wird. Hierbei unterstreichen Küfner und Metzner (2011), dass Menschen gezielt psychotrope Substanzen konsumieren, „um aversiven Zuständen von der Langeweile bis zu angstbesetzten und depressiven Spannungszuständen zu entkommen“ (S. 724). Dabei kommt es in funktionaler Hinsicht dazu, dass negative Rückkopplungen geschwächt bzw. negative Verstärker wie Intoxikationswirkungen oder negative soziale Folgen weniger stark wahrgenommen werden und damit die Reduktion des Drogenkonsums nicht stattfindet (siehe Abb. 8). Hingegen wird bei einer erfolgreichen Affektregulation mit Substanzen die positive Rückkopplung verstärkt, z.B. durch Beendigung der Ent-

zugerscheinung, durch Entspannung und Stimulation und so ein Anstieg des Drogenkonsums verursacht.

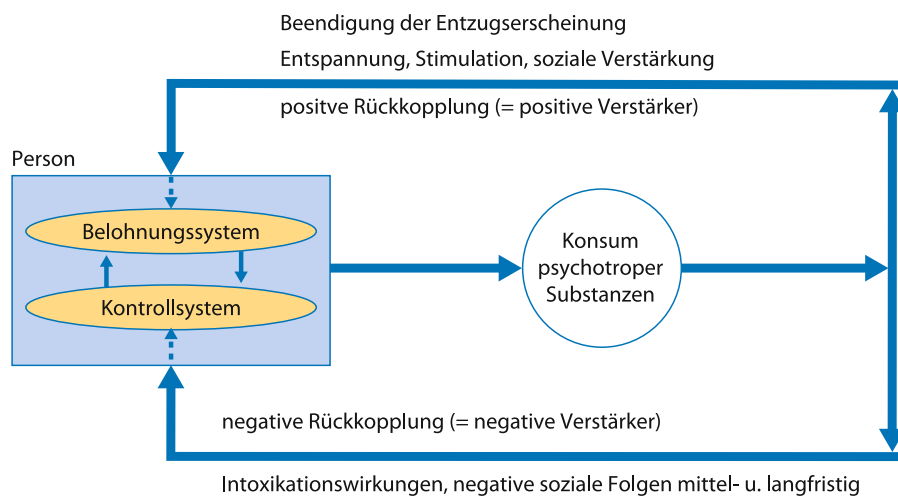


Abbildung 8. Funktionales Rückkopplungsmodell der Substanzabhängigkeit von Kűfner (2000, aus Kűfner & Metzner, 2011, S. 724)

Whiteside und Lynam (2003) weisen auch darauf hin, dass Erfahrungen mit negativen Affekten, die von ausgeprägter Intensität sind, die Fähigkeit verringern, Selbstkontrolle hinsichtlich des eigenen Drogenkonsums anzuwenden. Dies führt dazu, dass Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie (Cheetham et al., 2010; Schröder & Petry, 2003) bzgl. negativer Gefühle und psychischer Belastungen eingesetzt wird sowie als Stressreduzierung (Kűfner & Metzner, 2011) dient. Aus diesen Aspekten entwickelt sich eine Toleranzsteigerung gegenüber der Dosierung, die wiederum zu einer Abhängigkeit führen kann (Schröder & Petry, 2003). Die bereits oben erwähnte Studie von Schmidt et al. (2010), in der sie Studenten vor ihren Diplomabschlussprüfungen nach ihren Gefühlen und ihrer individuellen Einschätzung hinsichtlich der Prüfungen befragten, konnten drei Gruppen von Emotionstypen bzw. Bewertungsprofilen unterschieden werden: Angst/Furcht; Frustration/Machtlosigkeit; Positive Emotionen. Diese drei Gruppen wurden mit unterschiedlichen Emotionsregulationsstrategien assoziiert. *Die Gruppe, die Angst und Furcht* als vorherrschende Emotionen angab, fokussierte sich verstärkt auf die Prüfungen, konsumierte Drogen und zeigte eine vehemente Unfähigkeit, sich von den Prüfungen zu distanzieren. Die Personen, die in der *Gruppe der Frustration und Machtlosigkeit* waren, zeigten verstärkt die Regulationsstrategie der Unterdrückung auf, distanzierten sich vermehrt von den Prüfungen und berichteten ebenfalls über Substanzkonsum.

Muraven und Baumeister (2000) gehen davon aus, dass die Regulierung negativer Gefühle die begrenzten Ressourcen dezimiert, die für Hemmung und Selbstkontrolle zuständig sind und somit

auch das Risiko für Drogenkonsum erhöht. Hierfür spricht auch das „Modell mangelnder Verhaltenskontrolle“ nach Küfner und Metzner (2011). Darin wird beschrieben, dass prämorbid, also vor Auftreten einer Substanzstörung, häufig Störungen der Verhaltenskontrolle und der Impulsivität zu beobachten sind, die sich in einer mangelnden Kontrollfähigkeit gegenüber Impulsen zu einem (erneutem) Drogenkonsum äußern und deren negative Folgen (z.B. antisoziales Verhalten, Leistungsversagen in Schule und Beruf) wiederum zu Drogenkonsum führen (Küfner & Metzner, 2011). Für Janiri et al. (2005) spielt die Anhedonie innerhalb des Drogenkonsums bzw. der Drogenabhängigkeit eine zentrale Rolle. Sie gehen davon aus, dass Menschen mit einer Substanzstörung weniger auf natürliche positive Stimuli ansprechen, da sie eher auf Reize eingehen, die mit Drogen in Verbindung stehen; zudem ist die Kapazität verringert, initiatives Verhalten gegenüber natürlichen Belohnungsreizen zu zeigen. Sie können demnach den Drogenkonsum und die daraus resultierenden Effekte nicht mit anderen belohnenden Aktivitäten ersetzen. Nach Cheetman et al. (2010) besteht weiterhin die Evidenz, dass eine defizitäre ER das Risiko für Drogenkonsum erhöht und eine bestehende Substanzabhängigkeit aufrechterhält.

6. Coping-Strategien

Coping-Strategien (Bewältigungsstrategien) werden von jedem Menschen im Laufe seines Lebens erlernt und zur Reduktion von Belastungen eingesetzt, die durch Stresssituationen ausgelöst werden. Psychische und physische Belastungen werden im umgangssprachlichen Gebrauch meist als „Stress“ bezeichnet. Unter Stress versteht Kohlmann (2002) ein Muster spezifischer und unspezifischer psychischer und körperlicher Reaktionen auf interne oder externe Reize, die das Gleichgewicht des Individuums stören. Da in Stresssituationen nicht nur die bestehenden Ressourcen aufgebraucht, sondern meist die individuellen Fähigkeiten zur Bewältigung überstiegen werden, wird nach Kohlmann (2002) eine Anpassungsleistung vom Individuum verlangt. Nach Barthold und Schütz (2010) zeichnet sich Stress durch einen unangenehmen Spannungszustand aus, wobei die zu bewältigende Situation subjektiv als wichtig eingeschätzt, aber gleichzeitig als unkontrollierbar erlebt wird. Demzufolge entsteht Stress, sobald eine Diskrepanz zwischen den Anforderungen und der Bewältigungskompetenz auftritt. Nach Franke, Jagla, Salewski und Jäger (2007) gibt es innerhalb der Stressforschung drei Stresskonzeptionen. Zum einen ist dies der *reaktionsbezogene Ansatz*, der sich auf das psychophysiologische Reaktionsmuster des Individuums konzentriert; diese Theorie geht davon aus, dass durch eine Überbeanspruchung (Stress) das Risiko für eine gesundheitliche Beeinträchtigung steigt. Einer der bekanntesten Vertreter dieses Ansatzes und Begründer der modernen Stressforschung ist Hans Selye (1907–1982) (Bittner & Helbig-Lang, 2011), der mit seinem allgemeinen Adaptationssyndrom die „zeitliche Abfolge der körperlichen Reaktionsphasen auf einen Stressor als immer gleiche Antwort auf unterschiedliche Stressoren in Alarmreaktion, Resistenz- und Erschöpfungsphasen gliedert“ (Franke et al., 2007, S. 41). Ein anderes Stresskonzept ist der *situationsbezogene Ansatz*, der sich mit Art und Umfang von Stressoren beschäftigt, die auf Individuen einwirken; dieser wird auch *reizzentriertes Stressmodell* genannt. Das dritte Konzept beinhaltet eine *transaktionale Sichtweise* und ist auf Lazarus und Folkman (1984) zurückzuführen. Den Begriff des Copings definieren sie als „constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resource of the person“ (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141). Dieses Modell basiert auf der Annahme, dass Person und Umwelt in einer prozesshaften und direkten Beziehung stehen. Hierbei wird Stress als Ergebnis der subjektiv individuellen Einschätzung bzw. *kognitiven Bewertung* der Beziehung zwischen den externen, situativen Anforderungen und den persönlichen Ressourcen angesehen (Lazarus, 1991, 1999; Lazarus & Folkman, 1984). Sowohl die *kognitive Bewertung* („cognitive appraisal“), in der die persönliche Bedeutung der Situation bzw. deren Relevanz für das eigene physische, soziale und psychische Wohlbefinden („primary appraisal“) abgewogen bzw. eingeschätzt wird, als auch das *Coping*, das sich mit der eigenen Copingfähigkeit zur Bewältigung der Situation beschäftigt („secondary appraisal“), sind zwei Faktoren, die die Reaktion des Individuums auf Stress beeinflussen. Nach Folkman und Lazarus (1988) geht es beim Einsatz von Coping-Strategien darum,

die stressverursachende Beziehung zwischen der eigenen Person und der Umwelt so zu verändern, dass der Stress und die daraus resultierende Belastung reduziert wird. Dabei unterscheiden Folkman und Lazarus (1988) zwischen *emotion-focused coping* (emotionsorientiertes Coping) und *problem-focused coping* (problemorientiertes Coping). Beim Einsatz von emotionsorientierten Bewältigungsstrategien wird an der eigenen Person bzw. an den Emotionen angesetzt, die durch die Stresssituation verursacht werden; das heißt, es werden Emotionen forciert bzw. bewusst erzeugt, um eine Entspannung herbeizuführen. Dagegen wird beim Einsatz von problemorientierten Bewältigungsstrategien eine Lösung für die stressverursachende Situation gesucht. Das bedeutet, dass Menschen, die problemorientierte Strategien einsetzen, sich bewusster mit der belastenden Situation auseinandersetzen, um für das Problem bzw. die stressverursachende Situation eine Lösung zu finden. Unabhängig davon, ob die Bewältigungsstrategien die belastenden Emotionen beeinflussen oder sich eher auf die Lösung der stressverursachenden Situation konzentrieren, fungieren diese Coping-Strategien als Emotionsregulation (Schmidt et al., 2010). Im Folgenden wird genauer auf den Zusammenhang zwischen Coping-Strategien und Substanzkonsum eingegangen.

6.1. Coping-Strategien und Substanzkonsum

Wie oben bereits erwähnt, befragten Schmidt et al. (2010) eine Vielzahl an Studenten nach ihren Gefühlen hinsichtlich der bevorstehenden Abschlussprüfungen. Dabei konnten sie beobachten, dass die Gruppe, die *Frustration und Machtlosigkeit* verspürte, verstärkt *reaktionsbezogene ER*-Strategien einsetzten. Dies äußerte sich in Form von Unterdrückung der Emotionen, einer inneren Distanzierung und Substanzkonsum. Je niedriger die Studenten ihr Bewältigungspotenzial einschätzten und die Prüfungsergebnisse von externalen (äußeren) Einflüssen abhängig machten, desto mehr erlebten sie ein Gefühl von Frustration und Ohnmacht; diese Gruppe zeigte auch verstärkt Strategien auf, die eher versuchten, die erlebten Emotionen und ihren Ausdruck zu beeinflussen als die Situation an sich oder die Bewertung der belastenden Situation zu verändern. Die Gruppe, die *Angst und Furcht* vor den bevorstehenden Prüfungen aufwiesen, berichtete vermehrt davon, sich nur schwer bzw. gar nicht von den bevorstehenden Prüfungen distanzieren zu können und sich sehr darauf zu fokussieren. Außerdem zeigten sie einen stärkeren Drogenkonsum auf, um ihre belastenden Gefühle abzubauen. Hingegen wies die Gruppe der *Positiven Emotionen* sowohl einen verstärkten Einsatz *problemorientierten Copings* als auch den Einsatz der ER-Strategie *Neubewertung* auf. Diese Gruppe suchte vermehrt soziale Unterstützung, auf was eine effektive Strategie in stressvollen Situation darstellt, unabhängig davon, wie sie die Prüfungen und die dadurch resultierenden Emotionen bewertete (Schmidt et al., 2010).

Auch Askari et al. (2011) zeigten anhand ihrer Studie, dass Opioidabhängige im Vergleich zu nicht abhängigen Menschen vermehrt vermeidendes Verhalten bei belastenden Situationen zeigen

und eher emotionsorientiertes Coping bzw. signifikant weniger konfrontatives und problemorientiertes Coping betreiben. Auch Aldao et al. (2010) konnten einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen Rumination bzw. Vermeidung und Substanzkonsum identifizieren.

6.2. Erfassung von Coping-Strategien

Das erste psychologisch-diagnostische Messverfahren von Stress bzw. Copingstrategien wurde von Folkman und Lazarus (1980) mit der *Ways of Coping Checklist* (WCCL) vorgelegt. Dieses Verfahren wurde zur Erfassung von Copingmechanismen eingesetzt, wobei man sich hier auf problem- und emotionsorientiertes Coping konzentrierte. 1985 überarbeiteten und verbesserten Folkman und Lazarus dieses Verfahren; das dann *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) hieß. Parker, Endler und Bagby (1993) überprüften Jahre später dieses Messverfahren auf seine Replizierbarkeit und wiesen letztendlich auf die Stichprobenabhängigkeit des Verfahrens hin; dennoch konnten die Skalen des problem- und emotionszentrierten Copings repliziert werden. Nach Franke et al. (2007) lassen sich die psychologisch-diagnostischen Verfahren zur Erfassung von Coping-Strategien in vier Bereiche unterteilen. Zum einen ist dies (a) die Erfassung kritischer Lebensereignisse und überlastender Lebensbedingungen sowie (b) die Erfassung der Stressbewältigung bei Erwachsenen, des Weiteren (c) die Erfassung der Stressbewältigung bei Kindern, Jugendlichen und deren Eltern und zum Schluss (d) die Erfassung der krankheitsübergreifenden Krankheitsverarbeitung/-bewältigung. Im Folgenden wird nur auf die ersten zwei Themenbereiche (a und b) eingegangen, da sie hier von thematischer Relevanz sind. Zur Erfassung von Stressoren, wie zum Beispiel kritische Lebensereignisse, wird sehr häufig die *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS; Holmes & Rahe, 1967) eingesetzt. Darin werden 43 kritische negative oder positive Lebensereignisse geschildert und die damit assoziierten überindividuellen Belastungen erfasst. Innerhalb dieses Verfahrens können fünf Bereiche nach Hobson et al. (1998) unterschieden werden: Tod und Sterben, Gesundheit, Verbrechen und Kontakt zur Justiz, finanzielle sowie familienbezogene Aspekte. Weitere Verfahren zur Erfassung von kritischen Lebensereignissen und deren subjektiver Bewertung sind das *Inventar zur Erfassung lebensverändernder Ereignisse* (ILE; Siegrist & Geyer, 2002) und das *Leipziger Ereignis- und Belastungsinventar* (LEBI; Richter & Guthke, 1996). Aber nicht nur kritische Lebensereignisse sind Stressoren, sondern auch jene, die sich aus alltäglichen Belastungen ergeben können (vgl. *Daily Stress Inventory*, DSI, Brantley, Waggoner, Jone & Rappaport, 1987; *Fragebogen zur Erfassung emotional relevanter Alltagsereignisse*, ATE 36, Schmidt-Atzert, 1989; *Alltagsbelastungsfragebogen*, ABF, Traue, Hrabal & Kosarz, 2000). Und die dritte Art von Stressoren stellt der chronische Stress dar, der mit Hilfe von Verfahren wie dem *Trierer Inventar zum chronischen Stress* (TICS; Schulz, Schlotz & Becker, 2004) das „subjektive Stresserleben aufgrund komplexer Belastungserfahrungen aus heterogenen Belastungsquellen unspezifisch und transparent erfasst“ (Franke et al., 2007, S. 43). Der zweite Bereich der psychologisch-diagnostischen Verfahren zur Erfassung von Co-

ping-Strategien ist die Erfassung der Stressbewältigung bei Erwachsenen. Franke et al. (2007) unterteilen diesen Bereich in (1) Stressverarbeitung als zeitlich überdauernde Persönlichkeitseigenschaft (vgl. *Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien*, FKBS, Hentschel, Kießling & Wiemers, 1998; *Stressverarbeitungsfragebogen*, SVF, Janke, Erdmann & Kallus, 2002; *Angstbewältigungsinventar*, ABI, Krohne & Egloff, 1999), (2) Stressverarbeitung im Verlauf (vgl. *Fragebogen zum Umgang mit Belastungen im Verlauf*, UBV, Reicherts & Perrez, 1993) sowie (3) Erfassung subjektiver emotionaler Stressreaktionen (vgl. *Perceived Stress Questionnaire*, PSQ, Fliege, Rose, Arck, Levenstein & Klapp, 2001; *Positive and Negative Affect Schedule*, PANAS, Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996). Wie man an allen Verfahren zur Erfassung von Stress bzw. Coping-Strategien sehen kann, basieren diese auf subjektiven Bewertungen bzw. Selbstaussagen; diese Form der Messung wird seit jeher bezüglich der Einhaltung interner und externer Gütekriterien diskutiert.

7. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

7.1. Definition

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfasste 1948 einen idealtypischen Gesundheitsbegriff, wonach Gesundheit das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden beinhaltet und ist nicht nur Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen darstellt (WHO, 1948). Diese Definition schloss demnach die psychischen und sozialen Aspekte, die Wohlbefinden ebenfalls beeinflussen, mit ein und löste somit das eher fragmentarisch biologische Gesundheitsmodell ab; zudem ebnete es den Weg für ein ganzheitliches biopsychosoziales Modell (Bullinger, 2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität (health-related quality of life, HRQOL) ist ein mehrdimensionales psychologisches Konstrukt, das sich auf objektive Lebensbedingungen wie ökologische, ökonomische, kulturelle und soziale Aspekte bezieht und die subjektive Lebensqualität bzw. die individuelle Bewertung des Individuums berücksichtigt (Bullinger, Kirchberger & Ware, 1995). Bei der Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist die subjektive Einschätzung des KlientenIn ein sehr wichtiger Faktor und auch Hauptbestandteil der Befragung. Dabei geht es nach Chassany, Sagnier, Marquis, Fullerton und Aaronson (2002) darum, wie der Patient selbst die Beeinträchtigungen der Krankheit bzw. die Wirkung von Therapiemaßnahmen auf den Gesundheitszustand empfindet; wobei dieses subjektive Empfinden durch Erfahrungen, Überzeugungen und Erwartungen beeinflusst wird.

Das psychologische Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beinhaltet vier Dimensionen, die zur Operationalisierung (Erfassung des Konstrukts) dienen: „das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die funktionale Kompetenz der Befragten. Wichtig ist hier, dass die Befragten selbst Auskunft über ihr Befinden und ihre Funktionsfähigkeit geben“ (Bullinger et al., 1995, S. 22).

7.2. Ziele und Nutzen der Lebensqualitätsforschung

Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass das Ziel und der Nutzen der Lebensqualitätsforschung zum einen auf der gesundheitspolitischen und zum anderen auf der individuellen sowie praxisorientierten Ebene basieren. Nach Bullinger (2000) besteht ein Ziel darin, die Lebensqualität bestimmter Populationen (z.B. Menschen mit bestimmten Erkrankungen) zu erfassen und zu beschreiben; dies ist relevant, um wichtige Informationen für die gesundheitspolitische Planung zu erlangen. Das zweite Ziel der Lebensqualitätsforschung ist, KlientenInnen/PatientenInnen die Chance zu geben, die an ihnen angewandte Therapie zu bewerten und somit ein patientennahes Outcome-Kriterium für die therapeutischen Interventionen zu bekommen; somit schafft man sich eine

Übersicht, beim wem welche Therapie am effektivsten wirkt. Das übergeordnete Ziel liegt darin, relevante Ergebnisse für die Gesundheitspolitik und die Kosten-Nutzen-Berechnung komplexer Therapiemöglichkeiten zu liefern.

Auf individueller Ebene ist es wichtig, durch die Erfassung der Lebensqualität eine Identifikation von zusätzlichem Betreuungsbedarf für PatientInnen zu ermöglichen. Ein weiterer Nutzen der Lebensqualitätsforschung besteht in der Entwicklung gezielter und wirksamer psychosozialer Versorgungsmaßnahmen. Zusätzlich kann durch die Erfassung der Lebensqualität die Arzt-Patient-Beziehung verbessert und die Aufmerksamkeit der ÄrztInnen auf die subjektive Lebensqualität ihrer PatientInnen erhöht werden (Bullinger, 2000), indem die PatientInnen Auskunft über ihre sozialen, körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen geben und sich somit ein umfassendes individuelles Bild zusammensetzt, an dem sich die Planung der therapeutischen Interventionen orientieren kann.

Die Lebensqualitätsforschung entwickelte sich in drei Phasen (Bullinger, 2000). In den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts beschäftigte man sich mit der Frage, wie man Lebensqualität an sich korrekt und umfassend definieren sollte. In den achtziger Jahren versuchte man das Problem der Operationalisierung, also der Erfassung des Konstrukts, zu lösen. In den neunziger Jahren hingegen fragte man sich, wie man die nun fertig konzipierten Methoden zur Lebensqualitätsmessung effektiv im klinischen Bereich einsetzen bzw. was man aus den Ergebnissen der Lebensqualitätsforschung in klinischen, epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Studien sowie der Qualitätssicherung schließen könne (Bullinger, 2000).

7.3. Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Im Laufe der Jahre entwickelte sich vor allem im angloamerikanischen Raum eine Vielzahl an standardisierten Messinstrumenten, die die Lebensqualität erfassen. Dort wurden im Bereich der öffentlichen Gesundheitsforschung sowie der Epidemiologie krankheitsübergreifende Skalen konzipiert. Demnach gibt es zwei Arten von Fragebögen, die sich mit der Erfassung von gesundheitsbezogener Lebensqualität beschäftigen: Zum einen sind das generische und zum anderen krankheitsspezifische Messinstrumente. Krankheitsspezifische Messinstrumente, die sich an den Symptomen und den damit verbundenen Beeinträchtigungen einer spezifischen Krankheit orientieren, kommen aus dem Bereich der Onkologie und anderen medizinischen Fachrichtungen (Bullinger et al., 1995); hingegen wurden generische Messinstrumente entworfen, um einen Grenzwert für die Lebensqualität von PatientInnen mit unterschiedlichem Gesundheitszustand, unterschiedlichen Lebensbedingungen und unterschiedlichen Krankheitsbildern zu erstellen, um diese miteinander vergleichen zu können (Chassany et al., 2002). Demnach sind sie für generelle Populationen entwickelt worden, die sich an keiner spezifischen Krankheit orientieren. Einige Messinstrumente bewährten sich in der praktischen Anwendung sowie in der internationalen Zusam-

menarbeit und stellten somit das Gros an validen Fragebogenbatterien dar, wie zum Beispiel die SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992), der WHOQOL (WHOQOL Group, 1995; Power, Bullinger, Harper & WHOQOL Group, 1999) und das Nottingham Health Profile (NHP), (Hunt, McEwen, McKenna, Williams & Papp, 1981). Alle Verfahren basieren auf subjektiven Bewertungen der KlientenInnen/PatientenInnen hinsichtlich ihres Wohlbefindens bzw. ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Diese Verfahren wurden in drei Stufen bearbeitet, um sie in den unterschiedlichsten Ländern einsetzen zu können. Dieser Prozess beinhaltete zunächst eine Übersetzung der Fragebögen, eine psychometrische Prüfung an unterschiedlichen Patientenpopulationen sowie eine Normierung (Bullinger, 2000).

7.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Substanzkonsum

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQOL) ist seit Langem ein fester Bestandteil von Studien, die sich mit der Effektivität von klinischen Therapiemaßnahmen auseinandersetzen. Ein großes und wichtiges Gebiet hierbei ist die Substitutionsforschung, die sich unter anderem mit der pharmakologischen Behandlung von Menschen mit Substanzabhängigkeit beschäftigt. Substitutionsbehandlungen dienen dazu, Rückfälle in der Abstinenzphase zu verhindern bzw. die Abstände zwischen den Abstinenzphasen zu verringern. Ein weiteres Ziel ist, die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhöhen und das subjektive Wohlbefinden zu verbessern (vgl. Jegu, Gallini, Soler, Montastruc & Lapeyre-Mestre, 2011). Nach Winklbaaur, Jagsch, Ebner, Thau und Fischer (2008) ist die HRQOL eine geeignete Variable, um Substitutionsprogramme zu evaluieren und miteinander zu vergleichen. In ihrer randomisierten Kontrollstudie konnten Winklbaaur et al. (2008) belegen, dass sogar Personen, die „nur“ in Kurzzeittherapien mit geeigneten Substitutionsmitteln versorgt wurden, signifikant höhere Werte im Bereich des Wohlbefindens aufwiesen. Nach Gonzales et al. (2009) zeigen Personen mit Metamphetamin (MA)-Abhängigkeit nach erfolgreich abgeschlossenen Therapien höhere Ausprägungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als MA-abhängige Personen, die ihre Therapie vorzeitig abbrachen. Nach Laudet, Morgen und White (2006) verbessern sich die Werte in der Skala *Zufriedenheit mit eigener Lebensqualität* mit steigender Dauer der Drogenabstinenz. Des Weiteren fanden Karow et al. (2010) heraus, dass bei opiatabhängigen Personen, die ein Therapieprogramm absolvierten, die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit erfolgreichen Therapieergebnissen einherging.

Demnach ist davon auszugehen, dass Menschen ohne Substanzstörung eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie ein subjektiv höheres Wohlbefinden aufweisen.

EMPIRISCHER TEIL

8. Zielsetzung der Studie

Ziel dieser Studie war es, mögliche Unterschiede in der Emotionsregulation (ER) dreier verschiedener Konsumgruppen zu überprüfen; diese drei Gruppen bestanden zum einen aus einer Personengruppe, die keinen illegalen Drogenkonsum aufwies, aus einer Gruppe, die angaben einen gelegentlichen illegalen Drogenkonsum zu haben (Freizeit-User) sowie einer Gruppe, die einen riskanten Substanzkonsum betrieben bzw. Kriterien für eine Substanzstörung erfüllten. Hierbei wird auf den Konsum von Stimulanzien eingegangen, der sich auf den Konsum von Kokain oder Amphetaminen (Speed, Ecstasy, MDMA, Ephedrin) bzw. deren Mischkonsum konzentriert. Bezüglich der Unterschiede in der ER wird nicht nur auf den Umgang mit negativen Emotionen eingegangen, sondern auch auf den Umgang mit positiven Emotionen. Des Weiteren werden Unterschiede zwischen diesen Gruppen betrachtet, die sich auf den Einsatz von Bewältigungsstrategien beziehen; außerdem wird der Zusammenhang zwischen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Zufriedenheit mit der eigenen ER beleuchtet. Variablen, die bei den Mittelwertsvergleichen signifikante Ergebnisse hervorbrachten, sollten außerdem auf ihre Stärke als Prädiktoren für die Zuteilung zu den Gruppen „Freizeit-User“ sowie „riskanter Substanzkonsum“ untersucht werden.

Die allgemeine Fragestellung lautete, ob sich Personen, die einen riskanten Konsum betreiben, der eventuell in Richtung Substanzstörung geht, in ihrer Emotionsregulation, in ihren CopingStrategien sowie in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum bzw. keinem Drogenkonsum unterscheiden? Das heißt, es war zu klären, ob eine dysfunktionale ER die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit begünstigt bzw. ob eine funktionale ER einen gelegentlichen Konsum ermöglicht oder die Risikofaktoren einer Abhängigkeitsentwicklung mindert. Außerdem wurde überprüft, ob Personen, die nie in Kontakt mit illegalen Substanzen gekommen (Kontrollgruppe) sind, häufiger problemorientiertes Coping anwenden als Freizeit-User? Des Weiteren wurde beobachtet, ob die Zufriedenheit mit dem Umgang positiver und negativer Gefühle die gesundheitsbezogene Lebensqualität beeinflusst.

9. Methoden

9.1. Studiendesign

Dies ist eine Vergleichsstudie mit drei Testgruppen, in denen eine Ausgeglichenheit bezüglich der soziodemographischen Daten forciert wird. Die Personen sind aufgrund ihres Drogenkonsums bzw. aufgrund ihres Konsummusters (Häufigkeit, Setting und Mischkonsum) den drei Testgruppen zugeordnet. Dabei wird auf die Unterschiede zwischen der Gruppe der Nicht-KonsumentInnen, der Gruppe der Freizeit-User sowie der Gruppe mit riskantem Konsum hinsichtlich ihrer Emotionsregulation (ER), ihres Copingverhaltens sowie ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingegangen. Allerdings kann keinerlei Aussage über die Beziehung zwischen Ursache und Wirkung getroffen werden.

9.2. Studiendurchführung

Die zugrundeliegende Studie ist eine Online-Studie, die mit Hilfe des Softwarepaketes *SoSci Survey* (<https://www.soscisurvey.de>) entwickelt und durchgeführt wurde. Hierbei wurden die standardisierten Fragebögen (RAFFT, ERI, CISS, SF-36) bzw. deren Fragestellungen samt vorgeschriebenen Antwortmöglichkeiten eingetragen und für eine reibungslose Präsentation formatiert. Nach Fertigstellung der Online-Umfrage und einigen Testdurchläufen wurde der dazugehörige Link (<https://www.soscisurvey.de/DK2013/>) per Email und über soziale Netzwerke (Facebook und Skype) verschickt bzw. veröffentlicht. Durch die digitale Befragung wurde die Anonymität der ProbandInnen gewährleistet. Hinsichtlich Facebook wurde der Link zur Online-Studie sowohl über die Profile der beiden Diplomanden (David Jäckle und Sophie Lehmberg) sowie über die Profilseite von ChEckiT! geschaltet. Bei Aktivierung des Links wurde man direkt zur Startseite der Studie geführt, wo die einzelnen Fragebögen in einer bestimmten Reihenfolge (siehe Anhang) präsentiert wurden. Die Online-Studie war vom 24. Juli 2013 bis zum 21. November 2013 freigeschaltet.

9.3. Verwendete Verfahren und Aufbau der Studie

Im Folgenden werden die einzelnen Untersuchungsinstrumente näher beschrieben; hierbei ist zu beachten, dass die hiesige Reihenfolge der genannten Verfahren identisch mit dem Aufbau der Online-Studie ist (siehe Anhang *Online-Studie*).

9.3.1. Soziodemographisches Datenblatt

Nach der allgemeinen Begrüßung und der Erläuterung der thematischen Kernpunkte der beiden Diplomarbeiten wurde ein soziodemographisches Datenblatt vorgegeben. Die ersten drei Fragen bezogen sich auf das Geschlecht, das Alter und das Land, in dem die befragte Person momentan lebt. Die nächste Frage beinhaltete eine siebenstufige Skala, bei der die Einwohnerzahl des aktuellen Wohnortes einzutragen war; die Einstufung reichte von „10.000“ bis hin zu „mehr als 1.000.000“. Nach der Einwohnerzahl folgte der aktuelle „Familienstand“, der mit den gängigen Antwortmöglichkeiten (z.B. *ledig, in einer Partnerschaft* etc.) zu beantworten war. Des Weiteren wurde die Frage gestellt, wie viele Personen im jeweiligen Haushalt leben. Es wurde außerdem sowohl nach dem „höchsten Bildungsabschluss“ wie auch nach dem „derzeitig angestrebten Bildungsabschluss“ gefragt; hierbei konnten die Befragten zwischen den Antwortmöglichkeiten (*kein Abschluss/derzeit nicht in Ausbildung, Pflichtschule, Lehre, Fachschule ohne Matura/Abitur, Fachschule mit Matura/Abitur, Fachhochschule/Hochschule mit Matura/Abitur, Promotion/Habilitation* und andere Abschlüsse, die mit einem *offenen Feld* zum Eintragen versehen war) wählen. Die letzte Frage des soziodemographischen Datenblattes bezog sich auf das aktuelle Beschäftigungsverhältnis, das mit den Antwortmöglichkeiten: *Vollzeiterwerbstätig, Teilzeiterwerbstätig, Geringfügig erwerbstätig, Wehrdienst/Zivildienst, Freiwilliges soziales Jahr, Karenz (Mutter-/Vaterschaft, Bildung), Nicht erwerbstätig* versehen war.

9.3.2. Substanzliste mit Filterfunktion

Alle Befragten mussten vor dem Ausfüllen der Fragebögen ein Screening bezüglich der Kriterien für einen Substanzstörung bzw. einen risikoreichen Konsum beantworten. Mit Hilfe des Screenings sollten die Testpersonen bezüglich ihres Drogenkonsums kategorisierbar sein und den zutreffenden Gruppen in „riskanter Drogenkonsum“, „gelegentlicher Drogenkonsum“ bzw. „kein illegaler Drogenkonsum“ zugeteilt werden.

Nach Erfassen der soziodemographischen Daten wurde den Befragten eine Substanzliste vorgelegt. In dieser Liste waren folgende Substanzen aufgeführt: Alkohol, Zigaretten, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Cannabis, Speed, Ecstasy (MDMA), Methamphetamin, LSD, Pilze (Magic Mushrooms), Kokain, Heroin, GHB („flüssiges Ecstasy“), Ketamin (Special K), Schnüffelfstoffe (Feuerzeuggas, Poppers), Natural Drugs (Holzrose, *Salvia divinorum*), Crack/Kokainbase, 3 MCV, 2 CB und ein freies Feld mit „Sonstige“ zum Ausfüllen. Neben jeder Substanz gab es eine vierstufige Antwortskala (*Ja, einmal/Ja, mehr als einmal/Nein/Kenn ich nicht*), die sich auf den Substanzkonsum bezog. Diese Seite gab nicht nur Aufschluss über den Drogenkonsum, sondern fungierte auch als Filter, um „vermeintliche KonsumentInnen“, die behaupteten, eine erfundene Substanz schon mal konsumiert zu haben, aus der Studie auszuschließen. Das heißt, es gab eine frei erfundene Substanz (3 MCV), die bei Ankreuzen von „Ja, einmal“ oder „Ja, mehr als ein-

mal“ zu einem Abbruch der Befragung führte und die jeweiligen Person sofort zur letzten Seite der Studie brachte. Diese Filterfunktion sorgte dafür, nicht wahrheitsgetreues Antwortverhalten zu identifizieren und auszuschließen, da man davon ausgehen kann, dass sich ein nicht wahrheitsgetreues Antwortverhalten weiter durch die Studie ziehen könnte.

Nach dem Ankreuzen der bereits konsumierten bzw. nicht konsumierten Substanzen wurden die Personen zur nächsten Seite geleitet, wo sie sich zu den Substanzen genauer äußern sollten, die sie mit *Ja, einmal* bzw. *Ja, mehr als einmal* beantwortet hatten. Bei der Antwort *Ja, einmal* wurde nach dem Alter beim ersten Konsum der jeweiligen Substanz gefragt. Bei der Antwort *Ja, mehr als einmal* wurden folgende Fragen zum Konsum dieser Substanz (z.B. Ecstasy) gestellt: *In welchem Alter haben Sie Ecstasy (MDMA) zum ersten Mal konsumiert? Ab welchem Alter haben Sie Ecstasy (MDMA) regelmäßig konsumiert? Wie oft konsumieren Sie Ecstasy (MDMA) durchschnittlich im Monat? Wie oft haben Sie Ecstasy (MDMA) innerhalb der letzten 7 Tage konsumiert? Vor wie vielen Stunden haben Sie das letzte Mal Ecstasy (MDMA) konsumiert?* Bei den Fragen, die sich auf Häufigkeit des Konsums bzw. den letzten Zeitpunkt des Konsums bezogen, wurden offene Felder vorgegeben; dieses offene Feld war folgendermaßen gestaltet: ... *mal* (*1 mal = 1 Gelegenheit; wie z.B. einen Abend*).

Nach dieser Substanzliste und den detaillierten Fragen zum Substanzkonsum wurden folgende standardisierten Frageböge präsentiert: RAFFT, ERI, CISS und SF-36.

9.3.3. Relax. Alone. Friends. Family. Trouble. (R.A.F.F.T) (Bastiaens, Francis & Lewis, 2000)

Der *RAFFT* ist ein Screening-Instrument, das aus fünf Fragen bestehend den problematischen Umgang mit Substanzen identifiziert. Diese fünf Fragen des *RAFFT* werden vor den standardisierten Fragebögen angeführt. Die ProbandInnen sollen folgende Fragen mit „*Ja*“ oder „*Nein*“ beantworten:

- Konsumieren Sie Drogen, um sich zu entspannen bzw. um sich besser zu fühlen?
- Konsumieren Sie Drogen, wenn Sie alleine sind?
- Werden Drogen in ihrem engeren Freundeskreis konsumiert?
- Hat ein Mitglied aus Ihrer Familie einen problematischen Umgang mit Drogen?
- Sind Sie jemals aufgrund von Drogenkonsum in Schwierigkeiten geraten?

Die Autoren sprechen diesem Screening-Verfahren eine Sensitivität von 89% und eine Spezifität von 69% zu.

9.3.4. Emotionsregulations-Inventar (ERI), König (2011)

Um die Emotionsregulation erfassen zu können, wurde das Emotionsregulations-Inventar (ERI) von König (2011) herangezogen. Das ERI geht verstärkt auf die ER-Strategien der Aufmerksamkeitslenkung, Neubewertung und auf die emotionale Reaktion ein.

Die Items des Inventars bestehen beim ERI-NE (NE = Negative Emotionen) aus 22 Items und beim ERI-PE (PE = Positive Emotionen) aus 16 Items. Alle Items sind Selbstaussagen, die auf einer Ratingskala von 0 („trifft nie zu“), 1 („trifft selten zu“), 2 („trifft manchmal zu“), 3 („trifft häufig zu“) bis 4 („trifft immer zu“) bezüglich des Zutreffens auf die eigene Person beurteilt werden sollen. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) des ERI liegt zwischen $\alpha = ,77$ und $\alpha = ,96$. Des Weiteren liegt eine „konvergente Validität“ vor, die „durch Korrelationen mit anderen konzeptuell relevanten emotionsbezogenen Variablen sowie mit Dimensionen psychischer Funktionsfähigkeit bzw. Beeinträchtigung ermittelt werden“ (König, 2011, S. 144) konnte.

Im Folgenden werden Fragen aus dem Bereich „Umgang mit negativen Gefühlen“ bezüglich der drei ER-Strategien Unterdrückung, Kognitive Neubewertung sowie Ablenkung (siehe Abb. 9), aufgeführt:

Wenn ich negative Gefühle habe, ...

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
1. versuche ich, mich auf etwas anderes zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
2. spreche ich mit jemandem über diese.	☐	☐	☐	☐	☐
3. überlege ich, ob die Situation auch positive Aspekte hat.	☐	☐	☐	☐	☐

Abbildung 9. Beispielfragen aus dem ERI-NE von König (2011).

Beim „Umgang mit positiven Gefühlen“ werden zum Beispiel folgende Fragen gestellt (siehe Abb. 10):

Wenn ich positive Gefühle habe, ...

	trifft nie zu	trifft selten zu	trifft manchmal zu	trifft häufig zu	trifft immer zu
1. kann ich diese einfach nicht verbergen.	☐	☐	☐	☐	☐
2. erzähle ich jemandem davon.	☐	☐	☐	☐	☐
3. versuche ich, an etwas anderes zu denken.	☐	☐	☐	☐	☐
4. versuche ich, diese nicht zu zeigen, um jemand anderen dadurch nicht zu verletzen.	☐	☐	☐	☐	☐

Abbildung 10. Beispielfragen aus dem ERI-PE von König (2011).

9.3.5. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) (Endler & Parker, 1990a,b,c; deutsche Version Kälin, 1995)

Zur Identifizierung des Copingstils wird das CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) eingesetzt, der von Endler und Parker (1990a) konzipiert wurde. 1995 erschien von Kälin die deutsche Übersetzung; die neue Version umfasst 24 Items. Die unterschiedlichen Copingstile werden in drei Kategorien geteilt: (1) Aufgabenorientiertes Coping: Aktive Suche nach einer Problemlösung für das stressverursachende Ereignis, (2) Emotionsorientiertes Coping: bezieht sich auf die eigene Person, demnach liegt der Fokus auf der eigenen emotionalen Reaktion, (3) Vermeidungsorientiertes Coping: Der Auseinandersetzung mit einer Stress-Situation wird aus dem Weg gegangen, wobei hier zwischen Sozial-Ablenkungsorientiertem und Zerstreuungsorientiertem Copingstil unterschieden wird. Der interne Konsistenzkoeffizient (Cronbachs α) beträgt für den Aufgabenorientierten Copingstil $\alpha = ,81$, für den Emotionsorientierten Copingstil $\alpha = ,83$ und für den Vermeidungsorientierten Bewältigungsstil $\alpha = ,79$.

Die Befragten sollen sich in eine stressvolle und belastende Situation versetzen und dann die angeführten Verhaltensweisen beurteilen, inwiefern sie diese für sie typisch bzw. untypisch halten (siehe Abb. 11), zum Beispiel:

	sehr typisch	eher typisch	teils-teils	eher typisch	sehr typisch
1. Ich suche den Kontakt mit anderen Menschen	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ich mache mir Vorwürfe, weil ich die Dinge vor mir herschiebe	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ich mache mir Vorwürfe, dass ich in diese Situation geraten bin	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ich mache einen Einkaufsbummel	☐	☐	☐	☐	☐

Abbildung 11. Beispielfragen aus dem CISS von Endler & Parker (1990), deutsche Version Kälin (1995).

9.3.6. MOS Short-Form-36 Health Survey (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992, deutsche Version Bullinger & Kirchberger, 1998)

Die SF-36 wird zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingesetzt und „konzentriert sich auf die grundlegenden Dimensionen der subjektiven Gesundheit“ (Bullinger, 2000, S. 192). Die SF-36 besteht aus acht Dimensionen: Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Körperliche Schmerzen, Allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden. Die internen

Konsistenzen (Cronbachs α) für die einzelnen Subskalen der SF-36 liegen bei verschiedenen Stichproben zwischen $\alpha = ,57$ und $\alpha = ,94$. Des Weiteren ist „die faktorielle Validität des Fragebogens in einem hohen Maße befriedigend (...)“ (Bullinger, 2000, S. 194). Im Folgenden sind Beispielfragen der SF-36 aus der Dimension Psychisches Wohlbefinden abgebildet (siehe Abb. 12).

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.

Bitte klicken Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
voller Schwung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr nervös?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ruhig und gelassen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
voller Energie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
entmutigt und traurig?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
erschöpft?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
glücklich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
müde?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Abbildung 12. Beispielfragen aus der SF-36 von Bullinger und Kirchberger (1998; Bullinger, Kirchberger & Ware, 1995).

10. Fragestellungen und Hypothesen

10.1. Unterschiede in der Regulation von negativen und positiven Emotionen hinsichtlich des drogenkonsumierenden Verhaltens

10.1.1. ERI-NE (Negative Emotionen)

Hierbei wird auf den Umgang mit negativen Emotionen eingegangen, der sich in folgende Dimensionen unterteilen lässt: kontrollierter Ausdruck (KA), unkontrollierter Ausdruck (UA), empathische Unterdrückung (EU), Ablenkung (ABL), Umbewertung (UB). Aufgrund diverser Studien, die eine Unterregulierung negativer Emotionen (vgl. Barnow, 2012) sowie einer Störung des Selbstregulationssystems bei stofflichen Süchten (vgl. Cheetham et al., 2010; Schröder & Petry, 2003) beschreiben und sich daraus ein erhöhtes Risiko zum Drogenkonsum ergibt (vgl. Muraven & Baumeister, 2000; Whiteside & Lynam, 2003), werden die folgenden Hypothesen gerichtet formuliert; wobei die unabhängige Variable der Drogenkonsum und die abhängige Variable die ER ist.

10.1.1.1. Hypothese 1 (NE-KA)

H₀: Im Vergleich zu Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum zeigen Personen mit riskantem Konsumverhalten eine gleich hohe bzw. höhere Ausprägung in der Skala *kontrollierter Ausdruck* (KA) ($\mu_2 \leq \mu_3$).

H₁: Im Vergleich zu Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum zeigen Personen mit riskantem Konsumverhalten eine signifikant niedrigere Ausprägung in der Skala *kontrollierter Ausdruck* (KA) ($\mu_2 > \mu_3$).

Analog zu H₀ bzw. H₁ (1) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (3) und (5) den Skalen *empathische Unterdrückung* und *Umbewertung* des ERI-NE zu formulieren.

10.1.1.2. Hypothese 2 (NE-UA)

H₀: Im Vergleich zu Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum zeigen Personen mit riskantem Konsum eine gleich hohe bzw. niedrigere Ausprägung in der Skala *unkontrollierter Ausdruck* (UA) ($\mu_2 \geq \mu_3$).

H₁: Im Vergleich zu Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum zeigen Personen mit riskantem Konsum eine signifikant höhere Ausprägung in der Skala *unkontrollierter Ausdruck* (UA) ($\mu_2 < \mu_3$).

Analog zu H0 bzw. H1 (2) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (4) der Skala *Ablenkung* des ERI-NE zu formulieren.

10.1.1.3. Hypothese 6 (NE-KA)

Im Zuge der Recherche konnten keine Studien bezüglich der Emotionsregulation bei Freizeit-Usern und bei Personen ohne Drogenkonsum (Kontrollgruppe) gefunden werden. Deshalb wurden diese Hypothesen ungerichtet formuliert.

Der Drogenkonsum ist hierbei die unabhängige Variable und ER die abhängige Variable.

H₀: Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der Freizeit-User bezüglich der Ausprägung in der Skala *kontrollierter Ausdruck* (KA) ($\mu_1 = \mu_2$)

H₁: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der Freizeit-User bezüglich der Ausprägung in der Skala *kontrollierter Ausdruck* (KA) ($\mu_1 \neq \mu_2$)

Analog zu H0 bzw. H1 (6) sind die Hypothesen H0 bzw. H1 (7) bis (10) der weiteren Skalen des ERI-NE zu formulieren.

10.1.2. ERI-PE (Positive Emotionen)

Bei ERI-PE gibt es die gleichen Dimensionen wie bei ERI-NE, bis auf die Dimension *Umbewertung*.

Aufgrund der oben im Abschnitt ERI-NE genannten Studien, die einen Unterschied hinsichtlich der Emotionsregulation und dem drogenkonsumierenden Verhalten aufzeigen, und der hiesigen aufgezählten Erkenntnisse werden auch hier die folgenden Hypothesen gerichtet formuliert, die sich auf die Unterschiede zwischen Personen mit riskantem Konsumverhalten und der der Freizeit-User beziehen. Ein weiterer Grund für gerichtete Hypothesen ist, dass Personen mit Substanzstörung weniger auf natürliche Belohnungsreize eingehen als Personen ohne Substanzstörung (Janiri et al., 2005) und mit Hilfe des Drogenkonsums euthyme Gefühlszustände herbeiführen (Schröder & Petry, 2003). Auch hier stellt der Substanzkonsum die unabhängige Variable dar und die ER die Abhängige.

10.1.2.1. Hypothese 11 (PE-KA)

H₀: Im Vergleich zu Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum zeigen Personen mit riskantem Konsumverhalten eine gleich hohe bzw. höhere Ausprägung in der Skala *kontrollierter Ausdruck* (KA) ($\mu_2 \leq \mu_3$).

H₁: Im Vergleich zu Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum zeigen Personen mit riskantem Konsumverhalten eine signifikant niedrigere Ausprägung in der Skala *kontrollierter Ausdruck* (KA) ($\mu_2 > \mu_3$).

Analog zu H₀ bzw. H₁ (11) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (13) der Skala *Empathische Unterdrückung* des ERI-PE zu formulieren.

10.1.2.2. Hypothese 12 (PE-UA)

H₀: Im Vergleich zu Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum zeigen Personen mit riskantem Konsumverhalten eine gleich hohe bzw. niedrigere Ausprägung in der Skala *Unkontrollierter Ausdruck* (UA) ($\mu_2 \geq \mu_3$).

H₁: Im Vergleich zu Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum zeigen Personen mit riskantem Konsum eine signifikant höhere Ausprägung in der Skala *Unkontrollierter Ausdruck* (UA) ($\mu_2 < \mu_3$).

Analog zu H₀ bzw. H₁ (12) ist die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (14) der Skala *Ablenkung* des ERI-PE zu formulieren.

10.1.2.3. Hypothese 15 (PE-KA)

Im Zuge der Recherche konnten keine Studien bezüglich Unterschiede in der Emotionsregulation bei Freizeit-Usern und bei Personen ohne Drogenkonsum (Kontrollgruppe) gefunden werden. Deshalb sind diese Hypothesen ungerichtet formuliert, wobei auch hier der Substanzkonsum die unabhängige Variable ist und die ER die abhängige.

H₀: Es gibt keinen Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der Freizeit-User bezüglich der Ausprägung in der Skala *kontrollierter Ausdruck* (KA) ($\mu_1 = \mu_2$).

H₁: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der Freizeit-User bezüglich der Ausprägung in der Skala *kontrollierter Ausdruck* (KA) ($\mu_1 \neq \mu_2$).

Analog zu H₀ bzw. H₁ (15) sind die Hypothesen H₀ bzw. H₁ (16) bis zu (18) der weiteren Skalen des ERI-PE zu formulieren.

10.2. Coping-Strategien und drogenkonsumierendes Verhalten

In weiterer Folge soll die Gruppe der Freizeit-User auf Unterschiede hinsichtlich der Coping-Strategien im Vergleich zur Kontrollgruppe untersucht werden. Da im Rahmen der Recherchearbeiten keine Literatur zum Thema Coping-Strategien von Freizeit-Usern gefunden werden konn-

te, werden die folgenden Hypothesen ungerichtet formuliert, wobei der Drogenkonsum die unabhängige Variable und die jeweilige Coping-Strategie die abhängige Variable darstellt.

10.2.1. Hypothese 19

H₀: Es gibt keinen Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der Freizeit-User bezüglich der Coping-Strategien ($\mu_1 = \mu_2$).

H₁: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der Freizeit-User bezüglich der Coping-Strategien ($\mu_1 \neq \mu_2$)

10.3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Drogenkonsum

Da es bereits Studien zu gesundheitsbezogener Lebensqualität und Substanzstörungen gibt (vgl. Gonzales et al., 2009; Karow et al., 2010; Laudet et al., 2006; Winklbaure et al., 2008), aber die Gruppe der Freizeit-User bis dato außer Acht gelassen wurde (es wurde keine Literatur im Rahmen der Recherche gefunden), werden die folgenden Hypothesen hinsichtlich der Unterschiede zwischen der Gruppe der Personen mit riskantem Konsumverhalten und der anderen beiden Gruppen (Freizeit-User; Kontrollgruppe) gerichtet formuliert.

Hierbei ist der Drogenkonsum die unabhängige Variable und die gesundheitsbezogene Lebensqualität die abhängige.

10.3.1. Hypothese 20

H₀: Die Gruppe der Personen mit riskantem Konsumverhalten zeigt im Vergleich zur Kontrollgruppe und der Gruppe der Freizeit-User gleich hohe bzw. höhere Ausprägungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($\mu_3 \geq \mu_1 = \mu_2$).

H₁: Die Gruppe der Personen mit riskantem Konsumverhalten zeigt im Vergleich zur Kontrollgruppe und der Gruppe der Freizeit-User niedrigere Ausprägungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($\mu_3 < \mu_1 = \mu_2$).

10.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zufriedenheit mit der eigenen ER

Zu diesem Thema wurde im Rahmen der Recherchearbeit keinerlei Literatur gefunden. Deshalb sind die folgenden Hypothesenpaare ungerichtet formuliert. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist hierbei die unabhängige Variable und wurde jeweils in zwei Untergruppen geteilt. Zum einen ist dies die körperliche Lebensqualität und zum anderen die mentale Lebensqualität. Die selbstbeurteilte Zufriedenheit mit der eigenen ER ist die abhängige Variable, wobei auch hier in

zwei Gruppen zu unterscheiden ist. Einerseits die Zufriedenheit mit dem Umgang von negativen Emotionen und der andererseits die eigene Zufriedenheit mit dem Umgang positiver Emotionen.

10.4.1. Hypothese 21

H₀: Es gibt keinen Unterschied zwischen der Gruppe mit hohen Ausprägungen in der körperlichen Lebensqualität und der Gruppe mit niedrigen Ausprägungen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Regulation positiver Emotionen ($\mu_1=\mu_2$).

H₁: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe mit hohen Ausprägungen in der körperlichen Lebensqualität und der Gruppe mit niedrigen Ausprägungen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Regulation positiver Emotionen ($\mu_1\neq\mu_2$).

10.4.2. Hypothese 22

H₀: Es gibt keinen Unterschied zwischen der Gruppe mit hohen Ausprägungen in der körperlichen Lebensqualität und der Gruppe mit niedrigen Ausprägungen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Regulation negativen Emotionen ($\mu_1=\mu_2$).

H₁: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe mit hohen Ausprägungen in der körperlichen Lebensqualität und der Gruppe mit niedrigen Ausprägungen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Regulation negativen Emotionen ($\mu_1\neq\mu_2$).

10.4.3. Hypothese 23

H₀: Es gibt keinen Unterschied zwischen der Gruppe mit hohen Ausprägungen in der mentalen Lebensqualität und der Gruppe mit niedrigen Ausprägungen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Regulation positiver Emotionen ($\mu_1=\mu_2$).

H₁: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe mit hohen Ausprägungen in der mentalen Lebensqualität und der Gruppe mit niedrigen Ausprägungen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Regulation positiver Emotionen ($\mu_1\neq\mu_2$).

10.4.4. Hypothese 24

H₀: Es gibt keinen Unterschied zwischen der Gruppe mit hohen Ausprägungen in der mentalen Lebensqualität und der Gruppe, die niedrige Ausprägungen zeigt hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Regulation negativer Emotionen ($\mu_1=\mu_2$).

H₁: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe mit hohen Ausprägungen in der mentalen Lebensqualität und der Gruppe mit niedrigen Ausprägungen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen Regulation negativer Emotionen ($\mu_1\neq\mu_2$).

10.5. Mögliche Prädiktoren

Zum Schluss wird untersucht, ob sich aus den Mittelwertvergleichen mögliche Prädiktoren herausarbeiten lassen, die eine Zuteilung zur Gruppe der Personen mit riskantem Konsumverhalten bzw. zur Gruppe der Freizeit-User wahrscheinlich machen. So lauten die Hypothesenpaare:

10.5.1. Hypothese 25

H_0 : Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für einen riskanten Konsum ($b_j = 0$).

H_1 : Es gibt signifikante Prädiktoren für einen riskanten Konsum ($b_j \neq 0$).

10.5.2. Hypothese 26

H_0 : Es gibt keine signifikanten Prädiktoren für gelegentlichen Substanzkonsum ($b_j = 0$).

H_1 : Es gibt signifikante Prädiktoren für gelegentlichen Substanzkonsum ($b_j \neq 0$).

11. Ergebnisse

11.1. Statistische Verfahren

Zur Auswertung des Datensatzes wurde das Programm SPSS 14.0 für Windows verwendet. Die Online-Studie wurde, wie oben bereits erwähnt, mit Hilfe des Softwarepaketes *SoSci Survey* (<https://www.soscisurvey.de>) durchgeführt, das einen vollständigen Datensatz übermittelte, der in SPSS transferiert werden konnte. Der Datensatz wurde dann von unvollständigen Daten gereinigt; des Weiteren wurden die Variablen verständlich beschriftet, um Transparenz zu gewährleisten; außerdem wurden einzelne Werte zu neuen Variablen zusammengefasst.

Zuerst wurde die vorliegende Stichprobe deskriptiv-statistisch betrachtet, um soziodemographischer Variablen bzw. Daten bezüglich Konsummuster aufzuzeigen.

Grundsätzlich gilt zur Interpretation der Ergebnisse ein Signifikanzniveau von $\alpha = ,05$.

Zur Beantwortung der oben formulierten Hypothesen wurde die Gruppe der Nicht-KonsumentInnen (n=28) hinsichtlich ihrer Normalverteilung mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Da es sich bei den Freizeit-Usern (n=127) und bei der Gruppe mit riskantem Konsum (n=44) um Stichproben $n > 30$ handelt, kann von einer Normalverteilung ausgegangen werden. Des Weiteren wurde für alle relevanten Variablen der Levene-Test (F-Test) herangezogen, um die Varianzen der Variablen bezüglich ihrer Homogenität zu testen. Sowohl die Normalverteilung wie auch die Homogenität der Varianzen sind im Folgenden als Voraussetzungen anzusehen und sind Ausgangspunkt für die Wahl der statistischen Verfahren. Bei Erfüllung der Voraussetzungen (Normalverteilung und Varianzhomogenität) wurde bei Zwei-Gruppen-Vergleichen ein t-Test für unabhängige Stichproben verwendet; hingegen bei Verletzung der Voraussetzungen der U-Test (Mann-Whitney-Test) gerechnet wurde. Beim Drei-Gruppen-Vergleich konnte aufgrund der gegebenen Voraussetzungen eine einfaktorielle Varianzanalyse angewendet werden. Um signifikante Prädiktoren für die Zuordnung der Konsumgruppen herauszuarbeiten, wurde eine Multinominale Logistische Regressionsanalyse nach der Methode „Rückwärts-Wald“ gerechnet.

11.2. Stichprobenbeschreibung

Innerhalb der viermonatigen Erhebung konnten N= 205 Personen mit vollständig bearbeiteten Datensätzen erhoben werden. Insgesamt wurde die hiesige Online-Studie 661 Mal aufgerufen bzw. angeklickt, worunter auch versehentliche doppelte Klicks, Aufrufe durch Suchmaschinen etc. fielen. Von diesen 661 Klicks fingen 352 Personen an, die Fragebögen zu beantworten. Von diesen 352 Personen verließen 33 Befragte die Studie bereits bei Seite 2 und 3, die die soziodemographischen Daten erhoben. 69 Personen beendeten die Studie auf Seite 4 und 5, die die Substanzliste und die Fragen des RAFFT beinhalteten. 11 Personen stiegen bei den Fragen hinsichtlich des Konsumverhaltens der einzelnen Substanzen aus. 25 Personen beendeten die Studie bei

den Fragen zum ERI (n=12 beim ERI-NE; n=13 beim ERI-PE). Neun weitere ProbandInnen brachen im Laufe der Fragebögen ab. Somit blieb eine Stichprobe von N= 205 Personen übrig, die die Online-Studie vollständig bearbeiteten. Dennoch mussten weitere sechs Personen ausgeschlossen werden, weil sie bei der fiktiven Substanz 3 MCV, die als Filtervariable diente, in der Substanzliste „Ja, einmal“ oder „Ja, mehr als einmal“ ankreuzten. Demzufolge wurden letztendlich N=199 Personen in die Studie einbezogen.

Bei einer ersten Kategorisierung konnten zwei Gruppen identifiziert werden. Zum einen die Gruppe der *KonsumentInnen* (n=171), die sich dadurch kennzeichneten, dass sie *mindestens eine illegale Substanz mehr als ein Mal konsumiert haben*. Zum anderen kristallisierte sich eine Gruppe *Nicht-KonsumentInnen* heraus (n=28), die angaben, *nur Nikotin und/oder Alkohol* zu konsumieren.

11.2.1. Soziodemographische Daten der Stichprobe

Im Folgenden werden die Ergebnisse der soziodemographischen Daten erläutert. Insgesamt haben 105 Frauen (53%) und 94 Männer (47%) an der Studie teilgenommen. Das Durchschnittsalter lag bei 26,40 Jahren (SD=5,44), wobei die jüngste Person 16 Jahre alt und die älteste 57 Jahre alt war. Bezüglich der Länderverteilung ist zu sagen, dass 89 Befragte aus Österreich (44,7%), 87 Befragte aus Deutschland (43,7%) und 23 Befragte aus der Schweiz (11,6%) kamen. Des Weiteren wurden die ProbandInnen nach der Einwohnerzahl ihres momentanen Wohnortes gefragt, woraus sich ergab, dass 96 Personen (48,2%) angaben, in einer Stadt mit einer Einwohnerzahl unter einer Million zu leben. 103 Personen (51,8%) hingegen gaben an, in einer Stadt mit einer Einwohnerzahl über einer Million zu leben.

Hinsichtlich des höchsten abgeschlossenen Bildungsgrades (siehe *Abb. 13*) gaben 39 Personen (19,6%) an, eine Pflichtschule (Hauptschule), Fachschule oder Lehre besucht zu haben. 48 ProbandInnen (24,1%) gaben Matura bzw. Abitur als höchsten abgeschlossenen Bildungsgrad an; und 112 Personen (56,3%) schließlich gaben Universitätsabschlüsse bzw. Promotionen als höchsten abgeschlossenen Bildungsgrad an.

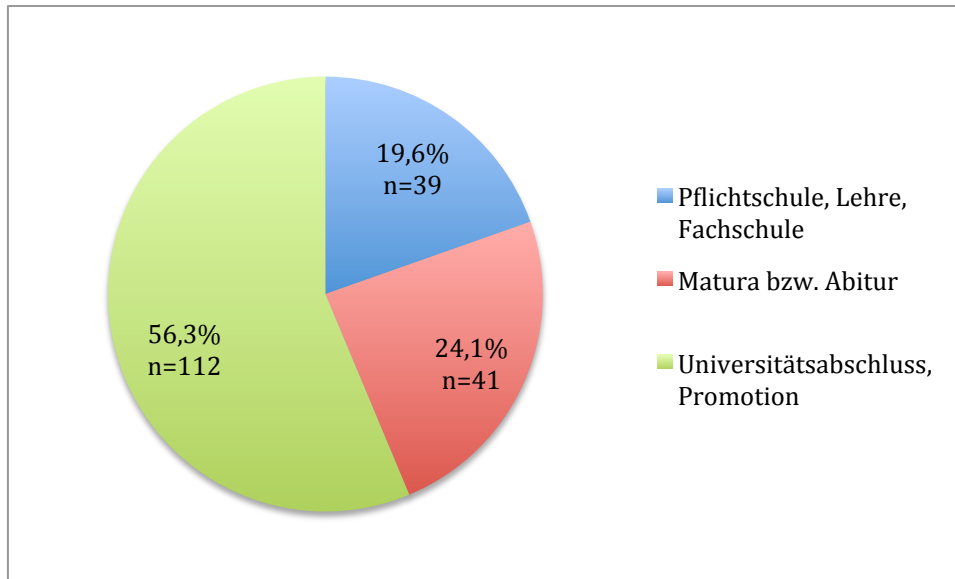


Abbildung 13: Verteilung der Bildungsabschlüsse innerhalb der Stichprobe.

Die Erwerbstätigkeit (siehe Abb. 14) betreffend gaben 71 Personen (35,7%) an, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen; 46 ProbandInnen (23,1%) hingegen gaben an, einer Teilzeitbeschäftigung und 39 Personen (19,6%) einer geringfügigen Beschäftigung nachzugehen; 43 Personen (21,6%) gaben an, in einer anderen bzw. keiner Erwerbstätigkeit zu sein.

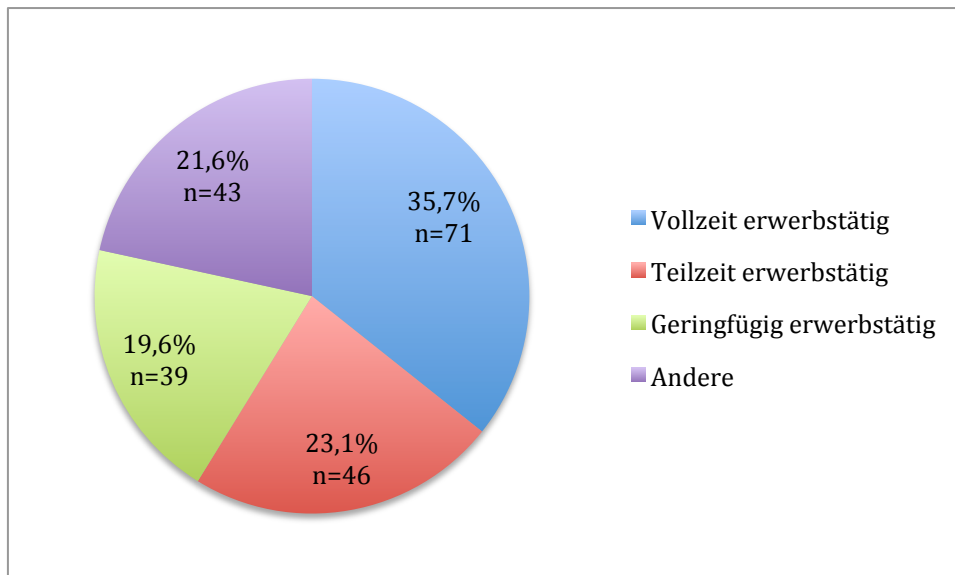


Abbildung 14: Verteilung der Erwerbstätigkeit innerhalb der Stichprobe.

Bezüglich des Beziehungsstatus waren 118 Personen (59,3%) ledig und 81 Personen (40,7%) in einer Partnerschaft.

Die letzte Frage betraf die Anzahl der Personen im Haushalt, davon gaben 42 Personen (21,1%) an, alleine zu wohnen; 74 Personen (37,2%) lebten mit einer weiteren Person zusammen, und 48

ProbandInnen (24,1%) wohnten in einem Haushalt mit drei Personen; hingegen gaben 35 Befragte (17,6%) an, mit mehr als drei Personen zusammenzuleben.

Die durchschnittliche Bearbeitungszeit der Studie lag bei 19 Minuten (SD=4,75).

11.3. Detaillierte Beschreibung des Substanzkonsums

11.3.1. Häufigkeit der konsumierten Substanzen

Wie man in Abbildung 15 sehen kann, ist Alkohol hinsichtlich der KonsumentInnenzahl auf Platz eins. Von N=199 Personen konsumieren 198 Personen (99,5%) Alkohol bzw. haben diesen schon mal probiert. 187 Befragte (94,0%) rauchen bzw. haben schon mal an einer Zigarette gezogen. 178 Personen (89,4%) haben nach eigenen Angaben schon mal Cannabis konsumiert bzw. konsumieren es weiterhin. 104 Befragte (52,3%) gaben an, schon mal MDMA konsumiert zu haben bzw. MDMA zu konsumieren. Des Weiteren haben 100 ProbandInnen (50,2%) mindestens ein Mal Speed zu sich genommen und 89 Personen (44,7%) Kokain. Sowohl Pilze wie auch Schlafmittel wurden von jeweils 74 Personen (37,2%) schon mal ausprobiert bzw. weiterhin eingenommen. 66 Personen (33,2%) gaben an, mindestens ein Mal in ihrem Leben LSD konsumiert zu haben. 54 Befragte (27,1%) probierten schon mal Schnüffelfstoffe aus bzw. konsumieren diese. 46 ProbandInnen (23,1%) haben Ketamin schon einmal konsumiert bzw. konsumieren es weiterhin.

42 Personen (21,1%) haben mindestens ein Mal „natürliche Drogen“ konsumiert. 37 (18,6%) konsumierten bzw. konsumieren GHB. 29 Personen (14,6%) gaben an, 2CB bereits konsumiert zu haben, neun Personen (4,5%) Heroin und drei Personen (1,5%) Crack.

Im Folgenden sind die Häufigkeiten der konsumierten Substanzen graphisch dargestellt (siehe Abb. 15).

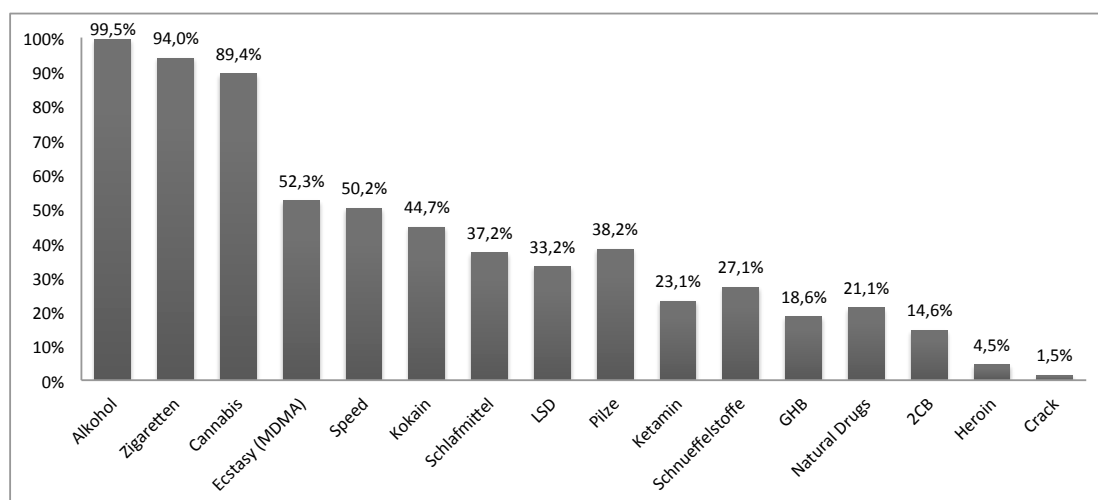


Abbildung 15. Häufigkeiten der konsumierten Substanzen.

11.3.2. Durchschnittsalter bei Erstkonsum

Die Substanzliste gab nicht nur Aufschluss über die konsumierten Substanzen, sondern fragte auch detailliert nach dem Alter beim Erstkonsum der jeweiligen angekreuzten Substanzen. Von den N=199 Personen gaben 194 an, das erste Mal Alkohol mit einem Durchschnittsalter (Mittelwert der Altersangaben) von 13,68 Jahren (SD=1,30) getrunken zu haben (vgl. Abbildung 16). 181 Personen gaben eine Altersangabe hinsichtlich der „ersten“ Zigarette ab; diese lag bei einem durchschnittlicher Alter von 13,85 Jahren (SD=2,57). 174 der Befragten rauchten mit durchschnittlich 15,86 Jahren (SD=2,79) ihr erstes Cannabis. 98 Personen gaben an, mit durchschnittlich 20,37 Jahren (SD=3,85) das erste Mal Speed konsumiert zu haben und 104 der Befragten konsumierten ihr erstes MDMA mit durchschnittlich 20,92 Jahren (SD=4,94). 85 ProbandInnen nahmen mit durchschnittlich 21,02 Jahren (SD=3,58) das erste Mal Kokain.

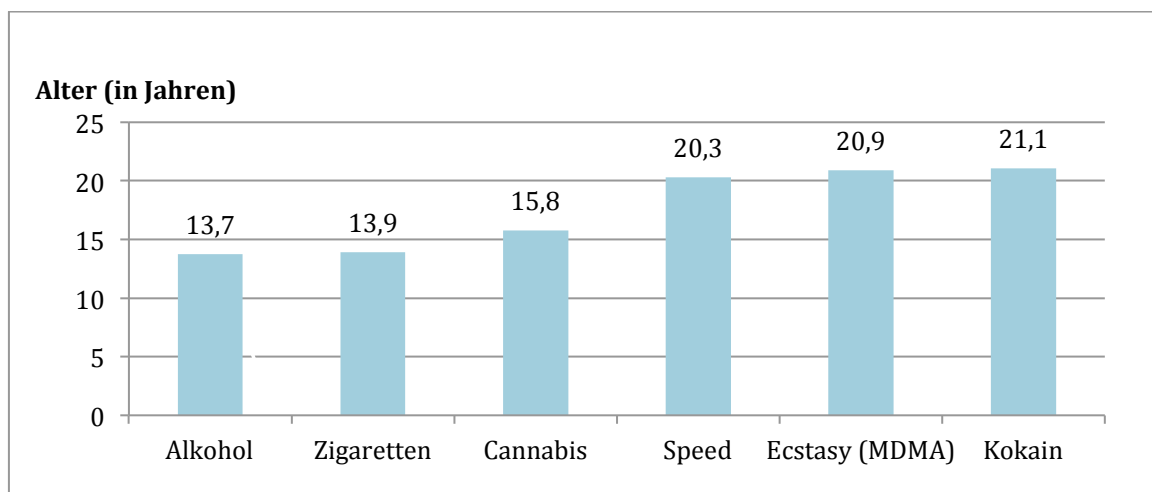


Abbildung 16. Durchschnittsalter bei Erstkonsum der angeführten Substanzen.

11.3.3. Ergänzte Substanzen

Am Ende der Substanzliste wurde ein Feld zur Angabe von weiteren Substanzen freigelassen. Zu den Amphetaminen und ihren Derivaten wurden folgende Substanzen ergänzt: Mephedron (MMC), Methylphenidat (MPH; Handelsname: Ritalin®), 4-Fluoramphetamin (auch bekannt als „Flux“ oder „Fifa“), Methylon (MDMC; auch bekannt als „Mina“), 2,5-Dimethoxy-4-propylphenethylamin (2C-P), 2,5-Dimethoxy-4-ethylphenethylamin (2C-E), 2,5-Dimethoxy-4-chlorphenethylamin (2C-C), 2,5-Dimethoxy-4-iodphenethylamin (2C-I).

Zur Gruppe der Halluzinogene wurden N,N-Dimethyltryptamin (DMT) und Mescaline (Peyote-Kaktus; Wirkstoff: halluzinogene Alkaloide) hinzugefügt. Des Weiteren wurden Substanzen genannt, die Derivate des Piperazins sind, zum Beispiel: Trifluormethylphenylpiperazin (TFMPP) und Methylenedioxybenzylpiperazin (MDBP). Außerdem wurden auch Derivate des Ketamins genannt: Methoxetamin (MXE oder 3-MeO-2-Oxo-PCE). Hinsichtlich der „Natürlichen Dro-

gen“ wurde Folgendes ergänzt: San Pedro (Kaktus; *Echinopsis pachanoi*); Phenethylamine, Betelnuss (Wirkstoff: Alkaloide), *Amanita Muscaria* (Fliegenpilz), D-Lysergsäureamid (LSA; z.B. in Prunkwinden, *Ipomoea violacea*) und 5-Hydroxytryptophan (5-HTP), das in verschiedenen Bananensorten sowie in der afrikanischen Schwarzbohne (*Griffonia simplicifolia*) vorkommt.

11.4. Gruppenbeschreibung

11.4.1. Nicht-KonsumentInnen, G1

Die Gruppe der Nicht-KonsumentInnen umfasste n=28 Personen; diese Gruppe setzte sich aus Personen zusammen, die angaben, eine illegale Substanz maximal ein Mal in ihrem Leben konsumiert zu haben. Die Leitsubstanzen stellten jedoch Alkohol und Zigaretten dar.

11.4.2. Freizeit-User, G2

Die Gruppe der Freizeit-User wurde anhand zweier Kriterien erstellt. Erstens durfte maximal acht Mal im Monat Ecstasy (MDMA), Speed oder Kokain konsumiert werden. Weiterhin durften maximal zwei positive Antworten im RAFFT vorliegen. Entsprechend der Kriterien umfasste die Gruppengröße schließlich n=127.

11.4.3. Personen mit riskantem Konsum, G3

Die Personen, die angaben, mehr als acht Mal im Monat Ecstasy, Speed und/oder Kokain zu konsumieren und zwei bzw. mehr als zwei positive Antworten im RAFFT hatten, wurden der Gruppe „riskantes Konsumverhalten zugeordnet. Dies traf auf n=44 Personen zu.

11.5. Beantwortung der Hypothesen

11.5.1. Emotionsregulation und Drogenkonsum (Hypothesen 1–18)

Unterschiede im Umgang mit negativen Emotionen bei Freizeit-Usern (G2) und Personen mit riskantem Konsum (G3) (Hypothesen 1–5)

Zunächst wurden die nötigen Voraussetzungen geprüft. Da beide Konsumgruppen, sowohl die der Freizeit-User (n=127) wie auch die der riskanten KonsumentInnen (n=44) eine Stichprobengröße von mehr als 30 Personen umfassten, konnte von einer Normalverteilung ausgegangen

werden. Die Homogenität der Varianzen wurde mit dem Levene-Test geprüft. Es wurde aufgrund der gegebenen Voraussetzungen bei allen Skalen (*Kontrollierter Ausdruck*, *Unkontrollierter Ausdruck*, *Empathische Unterdrückung*, *Ablenkung* und *Umbewertung*) t-Test gerechnet. Es konnten keine signifikanten Unterschiede in den Skalen *Kontrollierter Ausdruck*, *Unkontrollierter Ausdruck*, *Empathische Unterdrückung* und *Ablenkung* zwischen der Gruppe der Freizeit-User und der Gruppe der riskanten KonsumentInnen festgestellt werden (siehe Tab. 12.1.). Allerdings gab es einen signifikanten Unterschied in der Skala *Umbewertung*.

Im Folgenden wird die Hypothese 1 exemplarisch ausformuliert, wobei für die anderen Skalen *Unkontrollierter Ausdruck*, *Empathische Unterdrückung* und *Ablenkung* die gleiche Formulierung gilt und die jeweiligen p-Werte aus der Tab. 12.1. abgelesen werden müssen.

Bezüglich der Hypothese 1 heißt es aufgrund des t-Tests $t(169) = 0,588$, $p > ,05$. Die Alternativhypothese wird verworfen, und die Nullhypothese wird beibehalten: Die Gruppe der Freizeit-User (MW=17,91) zeigen gleich hohe bzw. höhere Ausprägung in der Skala kontrollierter Ausdruck als die Gruppe der riskanten KonsumentInnen (MW=17,48).

Tab. 12.1. Gruppenvergleich Freizeit-User (G2) vs. Riskanter Konsum (G3) bzgl. ERI-NE

Variable	Gruppe	MW	SD	df	t	p
KANE	G2	17,91	4,437	169	0,588	,279
	G3	17,48	3,618			
UANE	G2	10,91	3,450	104,906	1,096	,276
	G3	10,39	2,461			
EUNE	G2	11,50	2,766	169	0,555	,290
	G3	11,23	2,786			
ABNE	G2	13,06	2,484	169	-0,976	,165
	G3	13,48	2,246			
UMNE	G2	13,41	2,907	169	-2,753	,0035***
	G3	14,80	2,792			

Tendenz, *p < ,10, **p < ,05, ***p < ,01, ****p < ,001

Für die Hypothese 5 wird trotz signifikanten Ergebnisses die Nullhypothese beibehalten, da das signifikante Ergebnis der Alternativhypothese diametral entgegengesetzt formuliert ist:

H0: Im Vergleich zu Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum zeigen Personen mit riskantem Konsum eine gleich hohe bzw. höhere Ausprägung in der Skala Umbewertung (UMNE).

H1: Im Vergleich zu Personen mit gelegentlichem Drogenkonsum zeigen Personen mit riskantem Konsum eine signifikant niedrigere Ausprägung in der Skala Umbewertung (UMNE).

In Tabelle 12.1. kann man das signifikante Ergebnis des t-Tests ablesen: $t(169) = -2,753, p < ,05$.

Unterschiede im Umgang mit negativen Emotionen bei Freizeit-Usern (G2) und Nicht-KonsumentInnen (G1) (Hypothesen 6–10)

Bei diesem Gruppenvergleich wurden die Voraussetzungen erfüllt; somit wurde hier mit einem t-Test fortgefahren. Wie man in Tab. 12.2. sehen kann, sind keine der Ergebnisse signifikant, was bedeutet, dass es keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Freizeit-Usern und der Gruppe mit riskantem Konsum bezüglich der Emotionsregulation negativer Gefühle gibt. In allen fünf Skalen werden somit die Alternativhypothesen verworfen und die Nullhypothesen beibehalten.

Tab. 12.2. Gruppenvergleich Freizeit-User (G2) vs. Nicht-KonsumentInnen (G1) bzgl. ERI-NE

Variable	Gruppe	MW	SD	df	t	p
KANE	G1	16,57	4,686	153	-1,434	,154
	G2	17,91	4,437			
UANE	G1	10,18	2,450	153	-1,068	,287
	G2	10,91	3,450			
EUNE	G1	12,14	2,812	153	1,117	,266
	G2	11,5	2,766			
ABNE	G1	14,04	2,546	153	1,867	,064
	G2	13,06	2,484			
UMNE	G1	13,75	2,989	153	0,558	,577
	G2	13,41	2,907			

Tendenz, * $p < ,10$, ** $p < ,05$, *** $p < ,01$, **** $p < ,001$

Die Skala *Ablenkung* zeigt eine Tendenz auf, die in Richtung Alternativhypothesen geht. Diese Alternativhypothese ist folgendermaßen formuliert: Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der Freizeit-User bezüglich der Ausprägung in der Skala *Ablenkung*. Dennoch ist es nur eine Tendenz und kein signifikantes Ergebnis. Hierbei zeigen in der Skala *Ablenkung* die Nicht-KonsumentInnen (G1) höherer Werte (MW=14,04) auf als die Freizeit-User (G2), (MW=13,06).

Unterschiede im Umgang mit positiven Emotionen bei Freizeit-Usern (G2) und Personen mit riskantem Konsum (G3) (Hypothesen 11–14)

Bei diesem Gruppenvergleich wurden die Voraussetzungen bei allen Skalen (*Kontrollierter Ausdruck*, *Unkontrollierter Ausdruck*, *Empathische Unterdrückung* und *Ablenkung*) erfüllt, bei diesen wurde der t-Test angewendet. Wie man in Tabelle 12.3. ablesen kann, gibt es keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Emotionsregulation bei positiven Gefühlen. In allen vier Skalen (*Kontrollierter Ausdruck*, *Unkontrollierter Ausdruck*, *Empathische Unterdrückung* und *Ablenkung*) werden die Alternativhypothesen verworfen und die Nullhypothesen beibehalten.

Tab. 12.3. Gruppenvergleich Freizeit-User (G2) vs. Riskanter Konsum (G3) bzgl. ERI-PE

Variable	Gruppe	MW	SD	df	t	p
KAPE	G2	14,92	2,575	169	0,08	,279
	G3	14,89	2,254			
UAPE	G2	14,11	2,625	169	-0,007	,276
	G3	14,11	2,687			
EUPE	G2	9,27	2,904	94,524	0,3580	,3605
	G3	9,11	2,285			
ABPE	G2	6,03	2,127	67,236	-0,751	,212
	G3	6,34	2,43			

Tendenz, *p < ,10, **p < ,05, ***p < ,01, ****p < ,001

Unterschiede im Umgang mit positiven Emotionen bei Freizeit-Usern (G2) und Nicht-KonsumentInnen (G1) (Hypothesen 15–18)

Auch hier wurden die Voraussetzungen erfüllt, was dazu führte, dass ein t-Test herangezogen werden konnte (siehe Tab. 12.4.). In Tabelle 12.4. wird sichtbar, dass es auch hier keine signifikanten Gruppenunterschiede gibt. Deshalb werden hier ebenfalls in allen vier Skalen die Alternativhypothesen verworfen und die Nullhypothesen beibehalten.

Tab. 12.4. Gruppenvergleich Freizeit-User (G2) vs. Nicht-KonsumentInnen (G1) bzgl. ERI-PE

Variable	Gruppe	MW	SD	df	t	p
KAPE	G1	14,25	3,351	153	-1,179	,240
	G2	14,92	2,575			
UAPE	G1	13,71	3,230	153	-0,692	,490
	G2	14,11	2,625			
EUPE	G1	9,46	2,659	153	0,329	,743
	G2	9,27	2,904			
ABPE	G1	6,57	2,781	34,288	0,967	,340
	G2	6,03	2,217			

Tendenz, *p < ,10, **p < ,05, ***p < ,01, ****p < ,001

11.5.2. Coping-Strategien und Drogenkonsum, Hypothese 19

Hinsichtlich der Coping-Strategien wurde die Gruppen der Nicht-KonsumentInnen (G1) mit der der Freizeit-User (G2) verglichen. Hier wurden die Voraussetzungen erfüllt und ein t-Test herangezogen. Tab. 12.5. gibt einen Überblick hinsichtlich der Ergebnisse. In allen Skalen (Aufgabenorientiertes, Emotionsorientiertes und Vermeidendes Coping) konnten keine Unterschiede zwischen den Gruppen Nicht-KonsumentInnen und Freizeit-Usern vermerkt werden. Somit wird in allen Skalen die Alternativhypothese verworfen und die Nullhypothese beibehalten.

Tab. 12.5. Gruppenvergleich Nicht-KonsumentInnen (G1) vs. Freizeit-User (G2) bzgl. Coping

Variable	Gruppe	MW	SD	df	t	p
CISS_AUF	G1	28,96	5,673	153	0,431	,667
	G2	28,52	4,776			
CISS_EMO	G1	24,11	5,782	153	0,987	,325
	G2	22,83	6,301			
CISS_VER	G1	21,89	6,039	153	-0,370	,712
	G2	22,35	5,833			
CISS_VER_SOZ	G1	12,68	4,199	153	-0,278	,781
	G2	12,88	3,335			
CISS_VER_ZER	G1	9,21	3,131	153	-0,342	,733
	G2	9,46	3,579			

Tendenz, *p < ,10, **p < ,05, ***p < ,01, ****p < ,001

11.5.3. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Drogenkonsum, Hypothese 20

Auch bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Konsumgruppen festgestellt werden (siehe Tab. 12.6.); weder bezüglich der körperlichen noch der mentalen HRQOL. Hier wird die Alternativhypothese verworfen und die Nullhypothese beibehalten: Im Vergleich zur Gruppe „Risiko-KonsumentInnen“ zeigen die Gruppe der „Freizeit-User“ und die Gruppe der Nicht-KonsumentInnen genauso hohe bzw. niedrigere Ausprägungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Tab. 12.6. Gruppenvergleich Nicht-KonsumentInnen (G1), Freizeit-User (G2) und Riskante KonsumentInnen (G3) bzgl. körperlicher und mentaler gesundheitsbezogener Lebensqualität

Variable	Gruppe	MW	SD	df	F	p
SF_koerper	G1	88,125	11,213	2,196	0,089	,915
	G2	87,378	11,950			
	G3	86,892	13,115			
SF_mental	G1	76,0193	12,178	2,196	0,430	,651
	G2	72,8031	17,671			
	G3	73,39	15,814			

Tendenz, *p < ,10, **p < ,05, ***p < ,01, ****p < ,001

11.5.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zufriedenheit mit der eigenen Emotionsregulation, Hypothese 21-24

Hier wurde als erstes ein Cut-Off-Wert innerhalb der Stichprobe angesetzt, der die Stichprobe bezüglich der Werte in zwei gleiche Teile trennt; d.h. es wurden zwei Mediane, einen für körperliche und einen anderen für die mentale HRQOL aus der Stichprobe ermittelt. Der Median für körperliche HRQOL lag bei 92,25, d.h. die Werte, die über diesem Median sind, werden als „hohe körperliche HRQOL“ bezeichnet und mit *Q2_koerper* abgekürzt, und die Werte, die unter diesem Median liegen, wurden als „niedrig körperliche HRQOL“ betitelt und mit *Q2_koerper* abgekürzt. Der Median für die mentale HRQOL lag bei 77,41, d.h., dass die Werte über 77,41 als „hohe mentale HRQOL“ (*Q2_mental*) bezeichnet werden können, und die, die darunter liegen, als „niedrige mentale HRQOL“ (*Q1_mental*) verstanden werden kann. Personen mit hohen und niedrigen Werten in körperlicher und mentaler HRQOL wurden dann hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen ER (bei negativen und positiven Emotionen) verglichen. Tab. 12.7. zeigt die p-Werte der beiden Vergleiche zwischen den Gruppen mit hoher und niedriger körperlicher HRQOL hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen ER negativer Gefühle; bei diesem Gruppenvergleich konnte aufgrund der gegebenen Voraussetzungen ein t-Test gerechnet werden. (siehe Tab. 12.7.). Hier konnte ein signifikantes Ergebnis beobachtet werden; somit kann für Hypothese 21 die Nullhypothese (H0) verworfen und die Alternativhypothese (H1) angenommen wer-

den: es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit niedriger bzw. schlechterer körperlicher HRQOL und Personen mit einer hohen bzw. besseren körperlichen HRQOL hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen ER bei negativen Emotionen. Man beachte die Mittelwerte der beiden Gruppen; daran sieht man, dass die Personen mit einer hohen körperlichen HRQOL (MD=5,30) zufriedener mit der eigenen ER bei negativen Emotionen sind als die Personen, die niedrigere Werte in der körperlichen HRQOL (MD=4,88) aufweisen.

Tab. 12.7. Gruppenvergleich Q1_koerper und Q2_koerper bzgl. Zufriedenheit mit der eigenen ER bei negativen und positiven Emotionen

Variable	Gruppe	MW	SD	df	t	p
ERI_Z_PE	Q1 (koerper_niedrig)	5,93	0,966	197	-1,601	,111
	Q2 (koerper_hoch)	6,14	0,884			
ERI_Z_NE	Q1 (koerper_niedrig)	4,88	1,438	197	-2,160	,032**
	Q2 (koerper_hoch)	5,30	1,300			

Tendenz, *p < ,10, **p < ,05, ***p < ,01, ****p < ,001

Wie man in Tab. 12.8. sehen kann, wurde beim Vergleich der Gruppen „hohe und niedrige mentale HRQOL“ bezüglich der Zufriedenheit mit der eigenen ER bei positiven und negativen Emotionen t-Tests gerechnet. Aufgrund der signifikanten Levene-Tests müssen aber die Ergebnisse der zweiten Zeile (heterogene Varianzen) abgelesen werden. Hier ergaben sich zwei signifikante Ergebnisse. Zum einen, dass sich die Personen mit niedriger bzw. schlechterer mentaler HRQOL von den Personen mit einer hohen bzw. besseren mentalen HRQOL bezüglich der Zufriedenheit mit der eigenen ER signifikant unterscheiden. Die Mittelwerte zeigen, dass Personen, die eine bessere mentale HRQOL aufweisen höhere Werte in der Zufriedenheit (MW= 6,31) mit der eigenen ER bei positiven Emotionen aufweisen als die Personen, die eine schlechtere mentale HRQOL (MW= 5,76) angeben. Des Weiteren konnte ein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der eigenen ER bei negativen Emotionen beobachtet werden. Auch hier zeigen die Mittelwerte, dass Personen mit einer hohen bzw. guten mentalen HRQOL zufriedener mit der eigenen ER bei negativen Emotionen sind (MW=5,61) als Personen mit niedriger bzw. schlechteren mentalen HRQOL (MW=4,55). Deshalb wird bei Hypothese 23 und 24 die Nullhypothesen (H0) verworfen und die Alternativhypothesen (H1) angenommen.

Tab. 12.8. Gruppenvergleich Q1_mental und Q2_mental bzgl. Zufriedenheit mit der eigenen ER bei positiven und negativen Emotionen

Variable	Gruppe	MW	SD	df	t	p
ERI_Z_PE	Q1 (mental_niedrig)	5,76	1,056	166,216	-4,352	< ,001****
	Q2 (mental_hoch)	6,31	0,689			
ERI_Z_NE	Q1 (mental_niedrig)	4,55	1,500	170,265	-5,821	< ,001****
	Q2 (mental_hoch)	5,61	1,020			
Tendenz, *p < ,10, **p < ,05, ***p < ,01, ****p < ,001						

11.5.5. Mögliche Prädiktoren, Hypothesen 25–26

Zum Schluss wurden mögliche Prädiktoren hinsichtlich der Gruppenzuordnung gesucht, die sich aus den vorherigen signifikanten Ergebnissen ergaben; d.h. es wurden die Variablen herangezogen, in denen sich die Gruppen unterschieden. Hierfür wurde ein Multinomiale Logistische Regression mit der „Rückwärts-Wald“ Methode gerechnet. Die abhängige Variable waren hierbei die Konsumgruppen (Nicht-KonsumentInnen, Freizeit-User, Riskante KonsumentInnen), die unabhängigen Variablen das *Geschlecht* (männlich/weiblich), die *Einwohnerzahl* (< 1.000.000/> 1.000.000), die *Anzahl der Personen im Haushalt* (1/2/3/>3) und der *Beziehungsstand* (Ledig/In einer Partnerschaft lebend). Die metrischen Kovariaten waren die *gesundheitsbezogene Lebensqualität*, die *Zufriedenheit mit der eigenen Emotionsregulation* positiver wie negativer Gefühle und die Regulationsstrategien *Ablenkung* und *Umbewertung* (bei negativen Emotionen). Hierbei wurden folgende signifikante Prädiktoren für die Zuordnung zur Gruppe G1 (Nicht-KonsumentInnen) identifiziert (siehe Tab.12.9.): zum einen ist dies das weibliche Geschlecht (Wald = 7,480, df = 1, p < ,05), zum anderen die ER-Strategie Umbewertung bei negativen Emotionen (Wald = 4,863, df = 1, p < ,01). Die Zufriedenheit mit eigenen ER bei negativen Emotionen kann als Tendenz (Wald = 3,232, df = 1, p < ,10) angesehen werden, genauso wie die ER-Strategie Ablenkung bei negativen Emotionen (Wald = 2,950, df = 1, p < ,10) sowie die Einwohnerzahl < 1 Mio. (Wald = 3,209, df = 1, p < ,10).

Tab. 12.9. Multinominale logistische Regression der Konsumgruppen.

Gruppe	Variable	B	Wald	df	p	Exp(B)
G1	Konstanter Term	-4,576	2,447	1	,118	-
	ERI_Z_NE	0,532	3,232	1	,072+	1,702
	ABNE	0,207	2,950	1	,086+	1,230
	UMNE	-0,238	4,863	1	,027*	0,788
	Geschlecht (w)	1,589	7,480	1	,006**	4,899
	Einwohnerzahl(<1Mio)	1,030	3,209	1	,073+	2,801
G2	Konstanter Term	1,019	0,215	1	,643	-
	UMNE	-0,212	7,630	1	,006**	0,809
	Geschlecht (w)	1,127	7,066	1	,008**	3,086

+ Tendenz, *p < ,10, **p < ,05, ***p < ,01, ****p < ,001

Für die Zuordnung zu Gruppe G2 (Freizeit-User) wurden zwei signifikante Prädiktoren gefunden. Die ER-Strategie Umbewertung bei negativen Emotionen (Wald = 7,630, df = 1, p < ,01) und das weibliche Geschlecht (Wald = 7,066, df = 1, p < ,01).

Dies bedeutet, dass die Nullhypothesen der Hypothesen 25 und 26 verworfen und die Alternativhypothesen (H1) angenommen werden können, da die Prädiktoren Geschlecht, Einwohnerzahl und die ER-Strategie Umbewertung einen signifikanten Vorhersagewert für die Gruppenzuordnung haben. Wie man in Tab. 12.9. sehen kann, leistet das weibliche Geschlecht einen signifikanten Vorhersagewert für die Gruppe der Nicht-KonsumentInnen und die der Freizeit-User; die Einwohnerzahl (<1Mio.) sowie die ER-Strategie Umbewertung besitzen einen signifikanten Vorhersagewert, um in die Gruppe der Nicht-KonsumentInnen bzw. Freizeit-User zu fallen

12. Diskussion

Zunächst ist zu erwähnen, dass diese Stichprobe hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses (53% Frauen und 47% Männer) und der Stadtgröße (48% leben in Städten unter einer Million Einwohner und 52% in Städten mit über einer Million) sowie des Beziehungsstandes (51% Singles und 49% in Partnerschaft) sehr ausgeglichen ist. Des Weiteren hat diese Stichprobe einen sehr hohen Bildungsgrad, da knapp 60% der Befragten einen Universitätsabschluss inne hat und fast 25% Matura bzw. Abitur besitzen. Außerdem ist diese Stichprobe zu fast 60 % in Vollzeit- bzw. Teilzeitbeschäftigung. Diese soziodemographischen Daten (hoher Bildungsgrad und Beschäftigung) sind bei einer Stichprobe bezüglich illegalem Substanzkonsum sehr selten anzutreffen bzw. schwer zu finden (vgl. Gonzales et al., 2009; Karow et al., 2010; Laudet et al., 2006; Winklbaaur et al., 2008).

Trotz dieser Besonderheiten fand sich eine große Gruppe an Freizeit-Usern zusammen, deren Konsumverhalten mit Hilfe der Literatur beschrieben bzw. kategorisiert werden konnte. 127 Personen gaben eine maximale Konsumhäufigkeit von durchschnittlich acht Mal die Woche an, wie es auch von Gantner (1999) und Rommelspacher (1999) beschrieben wird. 127 Personen (63,8%) gaben an, maximal acht Mal im Monat, meist am Wochenende, illegale Substanzen zu konsumieren. Auch das polytoxische Konsumverhalten, das unter anderem von Gastpar (2003), Eggerth et al. (2005) und von Tossman et al. (2001) beschrieben wurde, konnte anhand der Häufigkeiten der konsumierten Substanzen beobachtet werden. Hierbei gaben 89,4% an, schon mal Cannabis konsumiert zu haben bzw. zu konsumieren, 52,3% MDMA, 50,2% Speed und 44,7% Kokain.

Dass Substanzkonsum als Emotionsregulationsstrategie sowohl bei negativen Gefühlen (vgl. Barnow, 2012; Schmidt et al., 2010) wie auch zum Herbeiführen positiver Emotionen (vgl. Schröder & Petry, 2003) verwendet wird, konnte in dieser Studie nicht beobachtet werden. Nur in der Skala Umbewertung (bei negativen Gefühlen) konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Freizeit-Usern und der Gruppe mit riskantem Konsum festgestellt werden; dennoch konnte die Alternativhypothese nicht angenommen werden, da sie diametral entgegengesetzt formuliert war. Aus der Literatur konnte die Annahme abgeleitet werden, dass die ER-Strategie Umbewertung bei negativen Gefühlen seltener von Personen mit riskantem Substanzkonsum angewendet wird als von Freizeit-Usern. Da Umbewertung als gesunde ER-Strategie angesehen wird, wurde eine affektive Dysfunktion (=seltene Anwendung von der ER-Strategie Umbewertung) eher mit einer Substanzstörung bzw. riskantem Konsum (vgl. Cheetham et al., 2010) in Verbindung gebracht als mit Freizeit-Usern. Ein möglicher Ansatzpunkt, die hohen Werte der riskanten KonsumentInnen zu erklären (höhere Werte stehen für einen häufigeren Einsatz dieser ER-Strategie), wäre, dass die ER-Strategie Umbewertung von riskanten KonsumentInnen als realitätsverschönernde Strategie eingesetzt wird, um mögliche Folgeerscheinungen des häufigen und exzessiven, somit riskanten Konsums zu verleugnen bzw. zu verharmlosen. Hinsichtlich der Emotionsregula-

tion zeigten sich keine weiteren signifikanten Unterschiede in den Konsumgruppen. Dennoch sind zwei Tendenzen zu erwähnen, die zwischen den Freizeit-Usern und den Nicht-KonsumentInnen bestehen. Es gibt Tendenzen in der Skala Kontrollierter Ausdruck und in der Skala Ablenkung bei negativen Emotionen. Beim Kontrollierten Ausdruck hatten die Freizeit-User höhere Mittelwerte als die Nicht-KonsumentInnen und bei der Ablenkung hatten die Nicht-KonsumentInnen höhere Ausprägungen als die Freizeit-User. Im ersten Fall bedeutet dies, dass Freizeit-User mehr über ihre negativen Gefühle mit anderen sprechen als Nicht-KonsumentInnen. Die zweite Tendenz würde bedeuten, dass Nicht-KonsumentInnen beim Erleben negativer Emotionen eher zur Strategie der Ablenkung neigen als Freizeit-User. Eine mögliche Interpretation der Tendenz in der Skala Kontrollierter Ausdruck wäre, dass das Sprechen über negative Gefühle eher im aufgelockerten und euphorisierten Partysetting ausgelebt wird, da eher unverbindliche Begegnungen und flüchtigere Interaktionen herrschen, die es einem eventuell leichter machen, über negative Gefühle zu sprechen. Die hohen Werte der Nicht-KonsumentInnen bei der Skala Ablenkung ließen sich eventuell damit erklären, dass die Freizeit-User Substanzkonsum als Ablenkungsstrategie anwenden und die anderen Formen der Ablenkung, wie z.B. Film schauen oder Einkaufsbummel machen (Ablenkungsstrategien aus dem CISS), nicht ausleben. Die Freizeit-User können den Substanzkonsum nicht als Ablenkungsstrategie identifizieren und als solchen in Betracht ziehen.

Im Umgang mit positiven Gefühlen gibt es zwischen den drei Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Demnach konnte in dieser Studie nicht beobachtet werden, dass eine funktionale ER bei positiven Gefühlen eine Puffer-Funktion hinsichtlich der ER bei negativen Gefühlen hat (vgl. Folkman & Moskowitz, 2000; Schmidt et al., 2010;). Außerdem konnten keine signifikanten Unterschiede in der ER bei positiven Gefühlen zwischen den Freizeit-Usern und den Personen mit riskantem Konsum beobachtet werden; der signifikante Unterschied in der Skala Umbewertung bei negativen Emotionen ließ darauf hoffen, dass es eventuell Unterschiede in der ER bei positiven Emotionen gibt, da es in der Literatur (vgl. Fredrickson, 2004; Quirin et al., 2011; Samson & Gross, 2012; Tugade & Fredrickson, 2004;) Anzeichen gab, dass positive Emotionen sowie positiver Humor den Einsatz der ER-Strategie „kognitive Neubewertung“ erleichtern bzw. fördern und somit zur Reduktion negativer Emotionen beitragen können.

Cheetham et al. (2010) verweisen auf einen Zusammenhang zwischen affektiver Dysfunktion und Drogenabhängigkeit; dies konnte allerdings in den Gruppenvergleichen (Personen mit riskantem Konsum vs. Freizeit-User; Freizeit-Usern vs. Nicht-KonsumentInnen) nicht gefunden werden.

Aldao, Nolen-Hoeksema und Schweizer (2010) postulieren, dass es eine positive Korrelation zwischen Rumination/Vermeidung und Substanzgebrauch gebe; das konnte in diesem Gruppenvergleich (Freizeit-User vs. Nicht-KonsumentInnen) bezüglich der Coping-Strategien nicht berichtet werden, da es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gab. Schröder und

Petry (2003) berichten davon, dass Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie hinsichtlich negativer Gefühle und psychischer Belastungen eingesetzt wird. Des Weiteren schreiben Küfner und Metzner (2011), dass Drogenkonsum als Stressreduzierung diene. In einer weiteren Studie (Askari et al., 2011) wird gezeigt, dass Opioidabhängige im Vergleich zu nicht abhängigen Personen vermehrt vermeidendes Verhalten bei belastenden Situationen aufzeigen und eher emotionsorientiertes Coping bzw. signifikant weniger konfrontatives und problemorientiertes Coping betreiben. Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht beobachtet werden.

Ein möglicher Grund für die insignifikanten Ergebnisse im CISS könnte ein funktionaler Einsatz des Freizeitkonsums zur Stressreduzierung sein, wobei eher zu vermuten ist, dass die Teilstichprobe der Freizeit-User mit ihrem Konsumverhalten weit entfernt sind von den Kriterien einer Substanzstörung und somit trotz illegalen Konsums mit den Nicht-KonsumentInnen bzgl. Coping-Strategien gleichzusetzen sind.

An den bereits erwähnten Studien (vgl. Askari et al., 2011; Schmidt et al., 2010) wird deutlich, dass die aktuelle Forschung immer noch einen verstärkten Fokus auf Personen mit Substanzstörungen legt und somit vermehrt klinische Stichproben untersucht, die ganz andere Substanzen wie zum Beispiel Heroin bzw. Opioide konsumieren. Dabei unterscheiden sich diese Stichproben (Stichproben vorheriger Studien und vorliegende Stichprobe) hinsichtlich der konsumierten Drogen, die andere Wirkungen und auch andere Folgeschäden aufweisen als die hier untersuchten Stimulanzien.

Bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnten in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Konsumgruppen gefunden werden; weder auf körperlicher und noch auf mentaler Ebene. Viele Studien (vgl. Gonzales et al., 2009; Karow et al., 2010; Laudet et al., 2006; Winklbaur et al., 2008), die sich mit der HRQOL und Drogenkonsum bzw. Substanzstörungen beschäftigen, haben auch hier meist Personen mit schweren Substanzstörungen untersucht, die durch Heroin- bzw. Opioidkonsum charakterisiert sind. Das heißt, dies sind klinische Stichproben, bei denen Substanzstörungen klar diagnostiziert wurden. Die vorliegende Studie hingegen teilte die Gruppen nach Konsumhäufigkeit und Polytoxikomanie ein, die auf Selbstausagen und Selbsteinschätzungen basierten. Diese Besonderheiten machen es demnach schwer die vorliegenden Studienergebnisse in Bezug zur aktuellen Literatur zu setzen.

Des Weiteren hatte diese Studie zum Ziel, die Population der Freizeit-User zu erfassen, die sich meist im Verborgenen befindet, und die Unterschiede zu riskanten KonsumentInnen bzw. Personen mit Substanzstörung und Nicht-KonsumentInnen zu beleuchten. Die insignifikanten Ergebnisse bezüglich körperlicher und mentaler gesundheitsbezogener Lebensqualität könnte man darauf zurückführen, dass die erhobene Population, wie oben bereits erwähnt, einen hohen Bildungsgrad sowie einen hohen Grad an Beschäftigung aufweist, der einen sonst gesunden Lebensstil (Ernährung, Sport etc.) vermuten lässt. Auch hier lassen sich die gefundenen Ergebnisse nur

schwer in die aktuelle Forschung einbinden, da man davon ausgehen kann, dass die Freizeit-User ihre alltäglichen Pflichten erfüllen und nur selten ihren sicheren gesellschaftlichen Stand (Beruf, Ausbildung, Familie etc.) durch exzessiven Substanzkonsum gefährden. Dies lässt erneut vermuten, dass die erfassten KonsumentInnen zwar riskanten Konsum, aber keine Substanzstörung aufweisen und somit nicht „ausreichend klinisch auffällig“ sind, um Effekte sichtbar zu machen und sie mit anderen Studien vergleichen zu können. Aufgrund dieser Besonderheiten in Abgrenzung zur klinischen Forschung konzentrierte man sich hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf die Personen, die hohe bzw. niedrige Werte in der körperlichen und mentalen HRQOL aufweisen, und Zufriedenheit mit der eigenen ER. Dabei zeigte sich, dass sich Personen mit guter körperlicher HRQOL nicht signifikant von Personen mit schlechterer körperlicher HRQOL bezüglich ihrer Zufriedenheit mit der eigenen ER bei positiven Gefühlen unterscheiden; hingegen sich Personen mit einer guten körperlichen HRQOL signifikant von Personen mit einer schlechten körperlichen HRQOL bezüglich der Zufriedenheit im Umgang mit negativen Gefühlen unterscheiden. Das heißt, je besser die körperliche HRQOL, desto zufriedener sind diese Personen mit ihrer ER bei negativen Gefühlen. Bei der mentalen HRQOL sind beide Vergleiche signifikant. Dies bedeutet, dass Personen mit einer guten mentalen HRQOL zufriedener mit der eigenen ER bei negativen und positiven Gefühlen sind als Personen mit einer schlechten HRQOL. Das heißt, dass mit sinkender mentaler HRQOL auch ein Abfall in der Zufriedenheit mit der eigenen ER bei negativen und positiven Gefühlen einhergeht.

Abschließend wurde versucht, Prädiktoren zu finden, die einen signifikanten Einfluss zur Vorhersage hinsichtlich der Gruppenzuordnungen geben sollten. Hierbei wurden die Variablen hinzugefügt, die aufgrund ihrer vorherigen Signifikanz bzw. Tendenz in den Gruppenvergleichen auffielen. Dabei stellten sich zwei signifikante Prädiktoren heraus: zum einen das weibliche Geschlecht und zum anderen die ER-Strategie Umbewertung bei negativen Emotionen. Das weibliche Geschlecht zeigte einen höheren Vorhersagewert, in die Gruppe der Nicht-KonsumentInnen zu fallen als in die Gruppe der Freizeit-User. Das heißt, wenn eine Person weiblichen Geschlechts ist, ist am wahrscheinlichsten zur Gruppe der Nicht-KonsumentInnen zu gehören und am zweitwahrscheinlichsten in die Gruppe der Freizeit-User. Eine Möglichkeit, die Signifikanz dieses Prädiktors zu erklären, wäre, dass es diesbezüglich generell Geschlechtsunterschiede in der ER gibt. Das heißt, dass das Antwortverhalten der Frauen eventuell Unterschiede zeigt bzw. die Konsumgruppen hinsichtlich der Variablen nivellieren.

Die ER-Strategie Umbewertung hat einen höheren Vorhersagewert in die Gruppe der Freizeit-User zu fallen als in die Gruppe der Nicht-KonsumentInnen. Dies bedeutet, dass die Personen, die häufiger Umbewertung zur ER bei negativen Gefühlen benutzen, eher zur Gruppe der Freizeit-User gehören als zu den Nicht-KonsumentInnen. Je höher die Ausprägung in der Skala Umbe-

wertung, desto wahrscheinlicher ist es Freizeit-User zu sein. Dies könnte auch auf die Erklärung schließen, dass Umbewertung als realitätsverschönernde Strategie eingesetzt wird.

Des Weiteren ergab die Multinominale Regressionsanalyse tendenzielle Prädiktoren bezüglich der Gruppe der Nicht-KonsumentInnen. Einer dieser tendenziellen Prädiktoren war die Zufriedenheit mit der eigenen ER bei negativen Gefühlen. Demnach scheint es, dass je zufriedener man mit seiner ER bei negativen Emotionen ist, desto eher fällt man in die Gruppe der Nicht-KonsumentInnen. Ein weiterer tendenzieller Prädiktor ist die ER-Strategie Ablenkung. Es hat den Anschein, dass je häufiger eine Person Ablenkung zur ER bei negativen Emotionen anwendet, umso eher in die Gruppe der Nicht-KonsumentInnen fällt, was wiederum auf eine ähnliche Erklärung (Substanzkonsum als Ablenkungsstrategie) wie oben bereits erwähnt, zurückzuführen ist.

Die Besonderheit der aktuellen Stichprobe liegt darin, dass der Konsum von Stimulanzien insbesondere von Personen mit hohem Bildungsgrad sowie geregelter Beschäftigung betrieben wird. Hier gibt es weniger die harten Abstufungen zwischen Abhängigkeit und Nicht-Konsum wie bei anderen Substanzen wie zum Beispiel Heroin oder Crack. Des Weiteren konsumieren in dieser Stichprobe sowohl Männern wie auch Frauen Stimulanzien. Aufgrund des hohen Bildungsgrades dieser Stichprobe wäre eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht sinnvoll.

Demnach sollte der Substanzkonsum von Stimulanzien vor allem der Freizeitkonsum näher betrachtet werden und mehr in den Fokus des allgemeinen Interesses gerückt werden, da illegale Drogen nicht nur von Personen konsumiert werden die man marginalen sozialen Schicht zuschreibt sondern eben wie bereits erläutert in allen sozialen Schichten anzutreffen ist. Vielleicht wäre es dann auch möglich, den gesellschaftlichen Diskurs über den Umgang mit Substanzstörungen bzw. abhängigen Personen auf eine neue Ebene zu heben, der eine Entstigmatisierung und ein Ende der Marginalisierung der Betroffenen beinhaltet.

13. Kritik und Ausblick

Die Studie weist einige Einschränkungen auf, die zum einen die Stichprobe und zum anderen die Fragebögen betreffen. Da hier eine „hidden population“ (Freizeit-User) entdeckt bzw. anvisiert wurde, kann der Aspekt der Homogenität (Bildungsgrad, Beschäftigung etc.), was unter anderem durch das Schnellballverfahren via Sozialen Netzwerken (Facebook) verursacht wurde, nicht außer Acht gelassen werden; andererseits wurde auf diesem Weg (Online-Studie) eine große Stichprobe (N=199) aus dem gesamten deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) in sehr kurzer Zeit (vier Monate) erhoben.

Die Fragebogenkritik zielt auf die Aspekte der verzerrten Selbsteinschätzungen der TeilnehmerInnen ab; jegliche Art der Befragung in Form von Selbsteinschätzung sollte mit einem kritischen Auge betrachtet werden, da Antworten oftmals von sozialer Erwünschtheit beeinflusst sind. Das heißt, viele Befragte geben die Antwort, von der sie glauben, dass sie am ehesten gesellschaftliche bzw. soziale Zustimmung erfährt; dies führt dazu, dass wahre bzw. zutreffende Antworten nicht angekreuzt werden, sondern die, die gesellschaftlichen Normen entsprechen. Ein weiteres Phänomen, das zu Antwortverzerrungen führen kann, ist das Aufrechterhalten des Selbstbilds; hinsichtlich des Suchtverhaltens bzw. gesundheitsschädlichen Konsumverhaltens, geben Personen oft weniger Konsum (Mengen, Gelegenheiten, Ausgaben etc.) an, als faktisch betrieben wird.

Auch wenn die vorliegende Online-Befragung ausschließlich auf Selbstaussagen bzw. Selbsteinschätzungen der Stichprobe angewiesen war und somit negative Punkte implizierte, muss trotzdem betont werden, dass nur durch eine derartige digitale Befragung ein so sensibles Thema wie illegaler Drogenkonsum anonym und diskret abgefragt werden kann.

Eine grundsätzliche Kritik an Fragebogenbatterien hinsichtlich der Copingforschung führen Franke et al. (2007) an, die die Kritik von Somerfield und McCrae (2000) erwähnen. Diese kreiden zum einen den Trend der Querschnittstudien an, der jeglichen Zeitfaktor bzw. mögliche Entwicklungsprozesse beim Coping vernachlässigt; des Weiteren ist es ihrer Meinung nach fraglich, ob man Bewältigungsstrategien qualitativ bewerten kann. Selbst wenn man dieses Problem lösen würde, wäre es fraglich, an welchen Kriterien ein adaptives, erfolgreiches Coping zu messen ist.

Eine großes Problem stellte auch das Screening dar, das Freizeit-User von Personen mit riskantem Konsumverhalten unterscheiden sollte; demnach ist es fraglich, ob eine Gruppeneinteilung, die auf eigenen Aussagen der KonsumentInnen basiert, überhaupt möglich ist. Außerdem ist es schwierig, alle bestehenden Faktoren, die ein Konsummuster prägen, zu berücksichtigen und zu erfassen.

Eine definitive Einschränkung, die die Studie beeinflusste, war die nicht erfassbare und schwer

einschätzbare chemische Zusammensetzung bzw. Reinheit der konsumierten Substanzen. Die meisten KonsumentInnen können nur bedingt Auskunft über die von ihnen konsumierten Drogen (Art des Wirkstoffs bzw. Zusammensetzung) geben, da meist objektive und wahrheitsgetreue Informationen über die Substanzen fehlen; des Weiteren ist allseits bekannt, dass synthetisierte Substanzen meist mit anderen Sachen (z.B. Backpulver) gestreckt bzw. erwünschte Effekte ersetzt werden (z.B. Zugabe von Koffein) und somit die „reinen“ Effekte, die nur auf diese Substanz zurückzuführen sind, verschleiert werden. Ein weiterer erschwerender Punkt ist der Polyhydrogenkonsum; viele Freizeit-User und vor allem Personen mit riskantem Konsum nehmen eine Vielzahl an Stimulanzien und anderen Substanzen zu sich, um erwünschte Effekt zu verstärken oder zu verlängern; genauso werden unerwünschte Effekte mit anderen Substanzen gemildert bzw. dem entgegen gewirkt. Dies alles führt dazu, dass man die Folgen von Substanzkonsum bzw. deren Auswirkungen nicht dezidiert auf Substanzen bzw. Substanzgruppen zurückführen kann.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft den Aufbau der Studie. Hier ist auf die Unvollständigkeit der Substanzliste hinzuweisen. Die aktuelle Entwicklung der „research chemicals“ ist kaum zu überblicken und schwer einzuschätzen. Des Weiteren wurde eine Substanz (3MCV) in der Liste als Ausschlusskriterium eingebaut, um eine höheres wahrheitsgetreues Antwortverhalten zu generieren; allerdings ist fraglich, ob dies als Filterfunktion ausreicht. Für zukünftige Studien sollte die Befragung hinsichtlich des Substanzkonsums noch genauer betrachtet werden, dabei wären Mengenangaben, Frequenz, monatliche Ausgaben für Drogen etc. interessant. Außerdem sollte noch genauer auf die Medikamenteneinnahme der Befragten geachtet werden, da regelmäßige Medikamentenzufuhr versteckte Wechselwirkungen beinhalten können.

Wie oben bereits erwähnt, wäre es notwendig, in zukünftigen Forschungsprojekten verstärkt auf die „verborgene“ Population der Freizeit-User einzugehen. Dieser Bereich birgt ein großes Potenzial. Man kann davon ausgehen, dass eine Vielzahl an Personen aus hohen, gebildeten und privilegierten Schichten illegalen Drogenkonsum betreiben. Dieses Phänomen aufzudecken und genauer zu betrachten wäre ein zukünftiger Weg in der Drogenforschung. Des Weiteren wäre dies ein guter Ansatzpunkt, um das Phänomen bzw. die Problematik von Substanzstörungen oder „Drogenabhängigkeit“ in den Mittelpunkt der Gesellschaft zu rücken und somit ein größeres gesellschaftliches Bewusstsein zu schaffen, um das weitverbreitete gesellschaftliche Stigma abzuschieben bzw. abzumildern.

Ein zusätzlicher Ausblick verbirgt sich in den Ergebnissen, die sich bei der HRQOL und der Zufriedenheit mit der eigenen ER bei negativen und positiven Gefühlen zeigen; dort lässt sich vermuten, dass therapeutische Maßnahmen im Bereich funktionaler Emotionsregulationsstrategien positive Auswirkungen auf die subjektive Lebensqualität haben und Wohlbefinden steigern können.

14. Zusammenfassung

Die vorliegende Studie hat vier **Kernthemen**, die sich alle im Bereich des illegalen Drogenkonsums finden und verbinden lassen. Zum einen ist dies der Kokain- und Amphetaminkonsum, der sich bei einigen Personen als riskant bzw. risikobehaftet beschreiben lässt oder sich bereits zu einer ausgeprägten Substanzstörung entwickeln hat, und der Freizeitkonsum, der sich auf Partysettings und auf die Wochenenden beschränkt. Zum anderen ist dies die Emotionsregulation negativer und positiver Gefühle sowie die gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Theoretischer Hintergrund hierbei sind die Erkenntnisse von Barnow (2012), der Substanzkonsum als Emotionsregulationsstrategie versteht und Vermeidung sowie Rumination in Verbindung mit Substanzkonsum setzt. Küfner und Metzner (2011) sehen Drogenkonsum als Coping-Strategie, um Stress zu reduzieren, und beschreiben dabei die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit am Modell mangelnder Verhaltenskontrolle und am Modell negativer Affektregulation. Dies lässt darauf schließen, dass Emotionsregulation einen wichtigen Einfluss auf das Konsumverhalten hat und somit Freizeit-Konsum begünstigt bzw. Substanzstörungen verursacht. Auch Cheetham et al. (2010) postulieren einen Zusammenhang zwischen affektiver Dysfunktion und riskantem Konsumverhalten bzw. Drogenabhängigkeit. Ein weiterer Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Drogenkonsum geben Schröder und Petry (2003), die eine Störung des Selbstregulationssystems bei stofflichen Süchten beschreiben. Hierzu zählt die absichtsvolle Modifikation negativer Emotionen durch süchtiges Verhalten (Substanzkonsum) und ein absichtsvolles Herbeiführen positiver bzw. euthymer Gefühle zur Steigerung des Wohlbefindens. Dabei wird nicht nur auf die Regulation von negativen Gefühlen, sondern auch der positiven Emotionen geachtet, die ebenfalls einen Einfluss auf Suchtverhalten vermuten lassen. Grundlage dafür sind die Erkenntnisse von Fredrickson (1998, 2001, 2004), die positive Gefühle als Ressource und Resilienzverstärker ansieht, und die Studien von Schmidt et al. (2010) sowie von Folkman und Moskowitz (2000), die von einer Puffer-Funktion ausgehen, die sich bei einer funktionalen Emotionsregulation bei positiven Gefühlen auf die Emotionsregulation von negativen Gefühlen positiv auswirkt.

Zielsetzung dieser Studie war es, verschiedene Konsumtypen (Nicht-KonsumentInnen, Freizeit-User und Personen mit riskantem Konsum bzw. mit Substanzstörung) hinsichtlich verschiedener Variablen zu testen bzw. sie miteinander zu vergleichen. Das dahinterliegende Hauptinteresse bestand darin herauszufinden, ob eventuelle Unterschiede in der Emotionsregulation und im Coping-Stil ausschlaggebend für ein bestimmtes Konsumverhalten sind und ob sich die Folgen bzw. die Häufigkeit des Substanzkonsums auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirken.

Beim vorliegenden **Studiendesign** handelt es sich um eine Querschnittstudie mit Drei-Gruppen-Vergleich bezüglich Emotionsregulation bei negativen und positiven Gefühlen, Bewältigungsstrategien in belastenden Situationen und bezüglich gesundheitsbezogener Lebensqualität. Des Weiteren ist zu erwähnen, dass dies eine Online-Studie war, die Teil einer Zusammenarbeit war.

Hierbei diente der hiesige Datensatz als Basis für zwei Studien/Diplomarbeiten mit unterschiedlichen Themen bzw. Fragestellungen.

Zu den **Methoden** dieser Studie: In der vorliegenden Online-Studie wurde zunächst ein soziodemographisches Datenblatt vorgegeben. Um die ProbandInnen den drei definierten Konsumgruppen zuordnen zu können, wurde eine Substanzliste und ein detaillierter Fragenkatalog präsentiert, der den Konsumtyp (Substanzgruppe und Konsumverhalten) identifizieren sollte. Nach diesem Screening folgten standardisierte Fragebögen: das Emotionsregulations-Inventar (ERI von König, 2011), das Coping Inventory for Stressful Situations (CISS von Endler & Parker, 1990a, deutsche Version Kälin, 1995) und abschließend der MOS Short- Form-36 Health Survey (SF-36 von Ware & Sherbourne, 1992, deutsche Version Bullinger & Kirchberger, 1998).

Die **Ergebnisse** der Studie: Hinsichtlich der Stichprobe (N=199 Personen) lässt sich sagen, dass es sich um eine hoch gebildete (knapp 60% Universitätsabschlüsse; 25% Matura/Abitur) und finanziell abgesicherte (knapp 60% Vollzeit- bzw. Teilzeitbeschäftigung) Stichprobe handelt, die einen ausgeprägten Polydrogenkonsum aufweist. Hierbei gaben 89,4% an, Cannabis konsumiert zu haben, 52,3% MDMA, 50,2% Speed und 44,7% Kokain. Die Stichprobe konnte mit Hilfe der Substanzliste und des detaillierten Fragenkatalogs (Konsumverhaltens) in drei Gruppen geteilt werden. Zur Gruppe der Nicht-KonsumentInnen konnten n=28 Personen zugeordnet werden; die Gruppe der Freizeit-User umfasste n=127 Personen, und zur Gruppe der riskanten KonsumentInnenInnen (Risikokonsum) gehörten n=44 Personen.

Hinsichtlich der *Emotionsregulation* (Nicht-KonsumentInnen vs. Freizeit-User sowie Risikokonsum vs. Freizeit-User) konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden; bis auf die Skala Umbewertung; dort gab es einen signifikanten Unterschied zwischen den Freizeit-Usern und der Gruppe mit riskantem Konsum, wobei die Gruppe mit riskantem Konsum höhere Ausprägungen in der Skala Umbewertung aufzeigte als die Gruppe der Freizeit-User.

Bei den *Coping-Strategien* konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Freizeit-Usern und den Nicht-KonsumentInnen verzeichnet werden.

Des Weiteren unterschieden sich die Konsumgruppen nicht signifikant in der *HRQOL*; weder in der körperlichen noch in der mentalen HRQOL. Allerdings gab es einen signifikanten Unterschied zwischen Personen mit einer guten körperlichen HRQOL und Personen mit einer schlechten körperlichen HRQOL hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der eigenen Emotionsregulation bei negativen Gefühlen. Außerdem konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Personen mit guter und mit schlechter mentalen HRQOL bezüglich der Zufriedenheit mit der eigenen ER bei negativen und positiven Gefühlen gefunden werden.

Die *Prädiktorensuche* ergab, dass das weibliche Geschlecht, die Einwohnerzahl und die ER-Strategie Umbewertung bei negativen Emotionen einen signifikanten Vorhersagewert für die Gruppenzuteilung haben.

In der abschließenden **Diskussion** ist zu erwähnen, dass in dieser Studie Substanzkonsum als

Emotionsregulationsstrategie (vgl. Barnow, 2012; Schmidt et al., 2010; Schröder & Petry, 2003) nicht beobachtet werden konnte. Hinsichtlich der ER zeigte sich nur ein signifikantes Ergebnis. Hier verwendeten die Personen mit riskantem Konsumverhalten öfter die Strategie der *Umbewertung* als die Freizeit-User. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass diese Strategie im Zusammenhang mit Drogenkonsum eine realitätsverschönernde bzw. verharmlosende Funktion besitzt. Demnach konnte der postulierte Zusammenhang zwischen affektiver Dysfunktion und Drogenabhängigkeit (vgl. Cheetham et al., 2010) nicht beobachtet werden. Es wurden auch keine Anhaltspunkte für eine Verbindung zwischen Vermeidung und Substanzkonsum (vgl. Barnow, 2012) sowie zwischen Coping-Strategie und Substanzkonsum (vgl. Küfner & Metzner, 2011) gefunden. Es wurden auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Konsumgruppen hinsichtlich der HRQOL gefunden, von denen in gängigen Studien berichtet werden (vgl. Gonzales et al., 2009; Laudet et al., 2006). Grundsätzlich ist darauf aufmerksam zu machen, dass die vorliegende Stichprobe eine hoch gebildete und finanziell abgesicherte Personengruppe beinhaltet, die aufgrund ihrer Eigenschaft als „hidden population“ schwer mit der aktuellen Forschung bzw. der herangezogenen Literatur zu vergleichen ist. Der hohe Bildungsgrad sowie das Geschlecht können mögliche Ergebnisse in der ER sowie den Coping-Strategien nivelliert haben; des Weiteren können der Bildungsgrad sowie die finanzielle Sicherheit mögliche Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verschleiert haben. Zusammenfassend könnte die Homogenität der Stichprobe, die durch das Schneeballverfahren verursacht wurde, mögliche Unterschiede in den Konsumgruppen nivelliert haben. Ein weiterer Kritikpunkt ist nicht nur am Studiendesign zu sehen sondern auch an den Fragebögen, die auf Selbsteinschätzungen bzw. Selbstaussagen basieren. Zunächst ist hier das selbst zusammengestellte und somit kritisch zu betrachtende Screening-Verfahren zur Gruppeneinteilung zu nennen; des Weiteren tritt in Zusammenhang mit Selbsteinschätzungen oft das Phänomen der sozialen Erwünschtheit auf. Außerdem stellt die Reinheit der Substanzen ein großes Problem dar, das die Wirkungen und die damit zusammenhängenden Motive bzw. Auswirkungen beeinflussen kann. Auch der oft zu beobachtende Polydrogenkonsum macht eine klare Trennung zwischen den KonsumentInnen verschiedener Substanzgruppen unmöglich. Für die zukünftige Forschung wäre es wichtig, valide Instrumente zur Konsumgruppenzuteilung zu finden. Außerdem sollte weiterhin an der Aktualität der „research chemicals“ gearbeitet werden, um die Vielfalt der aktuellen Drogen abzudecken. Des Weiteren wäre es interessant, auf die durchschnittliche Budgetausgaben für Drogen im Freizeitbereich zu achten.

15. Literaturverzeichnis

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotionregulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237.
- American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV-TR* (deutsche Bearbeitung und Einführung von H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig und I. Houben). Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association. (2013). *Substance-Related and Addictive Disorders*. Zugriff am 12.11.2013. Verfügbar unter <http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
- Askari, J., Hassanbeigi, A. & Fallahzadeh, H. (2011). The rate of various psychological stressors, perceived mental strain due to these stressors, and coping strategies in opium addicts compared to normal individuals. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30, 654–661.
- Augustine, A. A. & Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 23, 1181–1220.
- Barnow, S. (2012). Emotionsregulation und Psychopathologie – Ein Überblick. *Psychologische Rundschau*, 63 (2), 111–124.
- Barthold, L. & Schütz, A. (2010). *Stress im Arbeitskontext. Ursachen, Bewältigung und Prävention*. Weinheim: Beltz.
- Bastiaens, L., Francis, G. & Lewis, K. (2000). The RAFFT as a screening tool for adolescent substance use disorders. *American Journal on Addictions* 9, 10–16.
- Bittner, A. & Helbig-Lang, S. (2011). Stressbewältigungs- und Problemlösetrainings. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 578-585). Berlin: Springer.
- Boden, J. M. & Baumeister, R. F. (1997). Repressive coping: distraction using pleasant thoughts and memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (1), 45.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15, 482–487.
- BrainFacts.org. (2012). *Psychostimulants*. Retrieved November 26, 2013, from <http://www.brainfacts.org/diseases-disorders/addiction/articles/2012/psychostimulants/>
- Brantley, P., Waggoner, C. D., Jone, G. N. & Rappaport, N. B. (1987). A daily stress inventory: development, reliability, and validity. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 61–74.
- Bühringer, G. & Behrendt, S. (2011). Störungen durch Substanzkonsum: Eine Einführung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 697-714). Berlin: Springer.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43 (3), 190–197.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe
- Bullinger, M., Kirchberger, I. & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3, 21–36.
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A. & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3, 48–67.
- Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis,

- rumination, distraction, anger, and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 724–731.
- Calafat, A., Bohrn, K., Montserrat, J., Kokkevi, A., Maalste, N., Mendes, F. et al. (1999). *Night Life in Europe and recreative drug use. Sonar 98*. Palma de Mallorca: Irefrea
- Campbell-Sills, L. & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). New York, NY: Guilford.
- Chassany, O., Sagnier, P., Marquis, P., Fullerton, S. & Aaronson, N. (2002). Patient-Reported Outcomes: The example of health-related quality of life – A European guidance document for the improved integration of health-related quality of life assessment in the drug regulatory process. *Drug Information Journal*, 36, 209–238.
- Cheetham, A., Allen, N. B., Yücel, M. & Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review* 30, 621–634.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T. & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 68–82.
- Compton, W.M., Saha, T.D., Conway, K.P. & Grant, B.F. (2009). The role of cannabis use within a dimensional approach to cannabis use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 221–227.
- Dan-Glauser, E. S. & Gross, J. J. (2011). The temporal dynamics of two response-focused forms of emotion regulation: Experiential, expressive, and autonomic consequences. *Psychophysiology*, 48, 1309–1322.
- Deehan A. & Saville, E. (2003). Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England. *Home Office Online Report* 43 (3). London: Home Office.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2013). *Wann wird seelisches Leiden zur Krankheit? Zur Diskussion um das angekündigte Diagnosesystem DSM-5*. Zugriff am 12.11.2013. Verfügbar unter http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2013/DGPPN-Stellungnahme_DSM-5_Final.pdf
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, M. (2001). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Bern: Huber.
- Eggerth, A., Keller-Ressel, M., Lachout, S. & Schmid, R. (2005). *Daten zum Konsumverhalten von Freizeitdrogen-KonsumentInnen – Eine Sekundäranalyse der Fragebogenstudien 1998 und 2001 bis 2003*. Wien: Verein Wiener Sozialprojekte.
- Egloff, B., Schmukle, S. C., Burns, L. R. & Schwerdtfeger, A. (2006). Spontaneous emotion regulation during evaluated speaking tasks: Associations with negative affect, anxiety expression, memory, and physiological responding. *Emotion*, 6, 356–366.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990a). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990b). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844–854.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990c). State and trait anxiety, depression and coping styles. *Australian Journal of Psychology*, 42, 207–220.
- Felgenhauer, N. & Zilker, T. (1999). Intoxikation mit Amphetaminen und Designer-Drogen. *Internist*, 40 (6), 617–623.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S. & Klapp, B. F. (2001). Validierung des „Perceived Stress Questionnaire“ (PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 142–152.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219–239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1998). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality*

- and *Social Psychology*, 54, 466–475.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 115–118.
- Franke, G. H., Jagla, M., Salewski, C. & Jäger, S. (2007). Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 1–2, 41–55.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300–319.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 359, 1367–1377.
- Freud, S. (1884). Über Coca. *Zentralblatt für gesamte Therapie*, 2, 298–314.
- Freud, S. (1885). Beitrag zur Kenntnis der Cocawirkung. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 35, 129–133.
- Gantner, A. (1999). Psychotherapeutische Behandlung von Partydrogen-KonsumentInnen. In R. Thomasius (Hrsg.), *Ecstasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen* (S. 167–179). Stuttgart: Enke.
- Gastpar, M. T. (2003). Abhängigkeit von weiteren Substanzen. In M. T. Gastpar, S. Kasper, & M. Linden (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (2. vollst. neu bear. Auflage). (S. 65–95). Wien: Springer.
- Geschwinde, Th. (2003). *Rauschdrogen – Marktformen und Wirkungsweisen* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Giuliani, N., McRae, K. & Gross, J. J. (2008). The up- and down-regulation of amusement: Experiential, behavioral, and autonomic consequences. *Emotion*, 8, 714–719.
- Gmel, G., Notari, L. & Georges, A. (2012). *Illegale Drogen, Suchtmonitoring Schweiz/Jahresbericht – Daten 2011*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Gonzales, R., Ang, A., Marinelli-Casey, P., Glik, D. C., Iguchi, M. Y. & Rawson, R. A. (2009). Health-related quality of life trajectories of methamphetamine-dependent individuals as a function of treatment completion and continued care over a 1-year period. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37 (4), 353–361.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551–573.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214–219.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281–291.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (6), 970–986.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95–103.

- Gross, J. J., Richards, J. M. & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13–35). Washington DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York, NY: Guilford.
- Harford, T.C., Yi, H.-Y., Faden, V.B. & Chen, C.M. (2009). The dimensionality of DSM-IV alcohol use disorders among adolescent and adult drinkers and symptom patterns by age, gender, and race/ethnicity. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 33, 868–878.
- Hähnchen, A. & Gastpar, M. (1999). Kokain. In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher, (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 263–275). Stuttgart: Thieme.
- Hentschel, U., Kießling, M. & Wiemers, M. (1998). *Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien (FKBS)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Hobson, C. J., Kamen, J., Szostek, J., Nethercut, C. M., Tiedmann, J. W. & Wojnarowicz, S. (1998). Stressful life events: a revision and update of the Social Readjustment Rating Scale. *International Journal of Stress Management*, 5, 1–23.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 389–394.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Hunt, S.M., McEwen, J., McKenna, S.P., Williams, J. & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medical-Journal*, 15A, 221–229.
- Isen, A. M. (2001). An influence of positive affect on decision making in complex situations: Theoretical issues with practical implications. *Journal of Consumer Psychology*, 11, 75–85.
- Isen, A. M., Daubman, K. A. & Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1122–1131.
- Janiri, L., Martinotti, G., Dario, T., Reina, D., Paparello, F., Pozzi, G., et al. (2005). Anhedonia and substance-related symptoms in detoxified substance-dependent subjects: A correlation study. *Neuropsychobiology*, 25, 37–44.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (2002). *SVF mit SVF120 und SVR78 – Stressverarbeitungsfragebogen* (3. erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality, processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301–1333.
- Julien, M.R. (1997). *Drogen und Psychopharmaka*. Heidelberg: Spektrum.
- Kälin, W. (1995). Drei Coping-Fragebögen im Vergleich: Faktorenstruktur, psychometrische Güte und Gemeinsamkeiten des COPE, des "coping inventory of stressful situations" und des "ways of coping questionnaire" (Doctoral dissertation).
- Kandel, D.B. & Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: Developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 83(6), 851–855.
- Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C. & Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 112 (3), 209–215.

- Köhler, T. (2000). *Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen. Formen, Wirkungen, Wirkmechanismen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kohlmann, C.-W. (2002). Stress- und Copingtheorien. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z – ein Handwörterbuch* (S. 558–560). Göttingen: Hogrefe.
- König, D. (2011). *Die Regulation von negativen und positiven Emotionen. Entwicklung des Emotionsregulations-Inventars und Vergleich von Migränikerinnen mit Kontrollpersonen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller, S. (2010). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerschließung und drogenbezogener Störungen*. München: Institut für Therapieforchung.
- Krohne, H. W. & Egloff, B. (1999). *Das Angstbewältigungs-Inventar ABI, Manual*. Frankfurt am Main: Swets Test Services.
- Krohne, H., Egloff, B., Kohlmann, C.-W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139–156.
- Küfner, H. (2000). Sucht als Symptom? Psychosoziale Diagnostik in der Suchtbehandlung. In Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe. In M. Beutel (Hrsg.), *Diagnose: Sucht* (S. 8–20). Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.
- Küfner, H. & Metzner, C. (2011). Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 715–742). Berlin: Springer.
- Laudet, A. B., Morgen, K. & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24 (1-2), 33–73.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaption*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- LeDoux, J. E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 270, 50–57.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M. & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747–766.
- Linehan, M. M., Bohus, M. & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581–605). New York, NY: Guilford.
- Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. (2009). *Illegalen Drogenkonsum in Österreich – Ergebnisse der österreichweiten Repräsentativerhebung BMG/LBISucht/market 2008 unter Einbeziehung der Vergleichsdaten aus dem Jahr 2004*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Muraven, M. & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126 (2), 247–259.
- National Institute on Drug Abuse. (2007). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Retrieved November, 26, 2013, from <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/sciofaddiction.pdf>
- Nix, G., Watson, C., Pyszczynski, T. & Greenberg, J. (1995). Reducing depressive affect through external focus of attention. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 36–52.
- Ochsner, K. N., Ray, R. D., Cooper, J. C., Robertson, E. R., Chopra, S., Gabrieli, J. D. E. &

- Gross, J. J. (2004). For better or for worse: Neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *NeuroImage*, 23, 483–499.
- Parker, D. A., Endler, N. S. & Bagby, R. M. (1993). If it changes, it might be unstable: examining the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire. *Psychological Assessment*, 5, 361–368.
- Parkinson, B. & Totterdell, P. (1999). Classifying affect regulation strategies. *Cognition and Emotion*, 13, 277–303.
- Power, M., Bullinger, M., Harper, A. & WHOQOL Group. (1999). The World Health Organization, WHOQOL100: Tests of the universality of quality of life in fifteen cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18, 495–505.
- Quirin, M., Bode, R. C. & Kuhl, J. (2011). Recovering from negative events by boosting implicit positive affect. *Cognition and Emotion*, 25 (3), 559–570.
- Reichert, M. & Perrez, M. (1993). *Fragebogen zum Umgang mit Belastungen im Verlauf (UBV)*. Bern: Huber.
- Richter, V. & Guthke, J. (1996). *Leipziger Ereignis- und Belastungsinventar – LEBI*. Göttingen: Hogrefe.
- Rommelspacher, H. (1999). Amphetamine und Entaktogene. In M. Gaspar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 228–236). Stuttgart: Thieme.
- Rottenberg, J., Kasch, K. L., Gross, J. J. & Gotlib, I. H. (2002). Sadness and amusement reactivity differentially predict concurrent and prospective functioning in major depressive disorder. *Emotion*, 2, 135–146.
- Saha, T.D., Chou, S.P. & Grant, B.F. (2006). Toward an alcohol use disorder continuum using item response theory: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 36, 931–941.
- Samson, A. C. & Gross, J. J. (2012). Humor as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humor. *Cognition and Emotion*, 26, 375–384.
- Schmidt, L. G. (1999). Diagnostik der Abhängigkeitserkrankungen. In M. Gaspar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), *Lehrbuch der Suchterkrankungen* (S. 70–82). Stuttgart: Thieme.
- Schmidt, S., Tinti, C., Levine, L. J. & Testa, S. (2010). Appraisals, emotions and emotion regulation: An integrative approach. *Motivation and Emotion* 34, 63–72.
- Schmidt-Atzert, L. (1989). Ein Fragebogen zur Erfassung emotional relevanter Alltagsereignisse. *Diagnostica*, 35, 354–358.
- Schröder, H. & Petry, J. (2003). Störung des Selbstregulationssystems und Emotionstraining bei stofflichen und stoffungebundenen Süchten. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26 (1), 19–22.
- Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schutte, N. S., Manes, R. R. & Malouff, J. M. (2009). Antecedent-focused emotion regulation, response modulation and well-being. *Current Psychology*, 28, 21–31.
- Selye, J. (1981). Geschichte und Grundzüge des Streßkonzepts. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Streß-Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S.163–187). Stuttgart: Huber.
- Sheppes, G. & Meiran, N. (2008). Divergent cognitive costs for online forms of reappraisal and distraction. *Emotion*, 8, 870–874.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G. & Gross, J. J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychological Science*, 22, 1391–1396.
- Siegrist, J. & Geyer, S. (2002). ILE – Inventar zur Erfassung lebensverändernder Ereignisse. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 211–213). Göttingen: Hogrefe.

- Sloan, D. M. & Kring, A. M. (2007). Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 307–322.
- Somerfield, M. R. & McCrae, R. R. (2000). Stress and coping. Methodological challenges, theoretical advances and clinical applications. *American Psychologist*, 55, 620–625.
- Thiruchselvam, R., Blechert, J., Sheppes, G., Rydstrom, A. & Gross, J. J. (2011). The temporal dynamics of emotion regulation: An EEG study of distraction and reappraisal. *Biological Psychology*, 87, 84–92.
- Tossmann, H.P., Boldt, S. & Tensil, M. (2001). Ecstasy – „Einbahnstrasse“ in die Abhängigkeit? Drogenkonsummuster in der Techno-Party-Szene und deren Veränderung in längsschnittlicher Perspektive. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 14*.
- Traue, H. C., Hrabal, V. & Kosarz, P. (2000). Alltagsbelastungsfragebogen (ABF): Zur inneren Konsistenz, Validierung und Stressdiagnostik mit dem deutschsprachigen Daily Stress Inventory. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 21, 15–38.
- Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320–333.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *World Drug Report 2012*. (NY: United Nations, Sales No. E.12.XI.1).
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473–483.
- Westphal, M., Seivert, N. H. & Bonanno, G. A. (2010). Expressive flexibility. *Emotion*, 10, 92–100.
- Whiteside, S. P. & Lynam, D. R. (2003). Understanding the role of impulsivity and externalizing psychopathology in alcohol abuse: Application of the UPPS Impulsive Behavior Scale. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11 (3), 210–217.
- WHOQOL Group. (1995). The world health organization quality of life assessment. (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Science & Medical-Journal*, 41, 1403–1409.
- Winklbaaur, B., Jagsch, R., Ebner, N., Thau, K. & Fischer, G. (2008). Quality of life in patients receiving opioid maintenance therapy. *European Addiction Research*, 14, 99–105.
- Winstock, A. R., Griffiths, P. & Stewart, D. (2001). Drugs and the dance music scene: a survey of current drug use patters among a sample of dance music enthusiasts in the UK. *Drug and Alcohol Dependence*, 64, 9–17.
- WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. In International Health Conference, Official Records of the World Health Organization, New York. pp. 100.

16. Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1.* Strukturformel von Kokain (aus Geschwinde, 2003, S. 497)
- Abbildung 2.* Graphische Darstellung der neurobiologischen Wirkung von Kokain (aus BrainFacts.org, 2012).
- Abbildung 3.* Darstellung des Wirkortes von Kokain im Gehirn (aus National Institute on Drug Abuse, 2007, p. 18).
- Abbildung 4.* Chemische Struktur des Amphetamines (aus Felgenhauer & Zilker, 1999, S. 618)
- Abbildung 5.* Chemische Struktur eines Derivates von Amphetamin (MDMA), (aus Felgenhauer & Zilker, 1999, S. 618)
- Abbildung 6.* Darstellung der Mechanismen einer Präsynapse, die durch Amphetamine aktiviert werden (Rommelspacher, 1999, S. 231)
- Abbildung 7.* Das Prozessmodell der Emotionsregulation von Gross (1998b; Gross & Thompson, 2007) mit den fünf „Familien“ von Emotionsregulationsstrategien (aus Gross & Thompson, 2007, p. 10)
- Abbildung 8.* Funktionales Rückkopplungsmodell der Substanzabhängigkeit von Küfner (2000), (aus Küfner & Metzner, 2011, S. 724)
- Abbildung 9.* Beispielfragen aus dem ERI-NE von König (2011)
- Abbildung 10.* Beispielfragen aus dem ERI-PE von König (2011)
- Abbildung 11.* Beispielfragen aus dem CISS von Endler & Parker (1990), (deutsche Version Kälin, 1995)
- Abbildung 12.* Beispielfragen aus der SF-36 von Bullinger & Kirchberger (1998; Bullinger, Kirchberger & Ware, 1995).
- Abbildung 13.* Verteilung der Bildungsabschlüsse innerhalb der Stichprobe
- Abbildung 14.* Verteilung der Erwerbstätigkeit innerhalb der Stichprobe
- Abbildung 15.* Häufigkeiten der konsumierten Substanzen
- Abbildung 16.* Durchschnittsalter bei Erstkonsum der angeführten Substanzen

17. Tabellenverzeichnis

Tab. 12.1. Gruppenvergleich Freizeit-User (G2) vs. Riskanter Konsum (G3) bzgl. ERI-NE

Tab. 12.2. Gruppenvergleich Freizeit-User (G2) vs. Nicht-KonsumentInnen (G1) bzgl. ERI-NE

Tab. 12.3. Gruppenvergleich Freizeit-User (G2) vs. Riskanter Konsum (G3) bzgl. ERI-PE

Tab. 12.4. Gruppenvergleich Freizeit-User (G2) vs. Nicht- KonsumentInnen (G1) bzgl. ERI-
PE

Tab. 12.5. Gruppenvergleich Freizeit-User (G2) vs. Nicht-KonsumentInnen (G1) bzgl. Coping

Tab. 12.6. Gruppenvergleich Nicht-KonsumentInnen (G1), Freizeit-User (G2) und Riskante
KonsumentInnen (G3) bzgl. körperlicher und mentaler HRQOL

Tab. 12.7. Gruppenvergleich Q1_koerper und Q2_koerper HRQOL bzgl. Zufriedenheit mit
der eigenen ER bei negativen und positiven Emotionen

Tab. 12.8. Gruppenvergleich Q1_mental und Q2_mental HRQOL bzgl. Zufriedenheit mit der
eigenen ER bei positiven und negativen Emotionen

Tab. 12.9. Multinomiale logistische Regression der Konsumgruppen.

18. Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
ER	Emotionsregulation
HRQOL	Health-Related Quality of Life
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
MW	Mittelwert
SD	Standardabweichung
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
vgl.	vergleiche

19. Anhang

19.1. Begrüßung und Informationstext zur Studie



Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,

vielen Dank für Ihr Interesse an der vorliegenden Studie!

Diese Online-Befragung wird im Rahmen zweier Diplomarbeiten der Fakultät für Psychologie der Universität Wien durchgeführt. Ziel der Studie ist es, das individuelle Konsumverhalten von legalen und illegalen Drogen hinsichtlich gewisser Gewohnheiten im Konsum, emotionaler Faktoren sowie der persönlichen Lebensqualität zu beleuchten.

Die in der Studie erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und enthalten keinerlei Informationen, mit denen Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Bitte versuchen Sie daher Ihre Angaben wahrheitsgemäß zu machen. Die Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden weder an Dritte weitergegeben noch kommerziell genutzt.

Die Bearbeitungsdauer liegt bei etwa 15-20 Minuten. Bei eventuellen Rückfragen oder Anmerkungen, können Sie uns jederzeit über die unten aufgeführten Email-Adressen kontaktieren.

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme und Ihr Vertrauen!

Sophie Lehmberg & David Jäckle

Um mit der Befragung zu starten, klicken Sie bitte auf "Weiter".

19.2. Soziodemographisches Datenblatt

Welches Geschlecht haben Sie?

- ☐ Weiblich
☐ Männlich

Wie alt sind Sie?

Jahre

In welchem Land leben Sie?

[Bitte auswählen] ▾

Wie viele Menschen leben in Ihrer Stadt?

- ☐ Bis ca. 10.000
☐ Bis ca. 50.000
☐ Bis ca. 100.000
☐ Bis ca. 250.000
☐ Bis ca. 500.000
☐ Bis ca. 750.000
☐ Mehr als 1.000.000

Bitte geben Sie Ihren Familienstand an.

[Bitte auswählen] ▾

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

Welchen Bildungsabschluss haben Sie?

Bitte wählen Sie den höchsten Bildungsabschluss, den Sie bisher erreicht haben.

- ☐ Kein Abschluss
- ☐ Pflichtschule
- ☐ Lehre
- ☐ Fachschule ohne Matura / Abitur
- ☐ Fachschule mit Matura / Abitur
- ☐ Fachhochschule / Hochschule mit Matura / Abitur
- ☐ Promotion / Habilitation
- ☐ Anderer Abschluss:

Welchen Bildungsabschluss streben Sie derzeit an?

- ☐ Derzeit nicht in Ausbildung
- ☐ Pflichtschule
- ☐ Lehre
- ☐ Fachschule ohne Matura / Abitur
- ☐ Fachschule mit Matura / Abitur
- ☐ Fachhochschule / Hochschule mit Matura / Abitur
- ☐ Promotion / Habilitation
- ☐ Anderer Abschluss:

Welcher Beschäftigung gehen Sie nach?

Bitte beachten Sie, dass unter Erwerbstätigkeit jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden wird.

- ☐ Vollzeitwerbstätig
- ☐ Teilzeiterwerbstätig
- ☐ Geringfügig erwerbstätig
- ☐ Wehrdienst / Zivildienst
- ☐ Freiwilliges soziales Jahr
- ☐ Karenz (Mutter-/Vaterschaft, Bildung)
- ☐ Nicht erwerbstätig

Welche der folgenden Substanzen haben Sie bereits konsumiert?

	Ja, einmal	Ja, mehr als einmal	Nein	Kenne ich nicht
Alkohol	☐	☐	☐	☐
Zigaretten	☐	☐	☐	☐
Schlaf- und Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐
Cannabis	☐	☐	☐	☐
Speed	☐	☐	☐	☐
Ecstasy (MDMA)	☐	☐	☐	☐
Methamphetamin	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐
Pilze (Magic Mushrooms)	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	☐
GHB („flüssiges Ecstasy“)	☐	☐	☐	☐
Ketamin (Special K)	☐	☐	☐	☐
Schnüffelfstoffe (Feuerzeuggas, Poppers)	☐	☐	☐	☐
Natural Drugs (Holzrose, Salvia divinorum)	☐	☐	☐	☐
Crack / Kokainbase	☐	☐	☐	☐
3 MCV	☐	☐	☐	☐
2 CB	☐	☐	☐	☐
Sonstige				

19.3. Fragen zum Substanzkonsum

Diese 5 Fragen beziehen sich auf den Konsum von illegalen Substanzen

	Ja	Nein
Konsumieren Sie Drogen um sich zu entspannen bzw. um sich besser zu fühlen?	☐	☐
Konsumieren Sie Drogen wenn Sie alleine sind?	☐	☐
Werden Drogen in ihrem engeren Freundeskreis konsumiert?	☐	☐
Hat ein Mitglied aus Ihrer Familie einen problematischen Umgang mit Drogen	☐	☐
Sind Sie jemals aufgrund von Drogenkonsum in Schwierigkeiten geraten?	☐	☐

Beispiel einer Detailfrage bzgl. des Konsums von MDMA:

Bitte füllen Sie die folgenden Felder zu Ihrem Ecstasy(MDMA)-Konsum aus.

Sollten Sie eine Angabe nicht genau machen können, klicken Sie bitte auf „Keine Angabe“.

In welchem Alter haben Sie
Ecstasy (MDMA) zum ersten Mal Jahre
konsumiert?

Ab welchem Alter haben Sie
Ecstasy (MDMA) regelmäßig Jahre
konsumiert?

Wie oft konsumieren Sie Ecstasy
(MDMA) durchschnittlich im mal (1 mal = 1 Gelegenheit wie z.B. ein Abend)
Monat?

Wie oft haben Sie Ecstasy
(MDMA) innerhalb der letzten 7 mal (1 mal = 1 Gelegenheit wie z.B. ein Abend)
Tage konsumiert?

Vor wie vielen Stunden haben
Sie das letzte Mal Ecstasy | ☐ Keine Angabe
(MDMA) konsumiert?

Eidesstaatliche Erklärung

Ich bestätige, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen verfasst habe. Des Weiteren versichere ich, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat.

Sowohl wörtliche als auch sinngemäße Bezugnahmen aus der Literatur sind in Form von Zitierungen dementsprechend gekennzeichnet.

Wien, Mai 2014

Sophie Lehmberg

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name: Sophie Lehmberg
Staatsbürgerschaft: deutsch
Geburtsdatum: 18.07.1986

Ausbildung

1993 – 1997 Besuch der „Grundschule an der Dieselschule“ in München, D
1997 – 2007 Besuch des „Städtischen Luisengymnasiums“ in München
Juni 2007 Abschluss der allgemeinen Hochschulreife: Abitur
Seit 2008 Diplomstudiengang Psychologie an der Universität Wien

Praktika

Jul 2007 – Sept 2007 Dreimonatiges Auslandspraktikum in Quito/Ecuador bei einem staatlich anerkannten Kinder- und Jugendtherapeuten
Jul 2011 – Aug 2011 Praktikum am Lehrstuhl für Allgemeine Psychologie und Methodenlehre der Universität Bamberg, Deutschland, bei Prof. Dr. Carbon
Dez 2011 – Jan 2012 Praktikum am Institut für Psychologische Grundlagenforschung und Forschungsmethoden im Arbeitsbereich Allgemeine Psychologie der Universität Wien, bei Prof. Dr. Leder
Sept 2012 – Okt 2012 Praktikum am Interdisziplinären Gesundheitszentrum „The Tree“, Univ.-Prof. Dr. Lalouschek und Mag.Barbara Laschalt, 1130 Wien
Mai 2013 Internationaler Kongress der Internationalen GLE - International Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, in Zürich

Nebenjobs

Okt 2009 – Feb 2012 Servicekraft im Restaurant Wetter, Payergasse 9, 1160 Wien
Okt 2013 – Apr 2014 Servicekraft im Radlager Palazzo, Operngasse 26, 1040 Wien